

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL
MINSA, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016**

TESIS

PRESENTADO POR

GILMER FREDY ANAHUA TICONA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERU

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL
MINSA, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016**

**TESIS
PRESENTADO POR
GILMER FREDY ANAHUA TICONA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:


DR. FREDY SANTIAGO PASSARA ZEBALLOS
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 23696

PRIMER MIEMBRO


DR. ANGEL FRANK MAYDANA ITURRIAGA
Angel F. Maydana Iturriaga
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 44677

SEGUNDO MIEMBRO


MG. CARLA ZESMENI DURAND ZEA
MG. CARLA Z. DURAND ZEA
DOCENTE
C.E.P. N° 42710

DIRECTOR / ASESOR


DR. ANGEL ANIBAL RAMOS CASAS
Dr. Angel Anibal Ramos Casas
MÉDICO RADIOLOGO
C.M.P. 13637 R.M.E. 15740
RUSP RES. 00087 0000

**PUNO – PERU
2016**

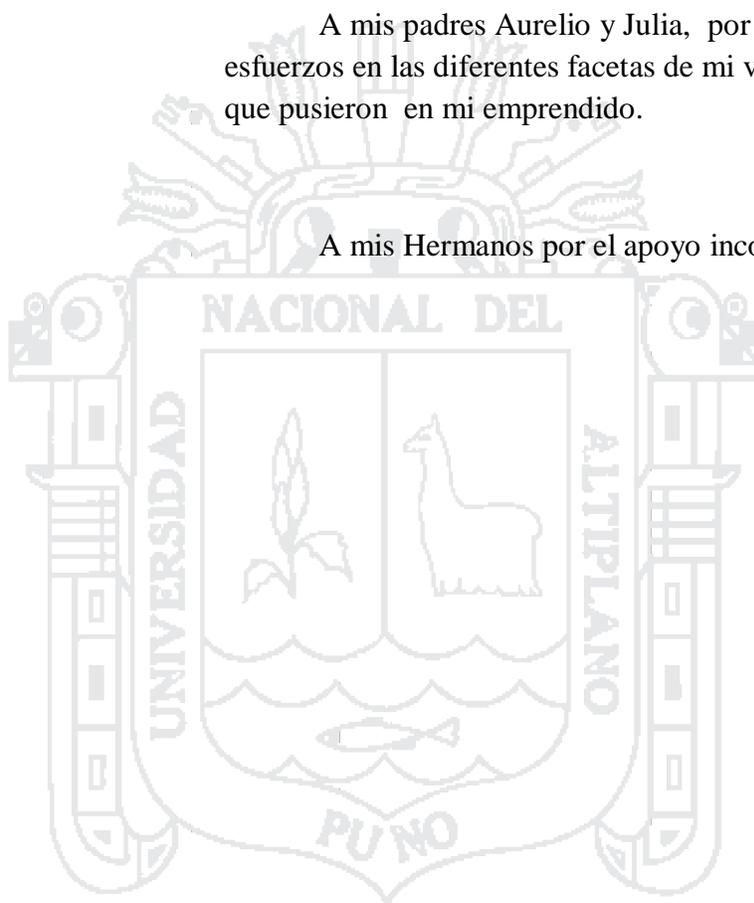
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Ciencias Médicas Básicas
TEMA: Sexualidad en el Adolescente

DEDICATORIA:

A Dios por darme fuerzas y valor de seguir adelante.

A mis padres Aurelio y Julia, por tener la fe en mis esfuerzos en las diferentes facetas de mi vida y al esfuerzo que pusieron en mi emprendido.

A mis Hermanos por el apoyo incondicional.



AGRADECIMIENTO:

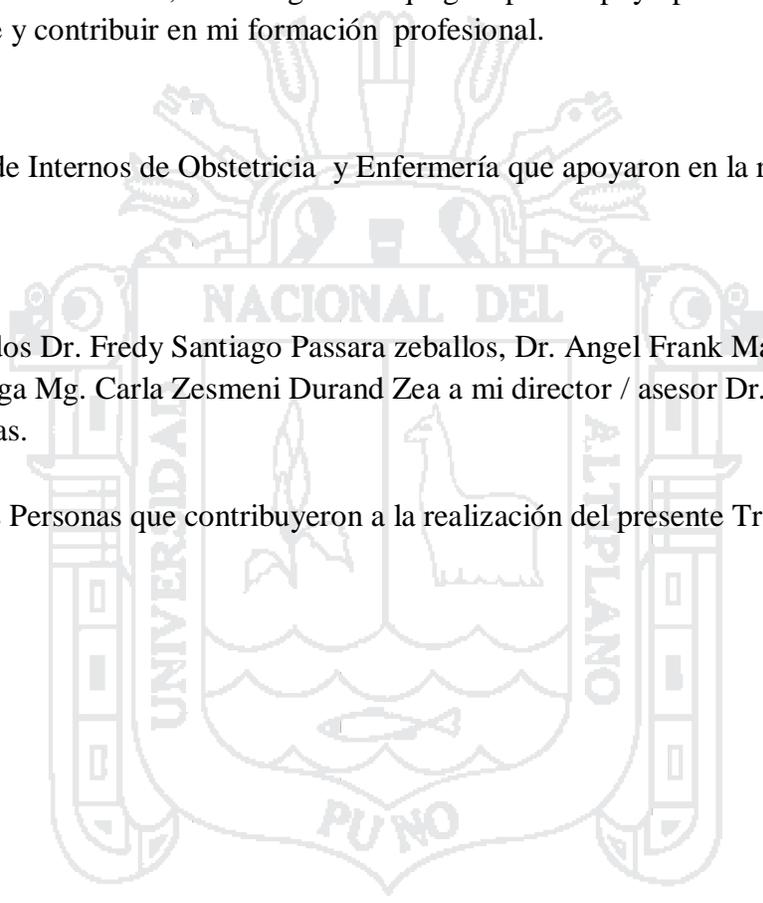
A la Universidad Nacional del Altiplano en especial a la Facultad de Medicina Humana a mis docentes y personal Administrativo.

Al Hospital MINSA ILO, de la Región Moquegua por el apoyo prestado en la realización del presente y contribuir en mi formación profesional.

Al Equipo de Internos de Obstetricia y Enfermería que apoyaron en la recolección de la muestra.

A mis Jurados Dr. Fredy Santiago Passara zeballos, Dr. Angel Frank Maydana Iturriaga Mg. Carla Zesmeni Durand Zea a mi director / asesor Dr. Angel Anibal Ramos Casas.

A Todas las Personas que contribuyeron a la realización del presente Trabajo



INDICE GENERAL

| | |
|--|------------|
| RESUMEN..... | 10 |
| ABSTRACT..... | 12 |
| CAPITULO I | |
| INTRODUCCION..... | 14 |
| CAPITULO II | |
| REVISION DE LITERATURA..... | 19 |
| ANTECEDENTES..... | 19 |
| SUSTENTO TEORICO..... | 26 |
| CAPITULO III | |
| MATERIAL Y METODOS..... | 54 |
| CAPITULO IV | |
| RESULTADOS Y DISCUSION..... | 61 |
| CAPITULO V | |
| CONCLUSIONES..... | 98 |
| CAPITULO VI | |
| RECOMENDACIONES..... | 100 |
| CAPITULO VII | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 101 |
| ANEXOS..... | 107 |

INDICE DE GRAFICOS

| | |
|---|----|
| Grafico No.1. | 61 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN EDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Grafico No.2. | 63 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN SEXO, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Grafico No.3. | 65 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN ESTADO CIVIL, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Grafico No.4. | 67 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN OCUPACION, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Grafico No.5. | 69 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN RELIGION, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Grafico No.6. | 72 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN TENENCIA DE ENAMORADO/A, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Grafico No.7. | 74 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN PRACTICA DE RELACIONES SEXUALES, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |

Grafico No.8. 77

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

Grafico No.9. 80

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN OPCION SEXUAL, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

Grafico No.10. 84

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

Grafico No.11. 91

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla No.1. | 84 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN DIMENSIONES DE LOS CONOCIMIENTOS, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Tabla No.2. | 85 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SEXO, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Tabla No.3. | 86 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN DIMENSIONES DE LOS CONOCIMIENTOS, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Tabla No.4. | 91 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN ACTITUDES Y EDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Tabla No.5. | 92 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN DIMENSIONES DE LOS CONOCIMIENTOS Y SEXO, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |
| Tabla No.6. | 93 |
| DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016 | |

INDICE DE ACRONIMOS

- ITS.- Infección de transmisión sexual
- VIH.- Virus de la inmunodeficiencia Humana
- SIDA.- Síndrome de inmunodeficiencia Humana
- ENDES .- Encuesta demográfica y de Salud Familiar
- MINSA .- Ministerio de Salud del Perú
- AA.HH.- Asentamiento Humano
- OMS.- Organización Mundial de Salud
- DIU.- Dispositivos Intrauterinos
- NORPLANT.- implante subcutáneo hormonal usado como método anticonceptivo

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objeto de establecer el grado de conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes que acuden al Hospital de Ilo del MINSA en el Periodo de Junio a Agosto del 2016.

Fue de tipo transversal y descriptivo, se consideró como universo de estudio a todos los adolescentes que acudieron al Hospital de Ilo del MINSA por cualquier motivo de consulta y cualquier servicio en el periodo de Junio a Agosto del 2016; no se realizó cálculo de tamaño de muestra.

Ingresaron al estudio 180 adolescentes entre 12 y 17 años. 74 adolescentes tenían 17 años (41%), luego 65 tenían 16 años (36%). 95 (53%) eran del sexo femenino y 85 (47%) fueron del sexo masculino. 172 participantes eran solteros (95%), 7 eran convivientes (4%), 1 era viudo (1%) y ninguno era casado. 141 adolescentes (78%) solo estudian, 12 participantes estudian y trabajan (12%) 14 solo trabajan (8%) y 3 son amas de casa (2%). 107 participantes

(59%) tienen religión católica, 61 son protestantes (34%) y 12 son no creyentes (7%). 70 adolescentes (39%) tienen enamorada y 110 no la tienen (61%). 68 participantes (38%) han tenido relaciones sexuales y 112 (62%) no las han tenido. 24 adolescentes (35%) iniciaron sus relaciones sexuales a la edad de 16 años, luego 19 participantes (28%) iniciaron a los 17 años, seguidamente 14 de ellos (21%) iniciaron a los 14 años, finalmente 5, 4, 2 adolescentes (7%, 6% y 3%) iniciaron a los 14, 13 y 12 años respectivamente. 171 participantes (95%) refirieron tener orientación heterosexual, 5 adolescentes (3%) orientación homosexual y 4 de ellos (2%) orientación bisexual. 155 adolescentes (86%) tienen un nivel alto, 25 de ellos (14%) tienen nivel medio y ninguno presentó nivel bajo. 170 (94%) tienen actitudes favorables y 10 (6%) tienen actitudes desfavorables.

PALABRAS CLAVE: Conocimientos, Actitudes, Adolescentes, Sexualidad

ABSTRACT

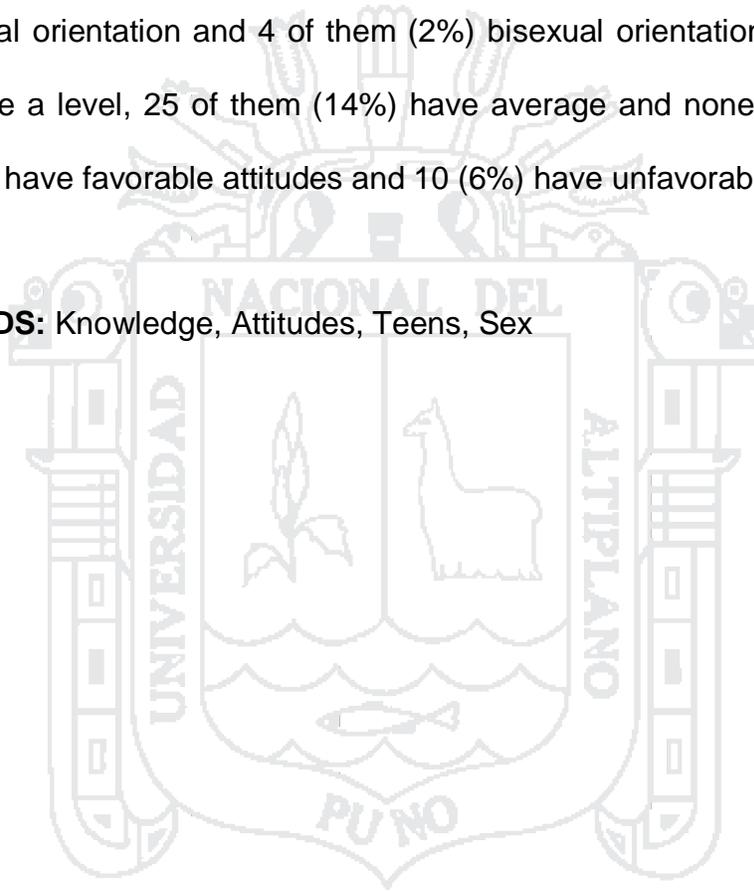
This study was conducted in order to establish the degree of knowledge and attitudes about sexuality in adolescents attending the Hospital of Ilo MINSa in the period June to August 2016.

It was transversal and descriptive, was considered as study universe all adolescents who attended the Hospital of Ilo MINSa consultation for any reason and any service in the period June to August 2016; no sample size calculation was performed.

They entered the study 180 adolescents between 12 and 17 years. 74 teenagers were 17 (41%), then 65 were 16 (36%). 95 (53%) were female sex and 85 (47%) were male. 172 participants were single (95%), 7 were cohabiting (4%), 1 was a widower (1%) and none were married. 141 adolescents (78%) only study, 12 participants study and work (12%) 14 only work (8%) and 3 are homemakers (2%). 107 participants (59%) are Catholic, 61 are Protestants (34%) and 12 are nonbelievers (7%). 70 adolescents (39%) are in love and do not have 110 (61%).

68 participants (38%) have had sex and 112 (62%) do not have. 24 adolescents (35%) started their sex at the age of 16 years relationships, then 19 participants (28%) started at 17, then 14 of them (21%) started at age 14, finally 5, 4, 2 teenagers (7%, 6% and 3%) started at 14, 13 and 12 years, respectively. 171 participants (95%) reported having heterosexual orientation, 5 teens (3%) homosexual orientation and 4 of them (2%) bisexual orientation. 155 adolescents (86%) have a level, 25 of them (14%) have average and none present low level. 170 (94%) have favorable attitudes and 10 (6%) have unfavorable attitudes.

KEYWORDS: Knowledge, Attitudes, Teens, Sex



CAPITULO I

INTRODUCCION

La sexualidad es un elemento importante en el proceso de desarrollo del ser humano, fundamentalmente en las etapas iniciales de niñez y adolescencia, dado que este es un periodo formativo crucial que moldea su formación, no sólo con relación a su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva social y económica. Es por tanto importante, considerar inicialmente la situación de los conocimientos y prácticas que sobre sexualidad tienen los adolescentes a nivel de América Latina y el país.

Los adolescentes conforman un grupo poblacional importante, debido a las tendencias demográficas actuales. La población de 10 a 19 años de edad a nivel mundial es de 1,1 mil millones de personas, 85% de las cuales viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe se ha estimado un aumento de esa población de un 138%; de 40.1 millones a 95.7 millones en el período 1960 – 1990i. La tendencia de la población joven hasta el año 2050; se puede inferir con

claridad que Latinoamérica es una región eminentemente joven, cuya tendencia es a crecer.¹

La OMS afirma que la información epidemiológica sobre adolescentes es escasa y está influenciada por el marco conceptual de riesgo, los problemas de salud reproductiva cada vez aumentan en este grupo etéreo. Así, las estadísticas en el ámbito nacional hacen mención que los adolescentes peruanos suman cerca de 6 millones, y representan el 21% de la población.²

Su inicio de la vida sexual es entre los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres³. Aquellos que inician sus relaciones coitales continúan haciéndolo sin protección durante un año o más, sin solicitar un método anticonceptivo y terminan en embarazos no planificados⁴. A esto se suma la elevada incidencia de embarazos adolescentes, el incremento de la morbi-mortalidad materna y perinatal en forma significativa⁵.

Anualmente se producen 218 750 embarazos adolescentes, lo que representa 600 embarazos por día y 25 embarazos por hora, cifras que por sí solas hablan de la magnitud del problema y la necesidad que tenemos de afrontarlo como un problema de salud pública, sin dejar de lado las ITS VIH/SIDA⁶. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2014, en el Perú Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 14,6% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 11,7% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren ligeramente de los obtenidos en el año

2009. Al igual que en la Encuesta del 2009, los resultados del año 2014 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,7% entre las de 15 años hasta el 31,2% en las de 19 años de edad.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios, los cuales están directamente relacionados con la sexualidad; cambios que se manifiestan en conductas, afectos y pensamientos como resultado del aumento de la curiosidad por temas sexuales, la interacción con el sexo opuesto, el mayor interés por el acercamiento físico y sobre todo el deseo sexual que propician, en la mayoría de las veces, la iniciación temprana de las relaciones sexuales coitales ^{7,8}.

Estas características, sumadas al escaso o inadecuado conocimiento, actitudes y valores negativos hacia el sexo y la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, son las que condicionan en los adolescentes comportamientos de riesgo para las ITS, el embarazo no deseado y el aborto clandestino ^{9,10}.

Ante la carencia de una educación sexual integral que promueva el autocuidado y el respeto por los demás, con la participación activa de la familia, la escuela y los servicios de salud, es de esperar que los adolescentes experimenten mayor incremento de afecciones ligadas al ejercicio de su sexualidad y reproducción ^{11,12}.

En diferentes Países se han desarrollado una serie de estudios al respecto, lo que se describe a continuación.

La situación sobre sexualidad en adolescentes preocupa a las autoridades de salud de la provincia Ilo, ya que el Puerto de Ilo constituye uno de los tres puertos del Pacífico Sur Peruano (Marcona e Matarani) por donde sale la carretera Interoceánica hacia el sur del Perú y los países vecinos de Brasil y Bolivia interconectando por estas vías al atlántico brasileño; y además es un puerto pesquero y en ella se encuentra la fundición de la empresa minera de la Southern Perú Copper Corporation, lo que permite alta migración de diferentes lugares del país a esta provincia; y esta ciudad se encuentra considerada con alto riesgo de contagio de ITS y VIH/SIDA. Además Ilo es considerada, a partir del diálogo con informantes clave y personal de salud de la jurisdicción, como una zona de riesgo para la sexualidad de la población joven que no cuenta con fuentes de información de calidad y vive en entornos sociales desfavorables para la comunicación en sexualidad. La información recibida sobre temas de sexualidad en las instituciones educativas escapa a la realidad y necesidades de los adolescentes de la comunidad. Así mismo, el servicio de salud no cubriría las expectativas y demandas de salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

La información del presente estudio permitirá incidir en la toma de decisiones para la puesta en práctica de estrategias que atiendan los problemas de salud que se presenta con frecuencia en este grupo poblacional. Toda vez que los adolescentes tienden a incidir en conducta sexual irresponsable con

consecuencias muy serias que comprometen su salud sexual y reproductiva como el embarazo no deseado y el aborto provocado.



CAPITULO II

REVISION DE LITERATURA

2.1.- ANTECEDENTES

2.2.1.- A NIVEL INTERNACIONAL

VARELA M y Col. En su estudio “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes”, en España en el año 2010, basado en una encuesta anónima realizada durante el año 2008 con 300 adolescentes y jóvenes entre 13 y 21 años. Encontró que los varones obtienen en un 30,8% la información sobre sexualidad por internet; en cambio las mujeres lo hacen de sus familias en un 57,6%. Los chicos le dan mucha más importancia a la sexualidad. La primera experiencia sexual no coital ocurre a los 13 años. La primera relación sexual coital es a los 15 años para los chicos y a los 16 para las chicas. El motivo de la primera relación sexual coital en las mujeres fue el amor (40,6%) frente a los chicos que refirieron el deseo (24,1%). Las mujeres son más conscientes ante el riesgo de embarazo (82,7%). En cuanto a falsos mitos, los chicos creen obtener más

satisfacción con un pene grande o pechos voluminosos. Los padres de los adolescentes aceptan que éstos tengan relaciones sexuales en el 27% y solamente en el 7,8% de las adolescentes. El preservativo es el método anticonceptivo más conocido para los encuestados, pero poco utilizado (el 35% en chicos y el 37% en chicas). El sida es la enfermedad de transmisión sexual más conocida. La homosexualidad es mejor tolerada por las chicas, observándose un rechazo en un 26,4% de los chicos. Conclusiones: El nivel de información en los adolescentes es insuficiente, por ello es necesaria la inclusión de la educación sexual en los centros escolares¹³.

LIBREROS L. y Col. En su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa”, en Venezuela en el 2007, con una muestra de 268 adolescentes de edades entre 13 y 19 años estudiantes de la Unidad educativa Monseñor Gregorio Adam. Encontró que la media de edad 15,8 años; el 50,74% eran mujeres y el 49,25% hombres, un nivel de conocimiento sobre I.T.S regular, un 16,42% reporto un nivel de conocimiento bueno, se encontró una diferencia estadísticamente significativa para las actitudes hacia la sexualidad, los métodos anticonceptivos y el aborto. Los estudiantes de 4to. año presentaron el mayor porcentaje de actitudes favorables hacia las relaciones sexuales y el uso de los métodos anticonceptivos. La mayoría de los estudiantes mostraron una actitud desfavorable hacia el aborto y la homosexualidad, una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos y las actitudes hacia el uso de los métodos anticonceptivos y la homosexualidad. El sexo masculino reporto una actitud más favorable hacia el uso

de los métodos anticonceptivos y la masturbación. En relación a la homosexualidad el sexo masculino presento una actitud más desfavorable, El 34.5% de los adolescentes respondieron que si tenían actividad sexual, siendo mayor en el sexo masculino; los estudiantes inician la actividad sexual en la adolescencia media, siendo más frecuente en los varones. En relación al número de parejas al año predomino una pareja para ambos sexos. El mayor porcentaje de los encuestados afirmo que utilizan métodos anticonceptivos, con un predominio en el sexo masculino, siendo el método más utilizado el de barrera ¹⁴.

RIOS, P. en su estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes escolarizados de 11 a 19 años de edad del cantón san miguel de los bancos y sus factores determinantes en el 2008", en Ecuador, evaluó a 441 estudiantes de todos los colegios del cantón, de la zona urbana y rural, a los cuales se aplicó una encuesta CAP. Encontró que el nivel de conocimiento y actitud positiva es del 60%. Las variables que se asociaron a un mayor conocimiento fueron: la edad (6.4+/-1.8DS, p=0.000), el nivel escolar (6.9+/-1.6, p=0.000), el nivel de instrucción de la madre (6.4+/-1.8DS, p=0.006), el colegio urbano (6.2+/-1.9DS, p=0.006), el número de hermanos (6.3+/-1.8DS, p=0.01) y en menor porcentaje el nivel de ingresos económicos y el lugar de procedencia urbana (6.2+/- 2DS, p=0.01), así como el nivel de instrucción del padre. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 14+/- 2 años de edad, menor al registrado por la encuesta Endemain 2004. Los factores que se asocian a un mejor conocimiento son además de los mencionados por la bibliografía, el nivel de escolaridad de la madre, el número menor de hermanos y

el tipo de colegio, variables que deben ser tomadas en cuenta al momento de intervenir con programas de educación. El nivel de deserción escolar fue alto, sobre todo en zonas rurales ¹⁵.

2.2.2.- A NIVEL NACIONAL

DELGADO, A. en su estudio “Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes del 5to año de secundaria, del I.E. José Granda S.M.P.”, en Lima Perú, en el 2008; en una encuesta aplicada a 162 adolescentes del 5to. De secundaria. Encontró que en relación al conocimiento sobre sexualidad, de 161 (100%) adolescentes, 35 (22%) tienen conocimiento alto, 69 (42.8%) medio y 57 (35.5%) bajo. En relación a los impulsos sexuales que manifiestan los adolescentes de 161 (100%), 82 (50.93%) refieren que están presentes los besos y caricias, en relación a la masturbación, en 101 (62.73%) adolescentes está presente, con respecto al contacto intergenital en 93 (57.76%) adolescentes se encuentra presente, sobre las relaciones cóitales en 93 (57.76%) están presentes y en 68 (42.24%) ausente. Concluyo que Los conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes son de nivel medio, relacionado a que desconocen las prácticas sexuales riesgosas y la manifestación de sus impulsos sexuales se encuentra presente mediante besos, caricias y relaciones cóitales, que traen como consecuencia los embarazos precoces y no deseados, abortos, ITS y otros ¹⁶.

NAVARRO M., en su estudio “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Las Palmeras del distrito de Morales. Periodo Junio-setiembre 2012”, en Tarapoto, aplico una encuesta a una muestra constituida por 79 adolescentes de 14 a 19. Encontró que el 50.6% de los adolescentes de la urbanización Las Palmeras se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años. Asimismo, tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró en el presente estudio que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Los adolescentes de la urbanización Las Palmeras, tienen un nivel de conocimientos alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56%. En lo referido a las actitudes sexuales de los adolescentes la urbanización presenta actitudes sexuales favorables como: sexualidad, el 79.7%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual 83.5%; en la dimensión libertad para tomar decisiones el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7%. Finalmente se acepta la hipótesis por existir un nivel de conocimiento alto y las actitudes sexuales favorables en los adolescentes de la Urbanización las Palmeras del distrito de Morales ¹⁷.

NAVARRO, Y., en su estudio “Conocimientos y actitudes sexuales con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en adolescentes de secundaria de la IE. Jorge martorell Flores de Tacna 2011-2012” aplico una

encuesta a 222 adolescentes de 3^o, 4^o y 5^o año de secundaria. Encontró que el conocimiento sobre sexualidad 40,5% aprobados y 59,5% desaprobados. El 21,2% tienen relaciones coitales y el 78,8% no tienen relaciones sexuales, el promedio de edad en inicio de relaciones sexuales es 15 años, refieren sensaciones de felicidad 11,7%, temor y culpa 5,4%, el 14% usan preservativo, el 32,4% se masturban, el 21,6% tuvieron abrazos y besos con ropa. El motivo para el inicio de relaciones sexuales (IRS) es obtener afecto 20,3%, la elección de la pareja para IRS es el enamorado 71,2%. El valor moral más predominante es el amor 38,3% y el motivo más predominante para no tener actividad sexual son las infecciones de transmisión sexual 47,7%; 77,9% tienen actitud desfavorable y 22,1% tienen actitud favorable con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual. Concluyo que los conocimientos de los adolescentes en sexualidad es deficiente y las actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual es desfavorable. Por lo cual, no toda información que tenga el adolescente sobre temas de sexualidad indica que tenga una actitud favorable, sino que esto se relaciona con la parte afectiva que tenga el adolescente¹⁸.

AGUIRRE, A. y Col., en su estudio “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de un asentamiento humano” aplicó una encuesta en el año 2012 a una muestra de 44 adolescentes entre 14 y 19 años del AA.HH. Alberto Romero Leguía del distrito de Nuevo Chimbote. Encontró que el 68,2% de adolescentes conoce de manera global sobre la sexualidad, siendo las dimensiones más conocidas el ciclo de respuesta sexual (84,1%) y la prevención de ITS-VIH/SIDA (81,8%). El 100% de encuestados muestra una actitud favorable hacia la

sexualidad. La edad promedio de los entrevistados fue de 16,9 años, siendo el 56,8% de sexo masculino, 59% católicos, todos solteros y 63,6% estudiantes. El 36,4% inició su actividad sexual, principalmente, durante la adolescencia media. Los adolescentes encuestados del AA.HH. Alberto Romero Leguía en su mayoría conocen sobre sexualidad y presentan actitudes favorables para una sexualidad responsable, compartida y gratificante ¹⁹.

CASTILLO, J. y Col., en su estudio “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del asentamiento humano 9 de Octubre, Pariñas, Talara”, aplicó una encuesta a una muestra de 170 adolescentes entre 14 y 19 años del sector VI del distrito de Pariñas provincia de Talara. Encontró que el 70,59% de adolescentes desconoce sobre aspectos básicos de su sexualidad, pudiendo inferir que no conocen las cuatro dimensiones: prevención de ITS–VIH/SIDA (85,88%); métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (79,41%); ciclo de respuesta sexual (65,29%) y anatomía y fisiología sexual y reproductiva (60,59%). Asimismo, el 82,35% presenta una actitud global desfavorable hacia la sexualidad. Con respecto a la población de estudio el 50% pertenece a ambos sexos. En el inicio de relaciones sexuales se reportó que el 24,12 % ya se había iniciado sexualmente y la edad predominante fue de 15 años con el 31,17%. En términos generales, más de la mitad de los adolescentes del Asentamiento Humano 9 de octubre presentan desconocimiento de su sexualidad y sus actitudes sexuales son desfavorables ²⁰.

HUAMANCHUMO, Y., en su estudio “Influencia del taller de Educación sexual y reproductiva, en el nivel de conocimientos de alumnos del tercer grado de educación secundaria, del centro educativo Túpac Amaru II del Distrito de Florencia de Mora, Marzo-Julio2014”, aplico una encuesta a una muestra constituida por 77 adolescentes, varones y mujeres, de 12 a 15 años de edad. Encontró que antes de la aplicación del taller en el grupo experimental, que un 5% tenía un nivel de conocimiento bueno sobre Salud Sexual y Reproductiva y el 50% tenía un nivel de conocimiento malo, y después de aplicar el taller de Salud Sexual y Reproductiva en el grupo experimental, se obtuvo en el post test un 37.5% con un nivel de conocimiento regular y con 62.5% con un nivel de conocimiento bueno. Finalmente se acepta la Hipótesis “La aplicación del Taller de Educación Sexual y reproductiva influye significativamente en la mejora del nivel de conocimientos de los alumnos, ya que se incrementó el nivel de conocimientos después de aplicar el taller, y Recomendó que es necesaria la implementación de programas de educación sexual que permitan aumentar los conocimientos acerca de salud sexual y reproductiva en padres y adolescentes ²¹.”

2.2.- SUSTENTO TEORICO

LA ADOLESCENCIA: ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES.

La palabra Adolescencia deriva del latín *adoleceré*”, que nos remite al verbo *adolecer* y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta

imperfección o defecto y crecer, Sin embargo cabe mencionar que en nuestra cultura es considerada simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. Así pues, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas²².

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”.

En el desarrollo de la adolescencia se tiene: **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. 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. **b) Desarrollo motivacional:** En el

adolescente sobresalen los siguientes motivos: Necesidad de seguridad, Necesidad de independencia, Necesidad de experiencia, Necesidad de integración (de identidad), Necesidad de afecto. **c) Desarrollo afectivo:** Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, el adolescente es variado en su humor. **d) Desarrollo social:** Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. **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. Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza. En la adolescencia comienzas las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista. **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. **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 es afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la

educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás.

BASES TEÓRICAS DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios. Aquí mencionamos las principales teorías de la sexualidad: **a) Teoría del Aprendizaje**, según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. Esta teoría también sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales a los que él niños se halla expuesto. En los primeros años de vida los modelos a observar e imitar son ante todo los padres. **b. Teoría Cognitivo-Evolutiva** Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general ya

que hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género²³.

CONOCIMIENTO

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos²⁴.

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”²⁵.

CONOCIMIENTO SEXUAL:

Según la OMS el conocimiento sexual indica en muchas culturas los problemas con la sexualidad humana son más dañinos y más importantes para el bienestar y la salud de los individuos, existe una relación importante entre la ignorancia sexual y la mal interpretación con los problemas diversos de salud y de

calidad de vida.- mientras que reconocemos que es difícil llegar una definición universalmente aceptable de la totalidad de sexualidad humana.

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación y el amor²⁶.

DIMENSIONES DE CONOCIMIENTO SEXUAL

Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.

Ciclo de respuesta sexual.

Prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH / SIDA.

Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos

LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS:

A. Los genitales externos femeninos:

También llamado vulva, tienen las siguientes estructuras: **Montes 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:** Ubicada 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 vaginal²⁷.

B. 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 (24) **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 espermatozoide²⁷.

A. Genitales Externos masculinos:

Pene: Tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande.

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 testosterona²⁷.

B. 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. Esta constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía. **Glándula de Cowper:** Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede llevar espermatozoides²⁷.

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.

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. 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. 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 fecundación²⁸.

Ciclo uterino o menstrual El ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y que depende de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona. El ciclo menstrual se cuenta en

días, y se ha decidido llamar día 1° de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar. Chirino R. profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. 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 neoformado²⁸.

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 cromosomas²⁷.

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 fisiológicas²⁹.

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 parto³⁰.

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. La mayoría de veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo; de allí se vuelve más café hasta que se termina. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año³⁰.

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. 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. 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. Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución³¹.

Fase de excitación

La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada... la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación.

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 preseminal.

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 liberan³¹.

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 normal³².

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. Aquí nombramos las enfermedades de transmisión sexual más, castigados por la sociedad: **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.

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

Gonorrea: Conocida también como blenorragia. Es causado por “NeisseriaGonorrhoeae”. 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. **Tricomoniiasis:** 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 ITS.

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

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

Chancroide: Es producida por una bacteria llamada “HaenophilesDucrey”. 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. 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. 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.

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 enfermedades³³.

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. 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 mujer³².

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. 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. 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. Existen diversos tipos de anticonceptivos así como múltiples clasificaciones³⁴.

Tipos de anticonceptivos: Métodos Naturales: Método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal. **Métodos de Barrera:** Preservativo, Diafragma cervical, Óvulos vaginales, etc. **Métodos Hormonales:** Anticonceptivos orales (pildora), Inyecciones (mensuales, bimensuales, trimestrales), Implantes

(Norplant), Parches y los Anillos Vaginales. **Dispositivos intrauterinos (DIU):** T de Cobre, DIU que libera progesterona. **Métodos Quirúrgicos:** Bloqueo Tubárico Bilateral (Ligadura de Trompas), Vasectomía³⁴.

ACTITUD

La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín *actitūdo*, la actitud es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo (por ejemplo, una actitud amenazadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: de un cuerpo humano (cuando expresa algo con eficacia o cuando es determinada por los movimientos del ánimo) o de un animal (cuando llama la atención por algún motivo)³⁵.

Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor de la obra *fish*, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana. Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las

actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables³⁵.

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social (como en los estudios de Sherif sobre la actitud en relación al in group, el propio grupo de referencia y el outgroup, el grupo externo), ego defensivo³⁶.

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. Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular³⁷.

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

IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES

Las actitudes son importantes por dos simples razones. En primer lugar, influyen fuertemente en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social y la procesamos. Las actitudes a menudo funcionan como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos. Algunos hallazgos indican que cuanto mayor sea la importancia de diversas actitudes, mayor será la tendencia de los individuos a hacer uso de estas actitudes en el procesamiento de la información, en la toma de decisiones y por supuesto, en la realización de acciones específicas. Finalmente, la importancia de la actitud también surge de la relevancia de valores, cuanto más estrechamente este conectada una actitud a los valores personales de un individuo, mayor es su importancia³⁸.

DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES:

- a) Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

- b) Libertad para decidir y actuar.
- c) Autonomía.
- d) Respeto mutuo y reciprocidad.
- e) Sexualidad y amor.
- f) Sexualidad como algo positivo.

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. Una persona es responsable cuando:

- Hace las cosas sin que nadie se las diga dos veces.
- Cumple con sus obligaciones.
- Es obediente
- Llega a clase puntualmente
- Ayuda en las tareas de casa.

Para otros autores la Responsabilidad está dada por el conocimiento que tienen los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos³⁹.

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.

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. La autonomía se divide 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 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, 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. 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 físico⁴⁰.

SEXUALIDAD Y AMOR

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

escamoteado la grandeza del amor y su profundidad. Esto es lo que pasa hoy en algunas ocasiones.

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. 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. De esta forma, la fusión de dos cuerpos unidos por motivos de amor y compromiso en el matrimonio, se convierte en diálogo 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. 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 persona⁴¹.

SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO

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

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. 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 alguno⁴².



CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

El estudio fue de tipo transversal y descriptivo, se consideró como universo de estudio a todos los adolescentes que acudieron al Hospital de Ilo del MINSA por cualquier motivo de consulta y cualquier servicio en el periodo de Junio a Agosto del 2016; no se realizó cálculo de tamaño de muestra, debido a que ingresaran todos los casos que cumplieron con los criterios de inclusión, que son un total 180 adolescentes; el tipo de selección de la muestra fue “no probabilístico” y “por conveniencia”; para la estrategia de recolección de datos, en cada Consultorio del Hospital de Ilo, la interna de Enfermería y/o de Obstetricia identifico al adolescente después de su consulta y si cumplía con los criterios de inclusión, le explico sobre el estudio de investigación, si el caso estaba acompañado de sus padre o madre o apoderado a este le solicito el consentimiento informado, luego se le entrego el instrumento de recolección de datos al adolescente; si el adolescente se encontraba solo se tomó nota de la dirección de su domicilio y se le visito por la tarde para solicitar el consentimiento informado del padre, madre o apoderado y se entregó el instrumento de recolección de datos al adolescente, en ambos casos el adolescente lleno el instrumento en forma totalmente confidencial, la duración del llenado del

instrumento fue de aproximadamente 20 minutos, luego el instrumento fue lacrado en un sobre para garantizar la confidencialidad y entregado al ejecutor de la tesis que proceso los datos.

Criterios de inclusión: Adolescente que vive con una permanencia de por lo menos 1 año en la ciudad de Ilo y que acudió al Hospital de Ilo-MINSA entre el periodo de Junio a Agosto del 2016, que cuente con el consentimiento informado de padre o madre o apoderado, y que acepte participar en la investigación.

Criterio de exclusión: Adolescentes con permanencia menor de 1 año en la ciudad de Ilo, Adolescentes con discapacidad Mental, Adolescente que concurre a algún programa educativo para adolescentes.

Instrumento:

Para la medición del nivel de conocimiento sobre sexualidad se aplicó un cuestionario y un test tipo Likert modificado, la escala fue de 35 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada. A la respuesta “ Si” se le dio un puntaje de “1” (uno) y la respuesta “ No” se le dio un puntaje de “0” (cero). Sumando las respuestas de cada ítem se pueden obtener un puntaje mínimo de “0” y un puntaje máximo de 35. Los rangos establecidos para medir el nivel de conocimientos fueron:

- **Conocimiento alto:** Puntaje de 24 a 35
- **Conocimiento medio:** Puntaje entre 12 y 23
- **Conocimiento bajo:** Puntaje entre 0 y 11

Para la medición de las actitudes sobre sexualidad del adolescente, se utilizó un test diseñado y validado, en otro estudio, el instrumento fue 40 ítems y se utilizó la escala de Likert , considerando 5 alternativas:

- Completamente en desacuerdo (1 punto)
- Bastante en desacuerdo (2 puntos)
- Opinión intermedia (3 puntos)
- Bastante de acuerdo (4 puntos)
- Completamente de acuerdo (5 puntos)

Con un total de 40 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 40 puntos y un puntaje máximo de 200 puntos. Se tuvo en cuenta los siguientes rangos:

- Favorable: Puntaje de 100 – 200
- Desfavorable: Puntaje de 0 – 99

Para la recolección de los datos socio demográfico, se empleó un cuestionario donde se identificó las variables Edad, sexo, estado civil, religión ocupación, asimismo si tiene enamorado o enamorada, si ha tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de relaciones sexuales y la opción sexual.

Los datos contenidos en el instrumento de recolección de datos se almacenaron en una base de datos, utilizando el software spss para el análisis estadístico.

HIPOTESIS

El grado de conocimiento y actitudes sobre sexualidad, de los adolescentes que acuden al hospital de Ilo del MINSA en el periodo de Junio a Agosto del 2016, es bajo o deficiente en relación a otros estudios del ámbito Nacional.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes que acuden al Hospital de Ilo del MINSA en el Periodo de Junio a Agosto del 2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Determinar las Características sociodemográficas de los adolescentes que ingresaran al estudio.

2.- Describir el grado de conocimientos de los adolescentes en lo referente a anatomía, fisiología, salud sexual, salud reproductiva, prevención de enfermedades de transmisión sexual y metodología anticonceptiva

3.- Identificar las actitudes de los adolescentes en lo concerniente a responsabilidad sexual, prevención del riesgo sexual, libertad para decidir sexualmente, autonomía sexual, y sexualidad y amor.

AMBITO DE ESTUDIO

HOSPITAL DE ILO MINSA

Clasificación: Hospital de Atención General

Tipo: Con Internamiento

Categoría: II - 1

Dirección: Avenida N° 01 Mz. C Lote 01 - Área 4 (A - 4) Pampa Inalámbrica



OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLES DEPENDIENTES:

| Variable | Indicador | Unidad/Categoría | Escala | Tipo de Variable |
|--------------------------------|-----------|---------------------------|---------|------------------|
| Conocimientos sobre sexualidad | nivel | Alto Medio bajo | Ordinal | Cualitativa |
| Actitudes sobre sexualidad | Nivel | Favorable Desfavorable | Nominal | Cualitativa |

VARIABLES INDEPENDIENTES:

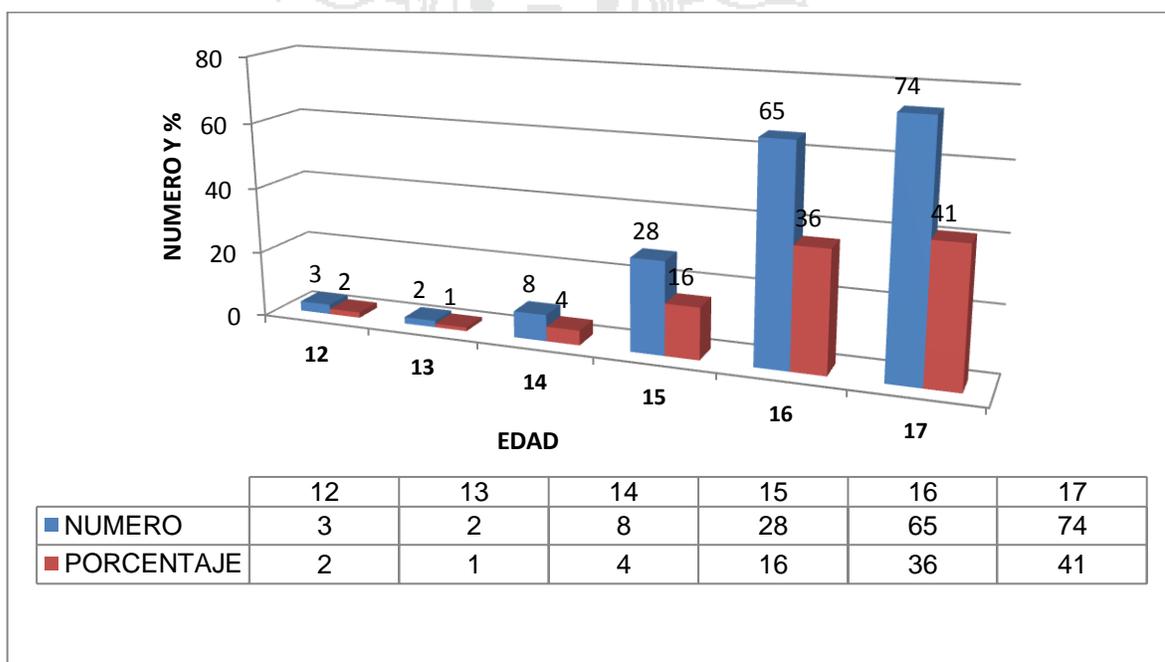
| Variable | Indicador | Unidad/Categoría | Escala | Tipo de Variable |
|-------------------------------|--------------------------------|---|----------|------------------|
| Edad | Frecuencia absoluta y relativa | 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años | De Razón | Cuantitativa |
| Sexo | Frecuencia absoluta y relativa | Masculino Femenino | Nominal | Cualitativa |
| Estado Civil | Frecuencia absoluta y relativa | Soltero Casado Viudo Conviviente | Nominal | Cualitativa |
| Ocupación | Frecuencia absoluta y relativa | Estudiante Estudiante y Trabaja Trabaja Su Casa No trabaja ni estudia Otro | Nominal | Cualitativa |
| Tenencia de Enamorado/a | Frecuencia absoluta y relativa | Si No | Nominal | Cualitativa |
| Religión | Frecuencia absoluta y relativa | Católico Protestante No Creyente | Nominal | Cualitativa |
| Inicio de relaciones sexuales | Frecuencia absoluta y relativa | Si No | Nominal | Cualitativa |
| Opción | Frecuencia | Heterosexual | Nominal | Cualitativa |

| | | | | |
|---|--------------------------------|--|---------|-------------|
| sexual | absoluta y relativa | Homosexual Otro | | |
| Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva | Frecuencia absoluta y relativa | Genitales internos y externos del varón y la mujer. Ciclo menstrual. Fecundación. Embarazo. | Nominal | Cualitativa |
| Ciclo de respuesta sexual | Frecuencia absoluta y relativa | Fases del ciclo de respuesta sexual | Nominal | Cualitativa |
| Enfermedades de transmisión sexual | Frecuencia absoluta y relativa | Transmisión Síntomas Protección y Prevención | Nominal | Cualitativa |
| Prevención del Embarazo | Frecuencia absoluta y relativa | Métodos anticonceptivos | Nominal | Cualitativa |
| Riesgo sexual | Frecuencia absoluta y relativa | Inicio de relaciones sexuales Relaciones sexuales con protección | Nominal | Cualitativa |
| Decisión y Acción | Frecuencia absoluta y relativa | Capacidad para tomar decisiones | Nominal | Cualitativa |
| Autonomía | Frecuencia absoluta y relativa | Decisiones independientemente | Nominal | Cualitativa |
| Respeto | Frecuencia absoluta y relativa | Respeto a su pareja Agresión física Interés | Nominal | Cualitativa |
| Sexualidad y Amor | Frecuencia absoluta y relativa | Relación con pareja Sentimientos después del acto sexual | Nominal | Cualitativa |

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Grafico No.1. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN EDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

La edad de los participantes se encontraba entre los 12 y 17 años, 74 adolescentes tenían 17 años (41%), luego 65 tenían 16 años (36%), seguidamente 28 tenían 15 años (16%), 8 adolescentes tenían 14 años (4%), y en menor proporción 12 y 13 años con 3 y 2 casos (2% y 1% respectivamente); la mediana

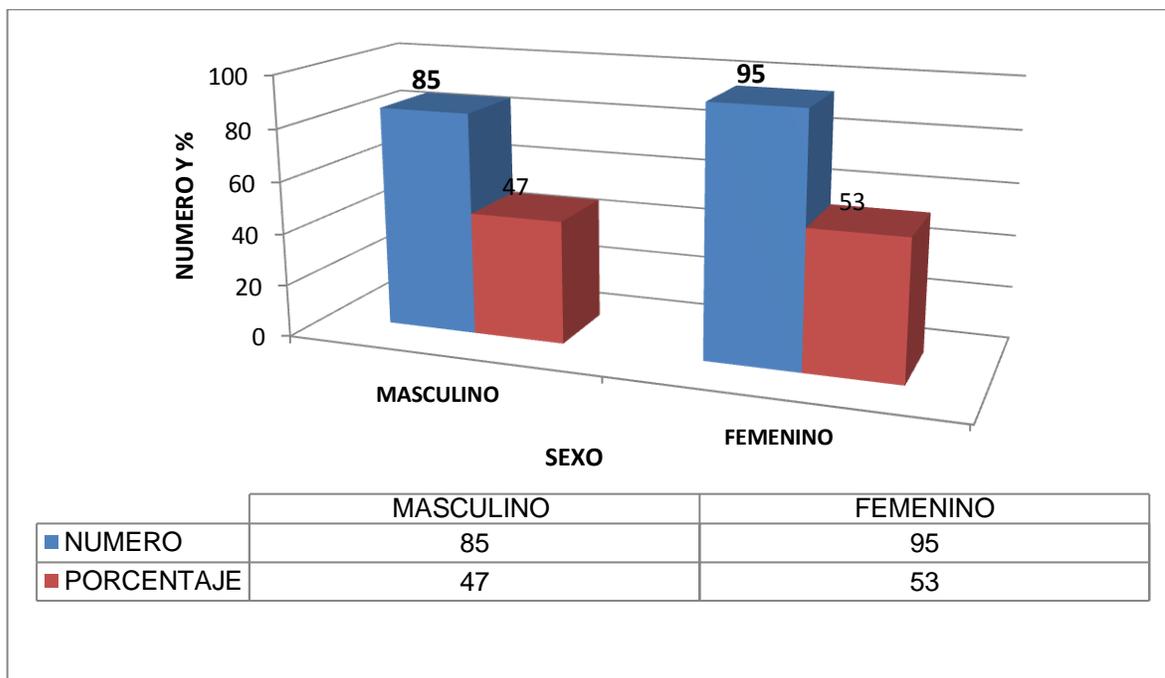
fue de 16 años y el rango intercuartilico fue de 1 año ($Q_1=16$; $Q_2=17$) (Grafico No.1).

Otros investigadores reportaron cifras diferentes a las nuestras, así, Libreos L., reporto la media de la edad de 15.8 años; Navarro M., encontró que el 50.6% de los adolescentes se encontraban en el grupo de edad de 14 a 16 años, luego 49.4% entre las edades de 17 a 19 años; Aguirre, A., indico que el 38.6% tenían entre 14 a 16 años y la edad promedio fue de 16.9 años; Huamanchumo, Y. Observo que el 23% tenían 15 años, el 70% 14 años y el 8% 13 años. Por otro lado Delgado A., encontró que el 91% se encontraban entre los 16 y 17 años, cifras similares a las nuestras.

Es importante mencionar que de acuerdo a la edad que se encuentre el adolescente sus conocimientos y actitudes referentes a la sexualidad va a ser diferente, así entre los 11 y 13 años los adolescentes, desde el punto de vista biológico, por lo tanto aun no tienen bien establecidos sus conocimientos y actitudes referentes a la sexualidad; por el contrario entre los 14 y 17 años ya se completó el cambio biológico de su desarrollo sexual y por lo tanto ya tienen un conocimiento y actitudes más establecidas sobre la sexualidad⁷.

Por lo que podemos observar en nuestro estudio el 77% de los participantes tienen entre 16 y 17 años, lo que nos garantiza que ya hay un conocimiento y actitud establecida sobre la sexualidad.

Grafico No.2. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN SEXO, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Tenemos que de los participantes 95 (53%) eran del sexo femenino y 85 (47%) fueron del sexo masculino, se observa que la diferencia entre ambos sexos es mínima; el mayor porcentaje de participantes corresponden al sexo femenino (53%), sin embargo esta diferencia con el porcentaje de sexo masculino es mínima (Grafico No.2).

En otros estudios se encontró valores parecidos a los nuestros, así tenemos que, Liberos L. encontró que el 50.74% eran mujeres y el 49.25% eran mujeres. Aguirre A. Refiere el 56.8% de sexo masculino y el 43.2% de sexo femenino. Navarro M. encontró el 55.7% de sexo femenino y el 44.3 de sexo masculino.

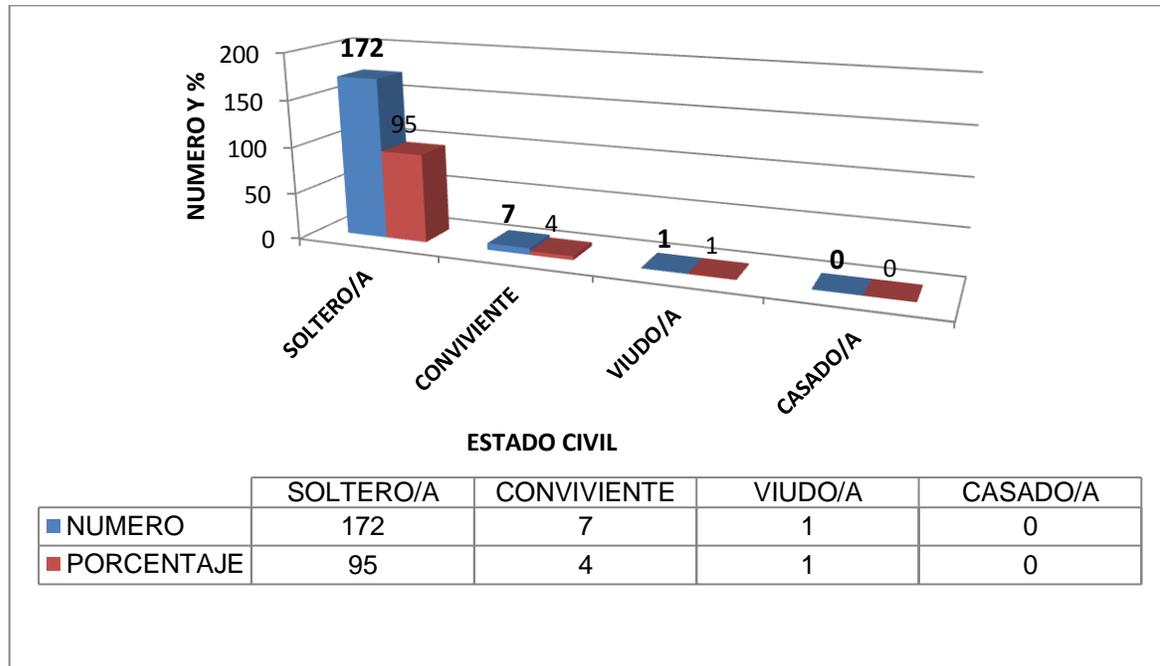
Delgado A. encontró el 57.66% de sexo femenino y el 42.34% de sexo masculino.

Huamanchumo, Y. Encontró 55% masculino y 45% femenino.

El sexo alude a las diferencias anatómicas y fisiológicas entre varones y mujeres y se refiere a características naturales. A partir de estas diferencias establecidas por el sexo biológico de las personas, cada cultura construye valores, representaciones, imágenes y símbolos que clasifican lo masculino y lo femenino, a partir de la diferencia establecida por el sexo biológico de las personas. A esta construcción cultural en un momento histórico y social determinado, lo denominamos género. La categoría género remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuyen a cada sexo en un momento histórico determinado. A diferencia del sexo, el género no es natural y, por lo tanto, puede cambiar⁷.

En nuestro estudio no hay diferencia muy importante en cuanto al sexo de los participantes lo cual nos garantiza que los hallazgos del estudio no estén sesgados por el sexo.

Grafico No.3. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN ESTADO CIVIL, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Presentamos que 172 participantes eran solteros (95%), 7 eran convivientes (4%), 1 era viudo (1%) y ninguno era casado (Grafico No. 3).

Cifras Muy parecidas fueron reportadas por Aguirre A. que encontró que el 100% eran solteros (as).

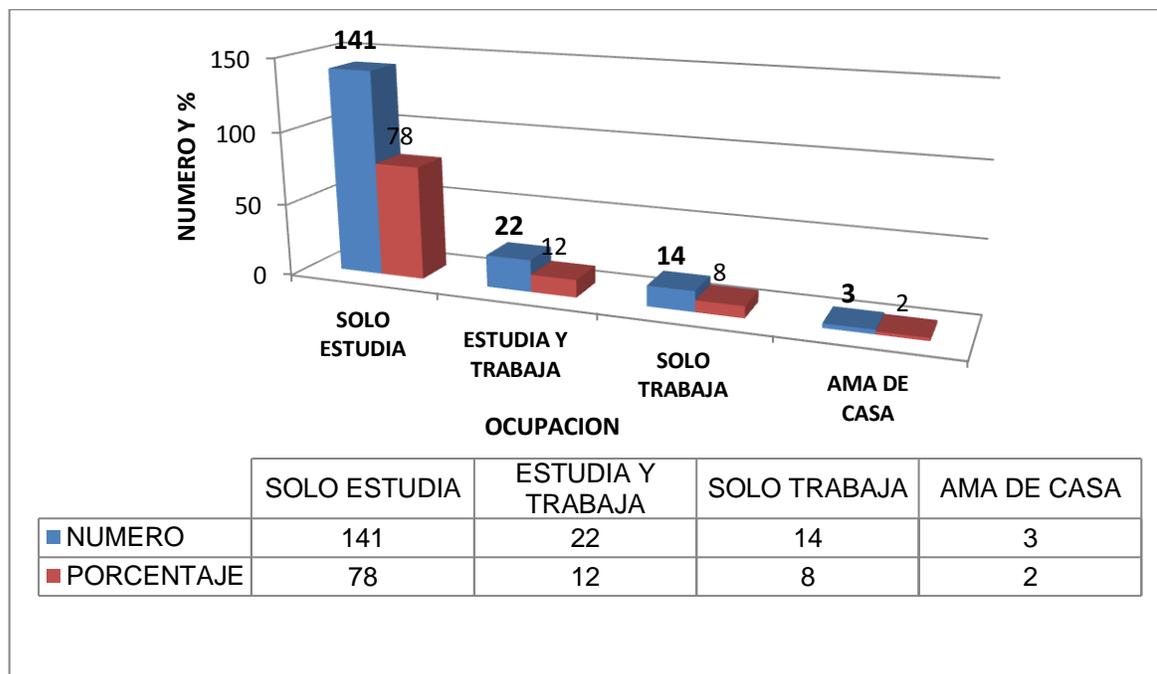
El estado civil es muy importante en nuestra sociedad porque de acuerdo a las normas sociales, los padres inculcan a sus hijos que las relaciones sexuales deben postergarse hasta después del matrimonio, este es un factor que debería repercutir en el inicio de relaciones sexuales de nuestros adolescentes. Por otro lado el matrimonio en adolescentes es algo que en la mayoría de los casos es obligado por los padres frente a una situación que puede avergonzarlos frente a la

sociedad (generalmente es el embarazo), y por otro lado la convivencia en adolescentes también es obligada por los padres de los adolescentes²².

En nuestro estudio casi la totalidad son solteros y ninguno es casado, solo 7 adolescentes son convivientes, lo que indica que no ha existido una situación que los obligue a casarse.



Grafico No.4. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN OCUPACION, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

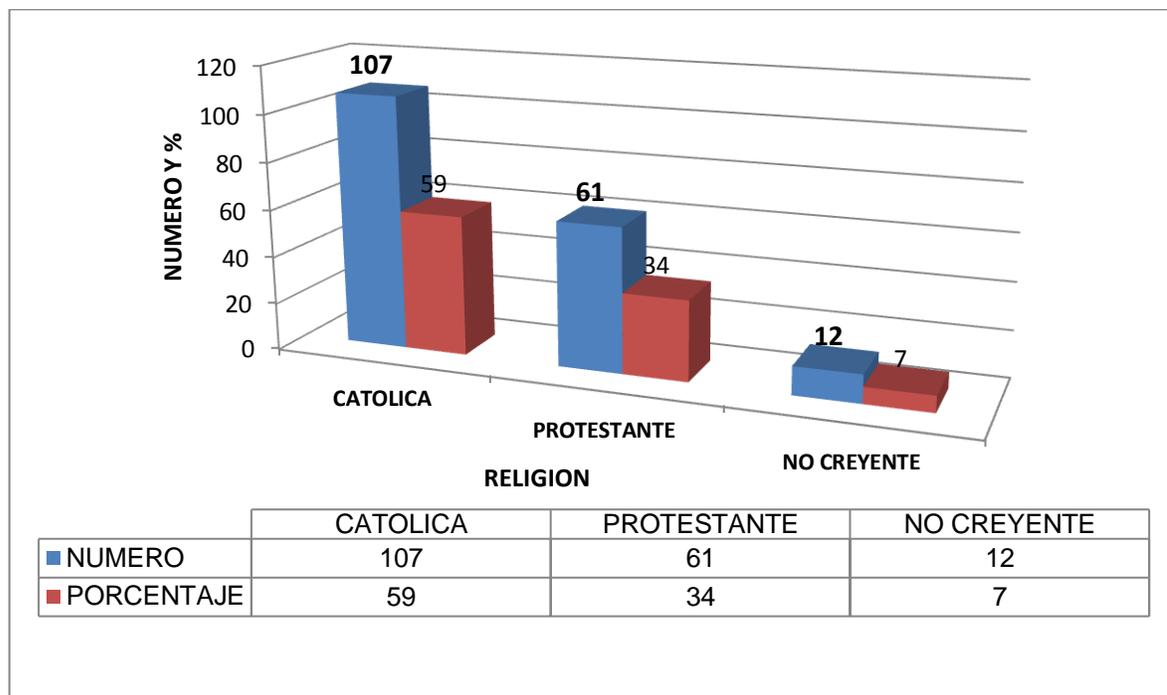
Tenemos que 141 adolescentes (78%) solo estudian, 22 participantes estudian y trabajan (12%) 14 solo trabajan (8%) y 3 son amas de casa (2%), las cuales son de sexo femenino, así mismo observamos que el 78% de los adolescentes solo estudian (Grafico No. 4).

Otros investigadores reportan valores ligeramente mas inferiores que los nuestros, pero siempre mas del 60% reportan que solo estudian, así tenemos que, Navarro M. encontro que el 68.4% eran solo estudiantes, 15.2% trabajaban y 11.4% eran amas de casa; Aguirre A. reporto que el 63.6% solo estudiaban, el 27.3% estudiaban y trabajaban a la vez, el 6.8% solo trabajan, y el 2.3% eran amas de casa.

Es importante la ocupación del adolescente, en vista que los que solo estudian no tienen disponibilidad económica suficiente para poder dedicarse a otras actividades relacionadas a la sexualidad que demandan gasto de dinero; por otro lado los estudiantes que trabajan tienen dinero para poder dedicarse a otras actividades que conlleven a compartir momentos con el sexo opuesto y por ello tienen mayor posibilidad por ejemplo de llegar a tener relaciones sexuales a temprana edad, las adolescentes amas de casa ya tienen obligación de compartir la jefatura de familia con su pareja, si la pareja es otro adolescente pueden surgir muchos problemas en el hogar, ya que dependerán económicamente de los padres, en cambio si la pareja es independiente económicamente, entonces los problemas en el hogar son menores.

En nuestro estudio observamos que más de las tres cuartas partes de los adolescentes son estudiantes, por lo tanto el riesgo de tener dinero para dedicarse a actividades que impliquen contacto con el sexo opuesto y puedan llegar a las relaciones sexuales es menor.

Grafico No.5. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN RELIGION, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Presentamos que 107 participantes (59%) tienen religión católica, 61 son protestantes (34%) y 12 son no creyentes (7%).

Aguirre, A., observo que el 59.1% eran católicos, el 38.6% eran de otras religiones y el 2.3% eran no creyentes.

La Iglesia Católica enseña que la vida humana y la sexualidad humana son ambas inseparables y sagradas; y condenó como herejía el maniqueísmo (creer que el espíritu es bueno mientras la carne es mala). Por tanto la Iglesia no considera al sexo como pecaminoso o como un obstáculo para una vida plena en

la gracia. La Iglesia considera pecado la actividad sexual extramatrimonial porque viola el propósito de la sexualidad humana al participar en el acto conyugal antes del matrimonio.

La teoría de control social supone que la religión genera control social al proveer una red donde se espera cierto comportamiento sexual y se sanciona a quienes se desvían de lo esperado. Es por ello que los jóvenes que se integran a las iglesias se abstienen de las conductas censuradas por su religión y por la red social que la compone. En este sentido, como las relaciones sexuales premaritales se consideran una transgresión, los jóvenes religiosos atrasarían el inicio de su vida sexual y, en caso de tener relaciones sexuales, no usarían condón, porque su empleo implicaría faltar doblemente al código de conducta esperada: con la premeditación y con la acción.

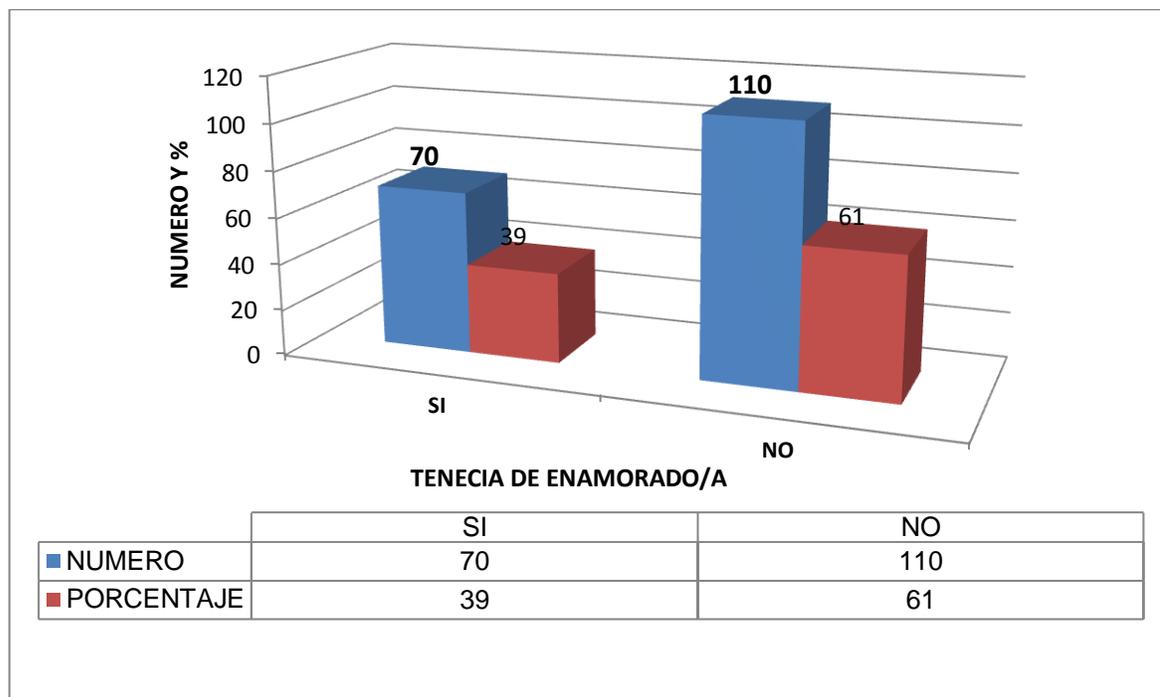
La religión afecta las creencias, actitudes y conductas de los individuos no solo a través de sus enseñanzas (en forma directa) sino también a través de mecanismos de control y apoyo social y de la conformación de valores o de la identidad de los individuos⁴¹.

En nuestro estudio un poco más de la mitad tiene religión católica y otro tanto pertenecen a sectas religiosas protestantes, todo esto hace más del 90%, lo que indicaría que por las creencias religiosa de que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un pecado y por las redes sociales de apoyo que

hay entre ellos, sería un factor que repercutiría en evitar las relaciones sexuales a temprana edad.



Grafico No.6. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN TENENCIA DE ENAMORADO/A, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Observamos que 70 adolescentes (39%) tienen enamorada y 110 no la tienen (61%) (Grafico No. 6).

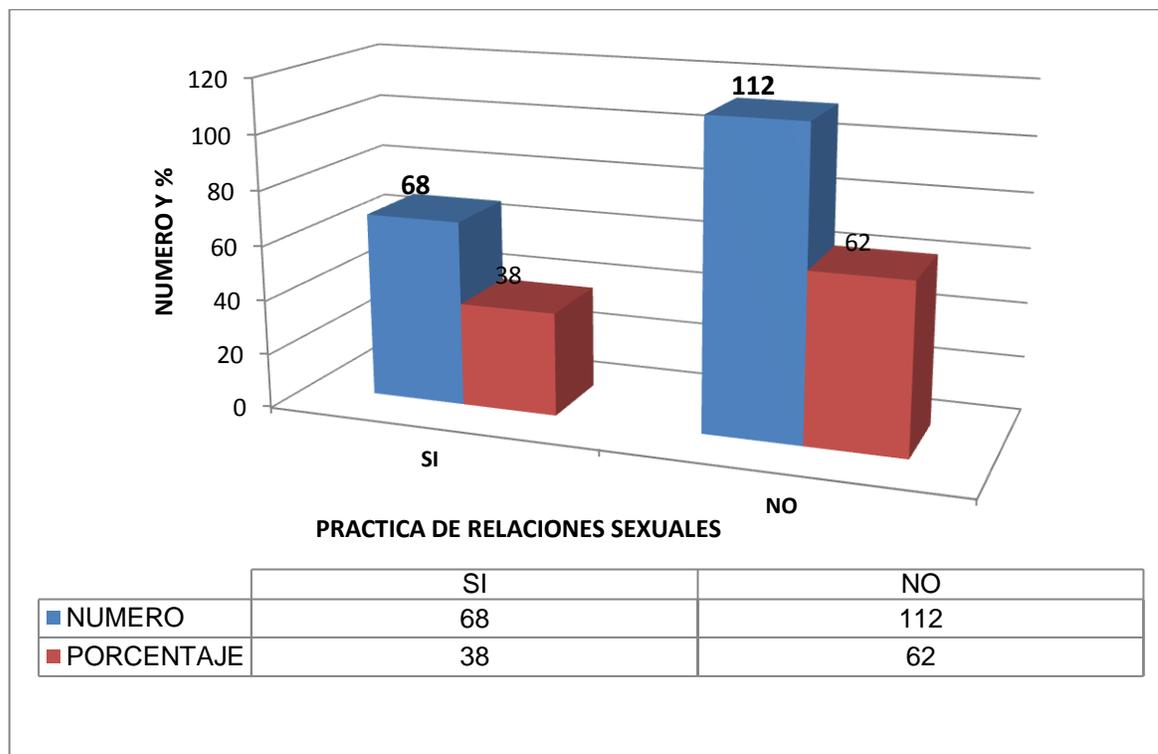
Navarro, M., encontro que el 60.8% tenían enamorado. Aguirre, A., indico que el 59.1% no tenían enamorado (a) y el 40.9% si tenían.

Se debe considerar que la mayoría de los adolescentes no poseen un concepto claro de lo que significa el noviazgo, ya que de acuerdo a la situación real de la sociedad este se toma como algo ligero, un pasatiempo y un entregarme a vivir lo que siento en el momento. Para algunos es una relación que se da a

partir de una atracción (que por supuesto debe existir en todo noviazgo) y revolotear de emociones que exigen ser respondidas, pero que no va más allá de esto y en lo cual se fundamenta para dar los argumentos⁴¹.

En nuestra investigación el 39% refieren tener enamorado/a (Grafico No.6), lo cual se considera un porcentaje bajo, y esto es muy importante, ya que el tener enamorado/a, se convierte en una mayor posibilidad de llegar a relaciones sexuales a temprana edad, debido a que los enamorados pasan mucho tiempo juntos, además entre ellos se presenta el contacto físico, no solamente besos sino también algunas caricias que podrían llegar a la excitación sexual y otro aspecto importante es que actualmente las parejas de adolescentes tienen sus encuentros en lugares apartados e incluso dentro de su misma casa no existe la supervisión de los padres en los momentos en que ellos se encuentran juntos, por lo tanto esto es un riesgo para llegar a encuentros más íntimos.

Grafico No.7. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN PRACTICA DE RELACIONES SEXUALES, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Presentamos que 68 participantes (38%) han tenido relaciones sexuales y 112 (62%) no las han tenido (grafica No. 7).

Navarro M., reporto valores más elevados que el nuestro, indica que el 54.4% habían tenido relaciones sexuales. Aguirre A. encontró cifras parecidas a las nuestras, reporto que el 63.6% no habían tenido relaciones sexuales y el 36.4% si habían tenido relaciones sexuales.

Las consecuencias de tener sexo a temprana edad no es tanto las enfermedades si no que por causa de un embarazo no deseado se pueden truncar

los sueños que teníamos y ya no nos realizaremos como habíamos imaginado y con respecto de que a qué edad se recomienda tener una vida sexual activa según los médicos dicen que después de los 20 años es lo mejor pero en si no hay una edad ideal como para empezar a ser sexualmente activo sino que se tiene que tomar en cuenta lo preparados que estemos para enfrentar una nueva vida no tanto por el sexo sino por lo que puede suceder sino planeamos si queremos o no un hijo en ese momento tengamos la edad que tengamos ya sean de 15 hasta 50 años no todos tenemos la madures para sobrellevar con nuestras acciones.

Iniciar precozmente la actividad sexual durante la adolescencia, no solo tiene como riesgo principal el embarazo o el contagio de enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede ser causante de futuras disfunciones sexuales durante la adultez. La actividad sexual en una edad temprana también puede afectar la estabilidad matrimonial y económica futuras.

Las muchachas que se hacen sexualmente activas durante la temprana adolescencia son tres veces tan probablemente para hacerse madres solteras que las que permanecen abstinentes a lo largo de sus años adolescentes. Casi el 40 por ciento de las muchachas que comienzan la actividad sexual en años 13 o 14 dará a luz fuera del matrimonio, comparado al 9 por ciento de los que permanecen abstinentes hasta iniciar los de años veinte. Muchachas adolescentes, sobre todo, son fisiológicamente vulnerables a estas infecciones, y la temprana actividad sexual aumenta el riesgo de infección⁴⁰.

En nuestro estudio el 38% refieren haber tenido relaciones sexuales, lo cual nos parece elevado, pero esto se relaciona con que un porcentaje parecido tienen enamorado, pero lo importante es que muchos de ellos principalmente los varones han tenido sus relaciones sexuales con otra persona que no es su pareja, han podido ser trabajadoras sexuales o alguna otra pareja casual, lo cual es un riesgo mayor para contraer enfermedades de transmisión sexual, y lo que es más importante es que estas relaciones no han sido producto de una atracción mutua con el amor y cariño correspondiente, sino más bien de puro deseo carnal.

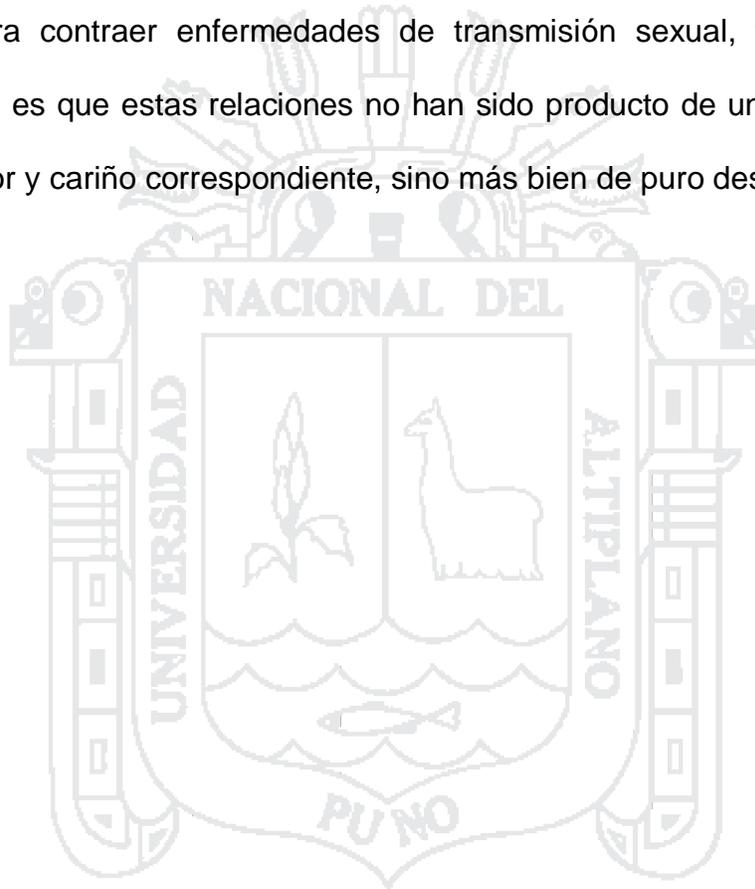
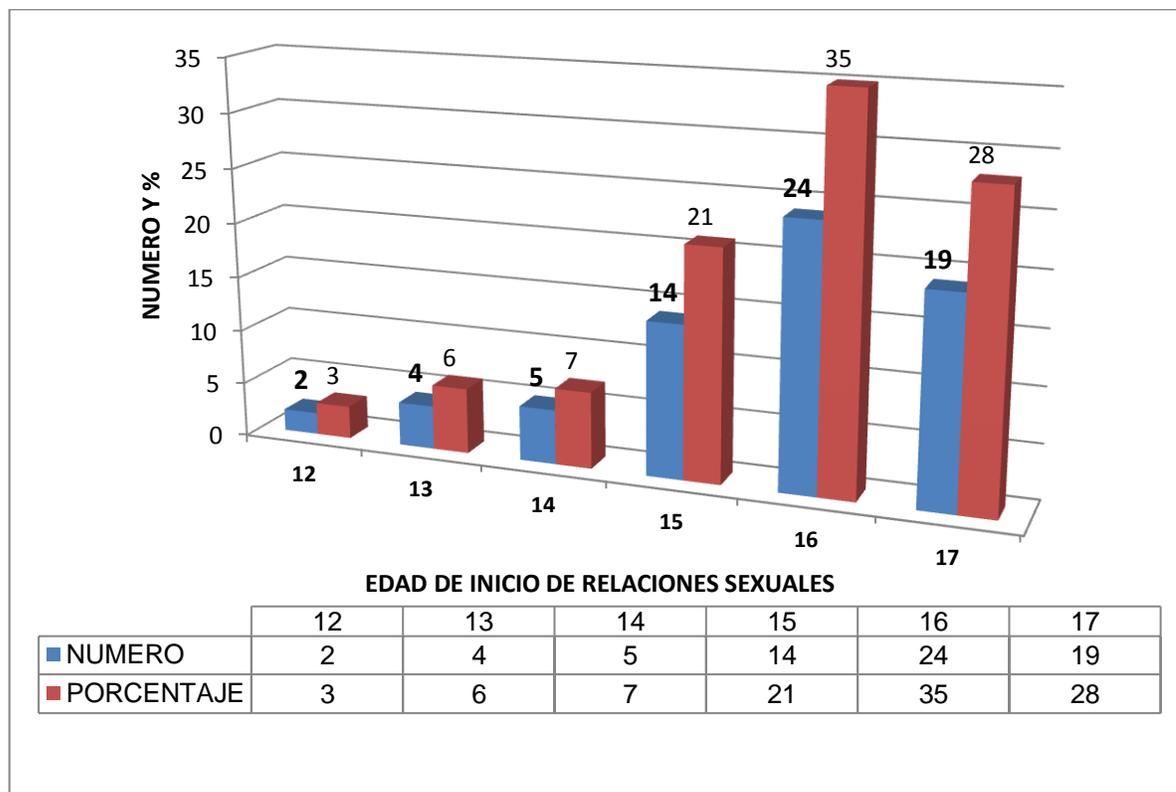


Grafico No.8. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Presentamos que 24 adolescentes (35%) iniciaron sus relaciones sexuales a la edad de 16 años, luego 19 participantes (28%) iniciaron a los 17 años, seguidamente 14 de ellos (21%) iniciaron a los 14 años, finalmente 5, 4, 2 adolescentes (7%, 6% y 3%) iniciaron a los 14, 13 y 12 años respectivamente; encontramos que el 84% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 y 17 años (Grafico No. 8).

Otros autores reportan valores diferentes, así, Navarro M. encontró que el 54.7% inicio sus relaciones sexuales entre las edades de 12 a 15 años y el 24% inicio a los 16 años; Aguirre A. indica que el 56.2% iniciaron sus relaciones

sexuales entre los 13 y 16 años, el 37.5% entre los 17 y 22 años y el 6.3% entre 10 y 12 años.

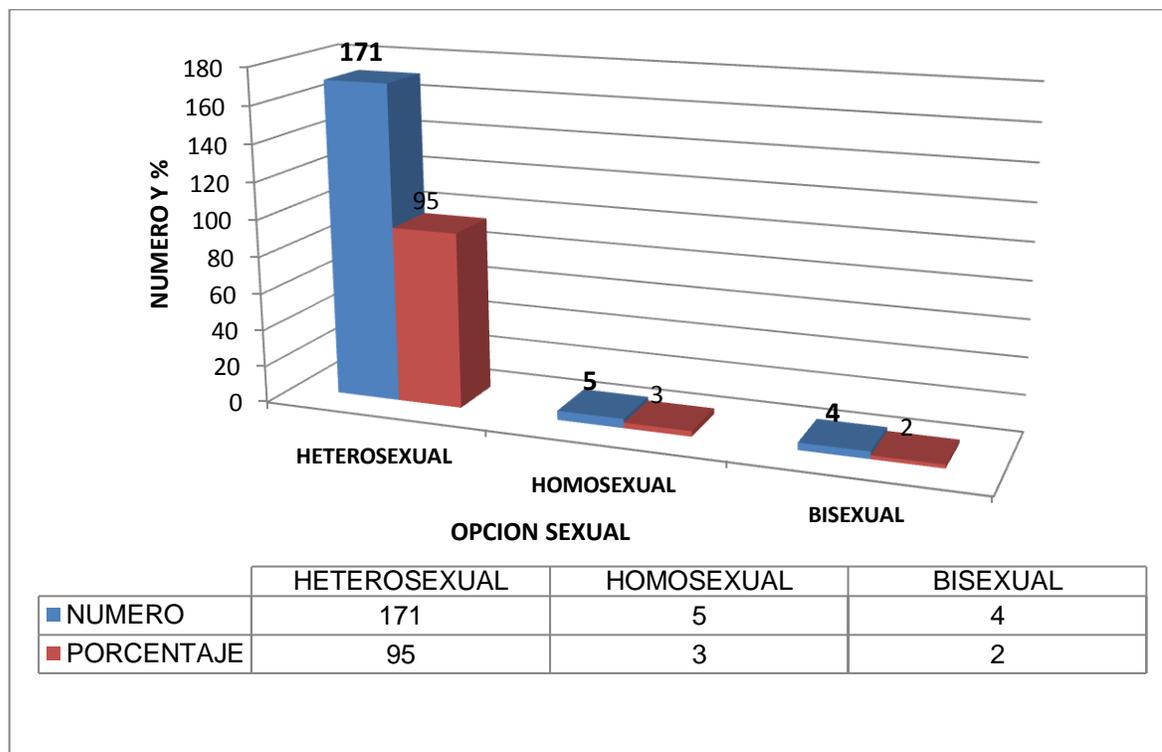
Se considera como factores asociados al inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la mala economía, hace que la familia viva en una sola habitación, los padres tienen relaciones sexuales y los niños están presentes por falta de privacidad e ignorancia, a los niños les crece la curiosidad y los papas no tienen y no saben cómo explicar el acto sexual. Los medios de comunicación transmiten muchas horas de supuestas relaciones sexuales, ya bien por telenovelas, películas pornográficas, literatura barata como revistas y novelas eróticas. Poca confianza con sus papas, sus maestros para preguntar sus dudas y recurren a los menos indicados otros menores iguales de ignorantes en el tema. Por curiosidad. Por falta de Valores Morales. Por Imitación, porque ven que otros adolescentes lo experimentan. Por liberación Femenina. Tienen los mismos derechos que el hombre. Los papas creían que los varones debían iniciar su vida sexual a más temprana edad que la mujer que la cuidaban más, para que llegaran vírgenes al matrimonio³⁹.

Las estadísticas muestran que los riesgos son altos y confirman que los jóvenes no suelen ir bien preparados en su primera relación sexual. Entre los riesgos más destacados: Embarazo no deseado, Enfermedades de transmisión sexual (SIDA, etc.). Por otro lado experiencias adversas que conllevan actitudes negativas hacia su autoestima, seguridad, confianza, e incluso, hacia su futura

vida sexual. Algunas de estas experiencias se realizan sin preparación alguna, bajo los efectos del alcohol, drogas, etc. acentuando los efectos negativos.

En nuestro estudio encontramos que el 84% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 y 17 años, esta edad no es aceptable, pero al menos desde el punto de vista biológico se encuentran en mayor desarrollo que en edades menores; lo que debe llamar la atención es que hay un 16% que iniciaron su actividad sexual entre los 12 y 14 años, que es una edad considerada como la pubertad, en la cual todavía no se tiene un buen desarrollo biológico ni emocional, por lo tanto existe un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y lo más importante, si estas relaciones hubiesen terminado en un embarazo, es muy probable que se hubiera recurrido al aborto ilegal, aumentando así el riesgo de mortalidad materno perinatal.

Grafico No.9. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN OPCION SEXUAL, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Observamos que 171 participantes (95%) refirieron tener orientación heterosexual, 5 adolescentes (3%) orientación homosexual y 4 de ellos (2%) orientación bisexual; encontramos que el 95% de los adolescentes refieren tener orientación heterosexual (Grafico No. 9)

Aguirre A. que encontró que el 100% tenían orientación heterosexual.

Debemos indicar que el término “orientación sexual” se refiere al sexo (es decir masculino o femenino) hacia el que la persona se siente atraída. Las personas heterosexuales sienten una atracción romántica y física hacia miembros

del sexo opuesto: los hombres heterosexuales sienten atracción por las mujeres y las mujeres heterosexuales sienten atracción por los hombres. Las personas homosexuales sienten una atracción romántica y física hacia personas del mismo sexo: las mujeres que sienten atracción por otras mujeres son lesbianas; a los hombres que sienten atracción por otros hombres se los suele llamar gay. (El término gay también se utiliza, en algunas ocasiones, para describir a personas homosexuales de cualquier sexo). Las personas bisexuales sienten una atracción romántica y física hacia personas de ambos sexos⁴⁰.

A muchos jóvenes les lleva tiempo comprender quienes son y en que se están transformando, la adolescencia representa un período de tiempo para la exploración y la experimentación. De tal manera, la actividad sexual no refleja necesariamente la orientación sexual actual ni futura. Además la actividad sexual debe entenderse como una conducta, mientras que la orientación sexual es un componente de la identidad personal. Muchos adolescentes experimentan una variada muestra de conducta sexual que van incorporando a su proceso de identidad sexual, consolidándose a través de un largo período de tiempo.

No conviene interpretar el significado de las conductas sexuales en relación a la identidad sexual, debido a que muchos jóvenes homosexuales pueden tener experiencias heterosexuales y los adolescentes y jóvenes heterosexuales pueden tener experiencias homosexuales.

Por otro lado algunos adolescentes pueden tener una auto identificación homosexual sin que nunca hayan tenido experiencias sexuales de ningún tipo. La tendencia homosexual comienza a manifestarse en la pre adolescencia (entre los 10 y los 13 años), época en que los cambios físicos, psicológicos y sociales en el niño/a, inciden especialmente en su desarrollo posterior.

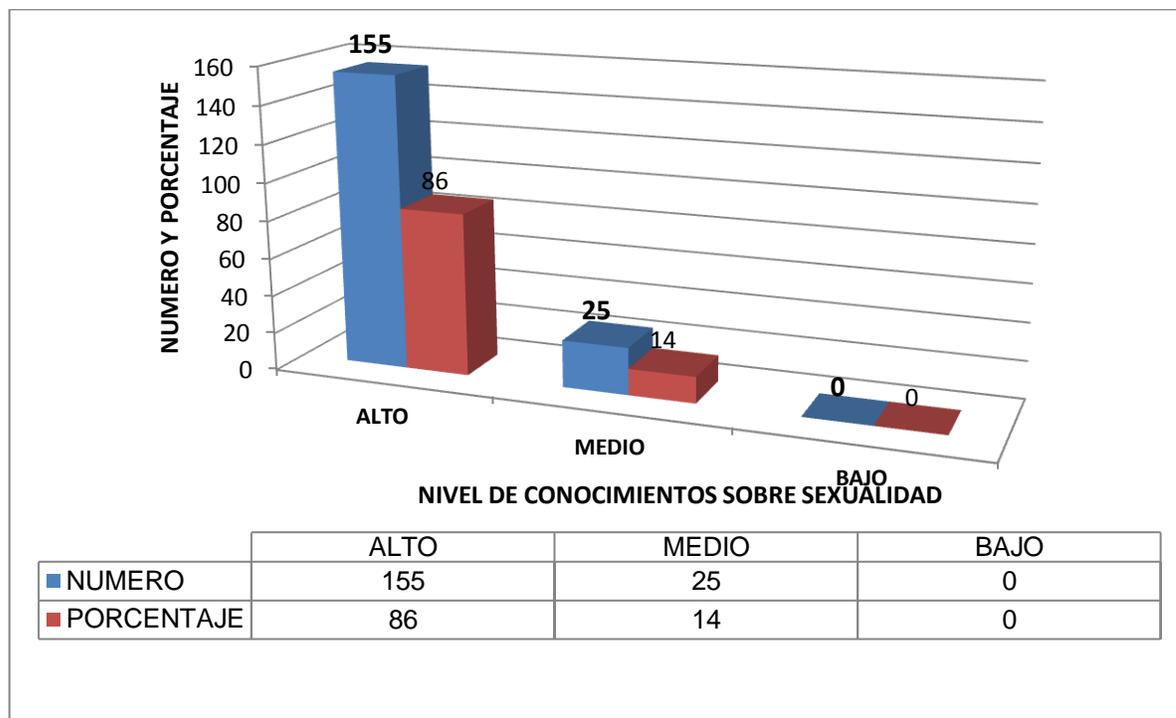
El adolescente homosexual va a pasar por una serie de fases hasta que su tendencia sexual se consolida. En una primera fase el preadolescente se siente “diferente” al resto de los niños, y no llega a entender el porqué de ese sentimiento. En la siguiente fase el adolescente es plenamente consciente de su atracción por personas de su mismo sexo. Lo que suele ocurrir es que utiliza mecanismos para “ignorar” y “rechazar” sus impulsos homosexuales. En la tercera fase acepta su inclinación homosexual, pero la mantiene en secreto, mostrándose heterosexual con el objeto de no ser rechazado. Esta es una etapa de gran tensión y conflicto interno. Una última cuarta fase se da: cuando la persona revela su identidad homosexual asumiendo todas las consecuencias que de ello puedan derivarse⁴⁰.

En nuestro estudio llama la atención de que solo el 95% tengan una orientación heterosexual y el otro 5% sean de orientación homosexual y bisexual, esto es muy importante porque en la mayoría de los casos de los homo o bisexuales mantiene en secreto su orientación en la adolescencia, lo cual conllevaría a que tuvieran algunas alteraciones en su desarrollo psicológico y emocional y otra situación delicada sería que a escondidas tuvieran relaciones

sexuales con personas adultas las cuales podrían transmitirles enfermedades de transmisión sexual, o lo que es más peligroso que los obliguen a tener relaciones sexuales de tipo aberrantes.



Grafico No.10. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Tabla No.1. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | EDAD (AÑOS) | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|---|----|---|----|---|----|----|----|----|----|----|-------|-----|
| | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ALTO | 1 | 1 | 2 | 1 | 8 | 5 | 22 | 14 | 58 | 37 | 66 | 42 | 157 | 100 |
| MEDIO | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 26 | 7 | 30 | 8 | 35 | 23 | 100 |
| BAJO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Tabla No.2. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SEXO, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | SEXO | | | | | |
|-----------------------|-----------|----|----------|----|-------|-----|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| ALTO | 71 | 45 | 86 | 55 | 157 | 100 |
| MEDIO | 14 | 61 | 9 | 39 | 23 | 100 |
| BAJO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Observamos el nivel de conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes y se tiene que 155 adolescentes (86%) tienen un nivel alto, 25 de ellos (14%) tienen nivel medio y ninguno presento nivel bajo (Grafico No. 10).

También se determinó que de los 157 que tenían nivel de conocimiento alto, el mayor número correspondían a las edades de 17, 16 y 15 años; con 66 casos (42%), 58 casos (37%) y 22 casos (14%) respectivamente; y de los 23 casos que tenían nivel de conocimiento medio de igual forma correspondían a las edades de 17 16 y 15 años, con 8 casos (35%), 7 casos (30%) y 6 casos (26%) respectivamente. Lo que indica que el mayor nivel de conocimientos se encuentra en las edades de 15 a 17 años. (Tabla No. 1).

Por otro lado se evidencio que de los 157 que tenían nivel de conocimiento alto, el mayor número correspondió al sexo femenino con 86 casos (55%), y el menor número al sexo masculino con 71 casos (45%); y de los 23 casos que

tenían nivel de conocimiento medio, el mayor número se encontraba en el sexo masculino con 14 casos ((61%) y el sexo femenino con 9 casos (39%); lo que indicaría que la mayoría de los adolescentes con nivel de conocimientos alto son de sexo femenino y la mayoría con nivel de conocimientos medio son de sexo masculino. (Tabla No. 2)

Navarro, M., Encontró que el 70.9% tienen un nivel de conocimientos alto, 22.8% medio y el 6.3% bajo. Delgado A., observo que el 22% tenían conocimiento alto, 42.8% medio y 35.5% bajo. Castillo J., reporta que el 70.59% no tienen conocimiento sobre aspectos básicos de sexualidad. Huamanchumo, Y., encontró nivel malo en el 50% , nivel regular el 45% y 5% nivel bueno.

Tabla No.3. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN DIMENSIONES DE LOS CONOCIMIENTOS, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

| DIMENSIONES DE CONOCIMIENTOS | DE | NIVEL DE CONOCIMIENTO | No. | % |
|------------------------------|------|-----------------------|-----|----|
| ANATOMIA FISILOGIA | Y | ALTO | 138 | 77 |
| | | MEDIO | 36 | 20 |
| | | BAJO | 6 | 3 |
| SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA | Y | ALTO | 149 | 83 |
| | | MEDIO | 29 | 16 |
| | | BAJO | 2 | 1 |
| PREVENCION VIH/SIDA | ITS- | ALTO | 152 | 84 |
| | | MEDIO | 28 | 16 |
| | | BAJO | 0 | 0 |
| METODOS ANTICONCEPTIVOS | | ALTO | 149 | 83 |
| | | MEDIO | 26 | 14 |
| | | BAJO | 5 | 3 |

FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Observamos que en lo referente al conocimiento de los adolescentes sobre Anatomía y Fisiología 138 (77%) tenían un nivel alto, 35 (20%) un nivel medio y 3 (6%) nivel bajo; en lo referente a salud sexual y reproductiva 149 (83%) tenían nivel alto, 29 (16%) tenían nivel medio y 2 (1%) nivel bajo; en lo concerniente a prevención de ITS-VIH/SIDA 152 (84%) tenían nivel alto, 28 (16%) tenían nivel medio y ningún adolescente tenía nivel bajo; en lo que respecta a métodos anticonceptivos 149 (83%) tenían nivel alto, 26 (14%) tenían nivel medio y 5 (3%) tenían nivel bajo (Tabla No. 3).

Navarro, M., encontró nivel de conocimientos alto sobre Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0% nivel de conocimiento alto y el 41.8% nivel de conocimiento medio; sobre salud sexual y reproductiva el 57% nivel de conocimiento alto; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6% nivel de conocimiento alto; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56% tiene nivel de conocimientos alto. Delgado A., reportó que el conocimiento en el aspecto biológico en el 54% es alto, en el 34% es medio y en el 12% es bajo; en la dimensión psicológica el 54% tiene conocimiento alto, el 35% medio y el 11% bajo; en la dimensión social el 44% tiene nivel alto, el 34% medio y el 22% bajo. Castillo J., encontró que el 60.59% desconocen sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva, en la dimensión de prevención de ITS VIH-SIDA 85.88% muestran desconocimiento, en métodos anticonceptivos el 79.41% indicó desconocimiento.

Aguirre, A., encontró de acuerdo a las dimensiones del conocimiento encontró para métodos anticonceptivos que el 37% conocen y el 63% desconoce;

para prevención de ITS VIH-SIDA el 32% conoce y el 68% no conoce; para el ciclo de respuesta sexual el 60% conoce y el 40% no conoce; para anatomía y fisiología sexual y reproductiva el 35% conoce y el 65% no conoce.

Para evaluar la dimensión de anatomía y fisiología se consideró conocer que los genitales externos de la mujer están conformados por los labios mayores y menores , el clítoris , orificio de la uretra y la abertura de la vagina; La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo; El embarazo comienza con la fecundación (unión del ovulo con el espermatozoide); Durante el embarazo la mujer experimenta cambios anatómicos y Fisiológicos; Los genitales externos del hombre están conformados por : El pene, los testículos y las bolsas escrotales; El glande es el extremo final (la punta) del pene; Las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el útero; Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual más o menos 3 días y El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo.

Para evaluar la dimensión de salud sexual y reproductiva se consideró conocer qué .las fases en la respuesta sexual son : Deseo , excitación, meseta, Orgasmo, resolución; La sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual); Una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA , y métodos de planificación familiar; Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la Sexualidad; Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación; los

jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su Sexualidad. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los: besos, abrazos, caricias masturbación y La persona es quien controla su propio comportamiento sexual.

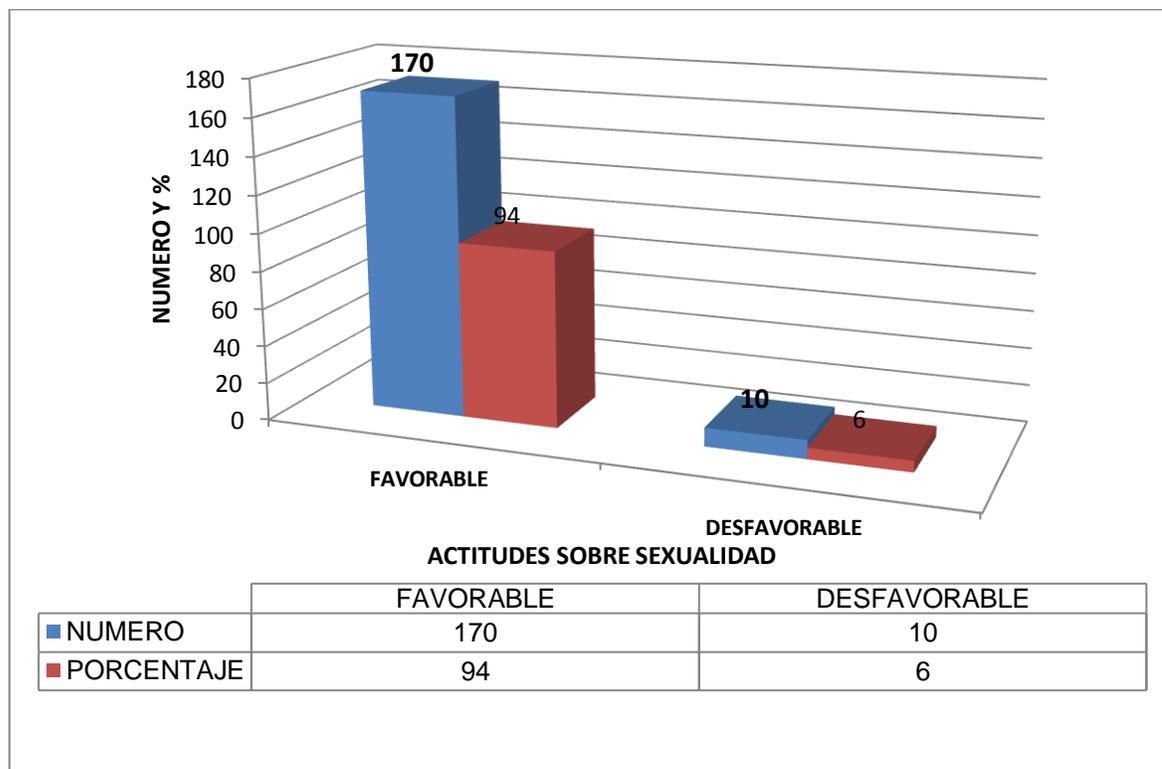
Para evaluar la dimensión de prevención de ITS VIH/SIDA se consideró conocer que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida; el virus del VIH/SIDA se transmite por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo; Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola Mujer; El uso de preservativos en forma adecuada en una relación coital te previene del contagio del SIDA; el SIDA no se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas; las Infecciones de Transmisión Sexual se trasmiten a través de las relaciones coitales; las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual; las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual. la sífilis, la gonorrea, el chancro, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal son infecciones de trasmisión sexual; el uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Para evaluar la dimensión de métodos anticonceptivos se consideró se consideró que en su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada; los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales; La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos; para

usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra; el método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer; el preservativo es un método de planificación familiar; Son métodos de planificación familiar de barrera: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas; Son métodos de planificación familiar hormonales: la píldora , los inyectables; Son métodos anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente: el preservativo , el diafragma , las píldoras , los inyectables , el DIU.

En nuestro estudio se evidencia que en todas las dimensiones del conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad más del 90% de ellos tienen un nivel de conocimiento alto medio; esto vendría a repercutir en una baja prevalencia de ITS en adolescentes, así mismo se reflejaría en una tasa baja de embarazo en adolescentes.

Grafico No.11. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016



FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Tabla No.4. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN ACTITUDES Y EDAD, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

| ACTITUDES | EDAD (AÑOS) | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------|---|----|---|----|---|----|----|----|----|----|----|-------|-----|
| | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| FAVORABLES | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 | 5 | 27 | 16 | 62 | 36 | 68 | 40 | 170 | 100 |
| DESFAVORABLES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 | 3 | 30 | 6 | 60 | 10 | 100 |

FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Tabla No.5. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN DIMENSIONES DE LOS CONOCIMIENTOS Y SEXO, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | SEXO | | | | | |
|--------------------------|-----------|----|----------|----|-------|-----|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| FAVORABLES | 77 | 45 | 93 | 55 | 170 | 100 |
| DESFAVORABLES | 8 | 80 | 2 | 20 | 10 | 100 |

FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Observamos que en lo referente a actitudes de los adolescentes en relación a la sexualidad 170 (94%) tienen actitudes favorables y 10 (6%) tienen actitudes desfavorables (Gráfico No. 11).

Se evidencia que de los 170 adolescentes que tuvieron actitudes favorables, la mayoría se encontraban en las edades de 17, 16 y 15 años, con 68 casos (40%), 62 casos (36%) y 27 casos (16%) respectivamente. (Tabla no. 4)

También se observa que de los 170 adolescentes con actitudes favorables la mayor parte son de sexo femenino, con 93 casos (55%) en comparación a los 77 casos (45%) de sexo masculino. (Tabla no. 5)

Navarro, M., reportó que el 79.7% tenían actitudes favorables, y el 20.3% desfavorables. Castillo J. reportó que el 82.35% presentan actitudes sexuales desfavorables y el 17.65% muestra actitudes favorables. Aguirre, A., observó que el 100% tenían actitudes favorables.

La actitud es la forma de respuesta a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente, siendo la predisposición 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.

Tabla No.6. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ILO DEL MINSA, SEGÚN DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES, PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DEL 2016

| DIMENSIONES DE ACTITUDES | DE | NIVEL DE ACTITUDES | No. | % |
|------------------------------|------|--------------------|-----|----|
| RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN | | FAVORABLE | 177 | 98 |
| | | DEFAVORABLE | 3 | 2 |
| LIBERTAD PARA DECIDIR | | FAVORABLE | 176 | 98 |
| | | DEFAVORABLE | 4 | 2 |
| AUTONOMIA | | FAVORABLE | 173 | 96 |
| | | DEFAVORABLE | 7 | 4 |
| RESPECTO MUTUO | | FAVORABLE | 152 | 84 |
| | | DEFAVORABLE | 28 | 16 |
| SEXUALIDAD Y AMOR | | FAVORABLE | 171 | 95 |
| | | DEFAVORABLE | 9 | 5 |
| SEXUALIDAD POSITIVO | ALGO | FAVORABLE | 171 | 95 |
| | | DEFAVORABLE | 9 | 5 |

FUENTE: CUESTIONARIO Y TEST APLICADOS A LOS PARTICIPANTES

Observamos que en lo referente a la actitud de los adolescentes sobre responsabilidad y prevención 177 (98%) tenían actitud favorable y 3 (2%) tenían actitud desfavorable; en lo concerniente a la actitud de los adolescentes sobre libertad para decidir 176 (98%) tenían actitud favorable y 4 (2%) tenían actitud desfavorable; en lo que respecta a la actitud de los adolescentes sobre autonomía 173 (96%) tenían actitud favorable y 7 (4%) tenían actitud desfavorable; en relación a la actitud de los adolescentes sobre respeto mutuo 152 (84%) tenían

actitud favorable y 28 (16) tenían actitud desfavorable; en lo referente la actitud de los adolescentes sobre sexualidad y amor 171 (95%) tenían actitud favorable y 9 (5%) tenían actitud desfavorable; y en lo que respecta a la actitud de los adolescentes sobre sexualidad algo positivo 171 (95%) tenían actitud favorable y 9 (5%) tenían actitud desfavorable (Tabla No.6).

Navarro, M., de acuerdo a las dimensiones de las actitudes que para responsabilidad y prevención del riesgo sexual obtuvo un 83.5% de actitud favorable, y el 16.5%, poseen actitudes desfavorables; el 58.2% actitudes favorables y el 41.8% desfavorables en la dimensión libertad para tomar decisiones; en cuanto a la dimensión de autonomía el 81.0% actitudes favorables y el 19.0% actitudes desfavorables; en la dimensión respeto mutuo se obtuvieron actitudes favorables en el 69.6%; en sexualidad y amor el 74.7% actitud favorable; en la dimensión sexualidad como algo positivo 87.3% actitudes favorables. Castillo J., observo referente a las dimensiones que el 88.24% no muestra tendencia favorable frente a la responsabilidad y prevención del riesgo sexual. Aguirre, A., encontró de acuerdo a las dimensiones de las actitudes que para responsabilidad y prevención de riesgo sexual el 40% tenía actitud favorable; para libertad para decidir, respeto mutuo y reciprocidad el 44% tenía actitud favorable; para sexualidad y amor el 38% tenían actitud favorable; para sexualidad como algo positivo el 43% tenían actitud favorable.

Para evaluar la dimensión en la actitud de responsabilidad y prevención se consideró: el cumplir con mis obligaciones en la casa y/o en mis estudios y/o

trabajo; Me considero obediente a mis padres, y/o profesores y/o jefes de trabajo; Llego a mis clases y/o trabajo puntualmente; Ayudo en las tareas de la casa; Tener relaciones sexuales (coitales) me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA. ; La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella; Un adolescente que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción; Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo; Hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA

Para evaluar la dimensión en la actitud de libertad para decidir se consideró: cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad; cuando una pareja decide tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten; al iniciar la actividad sexual, se debe utilizar un método de planificación familiar; mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad; no debo iniciar mi actividad sexual por presión de mis amigos.

Para evaluar la dimensión en la actitud de autonomía se consideró: Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual; Es necesario recibir información sobre sexualidad cuando yo lo solicite; Es fácil expresar mi opinión ante los demás; Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal.

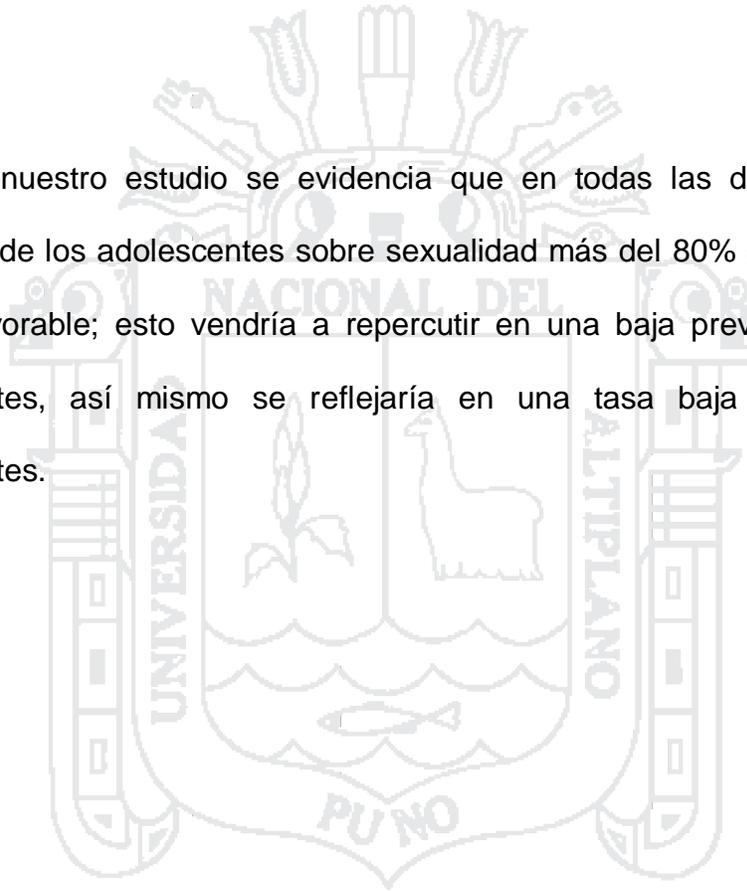
Para evaluar la dimensión en la actitud de respeto mutuo se consideró: cuando estoy frente a un problema de salud sexual mi pareja responde conjuntamente conmigo en la solución del problema; mi pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando no lo deseo; mi pareja respeta mi espacio con mis amigos; mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones Coitales; acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos.

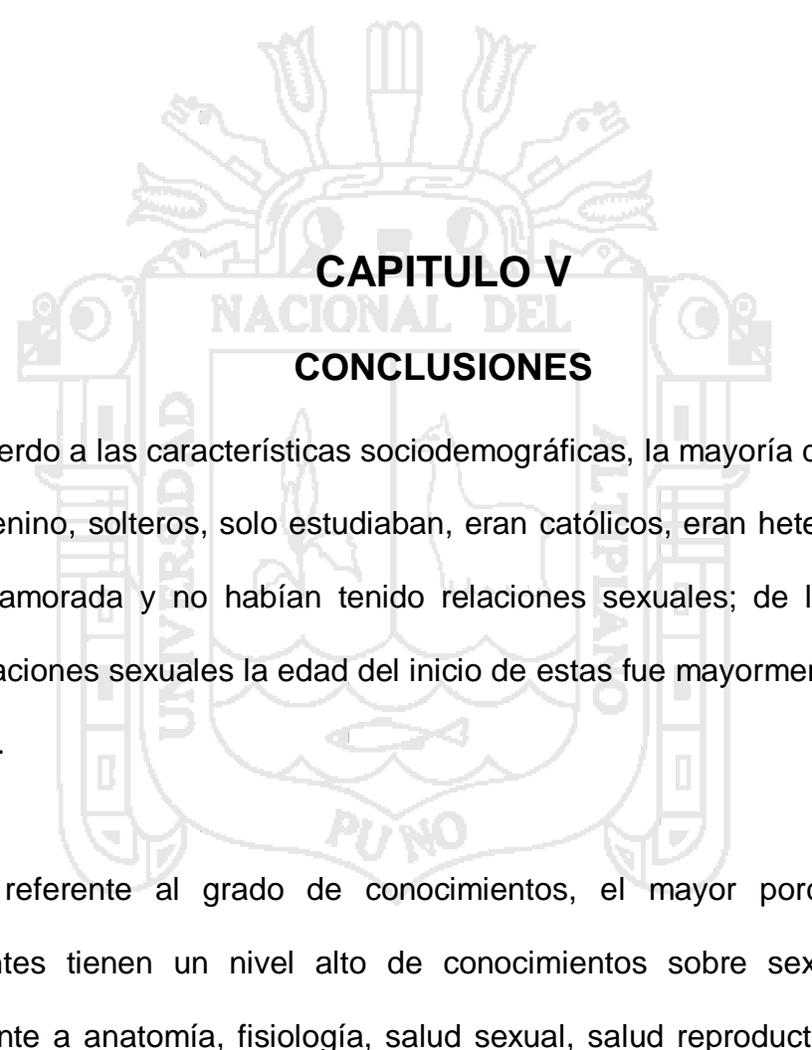
Para evaluar la dimensión en la actitud de sexualidad y amor se consideró: crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio; las relaciones coitales no deben darse casualmente; la pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad; la relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable; el amor que siento por mi pareja es correspondido de la misma manera que yo lo hago; crees que las / los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.

Para evaluar la dimensión en la actitud de sexualidad algo positivo se consideró: sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona; cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual; cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor; cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto; cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación; cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado; cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a

nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza; . la sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos; antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo; las mujeres ven a la sexualidad como algo malo porque ellas piensan que es una actitud muy responsable; la sexualidad responsable dignifica a la persona.

En nuestro estudio se evidencia que en todas las dimensiones de las actitudes de los adolescentes sobre sexualidad más del 80% de ellos tienen una actitud favorable; esto vendría a repercutir en una baja prevalencia de ITS en adolescentes, así mismo se reflejaría en una tasa baja de embarazo en adolescentes.





CAPITULO V

NACIONAL DEL

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a las características sociodemográficas, la mayoría de ellos eran de sexo femenino, solteros, solo estudiaban, eran católicos, eran heterosexuales, no tenían enamorada y no habían tenido relaciones sexuales; de los que habían tenido relaciones sexuales la edad del inicio de estas fue mayormente entre los 15 y 17 años.
2. En lo referente al grado de conocimientos, el mayor porcentaje de los adolescentes tienen un nivel alto de conocimientos sobre sexualidad, en lo concerniente a anatomía, fisiología, salud sexual, salud reproductiva, prevención de enfermedades de transmisión sexual y metodología anticonceptiva
3. Según las actitudes, un gran porcentaje de adolescentes tienen actitudes favorables con respecto a la sexualidad, en lo que concierne a responsabilidad

sexual, prevención del riesgo sexual, libertad para decidir sexualmente, autonomía sexual, y sexualidad y amor.

4. Se rechaza la hipótesis planteada de que el grado de conocimientos y actitudes sobre sexualidad en los adolescentes es bajo o deficiente; en vista de que los resultados indican que el grado de conocimientos y actitudes es alto y favorable.



CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Implementar en el hospital del MINSA de Ilo, a través del programa de atención integral de salud del adolescente, un consultorio exclusivo para esta etapa de la vida con profesionales que brinden la confianza y confidencialidad a los adolescentes y así fomentar una sexualidad responsable y segura.
2. El personal del hospital debe continuar con las campañas de educación sanitaria a los adolescentes, principalmente sobre los temas de anatomía, fisiología, salud sexual, salud reproductiva, prevención de enfermedades de transmisión sexual y metodología anticonceptiva.
3. La Red de salud de Ilo conjuntamente con la Ugel deben implementar estrategias conjuntas para mantener las actitudes favorables de los adolescentes respecto a responsabilidad sexual, prevención del riesgo sexual, libertad para decidir sexualmente, autonomía sexual, y sexualidad y amor.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Guijarro, S. Adolescentes, distintos países, distintas experiencias. Adolescencia en Latinoamérica. BOL PEDIATR.2007. 47 (SUPL. 1): 65-78
- 2.- OMS, Manual de comunicación para salud sexual y reproductiva en adolescentes. Washington D. C.; 2001.
- 3.- Salazar A, Santa María A, Solano I, Lázaro K, Arrollo S, Araujo V, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del agustino, Lima-Perú. Revista horizonte médico. 2007 [citado 1 Mar 2016]; 7(2):79-85. Disponible en:
http://www.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2007_ii/art3_vol7_n2.pdf
- 4.- Barella JL, Mesa I, Cobeña M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Medicina de familia. 2002 [citado 1 mar 2016];4(2):1-6. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/barellab/publcmfa.pdf>.

- 5.- Núñez R, Hernández B, García C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud pública México* 2003 [citado 2 marzo 2016]; 45(1):92-101. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s00363634200300700012
- 6.- Acosta Ch. Mortalidad materna en adolescentes. *Medicina horizonte*; 2003 [consulta 2 marz 2016]; 3(1). Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2003/art6_vol3_n1-2.pdf
- 7.- Tarazona D. El comportamiento sexual y su vinculación con variables psicológicas y demográficas en estudiantes de quinto año de nivel secundario [tesis para optar el título de profesional de psicología]. Perú. UNMSM. 2005.
- 8.- Delgado, A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la I.E. José Granda S.M.P., 2008. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Perú. UNMSM. 2009.
- 9.- Dionisio J. Los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las ETS. [Tesis para obtener el grado académico de magíster en salud reproductiva]. Perú. UNMSM. 2006.
- 10.- Hernández, R. ¡Saber si da vida! intervención educativa en adolescentes. Cuba. 2011 [consulta 2 de mar 2016]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=211116119009172>
- 11.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 2009. Perú: instituto nacional de estadística e informática; 2010.
- 12.- Mota V, Tello G, Rivas L. Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. 2010 [consulta 2 de mar 2016].

(1):54-63. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=105215294007>

13.- Varela, M. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. Revista internacional de andrología. 2010; 08(02).

14.- Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Revista del departamento de salud pública de la escuela de medicina de la universidad de Carabobo.2008; 9(4)

15.- Ríos, P. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes escolarizados de 11 a 19 años de edad del cantón san miguel de los bancos y sus factores determinantes, [Tesis de grado para la obtención del título de máster en salud pública]. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador. 2008.

16.- Delgado, A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la I.E. José Granda S.M.P., 2008, [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. UNMSM. Perú 2009.

17.- Navarro, M. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización las palmeras - distrito de morales. Periodo Junio – Setiembre 2012. [Tesis para obtener el título profesional de obstetra]. Universidad Nacional de San Martín. Perú. 2012.

18.- Navarro, Y. Conocimientos y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en adolescentes de secundaria de la IE. Jorge Martorell Flores de Tacna 2011 – 2012. Biblioteca virtual. , Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna. Tacna 2012.

- 19.- Aguirre A. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de un asentamiento humano. Revista In Crescendo - Ciencias de la Salud. 2014. 01 (01): 163 – 173.
- 20.- Castillo J. Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes del asentamiento humano 9 de octubre Pariñas Talara. Revista In Crescendo - Ciencias de la Salud. 2014. 01(01):175 – 183.
- 21.- Huamanchumo, Y. Influencia del taller de educación sexual y reproductiva, en el nivel de conocimientos, de alumnos del tercer grado de educación secundaria del centro educativo Túpac Amaru II - distrito Florencia de Mora: marzo-julio 2014. [Tesis para obtener el título profesional de obstetriz]. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. 2014.
- 22.- Ros R, Morandi T, Cozzetti E, Lewintal C, Cornellà J, Carles J, et al. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En Buil C, Lete I, Ros I, et al, editores. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepcion.2001. p. 27-84.
- 23.- Whitaker JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana; 1989
- 24.- Real Academia Española, diccionario de la lengua española, Conocimiento; Vigésima segunda edición.
- 25.- López, F. y Fuertes, A. Para comprender la sexualidad. Navarra: EVD. En: <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesislsabel.pdf>
- 26.- ONUSIDA Vivir en un mundo con VIH y SIDA. Suiza. 2007. P.15. En: http://www.Onu.org.pe/Publico/infocus/vihsida_peru.aspx

- 27.- Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.
- 28.- 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
- 29.- Candiotti J, Anatomía y Fisiología Humana. Año 1986
- 30.- Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9° edición, 2006.
- 31.- Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006.[citado 7 mar 2016] . En: http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana
- 32.- Quintana A, Hidalgo C. La Salud de los adolescentes en la región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud, adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Washington D.C. 2003. P. 17-27.
- 33.- Centro de Municipal de Información Juvenil. Sexualidad. [serie en Internet] [citado 7 mar 2016]. En: www.coruna.es/cmij/sexualidad/respuesta_sexual_humana.jsp 22k
- 34.- Mantinish S. ASKfm. [serie en internet]. [citado 7 mar 2016]. En http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/anticonceptivos.htm
- 35.- Eiser, J.R. Psicología Social. Madrid: valencia. ISBN. España 1999
- 36.- Baron R, y Byrne D. Psicología Social. Ed. Prentice Hall. Argentina. 2002
- 37.- Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. p. 17-24.

- 38.- Morris, Ch, Maisto, A. Psicología. Edición Pearson Educación. Mexico. 1998. p. 586.
- 39.- Flavio N. La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005.[citado 7 mar 2016]. En: www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.
- 40.- Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano.[monografía en Internet]. 2003. [citado 7 mar 2016]. En: <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamientohumano.shtml>.
- 41.- Orientación matrimonial: Reciprocidad [monografía en internet]. España, 2007 [citado 3 mar 2016]. En: <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>
- 42.- Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud. [monografía en internet]. [citada 14 mar 2016]. En: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Estimada y estimado adolescente: Toda la información que nos brindes será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación.

Instrucciones: Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

| | | |
|---|--|---|
| 1. Edad: Años..... | 2. sexo: 1. Masculino () 2. Femenino () | 3. Estado civil: 1. Soltero () 2. Casado () 3. Viudo () 4. 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 pregunta 8 2. No () Pase a la pregunta 9 | 8. A qué edad tuviste por primera vez : a los.....años | 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 () |

ANATOMIA Y FISILOGIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

| CONOCE | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. Los genitales externos de la mujer están conformados por 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 (unión del ovulo con el | | |

| | | |
|--|--|--|
| espermatozoide) | | |
| 4. Durante el embarazo la mujer experimenta cambios anatómicos y Fisiológicos | | |
| 5. Los genitales externos del hombre están conformados 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 transportan el ovulo hacia el útero? | | |
| 8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual más o menos 3 días | | |
| 9. El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender como hacerlo | | |

CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

| CONOCE | SI | NO |
|---|----|----|
| 10. Las fases en la respuesta sexual son : Deseo , excitación, meseta, Orgasmo, resolución | | |
| 11. La sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual) | | |
| 12. Una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA , y métodos de planificación familiar | | |
| 13. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la Sexualidad | | |
| 14. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación | | |
| 15. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su Sexualidad | | |
| 16. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los : besos ,abrazos, caricias masturbación | | |
| 17. La persona es quien controla su propio comportamiento sexual | | |

PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL – VIH/SIDA

| CONOCE | SI | NO |
|--|----|----|
| 18. El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida? | | |
| 19. El virus del VIH/SIDA se transmite por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo | | |
| 20. Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola Mujer | | |
| 21. El uso de preservativos en forma adecuada en una relación coital te previene del contagio del SIDA | | |
| 22. El SIDA NO SE CONTAGIA por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas | | |
| 23. Las Infecciones de Transmisión Sexual se trasmiten a través de las relaciones coitales | | |

| | | |
|---|--|--|
| 24. Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual. | | |
| 25. la sífilis, la gonorrea, el chancro, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de transmisión sexual | | |
| 26. El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual | | |

METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCION DEL EMBARAZO

| CONOCE | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| 27. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada | | |
| 28. Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales | | |
| 29. La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos | | |
| 30. Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra | | |
| 31. El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer | | |
| 32. El preservativo es un método de planificación familiar | | |
| 33. Son métodos de planificación familiar de barrera: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas | | |
| 34. Son métodos de planificación familiar hormonales: la píldora , los inyectables | | |
| 35. Son métodos anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente: el preservativo , el diafragma , las píldoras , los inyectables , el DIU | | |

TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE

Marca con una X un solo casillero, de acuerdo a tu manera de ser, para cada una de las afirmaciones, y teniendo en cuenta lo siguiente:

Marca el casillero 1 se tu estas Completamente en desacuerdo

Marca el casillero 2 se tu estas Bastante en desacuerdo

Marca el casillero 3 se tu estas Opinión intermedia

Marca el casillero 4 se tu estas Bastante de acuerdo,

Marca el casillero 5 se tu estas Completamente de acuerdo

ACTITUDES Y VALORES DEL ADOLESCENTE

| RESPONSABILIDAD Y PREVENCION DEL RIESGO SEXUAL | OPINION | | | | |
|---|----------------|----------|----------|----------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Cumplo con mis obligaciones en la casa y/o en mis estudios y/o trabajo | | | | | |
| 2. Me considero obediente a mis padres, y/o profesores y/o jefes de trabajo | | | | | |
| 3. Llego a mis clases y/o trabajo puntualmente | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 4. Ayudo en las tareas de la casa | | | | | |
| 5. Tener relaciones sexuales (coitales) me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y las Infecciones de Transmisión Sexual , VIH-SIDA. | | | | | |
| 6. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella. | | | | | |
| 7. Un adolescente que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción. | | | | | |
| 8. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo | | | | | |
| 9. Hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA | | | | | |

| LIBERTAD PARA DECIDIR | OPINION | | | | |
|--|---------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad | | | | | |
| 11. Cuando una pareja decide tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten | | | | | |
| 12. Al iniciar la actividad sexual, se debe utilizar un método de planificación familiar | | | | | |
| 13. Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad | | | | | |
| 14.No debo iniciar mi actividad sexual por presión de mis amigos | | | | | |

| AUTONOMIA | OPINION | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual | | | | | |
| 16. Es necesario recibir información sobre sexualidad cuando yo lo solicite. | | | | | |
| 17. Es fácil expresar mi opinión ante los demás | | | | | |
| 18. Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal | | | | | |

| RESPETO MUTUO Y RECIPROCIDAD | OPINION | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cuando estoy frente a un problema de salud sexual mi pareja responde conjuntamente conmigo en la solución del problema. | | | | | |
| 20. Mi pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| cuando no lo deseo | | | | | |
| 21. Mi pareja respeta mi espacio con mis amigos | | | | | |
| 22. Mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones Coitales. | | | | | |
| 23. Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos | | | | | |

| SEXUALIDAD Y AMOR | OPINION | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio | | | | | |
| 25. Las relaciones coitales no deben darse casualmente | | | | | |
| 26. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad | | | | | |
| 27. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable | | | | | |
| 28. El amor que siento por mi pareja es correspondido de la misma manera que yo lo Hago. | | | | | |
| 29. Crees que Las / los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable | | | | | |

| SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO | OPINION | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona | | | | | |
| 31. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual, | | | | | |
| 32. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor | | | | | |
| 33. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto | | | | | |
| 34. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación | | | | | |
| 35. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y Cuidado | | | | | |
| 36. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza | | | | | |
| 37. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos | | | | | |
| 38. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo. | | | | | |
| 39. Las mujeres ven a la sexualidad como algo malo porque ellas piensan que es una actitud muy responsable. | | | | | |
| 40. La sexualidad responsable dignifica a la persona | | | | | |