



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE
QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO
SEDE: SESEQ QUERÉTARO, QUERÉTARO

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES EN
EL MUNICIPIO DE EZEQUIEL MONTES, QUERETARO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NORMA ALEJANDRA DIAZ SANCHEZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO.,

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES EN
EL MUNICIPIO DE EZEQUIEL MONTES, QUERETARO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NORMA ALEJANDRA DIAZ SANCHEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. MARIO ORTIZ AMEZOLA

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE SESEQ

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO

ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

DR. RAMON ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

DR. JAVIER LÓPEZ SÁNCHEZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO.

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLSCENTES
DE EZEQUIEL MONTES EN EL ESTADO DE QUERÉTARO, QRO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

NORMA ALEJANDRA DIAZ SANCHEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROSA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por estar con nosotros siempre guiándonos y protegiéndonos.

A nuestros padres por su comprensión y apoyo incondicional.

A mi esposo e hijos que han estado en este mismo camino

A nuestros docentes en su apoyo durante nuestra formación y su ardua labor por enseñarnos.

A mis pacientes por su confianza por dejarme acompañarlos en sus procesos y darme tantos aprendizajes y por permitirme conocer su historia y ser parte de ella..

1.- TÍTULO

**“CONOCIMIENTOS Y ACITUDES ANTE LA SEXUALIDAD EN ADOLSCENTES
EN EL MUNICIPIO DE EXEQUIEL MONTES QUERÉTARO, QRO”**

2.ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	4
1. TITULO	5
2. INDICE GENERAL.....	6
3. MARCO TEORICO	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	60
5. JUSTIFICACION.....	61
6. OBJETIVOS.....	65
7. METODOLOGIA	66
8. RESULTADOS	76
9. DISCUSIÓN (ANÁLISIS DE RESULTADOS)	114
10. CONCLUSIONES	118
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
12. ANEXO	128

3. MARCO TEÓRICO

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes de 11 a 15 años de las Escuelas Secundarias Federales pertenecientes al municipio de Ezequiel Montes integradas por las comunidades de Bernal, Villa Progreso y la cabecera municipal de Ezequiel Montes en el periodo 2017.

Se realizó un estudio descriptivo con diseño no experimental, transversal. La población estuvo constituida por los adolescentes de 11 a 15 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para el estudio, se utilizó un muestreo no probabilístico con una muestra de 735 adolescentes. Se aplicaron encuestas tipo cuestionarios para la evaluación de ambas variables, para medir las actitudes se aplicó un test tipo Likert modificado.

Los resultados fueron que el 77.7% de los adolescentes encuestados tienen conocimientos altos sobre anatomía y fisiología reproductiva, 77.4 tienen conocimientos de respuesta sexual humana; en cuanto a los conocimientos de ITS fue 60.8% y conocimientos de métodos anticonceptivos de 63.8%; la actitud sobre sexualidad y valores sexuales fue de 38.2 e indecisos 40.1% y un 20.7% desfavorable. Se concluye que la mayoría de adolescentes de dicha institución educativa tienen conceptos de sexualidad sobre las dimensiones Anatomía y fisiología sexual y reproductiva así como de respuesta sexual; prevención de Enfermedades y Transmisión Sexual y VIH//SIDA y Métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo, pero que tienen actitudes indecisas frente al respeto mutuo y no relaciona la sexualidad con amor.

Palabras claves: Conocimientos, actitudes, sexualidad y adolescentes.

La adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años⁵³. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser

humano, que caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales: en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se ha registrado muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante².

La Organización Mundial de la Salud indica que la población adolescente mundial es de más de mil millones, y representa el 85% en los países en desarrollo,, asimismo, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENADID 2014) a nivel nacional la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. Esta misma encuesta indicó que la edad promedio del inicio de vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de ser de los 18 años de edad en el 2009 a 15.9 años en 2014. Para este grupo respecto a protección en su relación sexual solo el 54.5% de las mujeres reportaron haber utilizado ella o su pareja, algún método de protección en su primera relación sexual, lo que significa un incremento de 16.3% respecto al ENADID 2009 cuyo dato fue 38.2%^{4,5,49}

Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre los años 2003 y 2012.⁴⁹

Es evidente que el comportamiento sexual de los adolescentes de este siglo ha dado giros interesante, y desde la percepción de muchos adultos son preocupantes; la iniciación sexual a temprana edad, incremento de embarazos precoces, conflictos en la relaciones con el mundo adulto , incrementos de la oferta sexual a través del uso de la nuevas tecnologías de información y comunicación, incremento de casos de VIH-SIDA por falta de responsabilidad sexual, disminución de la demanda de servicios de salud a pesar del incremento de la población adolescente etc.

Por lo tanto, esta investigación responde a esta necesidad en la búsqueda de información sobre el nivel de conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes.

Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Libreros L. Fuentes L. Perez A. realizaron un estudio titulado “Conocimientos , actitudes y practicas sobre sexualidad en adolescentes en una unidad educativa de Carabobo –Venezuela” con el objetivo de identificar las actitudes sobre la sexualidad en forma general de los adolescentes de 14 a 19 años; demostró que el 62.7% de los adolescentes evidenciaron un conocimientos sobre ITS regular, los estudiantes en menor grado académico presentaron actitudes más favorables; el sexo masculino reporto actitudes más favorables hacia el uso de los métodos anticonceptivos (28.34%) y la masturbación (17.9%) y más desfavorable hacia la homosexualidad (46.6%). El 10.8% del sexo femenino y el 24.6% del masculino refirió tener práctica sexual de los cuales el 70.5% la iniciaron en la adolescencia media y el 78.9% indico usar métodos anticonceptivos; el 55.8% correspondió a los varones y el 23.1% a las mujeres; siendo el condón masculino el tipo de método más utilizado (74.7%). De los 95 adolescentes con práctica sexual el 49.5%

respondió haber tenido dos y más de dos parejas en el último año. Siendo los hombres los que reportaron actitudes más favorables y mayor práctica sexual⁷.

Gonzalez J. en su estudio realizado en el año 2006 sobre conocimientos actitudes y practicas sobra la sexualidad en adolescentes escolarea colombianos, se encuesto a 13,699 (10ª 19 años de edad) de 12 colegios públicos de la localidad de Suba con el objetivo de estimar la relación entre conocimientos, actitudes y practicas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar. Se observó que el 52% de los adolescentes entrevistados no entiende los métodos de planificación familiar. Por otro lado el 13% entiende el ciclo menstrual y el 30% cree que el condón protege contra el VIH/SIDA; respecto al inicio de la vida sexual 17% refirió haber iniciado siendo la edad media de 13 años para los varones y 14 años para las mujeres además uno de cada tres adolescentes que iniciaron su actividad sexual, no planificaron en la primera relación⁸.

Varela M y Paz J. en el estudio realizado sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes, tuvo como objetivo estudiar las inquietudes, conocimientos y actitudes de los adolescentes. Se entrevistó a una población de 300 adolescentes entre 3 y 21 años, los resultados fueron 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 varones le dan mucha más importancia a la sexualidad, por otro lado la primera experiencia sexual no coital es a los 15 años para los varones y a los 16 para las mujeres. El motivo de la primera relación sexual coital en la mujeres fue el año (40.6%) frente a los varones que refiriendo el deseo^{1,24}, las mujeres son más conscientes ante el riesgo de embarazo (82.7%). En conclusión e nivel de información en los adolescentes es insuficiente, por ello es necesaria la inclusión de la educación sexual en los centros escolares⁹.

En este ámbito de la sexualidad humana se ha reportado que son diversos los factores que se asocian a las prácticas sexuales de riesgo, entre los que se

encuentran la falta de competencias para un ejercicio de sexualidad responsable ,el inicio temprano de la actividad sexual, la baja percepción de riesgo, las presiones de grupo, el número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, así como la inadecuada información que tienen respecto a ITS y métodos de planificación familiar, entre otros factores que ubican a los adolescentes en situación de vulnerabilidad. De igual forma tal comportamiento sexual es una expresión de la sexualidad del ser humano en la que en función del contexto sociocultural adopta matices particulares⁶.

Cabe destacar a nivel social la influencia de los grupos de amigos y amigas, así como de creencias erróneas sobre el uso de métodos anticonceptivos^{7,64}.

Con relación a las prácticas sexuales de riesgo en este grupo diversos estudios latinoamericanos^{60,61,62}. y de México^{47,48} reportan que los adolescentes tiene mayor número de parejas, practican más frecuentemente sexo casual y en porcentaje no usan un método de planificación familiar⁸de forma constante en su relacione sexuales¹⁰y como se citó previamente, el inicio de una vida sexual de manera no protegida en una de las prácticas sexuales más comunes y con mayores riesgo para la salud sexual.^{56,57,58,59}

Estudios en Latinoamérica reportan que los conocimientos no siempre se vinculan con el uso o no uso de métodos anticonceptivos⁹y estudios refieren conductas riesgosas que en un 31.95 de adolescentes no usaron como protección condón en sus relaciones sexuales^{10,52,22}sin embargo el total de la muestra el 97% declaró haber recibido información de métodos anticonceptivos y de ITS ,tanto las anteriores como estas variables fueron reportados en otros estudios con resultado similar.^{8,9}

Antecedentes nacionales

El mundo enfrenta hoy la generación más numerosa de adolescentes registrado en la historia con más de 1200 millones que representa el 35% de la población total^{48,52}, la franja entre los 10-19 años constituye un importante recurso para el desarrollo de hábitos nocivos adquiridos durante estos años y las conductas de riesgo determinaran manifestaciones de morbimortalidad futura. Por otro lado la

adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero hoy en día se está haciendo evidente que los adolescentes enfrentan serios problemas como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios entre otros.

Las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, como la promiscuidad y la falta de consistencia en el uso de preservativo, los expone a adquirir una infección de transmisión sexual con importantes consecuencias negativas sobre su salud, riesgo de adquirir VIH/SIDA, infertilidad, complicaciones en el embarazo e incluso la muerte^{65,66}.

En México las infecciones de transmisión sexual (ITS) se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15-44 años. Es importante considerar que la mayoría de los jóvenes no usan siempre el preservativo y que este solo protege el área que cubre, uno de cada 250 preservativos es defectuoso y se puede romper (8%) o salirse (7%) de acuerdo con la FOOD and DRUG Administración de USA⁵⁸.

Uno de los peligros para la salud relacionados con la vida sexual y con la reproducción son las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo SIDA), otro problema son los embarazos no deseados que muchas veces se interrumpen mediante peligrosos abortos ilegales, las complicaciones de los abortos ilegales son una de las causas principales de la mortalidad materna en estos países, incluso los abortos legales pueden incrementar una de las causas principales de mortalidad materna pues muchos de ellos no se realizan tempranamente sino ya hasta avanzado el segundo trimestre de embarazo (el aborto ilegal en los países en desarrollo causa la muerte de entre 50-100 mujeres por 100 000 procedimientos o sea una por cada 1000 a 2000 intervenciones).Liskin^{42,51}

En algunos países las tasas de mortalidad infantil son más elevadas entre los hijos de madres de menos de 20 años que entre las de 20 a 30 años^{37,40}. Para las madres adolescentes también hay consecuencias emocionales y económicas que incluyen menos oportunidades de educación y de empleo.

Los siguientes datos ilustran algunos de los problemas sanitarios: de cada 100 egresos hospitalarios por partos en menores de 20 años: 17 corresponden a abortos, del total de interrupciones del embarazo 16.3% corresponde a menores de 20 años como lo indica el estudio de Julio García Baltazar et al Practica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes en el área Metropolitana de México.⁵⁴

Si bien muchos de los métodos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los utilizan debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen la privacidad y confidencialidad que merecen. El rechazo a los métodos anticonceptivos también se debe a las características psicológicas propias del adolescente entre las que sobresalen^{55,56}:

- La atención centrada en el presente, por lo que no tiende a planificar por adelantado o prevenir las consecuencias a largo plazo.
- Escasa percepción del riesgo a quedar embarazada a esta edad.
- Escasas habilidades de comunicación interpersonal, lo que impide llegar a acuerdos con su pareja, en relación a lo que sería más conveniente para ambos, en cuanto a la planificación familiar.
- Necesidad de buscar y afirmar la identidad en el pensamiento que incluye las relaciones sexuales y el embarazo como formas de independencia.
- La presión ejercida por los grupos sociales, religiosos y culturales a los que pertenece el adolescente.
- Creencia particular de que el físico es lo más importante en la valoración íntegra de una persona.

La adolescencia como etapa comprendida entre los 10 y 19 años, se trata de un periodo crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. En términos de salud sexual y reproductiva los adolescentes son considerados una población de alta vulnerabilidad .Los riesgos y consecuencias negativas de las relaciones sexuales no protegidas en los adolescentes son motivo de preocupación⁴⁸.

La población juvenil de edades entre los 16 y 20 años representa la mayor parte de la población en México^{47,48,49}; a nivel mundial este grupo de población es el segundo con más infecciones de Transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, lo que constituye en la actualidad un problema de Salud Pública tanto por el número de infectados como por las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que generan estas infecciones en la vida de las personas que las padecen^{50,52,54}

En México de acuerdo con el último censo nacional de población y vivienda en el 2010, los jóvenes entre 12 y 19 años de edad representan 15.6% de la población. En México la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012)⁴⁸⁻⁴⁹ mostró que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes pues 90% reportó tener conocimiento de algún método de planificación familiar. Las cifras de adolescentes que iniciaron vida sexual sin protección disminuyó de 79.15 en el 2000^{49,52}: en las mujeres a 33.4% en el 2012 y en hombres de 47.5% a 14.4% respectivamente. Entre los métodos más utilizados por este último grupo se ubica el condón con 80.6% y cerca de 6.25 indicó el uso de anticonceptivos hormonales. A pesar del uso inicial de algún método anticonceptivo del total de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales 51.9% reportó alguna vez haber estado embarazada^{50,54}.

En relación con la demanda insatisfecha de anticonceptivos, las adolescentes y jóvenes unidas son un grupo de mujeres más expuesto a un embarazo al no usar métodos anticonceptivos, a pesar de no desear tener hijos por un tiempo o nunca más, mientras que en las mujeres unidas de 15-49 años de edad un 9.8% no deseaba tener más hijos, pero no se protegían, entre las adolescentes unidas de 15-19 años de edad este porcentaje es de 24.65%^{54,61}. Esta demanda insatisfecha es más frecuente en zonas rurales, en mujeres sin escolaridad y en hablantes de lenguas indígenas.

El uso de un método anticonceptivo después de un evento obstétrico sigue siendo un reto incumplido, hasta 52% de las adolescentes no recibió ningún método de planificación familiar después de su último parto o aborto, a nivel nacional se

propone como meta que por lo menos 70% de las mujeres adopte un anticonceptivo después de un evento obstétrico⁵⁹.

Embarazo adolescente y mortalidad materna.-

El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años o más, para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. Si analizamos los datos relativos a las defunciones femeninas registradas en 2010 por INEGI⁴⁹, observamos que en grupo de 15 a 19 años las defunciones por causas maternas explican 3.64% de todas las muertes en este grupo ubicándose como la cuarta causa por la que más fallece esta población.

Las muertes maternas en adolescentes representan 13% de todas las registradas en el país. En el 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años es de 53.4% y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100 000 nacidos vivos. Así mismo el número de defunciones asociadas con la maternidad por cada 100 000 nacidos vivos ha aumentado entre las adolescentes. En mujeres indígenas de entre los 15 y 24 años de edad, la mortalidad materna es la primera causa de defunción, duplicando la de las mujeres no indígenas(ENADID 2014)⁴⁹

El embarazo no planeado es común en la mujer adolescente y con frecuencia termina en un aborto clandestino. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas más avanzadas del embarazo, aumentando con esto su riesgo reproductivo, La mortalidad materna atribuida a esta causa, si bien es baja, es improbable que disminuya a menos que las mujeres elijan o accedan un método anticonceptivo adecuado, así como un aborto legal y seguro.

En 2007 La Asamblea Legislativa el Gobierno del Distrito Federal implementó el Programa de interrupción legal del Embarazo⁴⁸. Las cifras de los primeros 3 años indican que 5.1% de las usuarias tienen entre 11 y 17 años y 12% entre 18 26 años de edad. El grupo principal es de mujeres solteras (84%) y sin hijos (75%).El 52% acudió en etapas tempranas de embarazo (menos de 9 semanas) y los principales

motivas para solicitar la interrupción del embarazo fueron la falta de recursos (34%) y el deseo de posponer la maternidad (32%)⁶⁰

El embarazo adolescente en México tiene una atención a la alza imparable, de acuerdo con las estadísticas de Natalidad del INEGI en el 2011^{49,52} nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños, de ellos 473 mil de madres menores de 19 años. Esta cifra equivale a 18.4%, es decir prácticamente uno de cada cinco nacidos vivos en el 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes.

La tasa de fecundidad en 2011, de mujeres entre 12 y 19 años fue de 37 nacimientos por cada 1000 mujeres y de estas a 40% no planearon ni desearon el embarazo^{61,61}.

ASPECTO SOCIAL

Para muchos adolescentes, la urbanización, la industrialización y la educación en países en vías de desarrollo han cambiado sus relaciones, tradicionales entre la familia en particular, y en la sociedad en su conjunto. Por otro lado si se considera la fecundidad temprana a la luz de sus consecuencias económicas, sociales y demográficas, puede decirse que tener el primer hijo a edad temprana dificultará a la madre una serie de actividades educativas y de empleo, que limitarán su vida futura y la propia situación en el momento, al crearle nuevas responsabilidades que entran en contradicción con las actividades que desarrollaba antes de estar embarazada o de ser madre por primera vez.³¹

La prevalencia de la actividad sexual premarital varía según el sexo y la condición socioeconómica. En casi todos los países, a cualquier edad, el hombre suele tener más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales y por lo general dice que empezó a edad más temprana que la mujer, como sucede en el adolescente mexicano.

Los adolescentes y jóvenes normalmente llevan una vida sexual activa sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo, la mayoría de ellos espera hasta que se ha llevado a cabo su primera experiencia

sexual para después usar algún método anticonceptivo y muchos de estos esperan hasta que se produce un embarazo.

Se sabe que los adolescentes sexualmente activos usan métodos anticonceptivos con cierta regularidad, solo un 21.2% a un 28.7% utilizan algún método en primera relación sexual, pero en general sabe que el uso de estos es esporádico como lo encontró (GARCIA ET AL México Durango)⁵⁴ donde el 52% casi nunca utilizó un método anticonceptivo.

Sin embargo, tener conocimientos de los anticonceptivos al parecer no es un factor que asegure su uso como se ha visto en varios estudios en donde el 955 de los adolescentes ha escuchado de ellos y solo el 605 había usado uno método. En otro estudio el 99% refirió tener conocimiento de ellos pero el 36% no lo uso en la última relación sexual.^{48,53}

El hecho de que los adolescentes sepan de la existencia de MA (métodos anticonceptivos) y donde obtenerlos y aun así no los usen, puede estar reflejando el desconocimiento de la responsabilidad y los riesgos que la práctica sexual conlleva.

Otro factor es la duración de la relación de la pareja, pues parece que la frecuencia de las relaciones sexuales garantiza más el uso de métodos anticonceptivos. Una relación estable cuenta con características de afecto, satisfacción comunicación, seguridad y es más probable que se piense en la anticoncepción.

Además el no uso está relacionado con actitudes y creencias negativas hacia los métodos anticonceptivos, entre ellas el miedo a efectos colaterales a la salud como la disminución del placer sexual^{40,50}

Otros factores que pueden interferir con la relación entre el conocimiento y la conducta son: la imagen idealizada (hasta fantasiosa) de las relaciones sexuales, la oposición de la `pareja al uso de MA o simplemente el percibir que los servicios de planificación familiar son poco accesibles para ellos, la escasa información sobre ellos, angustia por la escasa educación sexual y las modificaciones en sus

relaciones interpersonales. Así como a la preparación de los padres pueden ser un aspecto vital, además de fomentar la responsabilidad sexual.^{61,62}

QUERÉTARO

Datos De la ENADID 2014(ENCUESTA NACIONAL DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA)⁴⁹ señala que el 50% de la población en México tiene 27 años de edad o menos, uno más que en 2010.⁴⁹

De cada 100 personas 48 residen en, localidades de 100mil y más habitantes, y 23 en las de menos de 2 500 habitantes. Las entidades de Zacatecas, Veracruz, Tabasco, Oaxaca, Guerrero, Chiapas y Querétaro presentan una proporción de población rural superior a 36.2 por ciento.

A partir de la década de 1970 la razón de dependencia disminuye como consecuencia del incremento de la población de 15 a 59 años, en los últimos años la disminución es menos pronunciada y se ubica en 62 personas dependientes por cada 100 en edades activas en 2014.⁴⁹

Otros estudios en Latinoamérica muestran que existen diferencias entre hombre y mujeres respecto a al edad de debut sexual y cantidad de parejas sexuales y coinciden en que los hombres inician a edad más temprana que las mujeres su actividad sexual y reportan mayor número de parejas y uso de condón de manera inconsistente.¹⁰

FECUNDIDAD

Los niveles de fecundidad en el país han mantenido un descenso constante desde finales de la década de 1960, en la cual la tasa global de fecundidad fue de 7 hijos por mujer;, actualmente es de 2.21 nacidos vivos por cada 1 000 mujeres. Destaca que en el mismo periodo de análisis ocurren 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años.⁴⁹

Los niveles de fecundidad por tipo de localidad mantienen un descenso constante entre lo observado en ENADID 1997 y 2014⁴⁹ al bajar la TGF de 3.92 a 2.81 en las localidades rurales y de 2.56 a 2.04 en las urbanas en el mismo periodo.

La escolaridad de la mujer también es un factor que influye en el comportamiento reproductivo.

En el último trienio de la ENADID 2014(2011-2013)⁴⁹ la tasa global de fecundidad de mujeres sin escolaridad es de 3.3 hijos por mujer, mientras que las mujeres con una escolaridad media superior y superior es de 1.79 hijos por mujer. El nivel de fecundidad por entidad federativa muestra diferencias importantes en el quinquenio de 2009 a 2013, destaca que en Chiapas la tasa global de fecundidad es de casi tres hijos por mujer (2.90) mientras que en el Distrito Federal se tiene un valor por debajo del nivel de reemplazo(1.47)⁵⁴

Querétaro en el 2009 presentaba una tasa de 2.28 y en 2014 de 2.23.

De acuerdo con la ENADID en 2009 el número ideal de hijas e hijos de las mujeres en edad fértil (15-49 años) fue de 2.7 y para 2014 de 2.6 hijos.⁵⁰

Los ideales reproductivos son distintos de acuerdo con la edad, para los adolescentes (15-19 años) el promedio se ubica en 2.3 hijos y para quienes se encuentran al final de su vida reproductiva (45-49 años) el ideal de hijos es de 3.2.

ANTICONCEPCION

De acuerdo con la ENADID 2014⁴⁹,98.7% de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo.

En 2014 del total de mujeres de 15-49 años de edad, 51.6% declaran ser usuarias de algún método anticonceptivo, 15.3% son ex usuarias y 31.8% nunca usuarias que conocen métodos anticonceptivos. En tanto que en 2009,49.7% de las mujeres de 15-49 años de edad reportaron ser usuarias de algún método anticonceptivo.

Por entidad federativa la proporción más alta de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos se ubican en Chihuahua(59.3%),Baja California

Sur(58.1%)Nayarit (57.1%)Colima (56.7%)y Baja California (56.2%).En tanto que Chiapas(40.4%)Oaxaca(42.8%)Michoacán (46.2%)Guerrero(47.8%)son los que tienen porcentajes más bajos de usuarias actuales de métodos anticonceptivos. Querétaro se ubica en un 49.6-51.6%

El principal método empleado por las mujeres en edad fértil actualmente usuarias, es la oclusión tubaria bilateral, utilizada por el 48.6%, seguida por los métodos no hormonales o de barrera con 30.4%.13.5% usan hormonales, 4.3% métodos tradicionales y 2.7%vasectomía.Cabe destacar que en las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos que tienen de 45 a 49 años de edad 78.2% reportan usar la OTB, por otro lado ,66.9% de las jóvenes de 15 a 19 años señalan utilizar métodos no hormonales

SEXUALIDAD

En México existen 22.4 millones de mujeres y hombres entre 10-19 años de edad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT),la población de 12-19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012⁴⁹

A nivel nacional la edad mediana al inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 18 años, lo que representa un año menos en comparación con la ENAMID 2009⁴⁹, en este año del total de adolescentes de 15-19 años que tuvieron relaciones sexuales, una cantidad mayor a la mitad (61.8%) declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primer encuentro y entre los jóvenes de 20-24 y 25-29 años este porcentaje aumentó a 66.5% y 75% respectivamente.

Para el grupo de 15-19 años 54.5% de las mujeres reportaron haber utilizado ella o su pareja, algún método de protección en su primera relación sexual, lo que significa un incremento de 16.3 puntos respecto a la ENAMID 2009 cuyo dato fue de 38.2%.

Según informe de DEV INFO la población de 15 a 19 años han tenido relaciones sexuales 19.71% en 2012 y de las misma población el 11.71% con uso de métodos anticonceptivos⁴⁹

NUPCIALIDAD

De cada 100 mujeres de 15-49 años de edad, 58 se encuentran unidas, ya sea en uniones libres o casadas. 33 son solteras y 9 están separadas, divorciadas o viudas. La proporción de adolescentes (de 15 a 19 años) unidas, representan 15 de cada 100.^{49,52}

La mayoría de las mujeres de 15 -49 años alguna vez unidas declararon tener una sola unión (89.2%), solo una de cada 10 tener dos uniones o más.

MIGRACION INTERNA (como factor social)

La ENADID 2014⁴⁹⁻⁵² identifica a 20 entidades federativas que tuvieron ganancia de población por efecto de la migración interna y 11 que presentaron saldos negativos. Colima(4%) Querétaro(3.6%) y Baja California Sur (3.1%) destacan como las entidades con mayor ganancia de población en 2014. Siendo en México la primera causa el reunirse con su familia y la segunda por motivos relacionados con el trabajo(23.4%)^{59,61}. Es de destacar que 6 de cada 100 migrantes que se fueron a vivir a otro estado lo hicieron motivados por la inseguridad pública o la violencia.

En cuanto a la Encuesta de la Comunidad Americana informa que en 2009 una de cada cuatro personas nacidas en México y que residía en EEUU tenía de 15-19 años, la mayor parte eran hombres: 134 hombres por cada 100 mujeres⁶⁰

Por ser Querétaro un exportador de mano de obra a países como EEUU Y Canadá su repercusión social se ve analizada en los siguientes estudios.

Según Pender(2016)³⁷ las conductas saludables entre las que se puede incluir este tema, tiene una relación directa con las percepciones positivas que las personas tienen sobre cada aspecto, en particular sobre la salud. Sus bases teóricas se encuentran en la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura(1997)⁵⁵ para quien los procesos cognitivos son medulares en la modificación del comportamiento y en la Teoría de Ajzen y Fishbein(1980)⁵⁵ sobre la teoría de la acción razonada, ambos proponen que la conducta depende entre otros aspectos de actitudes personales y de normas subjetivas, así como creencias.

Pender explica que la probabilidad de adoptar conductas que promuevan la salud depende tanto de la acción de las personas como de factores cognitivo-perceptivos, que a su vez son influenciados por los denominados factores modificantes, lo que indica claramente que una conducta saludable o no, puede ser explicada en función de la información recibida del exterior, pero además por las características de cada persona y de su particular forma de interactuar en su medio ambiente o contexto sociocultural(Marriner y Lailer)1997.⁵⁵

Así desde esta perspectiva, la conducta sexual de los adolescentes está relacionada con los factores de carácter modificante, como son sus percepciones, incluidas sus creencias y conocimiento respecto al ejercicio de la sexualidad.

En el ámbito de la sexualidad y desde una perspectiva sociocultural para Foucault⁶³la sexualidad, las relaciones sexuales y el sexo, implican relaciones de poder y de control, así la sexualidad es un elemento en el que convergen diversos conceptos socialmente trascendentes que implican de alguna forma el control sobre las decisiones de las personas respecto a su sexualidad. El poder según Foucault no aplicará al sexo más que una ley de prohibición. Desde este enfoque sociocultural la verdad está en estrecha relación con las relaciones de saber-poder, por lo que el poder encuentra el núcleo mismo en los individuos, se inserta en sus gestos, en sus actitudes, en su sexualidad (Rojas 2014)¹⁴ .Desde el planteamiento del ejercicio del poder pone en marcha mecanismos de control sobre la sexualidad, presentada como la fuente perpetúa al interior de los individuos, de situaciones de riesgo para la salud, aprendida en consonancia con la moral dominante.⁶³

Así mismo en la construcción socio-histórica y cultural de la sexualidad y a partir de la construcción de las significaciones de ser hombre o mujer, existe una marcada desigualdad, son los varones quienes comúnmente dominan sobre la condición femenina.¹⁵

De esta manera el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes como hombre y mujer está asociado con las diferencias individuales e interpersonales vinculadas a las diferencias de género. Son las mujeres quienes están más expuestas a un

comportamiento sexual de riesgo y de acuerdo con sus roles social y culturalmente contruídos, influyen en dicho comportamiento.^{55,60}

El estado de Querétaro continua teniendo índices de marginación de alta consideración debido a que todavía 116 mil 987 personas de todo el estado se encuentran en alta marginación ,lo que representa 6.47% de la población estatal, mientras que el 15% de la población tiene un nivel de marginación medio que significa 274 mil 190 habitantes.⁴⁹

En el 2010 Querétaro se ubicó en el décimo octavo lugar a nivel nacional, avanzando tan solo un lugar desde el 2005 y manteniéndose con un grado de marginación medio, solo por debajo de Morelos y Quintana Roo Según COESPO 2010⁴⁹

Los cuatro municipios con alto nivel de marginación: Pinal de Amoles, Amealco, San Joaquín y Landa de Matamoros.

Los niveles vigentes de marginación son notorios en educación y servicios, sobre todo. Por ello la COESPO identifica que el 6.3% de la población estatal de 15 años o más es analfabeta, los municipios serranos son los que presentan con mayor incidencia esta situación, siendo San Joaquín el que tiene el mayor índice con un 19.2% de su población⁴⁹

Además el 17.6% de la población estatal de 15 años o más se encuentra sin primaria completa. El municipio con más alto índice es Landa de Matamoros, el cual cuenta con 41.4% de su población

El 65% de los jóvenes del estado se concentran en tres municipios.

En el estado de Querétaro existen más de 501 mil 993 mil jóvenes (habitantes que tienen entre 15 y 29 años de edad) de los cuales casi el 53%son mujeres y el 47.1% son hombres, a nivel nacional, este grupo poblacional representa casi la cuarta parte de la población, alrededor de 30 millones.⁴⁹

Entre los municipios que concentran la mayor cantidad de población joven se ubican Querétaro con 226 mil 974 (cifra que representa más del 45%), San Juan del Río (con 68 mil 697 que corresponde a más del 13%); El Marqués con más de 35 mil jóvenes (casi el 7% del total) y Corregidora, con cerca de 30 mil (alrededor del 6%).

En el último lugar se ubican los municipios de Peñamiller, con 4 mil 452 jóvenes (89%), Arroyo Seco (con menos de 3500, equivale al .67%) y San Joaquín con 2 mil 318 (.46%).

Por otro lado, proporcionalmente la relación de habitantes por grupo de edad sitúa al municipio de Colón con el mayor número de jóvenes de 15 a 24 años respecto a su población (21.3%), a este le sigue el municipio de Pedro Escobedo con menos del 21% y finalmente Jalpan de Serra con 20.6%.

Según una proporción realizada por el Consejo Estatal de Población (COESPO)⁴⁹ se calcula que para el 2015 hubo un total de 522 mil 543 jóvenes, lo que implica un 4% más y para el 2030 un total de 486 mil 236 habitantes de entre 15 y 29 años, lo que implicaría una reducción del 3.2% con relación a la población actual.

SEXUALIDAD

A nivel nacional más del 97 % de mujeres jóvenes conoce o ha oído hablar de un método de control natal, sin embargo solamente dos terceras partes de la totalidad lo utilizan; del 38% restante una cuarta parte no lo necesita o está embarazada, otra parte desea embarazarse y una menor proporción no sabe los conoce o tuvo efectos secundarios o su pareja se opone.

Según los resultados publicados en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de acuerdo con los datos de la muestra del censo 2010 cuatro de cada 10 mujeres jóvenes tiene un hijo nacido vivo, entre las adolescentes de 15-19 años dicha razón es de una de cada 8; conforme avanza la edad la proporción de mujeres que han experimentado la maternidad aumenta hasta 7 de cada 10 entre las que tienen entre 25-29 años de edad.

En cuanto a las defunciones de mujeres jóvenes la cuarta parte se debe a accidentes de transporte, agresiones y lesiones autoinflingidas intencionalmente (cada una con un 11.1%,7.1% y 5.1%respectivamente)⁴⁹

Del 2009 a 2011 creció un 10% el número de mujeres menores de edad embarazadas, tan solo en el periodo de dos años, el número de estas mujeres atendidas por un embarazo en el Hospital del Niño y la Mujer de Querétaro pasó de 11 mil a 12 mil.³

De acuerdo con las integrantes de la Asociación de Madres Solteras en Querétaro el mayor índice de embarazos en menores de edad se presentan en los municipios de Querétaro, Peñamiller, Arroyo Seco y Pinal de Amoles

Según la SECRETARIA DE SALUD del año 2009 al 2011^{4,48} los embarazos en menores de 20 años se incrementaron al doble pues pasaron de 6800 EN EL 2008 a 13,241 en el 20011.

De tal manera los embarazos en menores de 20 años en el estado de Querétaro representan el 28% en promedio anual de todos los embarazos atendidos.

Además en este mismo periodo los embarazos atendidos (por el sector privado y público) de todas la edades incrementaron al doble, pues pasaron de 24mil 120 en el año 2009 a 45 mil 930 en el 2011.

De los embarazos en mujeres menores de 20 años en el 2011 (según la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos (Ddeser Querétaro)⁵ ,4000 corresponden a mujeres menores de 15 años.

La presidenta de esta asociación(Lluvia Cervantes Contreras)según la Red por los Derechos sexuales y Reproductivos(Ddeser Qro) que en los municipios serranos se presentan más de estos casos debido a la concepción social de que la mujer está encarga de “criar” desde los juegos y roles de casa.

Personal del Consejo estatal de Población (COESPO)^{48,49} informó que el estado de Qro. De acuerdo con los resultados del censo de Población y Vivienda del 2010: 7 de cada 10 mujeres de 15 años y más han tenido al menos un hijo nacido vivo.⁴⁹

Respecto al estado civil de las madres, conforme los resultados censales en 2010 el 75.7% de las madres con al menos un hijo está casada o unida; 17.2% está separada divorciada o viuda y 7.1% son madres solteras.⁴⁹

Aunque los adolescentes y jóvenes no constituyen grupos homogéneos ni uniformes, sabemos que su comportamiento sexual y reproductivo está influido en la actualidad, en mayor o menor medida, por una serie de factores entre los que cabe mencionar:

- Disminución de la edad de la menarquía.
- Inicio temprano de la actividad sexual coital.
- Cambios frecuentes de pareja.
- Sentimientos de invulnerabilidad por no tener integrada la noción de riesgo.
- Deficiente educación sexual que conlleva a una escasa, deformada e idealizada información sobre la anticoncepción, maternidad/paternidad y la sexualidad.
- Presión del grupo de pertenencia y de los medios de comunicación.
- Dificultad de acceso a los servicios sanitarios y falta de habilidad social para conseguir asesorías y anticonceptivos.

Se estima 22 millones de adolescentes que no desean quedar embarazadas o quieren retrasar este, pero no utilizan ningún método anticonceptivo, en países de ingresos bajos la falta o accesibilidad a métodos anticonceptivos deja expuestos a 6 de cada 10 mujeres a embarazos no deseados⁴⁸

Si bien se cuenta en las instituciones con un marco normativo que prevé políticas dirigidas a la educación en salud reproductiva para este grupo poblacional aún no se definen con claridad los procedimientos para llevarlas a cabo, ya que a pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno.

En Estados Unidos se reporta que solo aproximadamente 66% de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo. En Colombia 70 de cada 1000 adolescentes se convierten en madres cada año, mientras que el 12% de las adolescentes urbanas y el 16% de las rurales requerirían de y servicios de anticoncepción, porque ya han tenido un hijo y siguen siendo adolescentes.^{32,43}

Así mismo en España^{26,35} se producen 18 mil embarazos anuales en adolescentes, 7000 de las cuales deciden interrumpirse la gestación y 800 tienen entre 11 y 15 años. Entre 1985 y 1990 la tasa de fecundidad de las adolescentes cubanas era de 8.5 hijos por 1000 mujeres, con una proporción de nacimientos en este grupo de 23%. En un estudio de Latinoamérica (Chile)⁵⁷ en el año 2010 en una población de adolescentes entre 15-19 años el 12% de varones y mujeres habían iniciado su vida sexual (el 42% de varones y el 22% de las mujeres antes de los 15 años), aunque todos reconocían que la responsabilidad era de ambos las mujeres consultaron más el programa que los varones (el 40% y el 13.5% respectivamente) y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones.

En México 64% de las mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa (15-19 años) no usa anticonceptivos y 6 de cada 10 adolescentes que regulan la fecundidad recurren a los métodos de ritmo y retiro (coitus interruptus). Solo el 34% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual.⁶⁰

Los índices de mortalidad materna entre mujeres de 15-19 años son el doble a las correspondientes de 20-29 años.⁴⁹

En estudios comparativos en poblaciones adolescentes de Chile y México que es un método anticonceptivo y se demostró que a mayor nivel de escolaridad en la población adolescente es mayor la probabilidad de usar algún método anticonceptivo

En el 2012 en México el 31.2% de las adolescentes (15-19 años) había iniciado vida sexual. El uso del condón aumentó de 31.8 a 47.8% entre 2006 y 2012. En las áreas

rurales se reporta menor uso de anticonceptivos en la última relación sexual. Un alto porcentaje no opto por anticonceptivo post-evento obstétrico (52%) entre 15-19 años.^{40,43}

México tiene una trayectoria de más de 35 años en la promoción de planificación familiar, la cual fue impulsada por dos importantes cambios el marco legal y de las políticas públicas. El primero en 1973 cuando nuestro país se convirtió en el segundo del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución el derecho a decidir libre responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Artículo 4-)⁴⁸. El segundo fue el planteamiento en 1974 de una serie de acciones para regular el crecimiento de la población dentro de la Ley General de Población.

Fue a partir del Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1979 que hubo un esfuerzo coordinado de todo el Sector Salud para promover Planificación Familiar y anticoncepción. Esto trajo consigo una disminución de la tasa global de la fecundidad de 7.26 hijos por mujer en 1962 a 3.43 en 1990 y a 2.01 en 2012⁴⁸.

Con los datos anteriores podemos decir que la implementación de los métodos anticonceptivos en adolescentes es insuficiente. Por lo tanto es de gran trascendencia llevar a cabo investigaciones para formular métodos que ofrezcan soluciones incorporando a los servicios de salud la participación de los jóvenes creando conciencia del uso de los métodos anticonceptivos para una mejor calidad de vida.

Ramírez. R en el año 2006, en Lima realizaron un estudio titulado “Conocimientos sobre los cambios físicos y psicosociales en la adolescencia en la Institución Educativa 3049 “Imperio de Tahuantinsuyo” cuyo objetivo fue identificar los cambios físicos, psicológicos y sociales de los adolescentes de 15 a 19 años^{5,10}. Encontrándose así que la mayoría de los escolares desconoce los cambios físicos que se suscitan en la adolescencia; con respecto a los conocimientos de los escolares sobre los cambios sociales en la adolescencia, la mayoría de los

escolares forman parte de grupos sociales, con mayor frecuencia han evitado el consumo de sustancias adictivas en un 88.4% y 92.8% para el cigarro y en un 79.1 y 84.6% para la cerveza, y generalmente son los padres y los profesores las personas que le han dado información sobre sexualidad¹⁰.

Acevedo O. en su tesis Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del sida y su relación la actitud hacia la práctica sexual riesgosa en los estudiantes de primeros años de la facultad de medicina de la UNMSM-Peru. 1993. Se aplicaron dos cuestionarios, uno tipo escala de Lickert para medir actitudes y el segundo para medir los conocimientos a muestra de 218 estudiantes. En el estudio se concluye que existe un nivel de conocimiento alto y un significativo nivel medio y bajo, además la actitud de los adolescentes hacia la práctica sexual riesgosa, es medianamente favorable, seguida de una actitud desfavorable y la relación entre el nivel de conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y la actitud hacia la práctica es altamente significativa, a menor conocimiento es mayor la actitud desfavorable hacia la práctica sexual riesgosa¹¹.

Castillo S. en su estudio titulado “conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años en el distrito de Castilla-Piura”, plantea el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes, cuya investigación obtuvo los siguientes resultados; que los adolescentes entrevistados tienen un nivel de conocimientos en sexualidad en forma global y por dimensiones bajo (82%); la dimensión menos conocida, con nivel de conocimiento bajo fue anatomía y fisiología sexual y reproductiva (86%) seguida de prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH/DIF 80%), y finalmente el ciclo de respuesta sexual y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (78%).¹² En cuanto a las actitudes hacia la sexualidad de las y los adolescentes encuestados manifestaron actitudes desfavorables en un 54%. En relación a las actitudes para la sexualidad por dimensión reportaron actitudes desfavorables para

autonomía (84%. Seguida por sexualidad y amor (76%), respeto mutuo y reciprocidad (68%), y finalmente ; responsabilidad y prevención del riesgo sexual (58%), sin embargo, las dimensiones libertad para decidir y actuar (72%) y sexualidad como algo positivo (52%) reportaron actitudes favorables. La edad de mayor representación fue de 15-17 años. Finalmente el 72% han tenido enamorado y 52% ha tenido relaciones sexuales coitales y la edad de inicio de actividad sexual es de 13-14 años¹²

Delgado L. en su trabajo de investigación titulado “Nivel de Conocimientos sobre Sexualidad y manifestación de Impulsos Sexuales en Adolescentes de la I.E. JOSE GRANDA S.M.P.”(Lima)^{5,6} con el objetivo de identificar la relación que existe entre el conocimiento y la sexualidad,(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 coitales en 93 (57.76%) están presentes y en 68 (42.24%) ausente. Los conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes con 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 coitales, que traen como consecuencia los embarazos precoces y no deseados, abortos, ITS y otros¹³.

Ricaldo A. en el año 2005, en su tesis sobre “Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima-Proyecto de fortalecimiento”,¹⁷ que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre sexualidad que tienen los adolescentes de Centros Educativos de Lima. Y el propósito estuvo orientado a que con la información obtenida , incentive al personal de enfermería y personas responsables a capacitarse y diseñar nuevos programas de educación permanente en sexualidad el estudio fue de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, y su población estuvo conformada por 533 estudiantes de 4to y 5to año de secundaria de los Centros Educativos de Lima-Cercado¹⁴, el

instrumento que se utilizó fue el cuestionario y la técnica la encuesta de los cuales 102 (19.1%) conocimiento alto, 321 (60.2%) presentaban un conocimiento medio, 110 (20.7%) conocimiento bajo. En este caso también referidos en la parte biológica a los cambios sexuales,, en la dimensión psicológica la necesidad de independencia y lo social en relación a los comportamientos sexuales¹⁵.

Carrera F. en su proyecto de investigación titulado “ Relación de la habilidades sociales y sexualidad saludable en adolescentes de las Instituciones Educativas de Educación Secundaria de la Región de Junín 2011⁹,” plantea como objetivo de estudio determinar la relación que existe entre habilidades sociales y sexualidad saludable en adolescentes de la instituciones educativas de educación secundaria, donde se demuestra que existe una relación positiva con un coeficiente de correlación de 0.04 entre las habilidades sociales y la sexualidad saludable en los adolescentes estudiados.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la edad adulta que según el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial No. 538-2009/MINSA, dentro del código del niño y adolescente considera que las edades del adolescente fluctúan entre los 12 a 17 años , 1 meses y 29 días (14). A su vez la adolescencia está dividida en tres fases o etapas ; La adolescencia temprana, entre los 10 y 13 años, la adolescencia media, entre los 14 y 16 años; y la adolescencia tardía , entre los 17 y 19 años¹⁵. La transición reúne las siguientes características: Desarrollo biológico desde el comienzo de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva; Desarrollo psicológico desde patrones cognoscitivos y emocionales de la niñez hasta los patrones cognoscitivos de la edad adulta; Transito desde el estado de total dependencia socioeconómica de la niñez a una independencia relativa. Este periodo se caracteriza por el riesgo para la salud asociados con el uso indebido de sustancias, las enfermedades de transmisión sexual, embarazo y otras.

Fases de la adolescencia

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas pueden ser sustanciales. Así también, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar periodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia del joven, y del ambiente en que se produce (urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura, etc.). Aun teniendo en cuenta las limitaciones previas, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardia¹⁶. Tampoco existe homogeneidad respecto a los rangos etarios que comprenderían, sin embargo estos serían aproximadamente los siguientes.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años) Inicio de maduración.

Biológicamente, es el periodo con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia intermedia o propiamente dicha (14 a 16 años):

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten vulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadora de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados de la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de esta etapa de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde el momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes⁴⁶. La sexualidad de los adolescentes es un tema relevante, conflictivo, porque durante esta etapa convergen una serie de factores que interactúan de manera compleja y muchas veces opuesta. Por eso, es fundamental tener claro todo el proceso de la adolescencia para luego abordar las implicaciones de la sexualidad en esta etapa (18).

Sexualidad

Es una dimensión fundamental del ser humano porque es necesaria para identificar al ser humano como tal, ya que está íntimamente relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás .

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como; “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles del género, el erotismo, el placer la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales “. ⁶³

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

Por otro lado, la sexualidad humana incluye las características físicas del individuo y las capacidades para los comportamientos sexuales específicos, junto con los valores psicológicos y sociales, las normas, actitudes y el aprendizaje de procesos, que influyen en estos comportamientos. Este incluye aspectos que están estrechamente relacionados entre sí; el biológico (vinculado al proceso de la reproducción), el psicológico (las características del mundo psíquico de la persona), e social (la influencia “de” y “hacia” el medio ambiente), y se manifiesta de forma diferente en cada persona, dependiendo de su contexto social y cultural¹⁹. Es uno de los procesos más importantes de desarrollo humano, y en especial de la adolescencia. En esta etapa, el adolescente está realizando un enorme esfuerzo para transformar su infancia y modificar sus sensaciones y percepciones del mundo, de sí mismo y de su cuerpo^{20,45,55}.

Conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido

más amplio del término se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados, que la ser tomados por si solos, poseen menor valor cualitativo. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. Por lo tanto, es un conjunto integrado de información regla, interpretaciones y conexiones dentro de un contexto ocurrido en una organización⁵⁵.

Finalmente se puede decir que el conocimiento es personal, ya que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia, es decir, ya se físico o intelectual y lo incorporan a lo personal convencido de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado. El conocimiento puede utilizarse y repetirse sin que este se consuma, permite entender los fenómenos que las personas perciben y también evaluarlos, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento; y sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos²¹.

Existen niveles para la medición de conocimiento y ellos se dividen en :

Conocimiento Alto: existe una adecuada función cognoscitiva las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es fundamentada y acertada, además identifica, estructura y utiliza la información para obtener un resultado.

Conocimiento Medio: llamado también regular, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos, identifica, estructura y utiliza la información en forma no tan efectiva.

Conocimiento Bajo: hay una idea desorganizada, deficiente a inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos , los términos no son precisos ni adecuados, no identifica, no estructura, ni utiliza la información (22)

Dimensiones del conocimiento sobre sexualidad en adolescentes.

- Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva
- Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos

Los órganos sexuales femeninos ; se clasifican en externos e internos

Órganos externos Femeninos.

-Monte de Venus: Es la almohadilla adiposa que está sobre la sínfisis pubiana. Luego de la pubertad la piel del monte de Venus se cubre de vello que se distribuye en la región pubiana. Generalmente la distribución de vello pubiano difiere de un sexo a otro^{44,46}

-Labios mayores: son dos pliegues redondeados de tejido adiposo que está cubierto por piel y que se extienden hacia abajo y atrás desde el monte de Venus, antes de la pubertad la superficie externa de los labios es similar a la que cubre la piel adyacente, pero en la pubertad se cubre de vello.

- **Los labios menores:** cuando se separan los labios mayores se ven dos pliegues planos y rojizos del tejido. Estas estructuras son los labios menores o ninfas: estructuras que se unen en el extremo superior de la vulva. Los labios menores varían mucho en forma y tamaño en la mujer nulípara usualmente no son visibles detrás de los labios mayores no separados, mientras que en las mujeres multíparas común que los labios menores se proyecten más allá de los labios mayores.

- **Clítoris:** es el homólogo del pene y se localiza cerca de la extremidad superior de la vulva. Este órgano eréctil se proyecta hacia abajo entre los extremos ramificados de los labios menores. El clítoris está formado por un glánde, un cuerpo y dos raíces.

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

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.

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

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

- **Ovarios:** Tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona). A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro, la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide.

Órganos Sexuales Masculinos: se clasifican en externos e internos.

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 testosterona.

Órganos Internos Masculino

- **Conductos deferentes:** Conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.

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

- **Glándula de Cowper:** Son dos glándulas exocrinas del sistema reproductor masculino humano que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede llevar espermatozoides.

A.2. Fisiología Sexual y Reproductiva

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

la fisiología del ciclo menstrual, la fecundación y embarazo. El conocer el periodo menstrual o también llamado “la menstruación” o “regla”, es una señal que la adolescente está creciendo. Quiere decir que su cuerpo está saludable y normal. Esto sucede cuando el cuerpo de la adolescente está convirtiéndose en un cuerpo de mujer.

- **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 fecundación.

- **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 formado.

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

es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas.

- **El embarazo:** Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, también se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas.⁴⁶ 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 gramos a 1.000 gramos al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso (formado por moco muy espeso y adherente) que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto.⁴⁶

- **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 año. (28)

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.^{29,45}

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.⁴⁵

Master y Jhonson, 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 resolución.^{29,45}

- **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, etc. 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 liberan.⁴⁵

- **Fase de resolución:** Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal.⁴⁵

Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.

Las infecciones de transmisión sexual requieren siempre un tratamiento con antibióticos. De lo contrario, siguen propagándose por el organismo, provocando mayor daño, como la esterilidad o la muerte, algunos jóvenes, no consultan a médico; por temor o vergüenza o ignorancia, buscando ellos mismos su propio tratamiento, lo que obviamente casi nunca es eficaz.

Es importante prevenir estas enfermedades, con una responsable sexualidad, manteniendo ojalá una sola pareja sexual, usando preservativos o espermicidas, asociados a una adecuada higiene genital y sexual.

Estas infecciones se adquieren a través de un contacto sexual entre dos personas en la cual una de ellas está infectada. Actualmente se le conoce como Infecciones de transmisión sexual (ITS). Su importancia radica en la trascendencia de tipo social, ya que son enfermedades muy frecuentes y de fácil contagio de persona a persona.

- **Sífilis:** La sífilis es una ITS , crónica, producida por una bacteria en forma de espiroqueta llamada *Treponema pallidum*, cuya transmisión es eminentemente sexual, aunque puede darse de la madre al feto (vertical), por transfusión de sangre y/o sus derivados y accidentes laborales entre el personal de salud. Se caracteriza por un período de incubación de 3 semanas (2 a 6 semanas) seguido por la aparición de una úlcera o “chancro” acompañado o no de adenopatía regional asintomática, un periodo secundario bacteriémico asociado a brotes de lesiones mucocutáneas y adenopatías generalizadas para ser precedida por un periodo de latencia de muchos años (a veces hasta 10 años) y finalmente un periodo terciario, caracterizado por destrucción mucocutánea (gomos), parenquimatosas, aortitis o lesiones a nivel del sistema nervioso central, demencia y muerte.

Sífilis primaria: Fase clínica de la sífilis que se caracteriza por la presencia de una o más úlceras induradas e indoloras (chancros) localizados en el punto de inoculación del Treponema (que generalmente es la piel o mucosas de los genitales, recto o boca), pudiendo acompañarse de inflamación de ganglios linfáticos en el área adyacente a éstos. El periodo de incubación es en promedio 21 días, con un rango de 10 a 90 días. Sin tratamiento las lesiones suelen cicatrizar en un período de 2 a 6 semanas. Aproximadamente un tercio de las personas no tratadas progresan a una sífilis secundaria. **Sífilis secundaria:** Fase clínica de la sífilis que inicia uno a dos meses después de la aparición de los chancros, que se caracteriza por lesiones mucocutáneas localizadas o difusas, a menudo con linfadenopatía generalizada, con un título en una prueba no treponémica >4 diluciones. Sin tratamiento, las lesiones desaparecen espontáneamente a las 2 a 6 semanas, pero las bacterias persisten, dando lugar a la fase latente que es seguida luego por la sífilis terciaria.

Sífilis latente: Es la fase que inicia luego de la involución de las lesiones de la sífilis secundaria, y se caracteriza por ser un periodo asintomático, en el cual la infección se detecta a través de pruebas serológicas positivas para sífilis. Sin tratamiento, un 25% a 40% de los pacientes desarrollarán manifestaciones de sífilis terciaria, en un lapso de tiempo de 5 a 50 años.

Sífilis terciaria: Es la etapa final de la sífilis que no fue tratada, que ocurre varios años después de la infección, y se caracteriza por comprometer el sistema nervioso central (neurosífilis), cardiovascular con inflamación de la aorta (aortitis o aneurismas) y sífilis gomosa (lesiones destructivas de la piel y los huesos), provocando síntomas según la localización de la lesión, esta es la razón por la cual se le conoció como la gran simuladora. Estas lesiones pueden producir la muerte de la persona.

- **Gonorrea:** Conocida también como blenorragia. Es causado por "Neisseria Gonorrhoeae". Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por

medio de la uretra y provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo.^{30,45}

Los síntomas pueden aparecer entre los 2 a 7 días (o incluso más) del contacto sexual genital, oro-genital o rectal. Más del 50% de las mujeres y entre el 5 al 25% de los varones no presentan síntomas.

Infección genital: se caracteriza por secreción amarillenta y espesa junto con molestias al orinar.

Infección faríngea (garganta): suele ser asintomática pero puede presentar molestias faríngeas

Infección anorrectal: Puede haber secreción amarillenta, espesa, con picor anal.

- **Tricomoniasis:** Es causada por un parásito llamado “trichomonas vaginales o tricomonas” y se transmite por el contacto sexual, aunque ocasionalmente es transmitido por medio del contacto de toallas altamente contaminadas. La tricomoniasis es la Infección de transmisión sexual (ITS) no viral más extendida en el mundo. Predomina en mujeres en edad fértil, con un pico entre los 16 y 35 años, grupo etario en el que se estima que entre el 10% y el 30% están infectadas.

El transporte del parásito entre las mucosas en el acto sexual se hace mediante las secreciones de quienes participan en él como el flujo vaginal, el líquido preseminal y el semen. Una vez que el parásito invade la mucosa genital, tiene preferencia por localizarse, en el caso de la mujer, en las glándulas de Bartholino y parauretrales y en sus secreciones, además de la vagina y el cérvix. En el hombre coloniza principalmente el surco balano-prepucial, las glándulas prepuciales, la uretra prostática y las vesículas seminales.

En las infecciones por *T. vaginalis* se puede observar leucorrea abundante, espumosa, fétida y de color amarillo verdoso. Las mujeres infectadas refieren prurito, dispareunia y disuria, que se acentúan durante la menstruación. Los varones tienden a sufrir una infección asintomática y actúan como reservorios de *T. vaginalis*. Sin embargo, cuando la infección se hace evidente, puede manifestarse por secreción uretral serosa o purulenta, prurito en el glande, edema prepucial, erección dolorosa, eyaculación precoz y disuria.

- **Candidiasis:** Es producida por hongos generalmente el “Cándida Albican”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, Los síntomas más frecuentes incluyen picor importante y secreción vaginal de color blanco y espesa (parecida al requesón). Es frecuente que aparezca justo antes de la regla. Otros síntomas incluyen: dolor vaginal, quemazón en genitales externos y dolor al orinar. En el hombre puede dar una inflamación del glande con zonas blanquecinas, picor y escozor en dicha zona. El período de incubación es de 2 a 5 días.

- **Herpes Genital:** Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual. Entre 2 y 20 días tras el contacto sexual aparecen unas pequeñas ampollas (perladas como cabezas de alfiler) o úlceras dolorosas cuya localización variará según la práctica sexual que ha producido la infección (primoinfección): vaginal, anal o bucogenital. Cuando la lesión desaparece el virus queda latente en el organismo y puede producir nuevas reinfecciones en situaciones de disminución de la inmunidad o estrés.

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

- **Chancroide:** Es producida por una bacteria llamada “Haemophilus Ducrey”. 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.

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o sida es el estado de la infección por el VIH caracterizado por bajos niveles de defensas y la aparición de infecciones oportunistas.

- **VIH:** El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida.

El VIH es la infección que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH puede ocasionar pocos o incluso ningún síntoma por unos 10 años antes de que se desarrollen los síntomas del SIDA. No existe cura para el VIH/SIDA, pero hay tratamientos disponibles. El VIH se puede contagiar durante el juego previo a las relaciones sexuales. Los condones femeninos y de látex ofrecen muy buena protección contra el VIH.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

Asesoramiento y enfoques conductuales: Las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen: educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH; asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos; intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables; y asesoramiento y educación sexual adaptadas a las necesidades de los adolescentes.^{30,45}

Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones.

Métodos de barrera: Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros.^{30,45}

Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Cuando hablamos de anticoncepción, debemos entender que es un icono que involucra tanto al hombre como a la mujer, por eso la elección del método debería ser una decisión de pareja ya que es parte de la organización necesaria para poder mantener una vida sexual plena y sin obstáculos.

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.³⁰

Está bien documentado que el conocimiento sobre fertilidad es muy bajo entre los y las jóvenes adolescentes. Por ejemplo, encuestas en Ciudad de México y Paraguay encontraron que el método anticonceptivo más usado en el primer coito era el ritmo, un método que también es comúnmente usado en Brasil. Sin embargo, solo un cuarto de los adolescentes varones y mujeres pudieron identificar el período más fértil en el ciclo menstrual de una mujer.⁴⁵

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.²⁵

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 clasificaciones.³³

Tipos de anticonceptivos:

- **Métodos Hormonales:** en este grupo tenemos los anticonceptivos orales, combinados (ACO) y de progestágeno, los inyectables, el anillo vaginal, el parche transdérmico e implantes subcutáneos.

Orales combinados (ACO) y de progestágeno: son muy efectivos si se siguen las indicaciones en relación a su administración. No interfieren con la relación sexual. En general están constituidos por un estrógeno (etinil estradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest). En ocasiones pueden presentarse algunos efectos secundarios como cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas y/o mareos, pero con los nuevos preparados la tolerancia así como los riesgos y los efectos secundarios se han ido minimizando. Por otra parte presentan beneficios adicionales como la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, mejoramiento del acné, protección contra las infecciones pelvianas y alivio del síndrome premenstrual entre otros^{15,45}. La indicación debe ser realizada por un profesional de la salud capacitado, realizando una adecuada consejería, evaluación y seguimiento de la persona que solicita el método.

Inyectables: según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. Igual que con los ACO deben ser indicados por un profesional capacitado. En la actualidad los más recomendables son 2 inyectables que contienen de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxiprogesterona respectivamente. La primera dosis se indica con el 1° o 2° día de la regla y se repite cada 30 días. El inyectable que contiene estradiol enantato/alfasona acetofénido no debiera utilizarse. Los inyectables de progestágeno puro de depósito cada 3 meses, se utilizan en casos excepcionales y siempre bajo supervisión médica.

Anillo vaginal: el anillo hormonal combinado consiste en un anillo de silastic que contiene etinil estradiol y etonorgestrel. Se introduce en la vagina desde donde se libera la hormona que pasa directamente al sistema circulatorio. La primera vez se inserta durante el primer día de la regla y se cambia cada 3 semanas, posterior a 7

días de descanso se introduce un nuevo anillo. Es fácil y cómodo de utilizar y no interfiere con el coito. Existe un anillo a base sólo de progesterona recomendado en el período postparto para no interrumpir la lactancia.

Parque transdérmico: como su nombre lo indica consiste en un sistema que se adhiere a la piel desde el cual se libera la hormona en forma sostenida y paulatina hacia el torrente sanguíneo. Es cómodo y fácil de administrar y no se desprende con el agua. La caja contiene 3 parches que se cambian cada 7 días intercalando una semana de descanso. Contiene etinil estradiol y norelgestromín como progestágeno.

Implantes subcutáneos: se conocen 2 tipos, que duran entre 5 y 3 años respectivamente. Ambos son a base de progestágenos (levonorgestrel o etonorgestrel). Son una especie de barras muy pequeñas que contienen la hormona, las que se deben colocar debajo de la piel (cara interna del brazo), desde donde se libera el anticonceptivo hacia la circulación, posteriormente al cumplirse el tiempo de uso debe ser extraído. Tanto la inserción como la extracción deben realizarla un profesional entrenado.

Métodos de Barrera: en esta categoría están incluidos el preservativo masculino y femenino, el diafragma, los espermicidas.^{14,45}

Condón masculino: es fácil de adquirir y de utilizar con la debida educación. Contribuyen a prevenir la adquisición de ITS incluyendo la infección por VIH/SIDA. Los preservativos no tienen riesgos para la salud, pero su uso requiere motivación.

Condón femenino: es poco conocido y utilizado por la población y es algo más costoso. Se inserta por la usuaria en la vagina antes de la relación sexual y se debe extraer cuidando de no derramar el semen. La ventaja es que los genitales externos también quedan protegidos sobre todo cuando se trata de ITS que se adquieren a través del contacto con la piel vulvar (herpes, condilomas, etc.).

Diafragma: es muy utilizado en otros países como EEUU, está constituido por un aro metálico flexible el que está forrado por una capa de goma que adquiere forma cóncava. Se inserta en la vagina previa a la relación sexual y se usa con espermicidas para aumentar su efectividad. Puede producir irritación mecánica y/o

infecciones vaginales. Debe ser indicado y enseñado por un profesional ya que existen diferentes tamaños y puede ocasionar dolor al quedar mal colocado.

Espermicidas: son sustancias químicas que se administran en la vagina previa al coito, su mecanismo de acción consiste en inmovilizar o terminar con la viabilidad de los espermatozoides. Se conocen preparados a base de cremas, espumas y óvulos. En general se usan en forma conjunta con otros métodos como el condón y diafragma.

- **Métodos Naturales:** Método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal.

Dispositivos intrauterinos (DIU): va inserto en el interior del útero, es efectivo, no interfiere con la relación coital. Debe ser insertado por un profesional competente, por los riesgos que pueden presentarse durante el procedimiento. Debe ser controlado periódicamente. El DIU más utilizado ha sido la T de cobre 380 A, cuya duración es de aproximadamente 8 – 10 años. Existe un nuevo dispositivo que contiene levonorgestrel, liberando una dosis diaria de 20 ug. Dura aproximadamente 5 – 7 años y su ventaja es que disminuye la cantidad de sangrado menstrual y el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana, que en ocasiones se ve aumentado en mujeres usuarias de DIU.

- **Métodos Quirúrgicos:** Bloqueo Tubárico Bilateral (Ligadura de Trompas o Salpingoclasia), Vasectomía.³³ Es un procedimiento quirúrgico, el procedimiento en la mujer consiste en ligar y/o seccionar la trompa uterina el que actualmente puede ser realizado por vía laparoscópica. En el varón consiste en la ligadura y/o sección de los conductos deferentes o “vasectomía” que puede ser realizado ambulatoriamente. En menores de edad existiendo métodos reversibles y seguros de anticoncepción no estaría indicada esta forma de anticoncepción, excepto excepciones muy bien fundamentadas.

Actitud del adolescente sobre sexualidad

La actitud o actitudes son predisposiciones aprendidas que impulsan a una persona a responder o comportarse de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables con relación a un tema o situación determinada, las constituyen las opiniones, creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Estas actitudes permanecen estables con el tiempo y siempre son dirigidas hacia un objeto o idea, raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía.

(34) Las actitudes son adquiridas como resultado de un aprendizaje a través de las situaciones e incidencias vividas, están dotadas de cierta estabilidad y son, por tanto, difíciles de mover, pero aun así son susceptibles de cambiar. Estas también son transferibles, permiten dar respuestas a múltiples situaciones diferentes e, incluso, desconocidas, aportando una economía de esfuerzos y consiguiendo una unidad personal en la conducta individual, y por último son complejas y de actuación conjunta entre sus componentes (operan íntimamente interrelacionadas) Las actitudes por ser modificables tienden a cambiar por nuevas experiencias del sujeto y con ello adoptar nuevas disposiciones de ánimo.^{35,45,55}

La intensidad de la actitud hace referencia a la fuerza del componente afectivo, al grado de sentimiento de las personas a favor o en contra de otras personas, objetos o ideas, y estas se miden según el grado, que vendría a ser una propiedad que designa la posición tomada en el continuo de una actitud (muy favorable, ligeramente favorable,³⁸ etc.) El conjunto de conductas, afectos y conceptos se estructuran y afianzan y dan lugar a una actitud. Podemos considerar a la actitud como su principal instrumento para enfrentarse a la realidad.⁴⁵

Es difícil que haya alguna actitud o grupo de actitudes que sea universalmente aplicables a la adolescencia, pues difieren de la misma forma que los individuos y los ambientes. Lo que si podemos afirmar es que la adolescencia es una época en la que surgen nuevas actitudes e ideas, que moldean la personalidad del individuo de esta edad, y su ajuste a la vida. De la misma forma aunque la formación de valores abarca toda la vida del ser humano, los aspectos intelectuales y emocionales de éstos, atraviesan el momento más atractivo en este período.

Uno de los procesos del desarrollo del adolescente consiste en el aprendizaje de las normas sociales de su cultura, mediante el cual adquiere actitudes y necesidades psicológicas, En este sentido nos parece muy importante resaltar que una persona que trabaje con jóvenes debe conocer las formas y métodos para fomentar las actitudes buenas y desalentar las malas. El enfoque que se debe seguir debe ser individual a cada persona, pues en última instancia las actitudes y los ideales son un asunto individual más que de grupo. El joven adolescente considera que el mundo desde una perspectiva temporal, por lo que necesita buscar un conjunto de valores y normas de conducta que le sirvan de guía en su vida, y sustenten en los momentos importantes de su vida. En este sentido, Fierro, un autor afirma refiriéndose a la adolescencia, "La autonomía propia, la agudizada conciencia de sí mismo en una autoestima y auto concepto explícitos, el desarrollo del razonamiento moral, todo ello se asocia con el hecho de que el adolescente interioriza y abraza valores.

Tipos de actitudes: En relación a la actitud que adopta el ser humano en un determinado momento se ubicara en lo siguiente

- Actitud Favorable o Positiva: Es la posición más aceptable para, el sujeto (aceptación) es cuando el sujeto se posiciona en aceptación respecto a otras posiciones.

- Actitud Desfavorable o Negativa: Posición más objetable, lo que más detesta (rechazo) involucra a los sujetos que permanecen indecisos en relación a ciertas posiciones, generalmente suelen responder así: No sé, neutro, sin opinión.

Dimensiones de la actitud sobre sexualidad

A. Responsabilidad y prevención de riesgo sexual

Los adolescentes necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos. Es hecho de que un adolescente tenga deseos de aprender, de instruirse, de conocer y/o de explorar el amplio mundo de la sexualidad, da puras muestras de responsabilidad. Comienza a tener una responsabilidad consigo

mismo, con su cuerpo, con sus valores, con los demás, etc. hoy en día es muy importante enseñar a los adolescentes que hay que ser responsables con su sexualidad, y con todo las demás cosas en su vida también, pero en especial con su sexualidad, es decir que el inicio de las relaciones sexuales coitales precoz, las múltiples parejas sexuales, el no uso de métodos anticonceptivos, y el no uso del preservativo están relacionados directamente con los riesgos de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, embarazos no deseados.^{37,55}

La Prevención primaria (educación sexual): se basa en el cambio de las conductas sexuales de riesgo mediante la educación sexual actuando fundamentalmente en adolescentes antes de que inicien la actividad sexual (14-16 años).los objetivos de la educación sexual incluyen: evitar embarazos no deseados, reducir la incidencia de ITS y crear en el adolescente una sexualidad madura basada en la asociación de amor, responsabilidad y actividad sexual.se debe impartir conjuntamente por el núcleo familiar y en los colegios por personal especializado. La consulta de enfermería constituye un lugar de intervención eficaz especialmente en pacientes de alto riesgo.^{38,55}

B. Libertad para decidir y actuar.

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

La libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, y está muy ligada a la responsabilidad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor.³⁹

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.

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

C. Autonomía.

Capacidad que tiene el adolescente para darse normas a el mismo, sin influencia de presiones internas ni externas. Uno de los aspectos más importantes de la adolescencia, es la conquista de una autonomía, la cual pone en juego una renuncia recíproca: del lado de los padres, ellos deben renunciar al dominio que han tenido sobre sus hijos, inclusive los han debido preparar para ser personas independientes y responsables de sí mismos, situación ésta que no es la más corriente; y de parte del adolescente, éste debe renunciar a seguir siendo el niño al cuidado de sus padres y que ha sido hasta ahora. Junto con la conquista de la autonomía, la cual está directamente relacionada con la posibilidad de autoabastecimiento, también se pone en juego el encuentro sexual, de gran relevancia para todo adolescente. Pero ambos aspectos, la independencia y el ejercicio de la sexualidad, se encuentran con dos inconvenientes que anteriormente no se conocían: primero, la dificultad que tiene el joven para hacerse a un trabajo digno; y segundo, las enfermedades de transmisión sexual; estos dos asuntos hacen crítico el paso por la adolescencia en nuestro tiempo.⁴⁰

D. Respeto mutuo y reciprocidad.

Hay momentos del desarrollo del adolescente , en especial cuando el adolescente se perfila como persona independiente, en que aparecen tendencias egoístas que la sociedad afianza al dar más importancia al hecho de tener y poseer que a la posibilidad de ser y expresarse en su plenitud afectiva y cultural. El egoísmo

conduce a la miseria afectiva y al consumismo que, en el campo sexual, se expresa como una sexualidad funcionalizada.

Dar y recibir son los movimientos básicos de todo encuentro sexual y afectivo. Damos cariño, seguridad y confianza, recibiendo de los demás apoyo emocional y la posibilidad de compartir placer sexual y gratificación afectiva. Es necesario encontrar momentos para cultivar la reciprocidad, las presiones sociales y laborales sobre padres y madres y maestras y maestros. Nuestro propio analfabetismo afectivo nos impide en ocasiones compartir con los adolescentes espacios para la exploración de los sueños y temores que en nuestra cultura rodean a la vida sexual y afectiva.

Hay que aprender a abrirse a los demás, fomentando actitudes cálidas y solidarias. En especial, es necesario fomentar desde temprano el respeto y cuidado por las diferencias entre adolescentes superando el machismo y la discriminación hacia la mujer que todavía priman en la vida cotidiana. Al permitirnos confrontar y enriquecer nuestra experiencia con las otras personas, la reciprocidad ayuda a fomentar sentimientos de confianza, autoestima y permanencia, que nos permitirán disfrutar de una vivencia plena de la salud sexual y reproductiva.⁴¹

E. Sexualidad como algo positivo.

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto, lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros. Estas normas y valores los vamos incorporando desde que aprendemos el lenguaje. Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido.⁴²

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.⁴³

DEFINICIONES

a. Adolescencia

La adolescencia es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 24. (40)

b. Sexualidad:

Conjunto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales ligados al sexo, La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo.(41)

c. Nivel de conocimiento:

Son parámetros y estándares que miden la capacidad humana de un individuo del saber empírico y subjetivo (42).

d. Actitudes:

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. La actitud es una disposición de ánimo del sujeto ante un objeto concreto, dictada sobre la conducta por la experiencia a los valores adquiridos.⁴³

e. Conocimientos sobre sexualidad:

Es el conjunto de información que refieren poseer los adolescente sobre sexualidad, relacionado a la forma de expresión o de comportamiento que tiene el ser humano

de acuerdo al género, vinculados a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, que puede ser expresada a través del lenguaje oral o escrito (43).

f. Actitud sobre sexualidad:

Toda actitud que explique la disposición de ánimo para enfrentar la sexualidad valorada a través de opiniones en la población estudiada (43).

g. Relación sexual:

Conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual. Las relaciones sexuales pueden incluir muchas prácticas como el magreo, el sexo oral o el coito (44).

h. Prácticas sexuales:

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos, se pueden dividir las prácticas en coitales y no coitales⁴⁴.

Dimensión Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva

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

Fecundación y embarazo se refiere al conocimiento que tiene el adolescente del proceso de fecundación, se da cuando un espermatozoide entra dentro del óvulo, es a éste momento, que llamamos fecundación y es cuando empieza lo que llamamos embarazo.

El embarazo 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 el embarazo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de éstos cambios anatómicos y fisiológicos, la mayoría de los cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia.

La Dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana

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

La Dimensión Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA

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

Dimensión métodos anticonceptivos (MAC)

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

Actitud Sexual del Adolescente

Es la forma de respuesta ante las siguientes dimensiones:

Dimensión Responsabilidad y prevención del Riesgo Sexual

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

Dimensión Libertad para decidir y actuar

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

Dimensión Autonomía

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

Dimensión Respeto Mutuo y Reciprocidad

Es una variable que cobra importancia por los altos índices de violencia que se presenta hoy en día, por ello la definición está relacionada al respeto mutuo que se deben los

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

Dimensión Sexualidad y Amor

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

Dimensión Sexualidad como Algo Positivo,

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

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

La adolescencia y juventud son etapas muy importantes en la vida de las personas que influyen el desarrollo y la calidad de vida de los países. Para la OMS, la adolescencia es la segunda década de la vida de los 10 a los 19 años de edad. Esta se resume como una etapa con tres dimensiones; la biológica (pubertad y crecimiento) la psicológica (cognición, emociones e identidad) y la social (relaciones interpersonales, adquisición de papeles sexuales y el desarrollo moral. Es una época de productividad, de energía, de creatividad, de búsqueda y reafirmación de la identidad en general, de definición sexual, de género en particular y de estilos de vida; sus pautas de comportamiento sexual son determinantes, ya que repercutirán en el futuro individual, familiar, social y económico¹

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarcando el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La salud de los adolescentes es un tema que suscita cada vez más interés en todo el mundo, por la mejor comprensión de las características de esta edad para la salud pública y también por las condiciones cambiantes de la sociedad que añadidas a la modificación de las conductas de estos grupos, han generado nuevos riesgos para su salud. Estos se refieren especialmente a la Salud Sexual y Reproductiva⁴⁰

La importancia que tiene hoy en día el tema de la sexualidad hace que merezca mayor atención, sobre todo algunos de sus aspectos, como el embarazo no deseado en la adolescencia, las prácticas sexuales a embarazo no deseado en la adolescencia, las prácticas sexuales a temprana edad, las infecciones de transmisión sexual, el aborto etc., fenómenos cuyos causantes son la falta de información, o que esta sea inadecuada^{40,47,48}. La falta de conocimientos sobre su

sexualidad genera una gran problemática social debido a la escasa preparación que tienen los jóvenes para enfrentar su vida sexual con responsabilidad, sumado al hecho de que su poca madurez, no les permite visualizar la magnitud de los problemas que se presentan en esta edad. Según la OMS, ha reconocido que por cada año en el mundo, aproximadamente 340 millones de personas en edades sexualmente activas, son infectadas por infecciones de transmisión sexual, donde la mitad de ellos son adolescentes, 33% corresponde a infecciones por contagio heterosexual, siguiendo la transmisión materna fetal. Así mismo es importante mencionar que en América Latina y el Caribe, más que la mitad de los adolescentes ha tenido algún tipo de prácticas sexuales antes de los 16 años, más de 600 personas se infectan de ITS por día, de ellos más del 50% son adolescentes. Los países con mayor prevalencia de SIDA pertenecen al área del Caribe. Debido esto muchos adolescentes carecen de conocimiento sobre la sexualidad a causa, entre otras razones de la falta de información despreocupada con que practican su actividad sexual⁴⁸.

Situación problemática que también se presenta en el Perú considerando que el número de adolescentes, representa el 21.5% de la población, y la edad promedio de inicio sexual es de 15 años para las mujeres y de 14 años para los varones. El 12.5% de adolescentes entre 15 y 19 años, estuvo embarazada alguna vez en el país (5). De esta cifra, el 9.9% son madres y el 2.6% están gestando por primera vez. Asimismo, la Tasa de Fecundidad en los adolescentes (15 y 19 años) es del orden de 67 x 1000 mujeres. El 64.5% representa los embarazos entre 15 y 19 años de edad. Cada año hay más de 115 000 embarazos de adolescentes, por cada 100 000 embarazos se dan un promedio de 362 casos de muerte materna, y una de cada 29 adolescentes ha adquirido alguna enfermedad de transmisión sexual. Por ello en el Perú uno de los grupos de la población que prioritariamente necesita ser atendida en el adolescente⁶

La OMS 2014⁴⁸ refiere que diariamente ocurren en el mundo 100 mil millones de relaciones sexuales y de éstas aproximadamente un millón termina en embarazos

no deseados. Estas cifras van en aumento a pesar de las campañas publicitarias para el uso de métodos anticonceptivos. Según algunos estudios, esto es debido a la escasa percepción de riesgo en este grupo de edad, la poca o escasa aceptación de las mensajes procedentes de sus padres, madres, profesores y sector salud¹⁷.

El inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible, ya que señalan que una de las razones más importantes para no usar un método anticonceptivo, es porque no esperaban que dicha relación ocurriera, muchos de los embarazos no deseados se producen en esta etapa.¹⁸

En A. Latina el 71% de los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos debido a ello el 52% es de embarazos no deseados y el 48% han empezado a tener relaciones sexuales antes de los 18 años según datos de la Comisión Económica para A. Latina y el Caribe (CEPAL2015)^{29,32}.

Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (FPNU-UNFPA2010)⁵⁰ hay diversas razones para embarazos no deseados, entre ellas la falta de conocimiento de los hechos básicos de la reproducción, falta de información de métodos anticonceptivos, así mismo, se debe tomar en cuenta como causales importantes las características propias de la adolescencia como la dificultad para prever, el pensamiento mágico y la dificultad para la toma de decisiones

Según una investigación recogida por la revista Lancet (2012)^{32,62} los factores sociales y culturales y no solo la falta de disponibilidad y la ignorancia influyen en el ejercicio de la sexualidad en adolescentes y el uso de métodos anticonceptivos.- Según Gómez et al²⁷ el método más utilizado es el preservativo y los motivos para no usarlo en la relación sexual son la no planificación de la relación sexual y la negativa de la pareja a no usarlo.

LA OMS ha reconocido que los adolescentes son los más vulnerables a las consecuencias negativas de la actividad sexual. Los embarazos a esta edad son problemáticos desde el punto de vista psicológico y social, pero también desde un punto de vista puramente biológico.

Dada la magnitud y trascendencia de esta situación es importante trabajar en los adolescentes conocimientos sobre el uso de métodos de control natal para reforzar su madurez psicosocial ampliando su información y desarrollando influencias positivas que los concienticen hacia un proyecto de vida sexual saludable.

La educación sexual debe ser enfocada desde los valores sociales y culturales con un punto de vista afectivo, es indispensable que los adolescentes reciban amor para poder darlo .La información sexual es un aspecto de la educación sexual que consiste en contestar con verdad, sencillez y precisión a las preguntas que realizan y proporcionar conocimientos adecuados que siempre va estar influidos por factores como el nivel cultural, las creencias ,relaciones afectivas con padres, amigos y que influyen en el concepto de los mismos.

5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se justifica toda vez que existe la necesidad de información sobre el nivel de conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes que estudian en las escuelas secundarias del municipio de Ezequiel Montes Querétaro.

Justificación practica

La investigación planteada se realiza porque existe la necesidad de identificar, describir y evaluar el nivel de conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 11 a 15 años de las escuelas Secundarias del municipio de Ezequiel Montes Querétaro.

Justificación metodológica

Los métodos, procedimientos y técnicas e instrumentos empleados en la investigación, una vez demostrada su validez y confiabilidad podrán ser utilizados en otros trabajos de investigación. Aportará material teórico para estudios posteriores relacionados con el conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes.

Justificación teórica

Los resultados de la investigación contribuirán a enriquecer los conceptos y enfoques teóricos de las variables que se estudian.

Limitación de la investigación

Las limitaciones de la investigación son: Tiempo de entrevista que se va a tener con cada adolescente, acceso del adolescente a la entrevista pues ésta será voluntaria.

6. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes de 11 a 15 años de las escuelas secundarias del municipio de Ezequiel Montes Querétaro en el periodo 2017

Objetivos específicos

- Describir el nivel de conocimientos sexuales de los adolescentes de 11 a 15 años de las escuelas secundarias del municipio de Ezequiel Montes Querétaro en el periodo 2017

Identificar las actitudes sexuales de los adolescentes de 11 a 15 años de las escuelas secundarias del municipio de Ezequiel Montes Querétaro en el periodo 2017

7. METODOLOGIA

Método de la investigación

Se empleará el método científico como método general y como específicos al método estadístico y el inferencial.

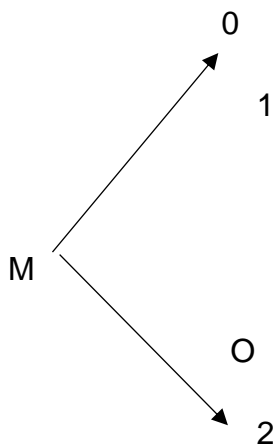
Tipo y nivel de investigación

El estudio por el grado de cuantificación reunió las condiciones de una investigación cuantitativa, ya que sus variables son medibles y cuantificables.

El nivel de esta investigación es descriptiva, porque intenta conocer, identificar y describir las características del fenómeno social en estudio.

Diseño de la investigación

El diseño es descriptivo, no experimental,



Dónde:

M= adolescentes de 11 a 15 años de las escuelas secundarias del municipio de E. Montes,

O_1= Primera variable: nivel de conocimientos sexuales

O_2= Segunda variable: actitudes sexuales.

Población de estudio

La población para este proyecto lo constituyen todos los adolescentes de 11 a 15 años de la institución educativa de secundarias del municipio de E. Montes en el periodo 2017,

Muestra

Para el estudio se ha seleccionado la muestra mediante el muestreo no probabilístico. Las muestras no probabilística, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización.(39)

La muestra estuvo constituida por 735 adolescentes agrupados por grado escolar

1° de secundaria 257 alumnos

2° de secundaria 249 alumnos

3° de secundaria 229 alumnos

Total	735
-------	-----

Fuente: Elaboración propia,

Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterio de inclusión

- Adolescentes de 11 a 15 años
- Estudiantes que asistan de manera regular y que acepten participar en el estudio.

B, Criterios de exclusión

- Estudiantes que no asistan de manera regular y no acepten participar en el estudio.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizó en la recolección de datos fue la encuesta. Para medir las variables se asignará un puntaje a las respuestas de los adolescentes tanto para los conocimientos y actitudes.

Instrumento

El instrumento aplicado es el cuestionario que es un instrumento utilizado para recolectar datos,

A, Cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente de 11 a 15 años.

Para la medición del nivel de conocimiento sexual se utilizó el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por juicio de expertos (Anexo 1), la escala consta de ítems, con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre respuesta sexual; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITS/VIH/SIDA, 9 destinados metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo.

Sumando las respuestas de cada ítem se obtiene un puntaje aprobatorio y reprobatorio. Un si representa un valor de 1 y un No un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se puede tener un puntaje máximo de 35 puntos, considerando cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera.

Se realizó la baremación por percentiles para determinar la escala de puntuación mediante el paquete estadístico SPSS versión 15 donde para medir el nivel de conocimientos se calculó

Conocimiento alto: Puntaje mayor al valor del percentil 75 de los datos de la muestra, conocimiento medio: Puntaje entre el valor del percentil 75 y mayor del 25,

y conocimiento bajo: Puntaje menor o igual al valor del percentil 25 de los datos de la muestra. Siendo los siguientes puntajes:

Nivel de conocimiento sobre sexualidad:

-Alto: 28-35

-Medio: 25-27

-Bajo: 0-24

Nivel de conocimiento sobre sexualidad por dimensiones:

1.-Anatomía y Fisiología, sexual y reproductiva del adolescente

-Alto: 8-9

-Medio: 7

-Bajo: 0-6

2.Ciclo de respuesta sexual

-Alto: 7-8

-Medio: 6

-Bajo: 0-5

Con un total de 50 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 48 puntos y un puntaje máximo de 100 puntos

Se tuvo en cuenta los siguientes rangos:

3.Prevencción de enfermedades de Transmisión sexual-VIH/SIDA

-Alto: 8-9

-Medio: 7

-Bajo: 0-6

4. Métodos anticonceptivos

-Alto: 8-9

-Medio: 7

-Bajo: 0-6

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

B Test de actitudes sexuales del adolescente

Para la medición de las actitudes sexuales del adolescente, se utilizó un test diseñado y validado por la autora: el instrumento que consta de seis dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, libertad para decidir y actuar con 6 ítems, autonomía con 5 ítems, respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, sexualidad y amor con 9 ítems, con 11 ítems sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente y comprende una escala de tipo Likert, considerando tres alternativas (Anexo 2):

1: En desacuerdo

2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

3, De acuerdo

Con un total de 48 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 48 puntos y un puntaje máximo de 100.

Se tuvo en cuenta los siguientes rangos:

Actitudes sexuales:

Actitud favorable: 88-100

Indeciso: 49-87

Actitud desfavorable: 0-48

Los rangos según dimensiones son:

1.Responsabilidad y prevención del riesgo sexual:

Favorable: 18-27

Desfavorable: 9-17

2.Libertad para decidir y actuar

Favorable: 12-18

Desfavorable: 6-11

3.Autonomía

Favorable: 10-15

Desfavorable: 5-9

4.Respeto mutuo y reciprocidad

Favorable: 16-24

Desfavorable: 8-15

5.Sexualidad y amor

Favorable: 18-27

Desfavorable: 9-17

6. Sexualidad como algo positivo

Favorable: 20-30

Desfavorable: 10-19

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

Validez y Confiabilidad

Validez, El instrumento utilizado para medir el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 11 a 15 años, fue validado por expertos que acreditaron experiencia en el área, los cuales emitieron los juicios y modificaron la redacción del texto para que el instrumento sea comprensible por el entrevistado

3.7. Técnicas de procesamiento de la investigación

El procesamiento de datos serán tabulados en el software estadístico SPSS versión 22 de donde hallaremos los estadísticos descriptivos y la descripción del proceso de la prueba de hipótesis corresponde al análisis estadístico descriptivo.

Los datos obtenidos fueron codificados y luego ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2012.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS en el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráficos,

Variable 1: Conocimiento de la Sexualidad Dimensión	
1. Dimensión :	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva
2. Dimensión:	Ciclo de Respuesta sexual
3. Dimensión	Prevención de Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA
4. Dimensión	Métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo.

1. Dimensión	Responsabilidad y prevención de riesgo sexual
2. Dimensión	Libertad para decidir
3. Dimensión	Autonomía
4. Dimensión	Respeto mutuo y reciprocidad
5. Dimensión	Sexualidad y amor
6. Dimensión	Sexualidad como algo positivo

Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORIA
V1 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEXUALES	Conjunto de ideas, referencias, conceptos y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	-Anatomía y fisiología sexual reproductiva -Ciclo de Respuesta Sexual. -Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA -Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	-Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos. -Ciclo menstrual. -Fecundación -Embarazo -Fases del ciclo de respuesta sexual ITS/VIH/SIDA -Medidas de protección y prevención. -Métodos anticonceptivos	Conocimiento alto: 24-35 puntos Conocimiento medio: 12-13 puntos Conocimiento bajo: 0-11 puntos

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORIA
V2: Actitudes Sexuales	Forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente.	-Responsabilidad y prevención de riesgo sexual. -Libertad para decidir y actuar. -Autonomía -Respeto mutuo y reciprocidad. -Sexualidad y amor -Sexualidad como algo positivo.	-Responsabilidad -Libertad y decisión. -Autonomía -Respeto -Reciprocidad -Sexualidad -Amor	Favorable Desfavorable Favorable Desfavorable Favorable Desfavorable Favorable Desfavorable Favorable Desfavorable Favorable Desfavorable

8. RESULTADOS

Cuadro y Gráfica N° 1

En el presente estudio se aplicaron 735 encuestas de las cuales 356 (48.4%) corresponden a la Escuela Secundaria 5 de Mayo en Ezequiel Montes, 228 (31%) a Escuela Secundaria Villa Bernal y 151 (20.5%) a la Escuela Secundaria Villa Progreso.

Cuadro y Gráfica N° 2

Con relación a los sujetos encuestados y el grado escolar tenemos que 257(35%) corresponden a primero de secundaria, 249(33.9%) son de segundo de secundaria y 229 (31.2%) son de tercero de secundaria.

Cuadro y Gráfica N° 3

Con relación al género de los sujetos de estudio 346 estudiantes (47.1%) son de sexo masculino y 389 estudiantes son de sexo femenino (52.9%).

Cuadro y Gráfica N° 4

Según el género en las escuelas estudiadas se encontró que: en la escuela Villa Progreso el 44% fueron hombres y 56% mujeres, en la escuela Villa Bernal el 46% fueron hombres y el 54% mujeres y en la escuela 5 de Mayo de Ezequiel Montes el 49% fueron hombres y el 51% mujeres.

Según grado escolar de primero fueron 181 sujetos en segundo de secundaria 198 sujetos y tercero de secundaria 192 sujetos ,y los reprobados de primero de secundaria 76 sujetos de segundo de secundaria 51 y 37 sujetos de tercero de secundaria.

Cuadro y Gráfica N° 5

Según lo mostrado en encuesta 306(41.6%) tienen novio o enamorado y el 429(58.4%) no lo tenían al momento de estudio.

Cuadro y Gráfica N° 6

Según ocupación de los estudiados 98(13.3%) estudiaba-trabajaba y 637 alumnos (86.7%) solo estudiaba.

Cuadro y Gráfica N° 7

Según su inicio de vida sexual activa solo 22(3.0%) en los tres años de secundaria habían iniciado vida sexual y 713 (97%) no lo habían hecho.

Cuadro y Gráfica N° 8

Con relación al inicio de vida sexual activa, el 1.2%(9) lo hicieron antes de los 12 años de edad,1.4%(10) a los 13 años, el 4%(3)después de los 14 años y el 97%(713)no lo habían hecho.

Cuadro y Gráfica N° 9

Todos los usuarios fueron heterosexuales (100%).

Cuadro y Gráfica N° 10

Según sus conocimientos de anatomía y fisiología reproductiva, 571 (77.7%) aprobaron y 164 (22.3%) reprobaron a nivel general de todas las escuelas.

Cuadro y Gráfica N° 11

Por sus conocimientos en respuesta sexual humana 569 aprobaron (77.4%) y 166 reprobaron (22.6%) a nivel general de todas las escuelas participantes).

Cuadro y Gráfica N° 12

Con relación a sus conocimientos de ITS (Infecciones de transmisión sexual) 447(60.8%) aprobaron y 287 (39.0%) reprobaron.

Cuadro y Gráfica N° 13

En conocimientos de métodos anticonceptivos a nivel general de escuelas secundarias 469 (63.8%) aprobaron y 266(36.2%) reprobaron.

Cuadro y Gráfica N° 14

Según actitud y valores sexuales la mayoría con 295(40.1%) no está definida su actitud a la sexualidad con valores y 288(39.2%) tienen buena actitud y valores contra 152 (20.7%) con mala actitud y valores.

Cuadro y Gráfica N° 15

De los 735 alumnos encuestados con relación a tener libertad para decidir, 46.8%(344 usuarios) se mostraron indecisos y el 41.4%(304 sujetos) si tienen libertad para decidir y 11.8%(87) no la tienen.

Cuadro y Gráfica N° 16

Se muestran resultados quienes tienen autonomía solo 489 alumnos (66.5%) mientras que 137 (18.6%) están indecisos, muestra también 109 alumnos (14.8%) no tienen autonomía.

Cuadro y Gráfica N° 17

De acuerdo al respeto mutuo y reciprocidad, 276 sujetos de estudio (37.6%) si tienen respeto mutuo y reciprocidad, 252 estudiados (34.3%) se mostraron indecisos y 207 sujetos (28.2%) no tienen respeto mutuo y reciprocidad.

Cuadro y Gráfica N° 18

Con relación a la sexualidad y amor en las relaciones, 366 alumnos (49.8%) se mantuvieron indecisos, 226(30.7%) si está de acuerdo entre amor y sexualidad y 143 estudiados(19.5%) no está de acuerdo entre amor y sexualidad.

Cuadro y Gráfica N° 19

Quienes ven la sexualidad como algo positivo fueron 464(63.1%) 157 (21.4%) indecisos y 114 (15.5%) la ven como algo negativo.

Cuadro y Gráfica N° 20

Por sus conocimientos de anatomía y fisiología reproductiva, según grado escolar el 70.4% de primero de secundaria aprobaron, el 79.5% de segundo aprobaron y el 83.8% de tercero aprobaron.

Cuadro y Gráfica N° 21

Según autonomía por escuela Ezequiel Montes registro 250 alumnos si tienen autonomía y 69 son indecisos y 37 no tienen autonomía, en Villa Bernal 127 si tienen autonomía y 41 indecisos y 60 no tienen autonomía, en Villa Progreso 112 si tienen autonomía, 27 indecisos y 12 sin autonomía.

Cuadro N° 22

Según su autonomía y grado escolar, en primero de secundaria solo el 41% si tienen, en segundo de secundaria el 74% y en tercero de secundaria el 86% si tienen autonomía.

Cuadro N° 23

En el conocimiento de métodos anticonceptivos en E. Montes aprobaron 246 y reprobaron 110 de los encuestados, en Bernal aprobaron 109 y reprobaron 119 adolescentes, en Villa Progreso aprobaron 114 y reprobaron 37 adolescentes.

Cuadro N° 24

Según conocimientos de métodos anticonceptivos por grado escolar tenemos que el 45% de primero de secundaria aprobó, los de segundo de secundaria el 71% aprobó y en tercero de secundaria el 76% aprobó.

Cuadro y Gráfica N° 25

Según conocimientos de ITS por escuela: en Villa Progreso el 77% aprobaron, en Villa Bernal el 48% aprobaron y en E. Montes el 62.7% aprobaron.

Cuadro y Gráfica N°26

Según la sexualidad y el amor en las relaciones y grado escolar tenemos que en 1ro de secundaria el 14% si están de acuerdo, en segundo de secundaria el 33% si están de acuerdo, y en 3ro de secundaria el 44% si están de acuerdo.

Cuadro y Gráfica N° 27

Según conocimientos de métodos anticonceptivos en E. Montes aprobaron 246(69%), en Villa Bernal 109 aprobaron(48%),en Villa Progreso aprobaron 114(75.5%).

Cuadro y Gráfica N° 28

Con respecto al IVSA, ya lo habían hecho, en E Montes el 3.6%,en Villa Bernal 2.7% y en Villa Progreso solo el 2%.

Cuadro y Gráfica N° 29

Según grado escolar e IVSA,en primero de secundaria 2.3%, en segundo de secundaria el 2.4% y en tercero de secundaria el 4.3%.

Cuadro y Gráfica N° 30

Con relación a la libertad para decidir en primero secundaria el 29% si tienen, en segundo de secundaria el 40% si la tienen y en tercero de secundaria el 56% si la tienen.

Cuadro y Gráfica N° 31

Según actitudes y valores sexuales por escuela: en Villa Progreso el 52% tienen buena actitud y valores sexuales, en Villa Bernal el 33% tiene buena actitud y valores y en E. Montes 38% lo tienen.

Cuadro y Gráfica N° 32

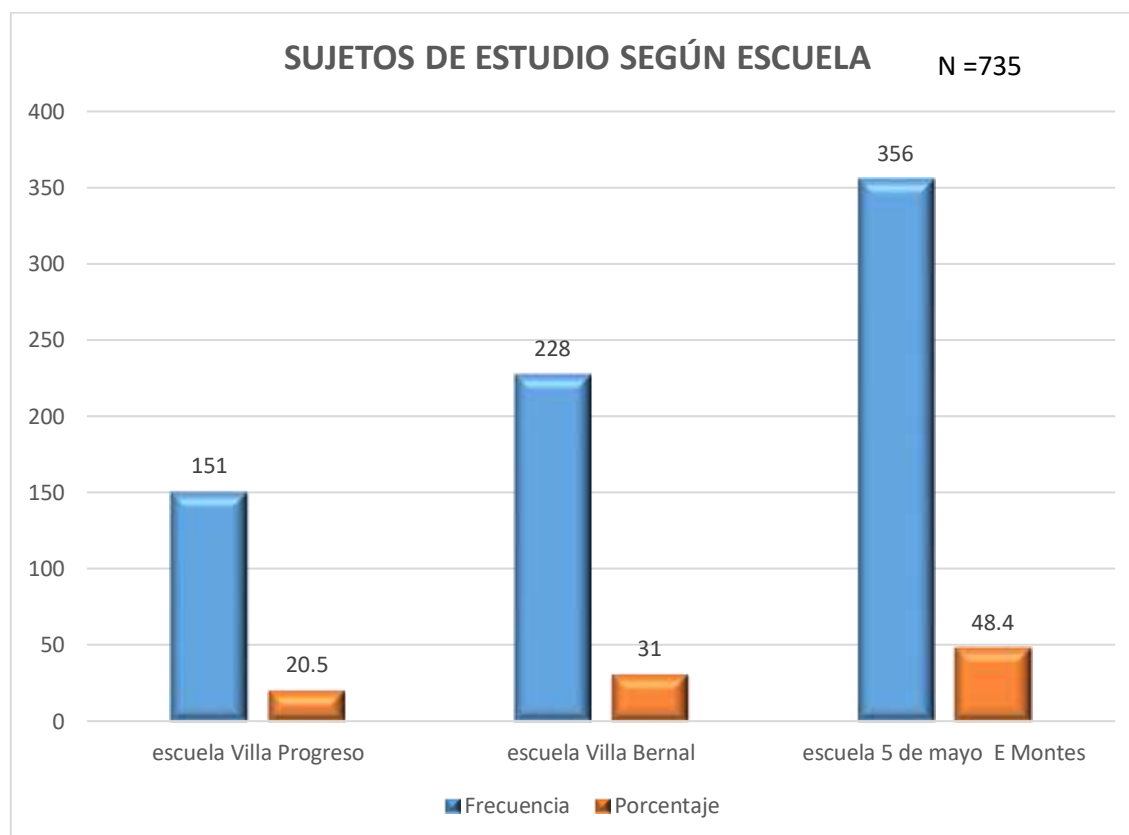
Con respeto mutuo y reciprocidad por escuelas en E Montes 39% presentan respeto mutuo, en Villa Bernal 30% tienen respeto mutuo y reciprocidad, en Villa Progreso 46% con respeto y reciprocidad.

CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro y Gráfica No.1

SUJETOS DE ESTUDIO SEGÚN ESCUELA

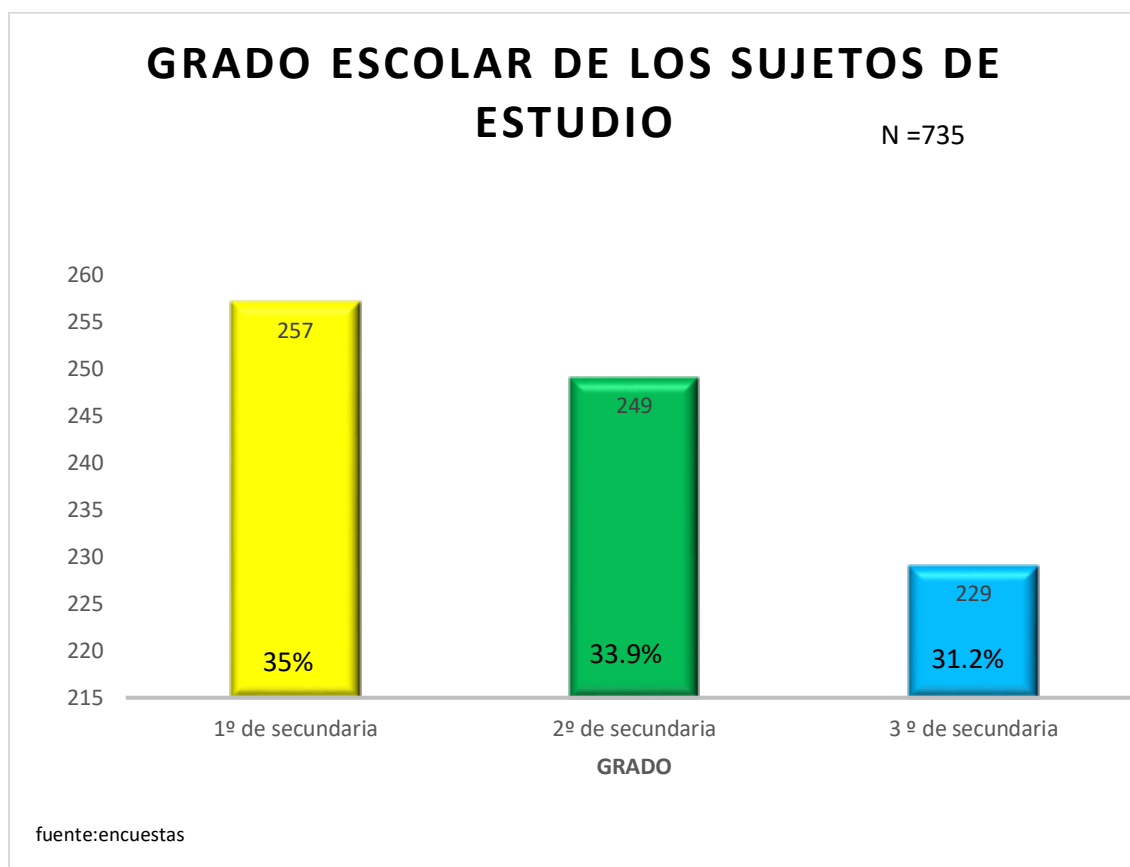
	Frecuencia	Porcentaje
escuela Villa Progreso	151	20.5
escuela Villa Bernal	228	31.0
escuela 5 de mayo E Montes	356	48.4
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 2

Grado escolar de los sujetos de estudio

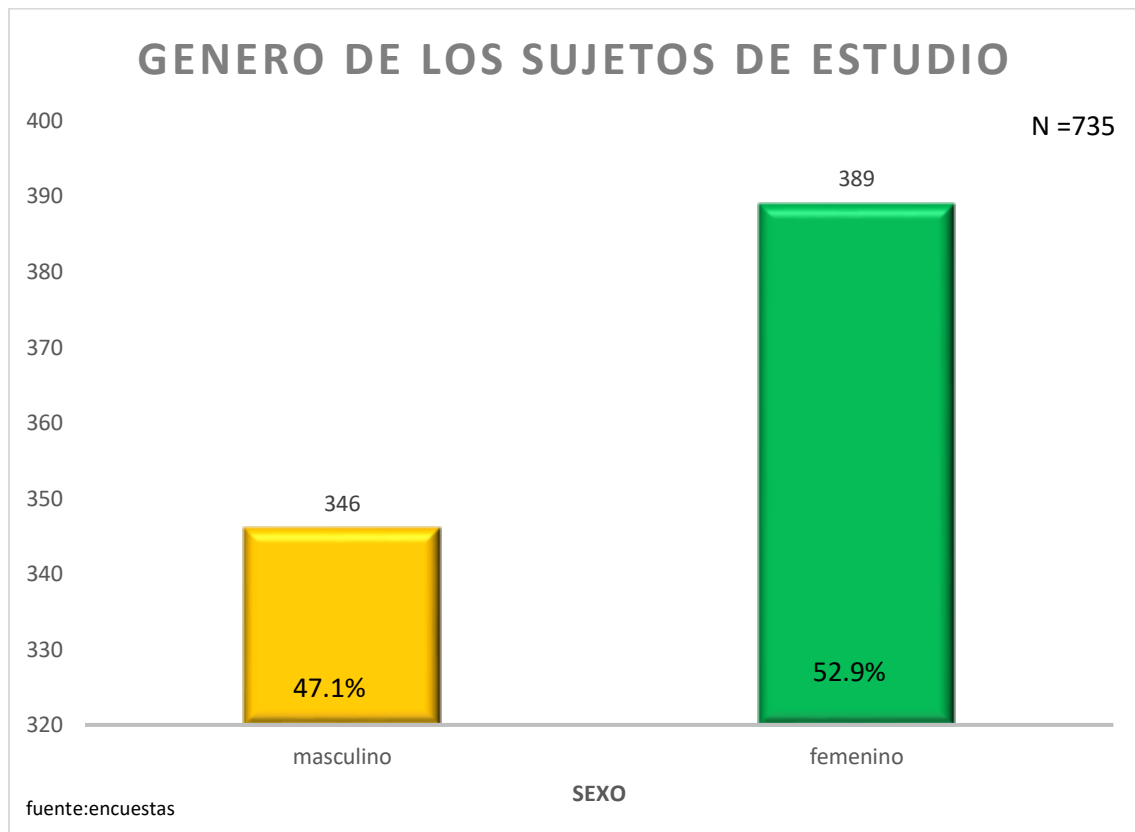
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 1º de secundaria	257	35.0
2º de secundaria	249	33.9
3º de secundaria	229	31.2
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 3

Genero de los sujetos de estudio

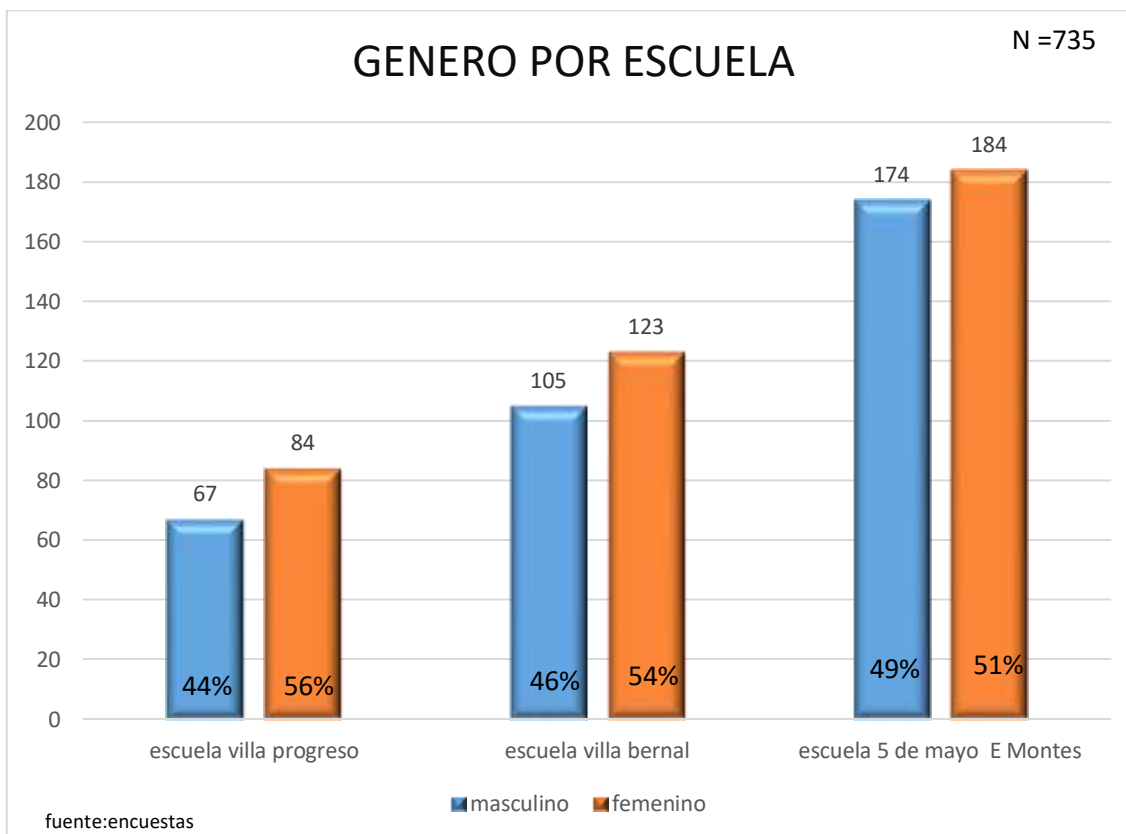
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Masculino	346	47.1
	Femenino	389	52.9
	Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 4

Genero por Escuela

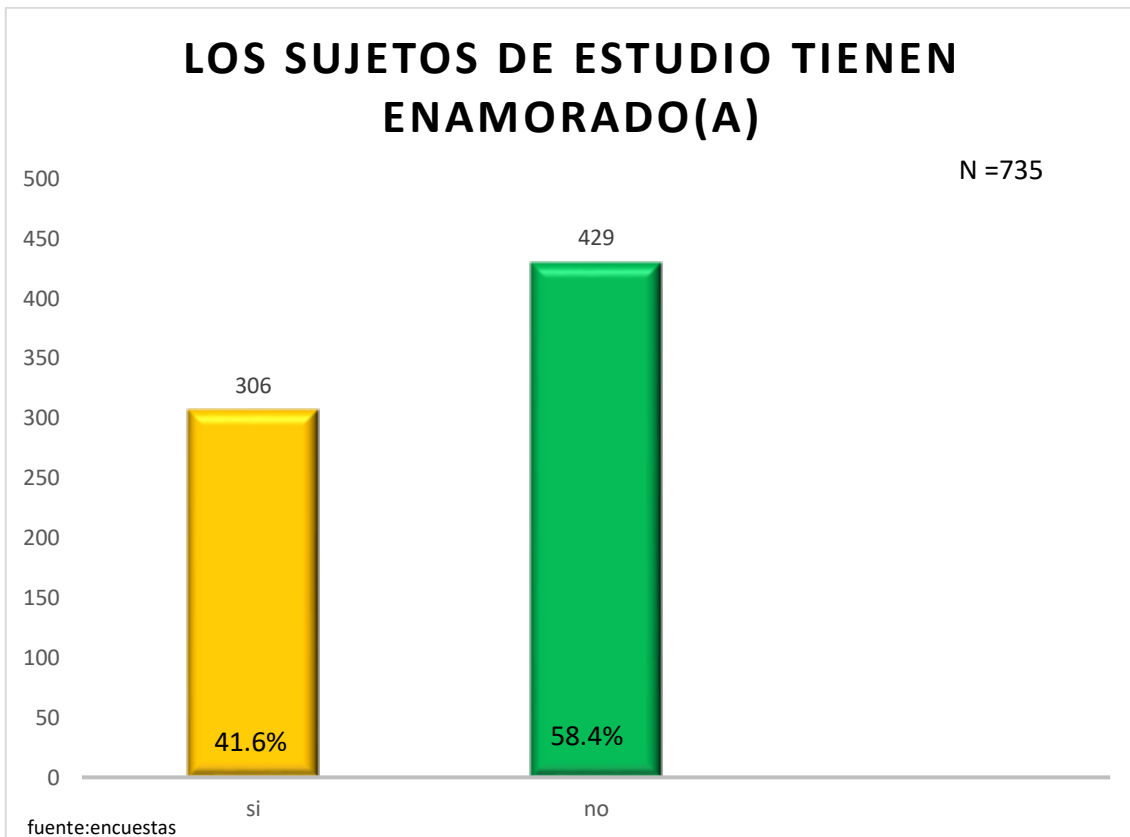
		genero de los sujetos de estudio		Total
		masculino	femenino	
nombre de escuela	escuela villa progreso	67	84	151
	escuela villa Bernal	105	123	228
	escuela 5 de mayo E Montes	174	182	356
Total		346	389	735



Cuadro y Gráfica No. 5

Los sujetos de estudio tienen enamorado (a)

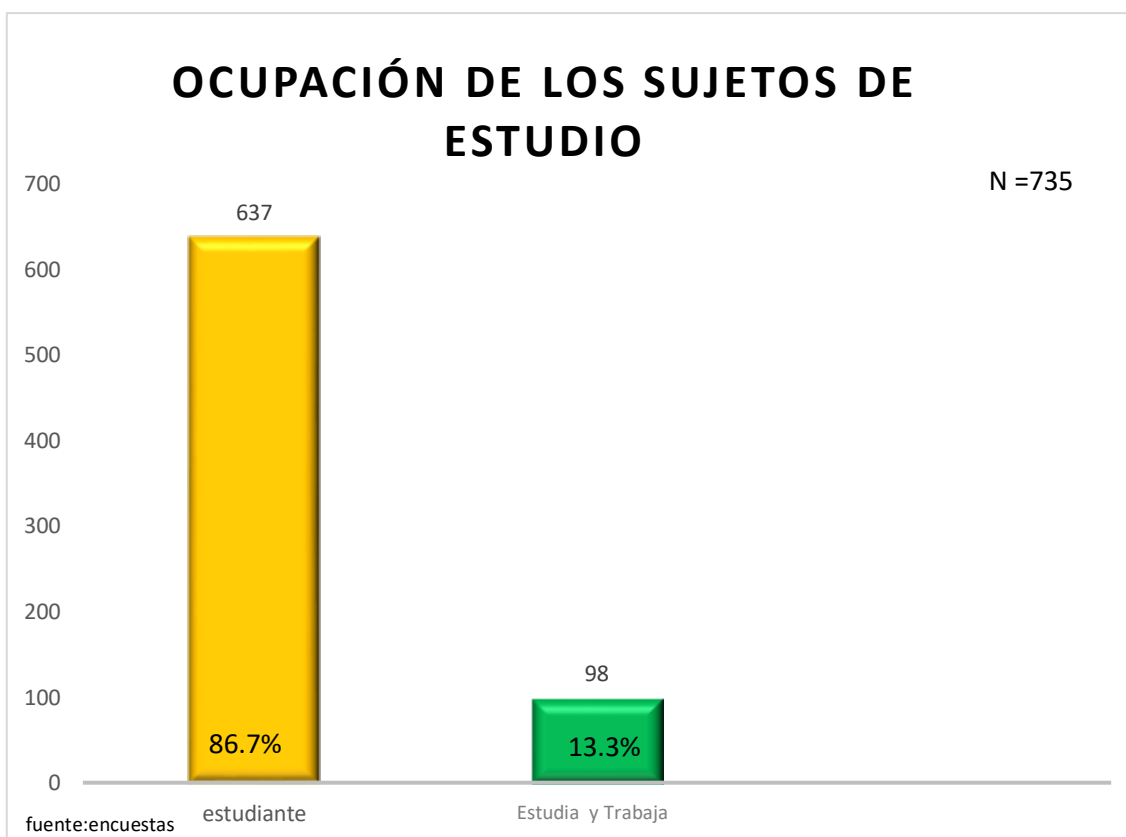
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	306	41.6
	no	429	58.4
	Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No.6

Ocupación de los sujetos de estudio

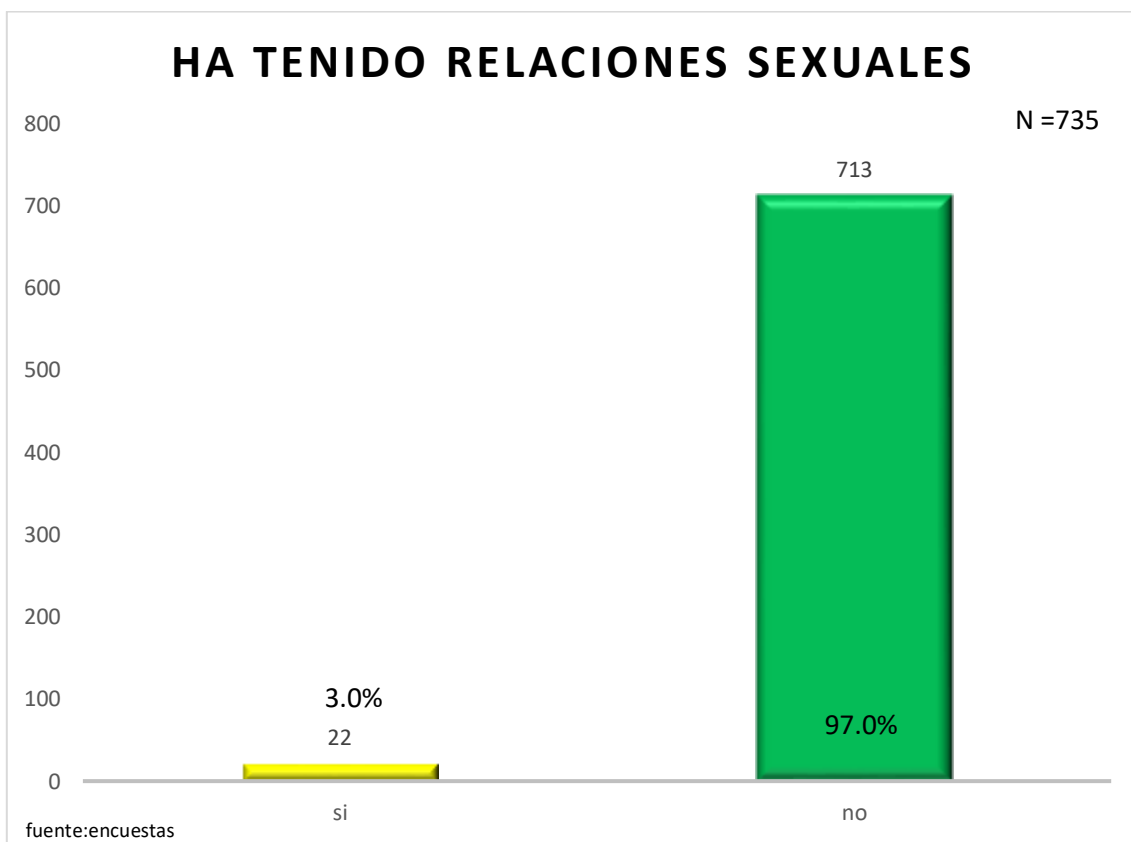
	Frecuencia	Porcentaje
estudiante	637	86.7
Estudia y trabaja	98	13.3
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No.7

Ha tenido relaciones sexuales

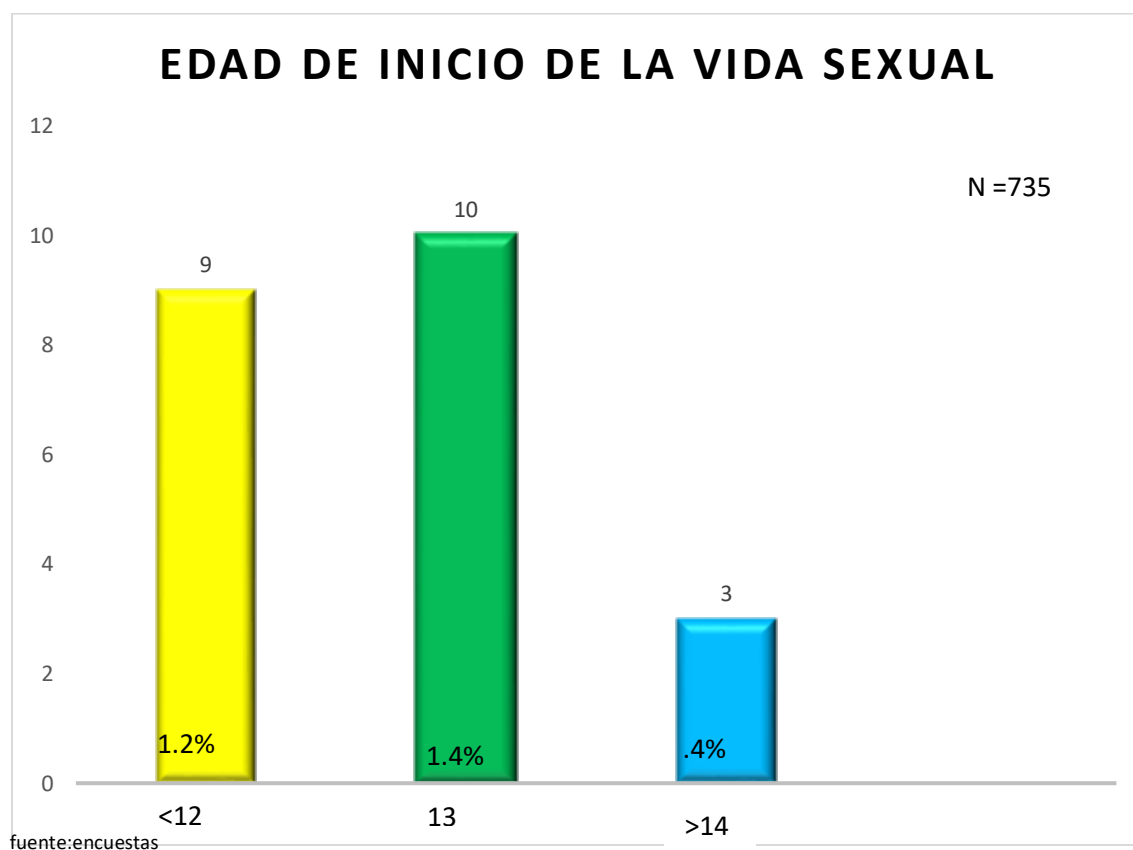
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	22	3.0
	no	713	97.0
	Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 8

Edad de inicio de la vida sexual activa

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1 <12	9	1.2
	2 13	10	1.4
	3 >14	3	.4
	Total	22	3.0
Perdidos	Sistema	713	97.0
Total		735	100.0



Gráfica y Cuadro No. 9

Preferencia sexual de los entrevistados

	Frecuencia	Porcentaje
heterosexual	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 10

Según conocimientos de anatomía y fisiología reproductiva

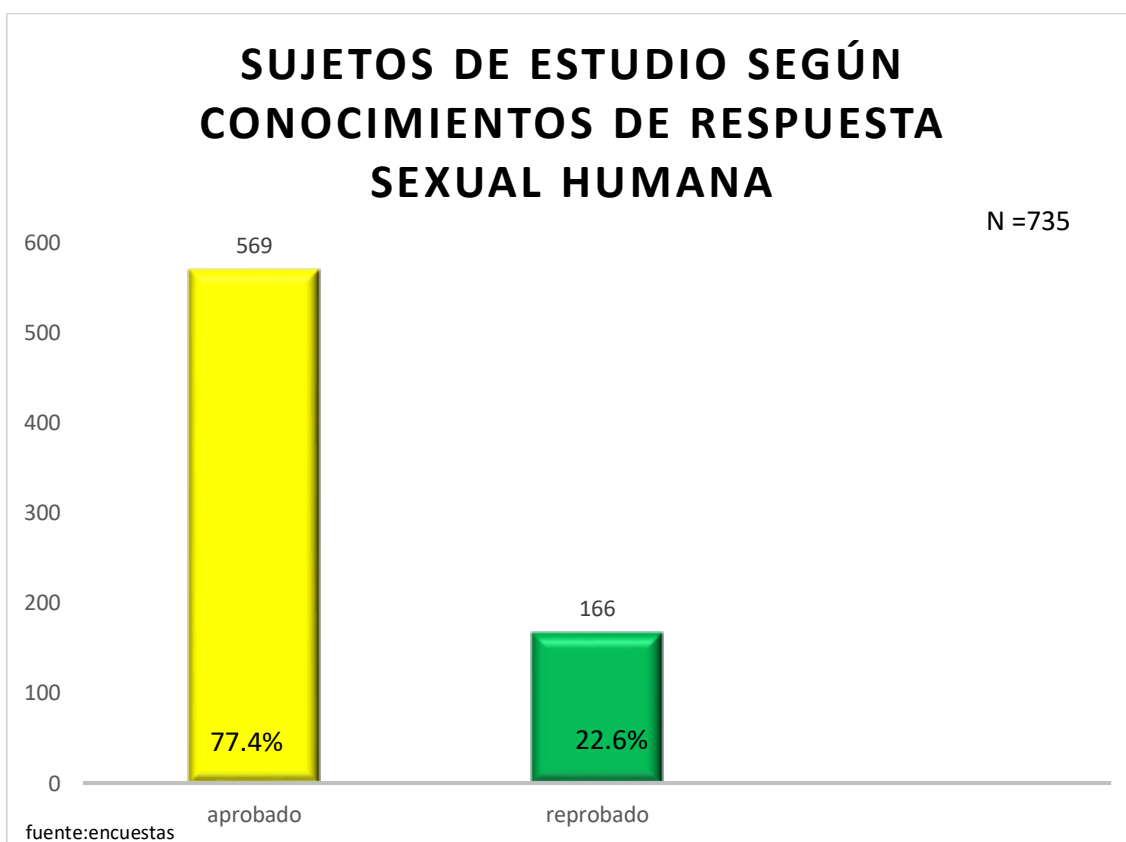
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos aprobado	571	77.7
reprobado	164	22.3
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 11

Según conocimientos de respuesta sexual humana

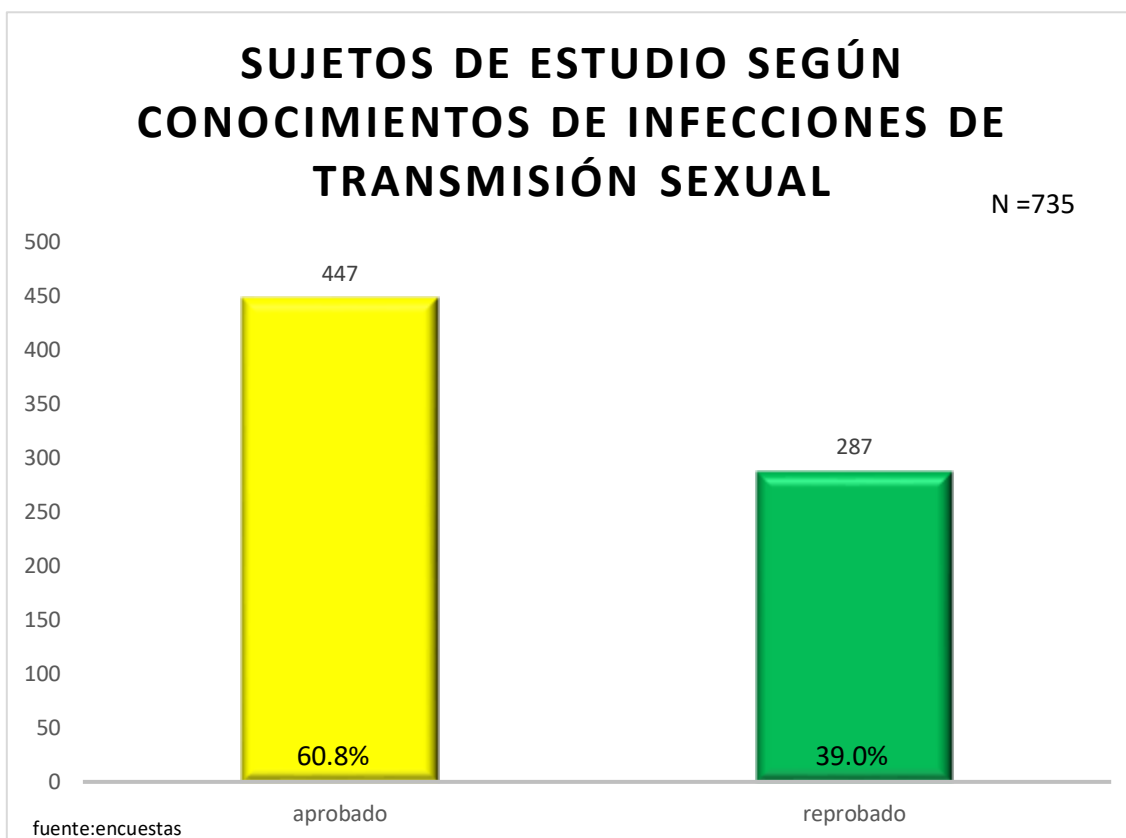
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	aprobado	569	77.4
	reprobado	166	22.6
	Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 12

Según conocimientos de infecciones de trasmisión sexual

	Frecuencia	Porcentaje
aprobado	447	60.8
reprobado	287	39.0
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 13

Según conocimientos de métodos anticonceptivos

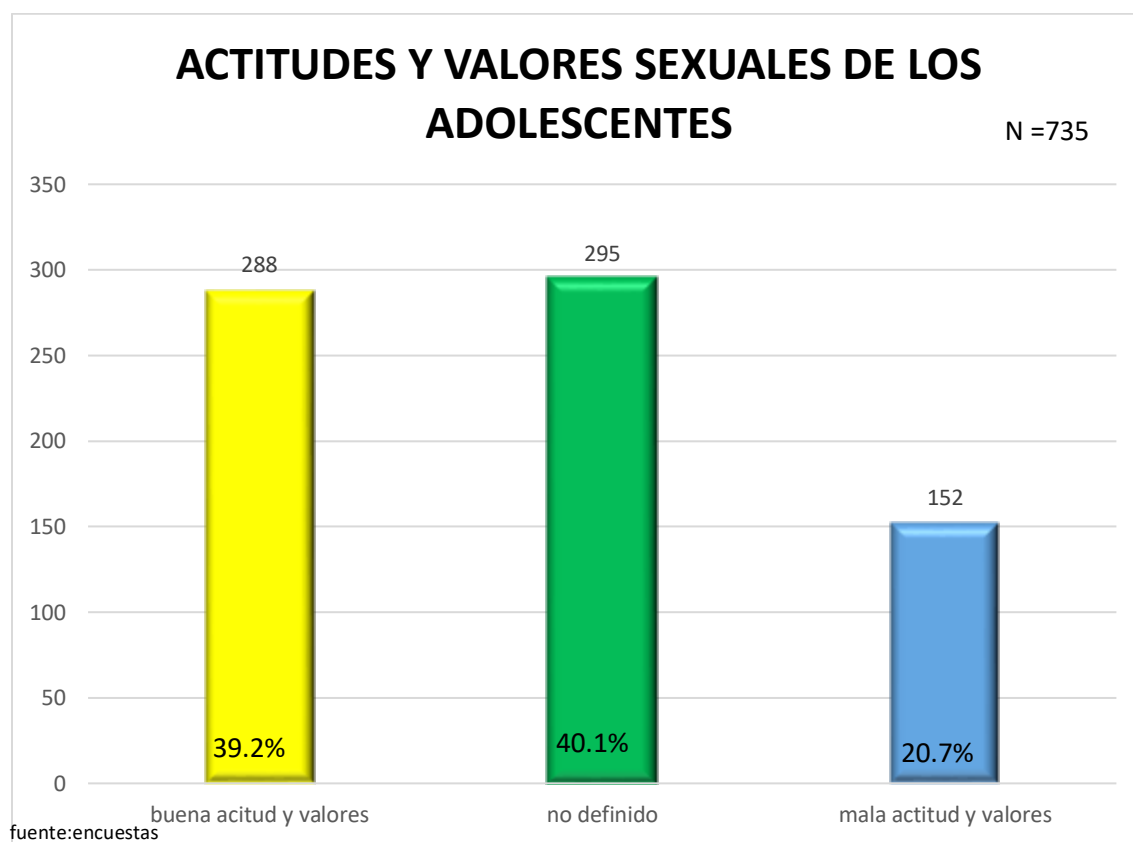
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	aprobado	469	63.8
	reprobado	266	36.2
	Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 14

Actitudes y valores sexuales de los adolescentes

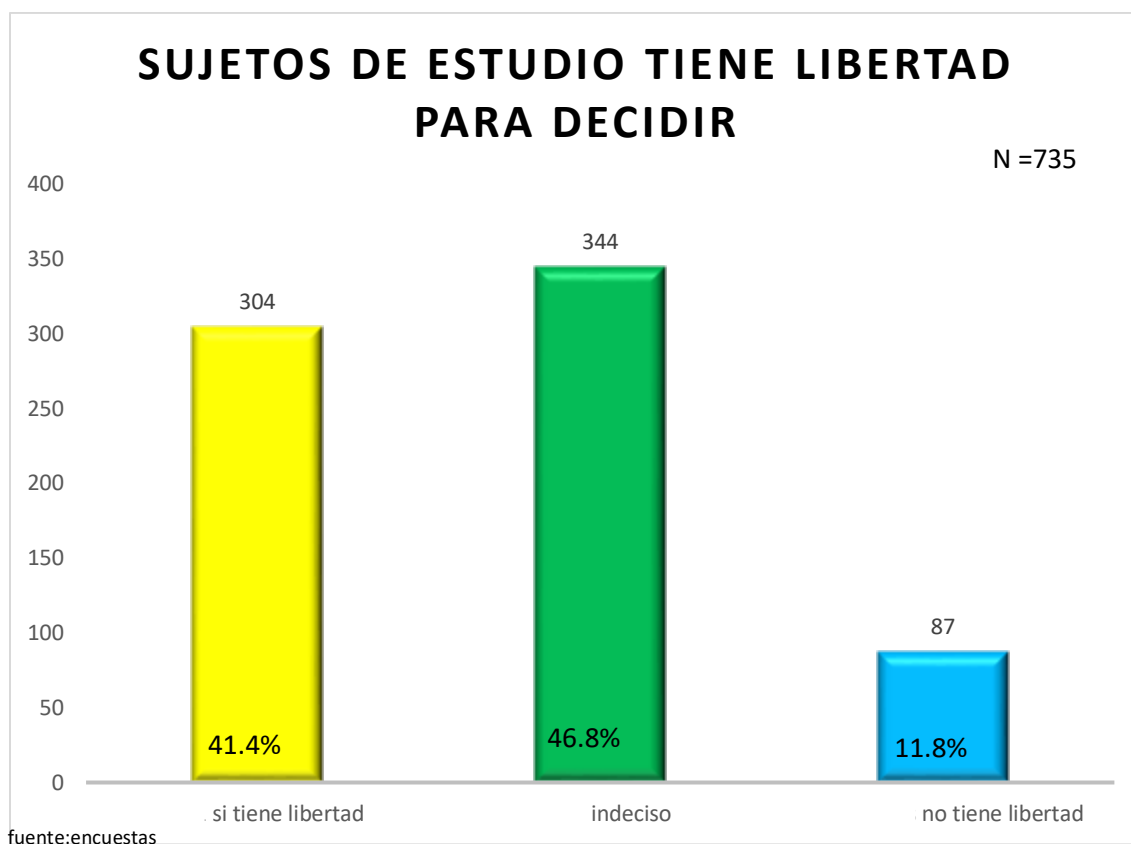
	Frecuencia	Porcentaje
buena actitud y valores	288	39.2
no definido	295	40.1
mala actitud y valores	152	20.7
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 15

Tiene libertad para decidir

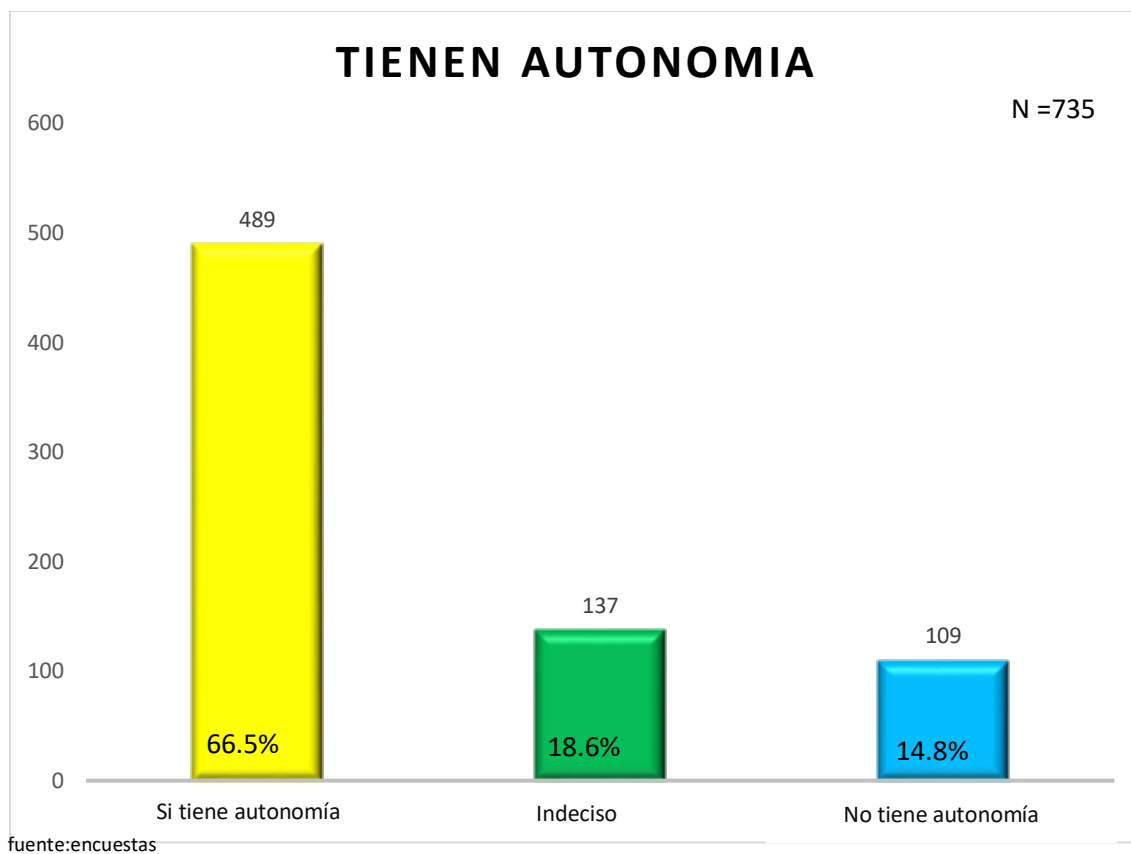
	Frecuencia	Porcentaje
si tiene libertad	304	41.4
indeciso	344	46.8
no tiene libertad	87	11.8
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 16

Tienen autonomía

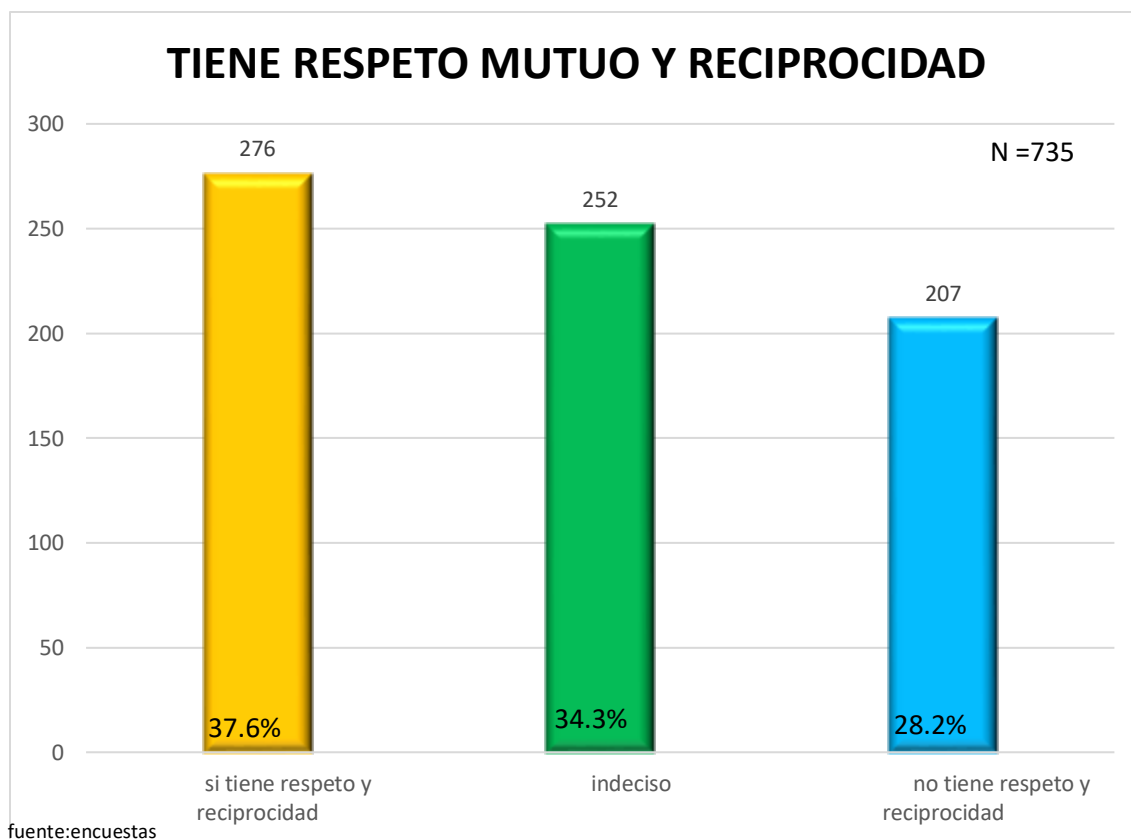
	Frecuencia	Porcentaje
si tiene autonomía	489	66.5
indeciso	137	18.6
no tiene autonomía	109	14.8
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 17

Tiene respeto mutuo y reciprocidad

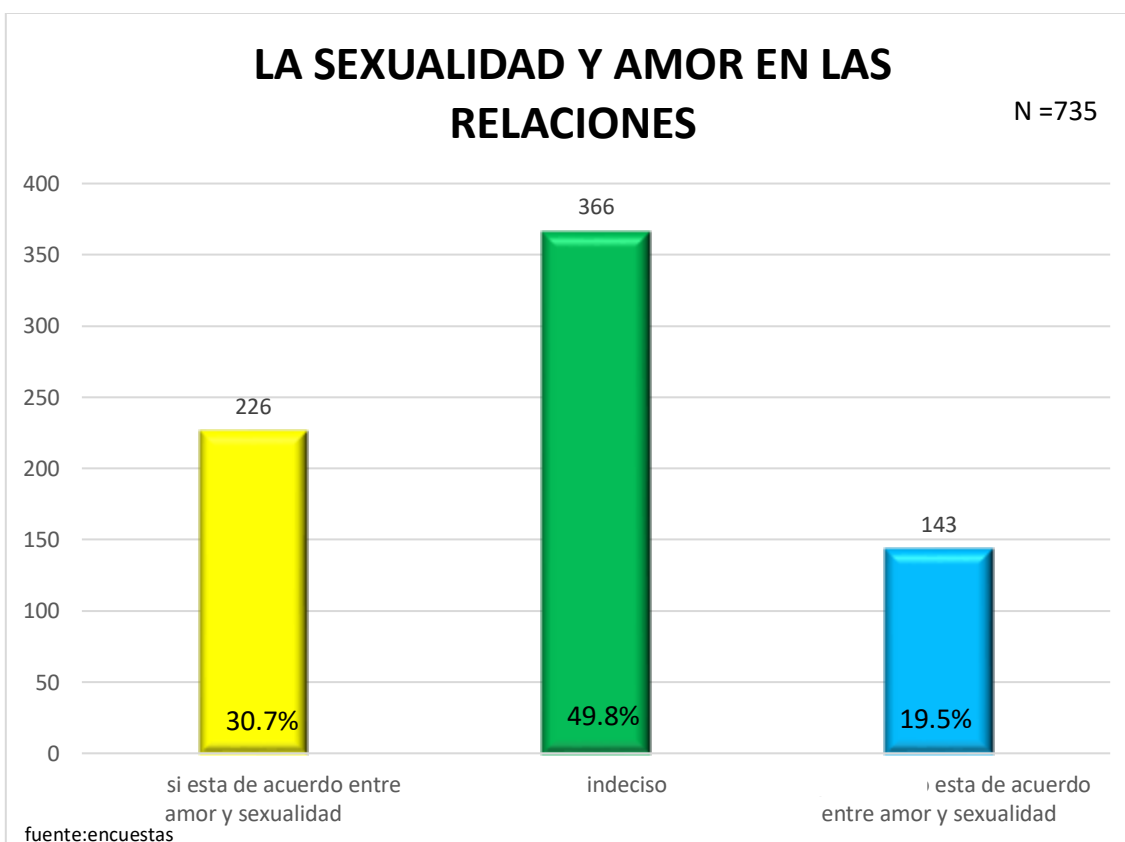
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si tiene respeto y reciprocidad	276	37.6
indeciso	252	34.3
no tiene respeto y reciprocidad	207	28.2
Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 18

La sexualidad y amor en las relaciones

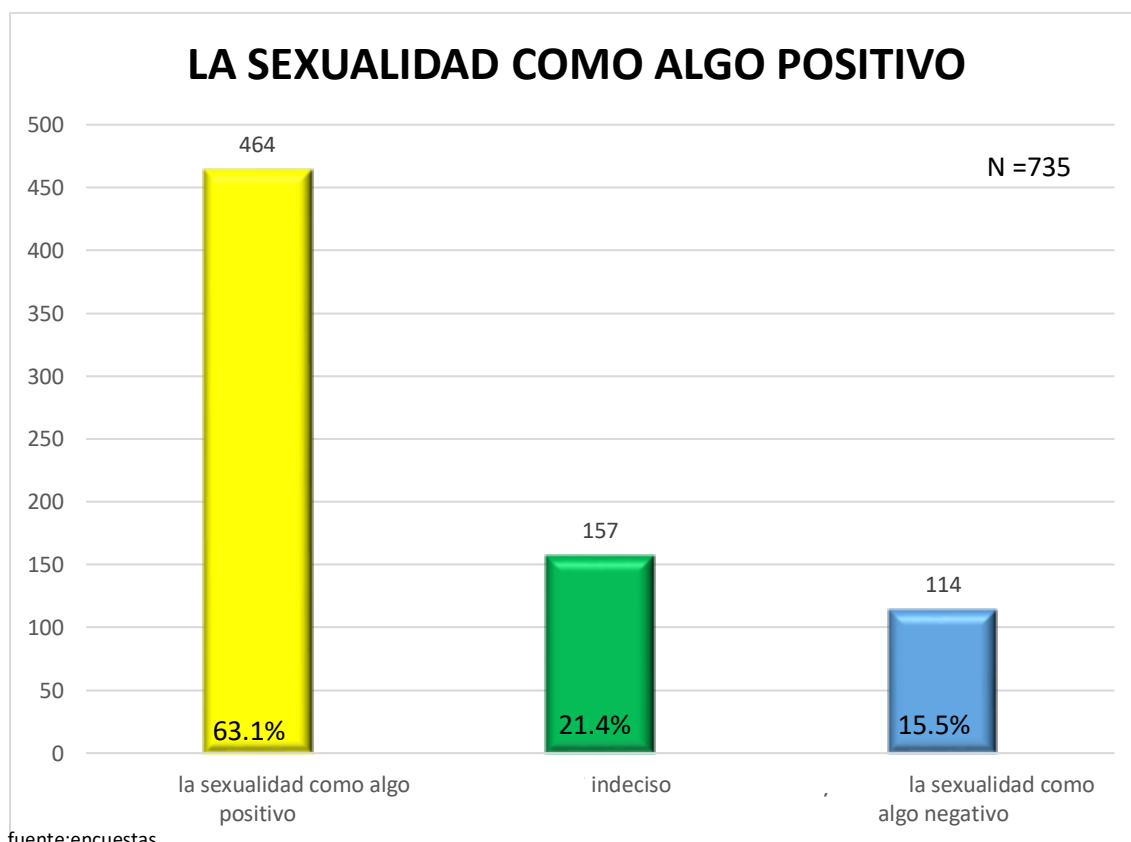
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si esta de acuerdo entre amor y sexualidad	226	30.7
	indeciso	366	49.8
	no esta de acuerdo entre amor y sexualidad	143	19.5
	Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 19

La sexualidad como algo positivo

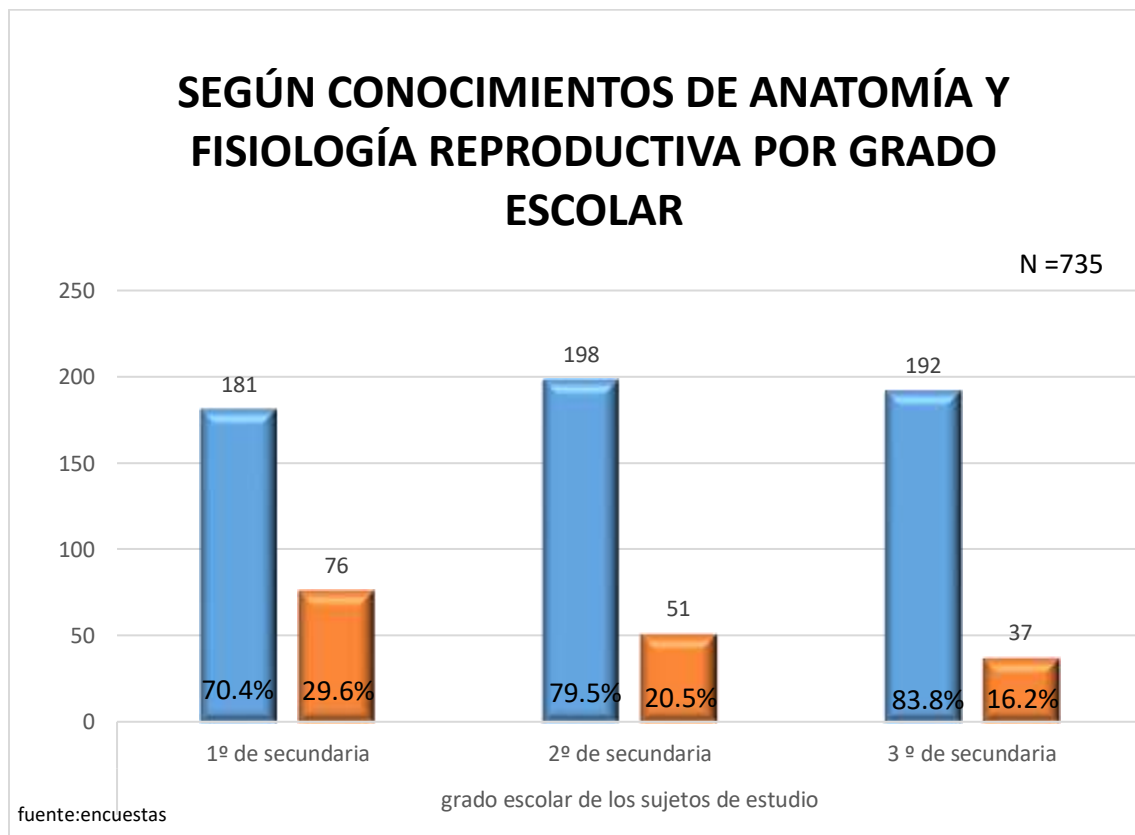
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	110-74 la sexualidad como algo positivo	464	63.1
	73-37 indeciso	157	21.4
	36 y menos la sexualidad como algo negativo	114	15.5
	Total	735	100.0



Cuadro y Gráfica No. 20

Según conocimientos de anatomía y fisiología reproductiva * grado escolar de los sujetos de estudio

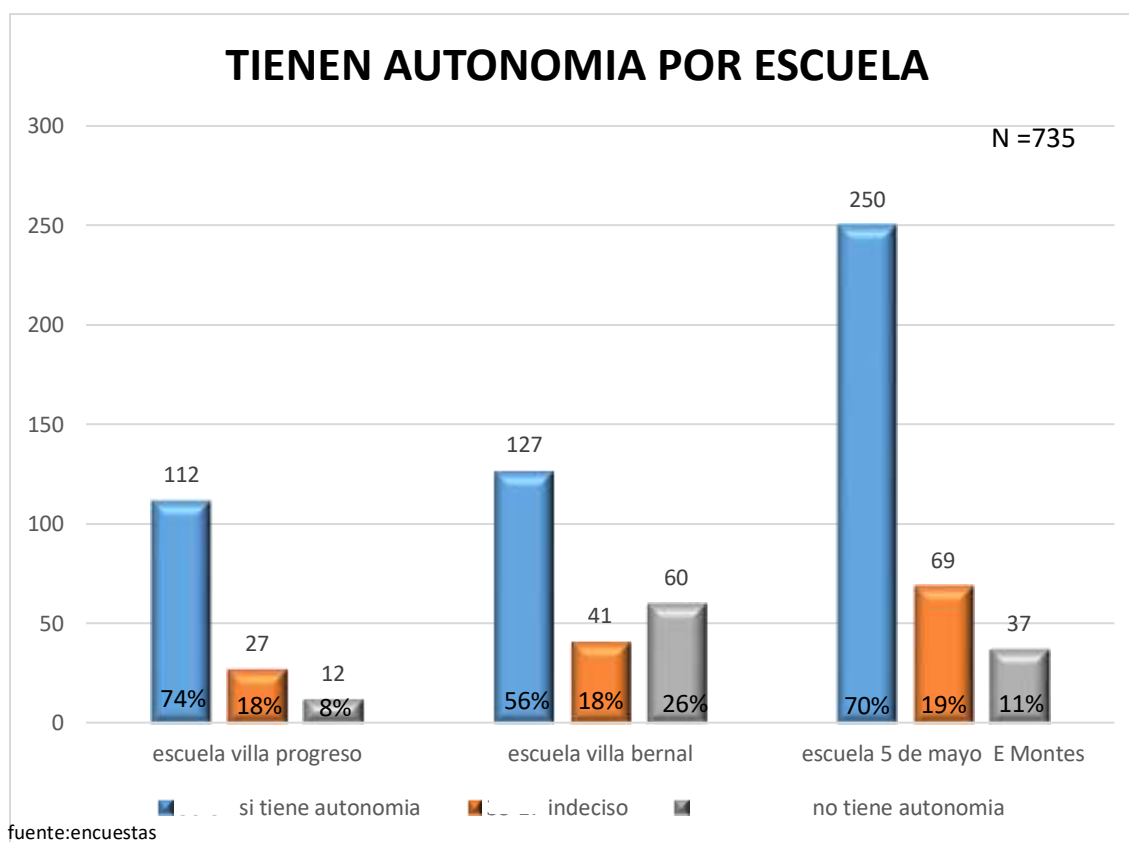
		grado escolar de los sujetos de estudio						Total
		1º de secundaria		2º de secundaria		3º de secundaria		
según conocimientos de anatomía y fisiología reproductiva	aprobado	181	70.4	198	79.5	192	83.9	571
	reprobado	76	29.6	51	20.5	37	16.2	164
Total		257		249		229		735



Cuadro y Gráfica No.21

Tienen autonomía por nombre de escuela

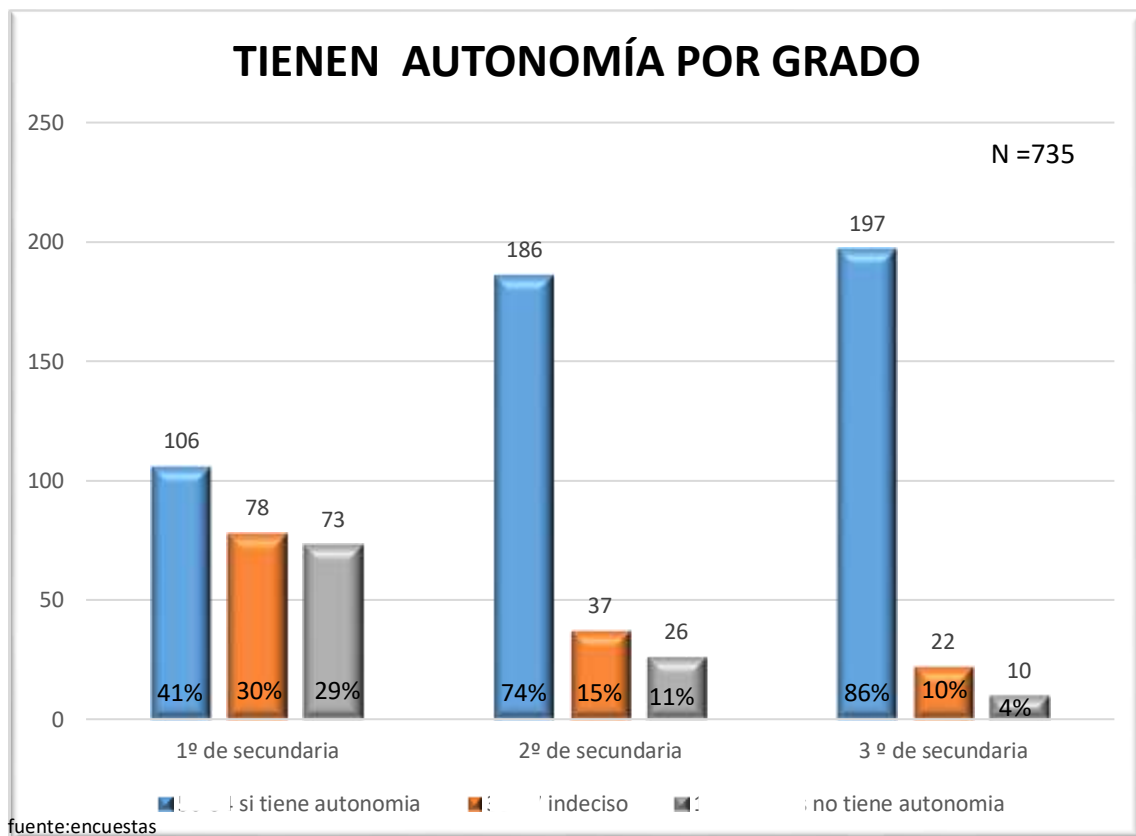
		nombre de escuela			Total
		escuela villa progreso	escuela villa Bernal	escuela 5 de mayo E Montes	
tienen autonomía	si tiene autonomía	112	127	250	489
	indeciso	27	41	69	137
	no tiene autonomía	12	60	37	109
Total		151	228	356	735



Cuadro y Gráfica No. 22

Tienen autonomía por grado escolar de los sujetos de estudio

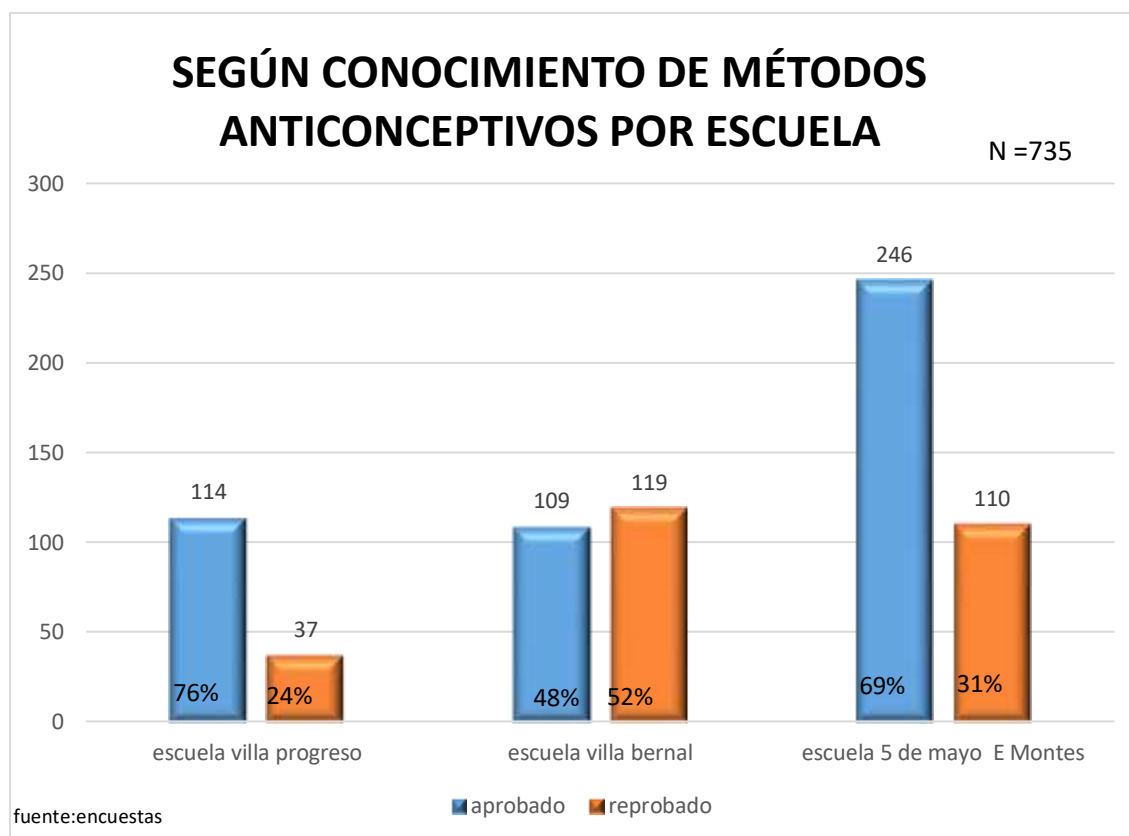
		grado escolar de los sujetos de estudio			Total 1º de secundaria
		1º de secundaria	2º de secundaria	3º de secundaria	
tienen autonomía	si tiene autonomía	106	186	197	489
	indeciso	78	37	22	137
	no tiene autonomía	73	26	10	109
Total		257	249	229	735



Cuadro y Gráfica No. 23

Según conocimientos de métodos anticonceptivos por nombre de escuela

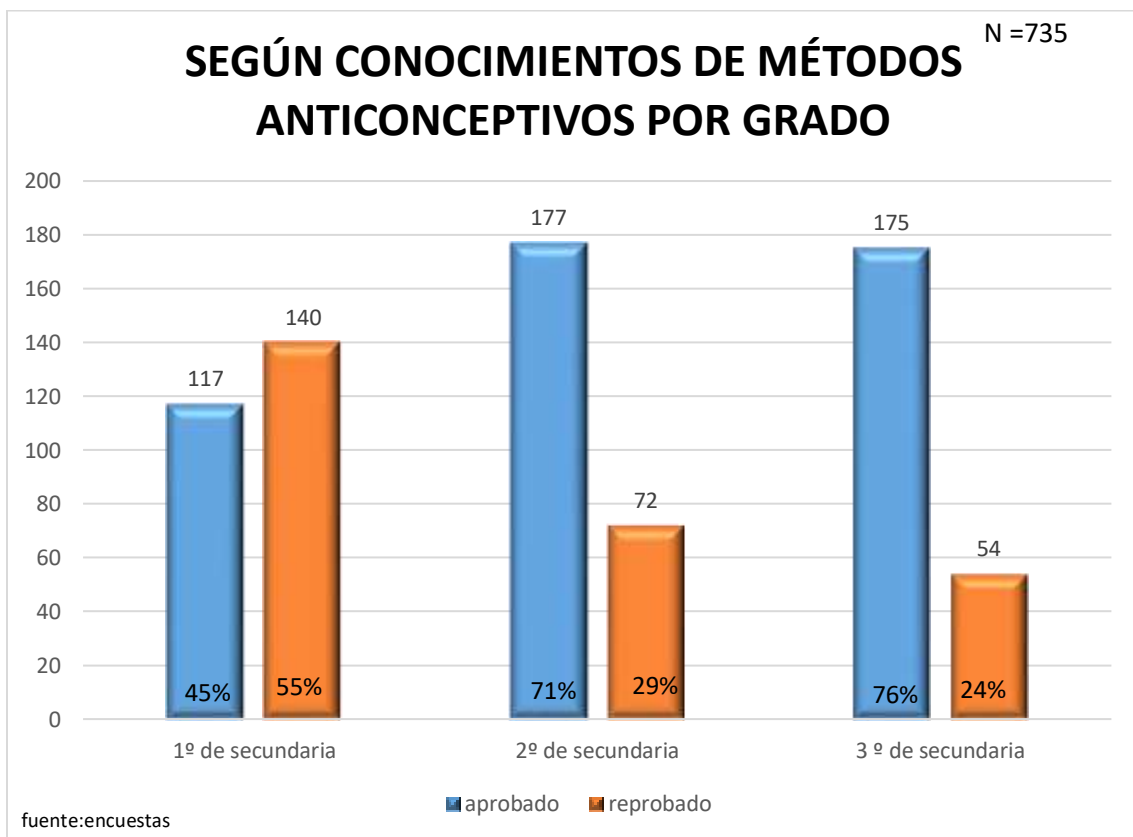
	nombre de escuela			Total
	escuela villa progreso	escuela villa Bernal	escuela 5 de mayo E Montes	
aprobado	114	109	246	469
reprobado	37	119	110	266
Total	151	228	356	735



Cuadro y Gráfica No. 24

Según conocimientos de métodos anticonceptivos por grado escolar de los sujetos de estudio

	grado escolar de los sujetos de estudio			Total
	1º de secundaria	2º de secundaria	3º de secundaria	
aprobado	117	177	175	469
reprobado	140	72	54	266
Total	257	249	229	735

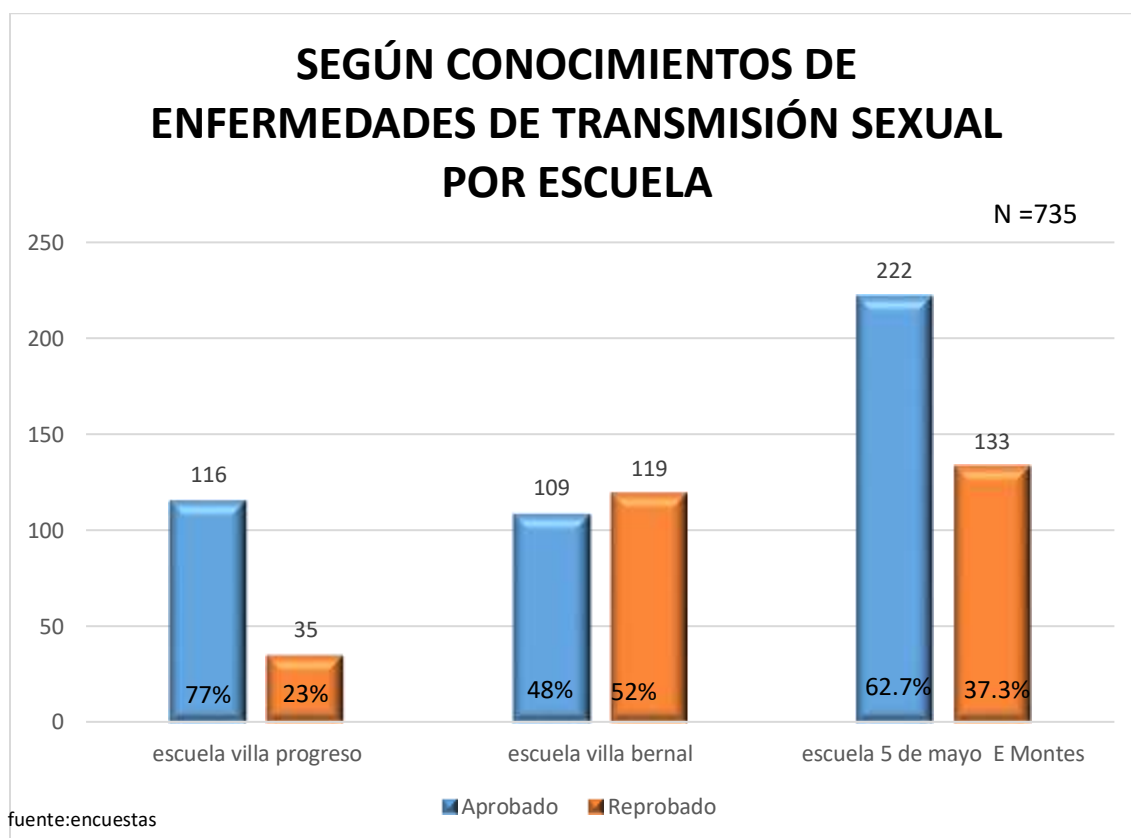


Cuadro y Gráfica No. 25

conocimientos de infecciones de trasmisión sexual por escuela

Recuento

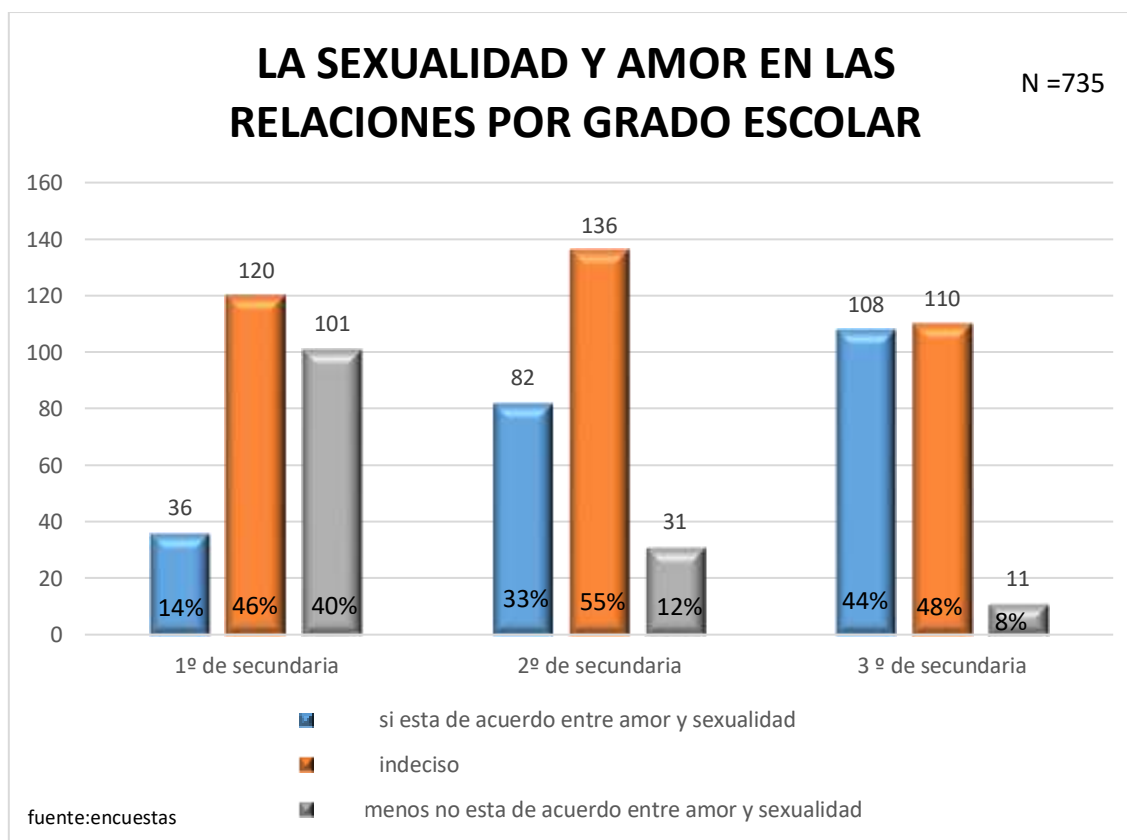
		según conocimientos de infecciones de trasmisión sexual		Total
		aprobado	reprobado	aprobado
nombre de escuela	escuela villa progreso	116	35	151
	escuela villa Bernal	109	119	228
	escuela 5 de mayo E Montes	222	133	356
Total		447	287	735



Cuadro y Gráfica No. 26

Según sexualidad y amor en las relaciones por grado escolar de los sujetos de estudio

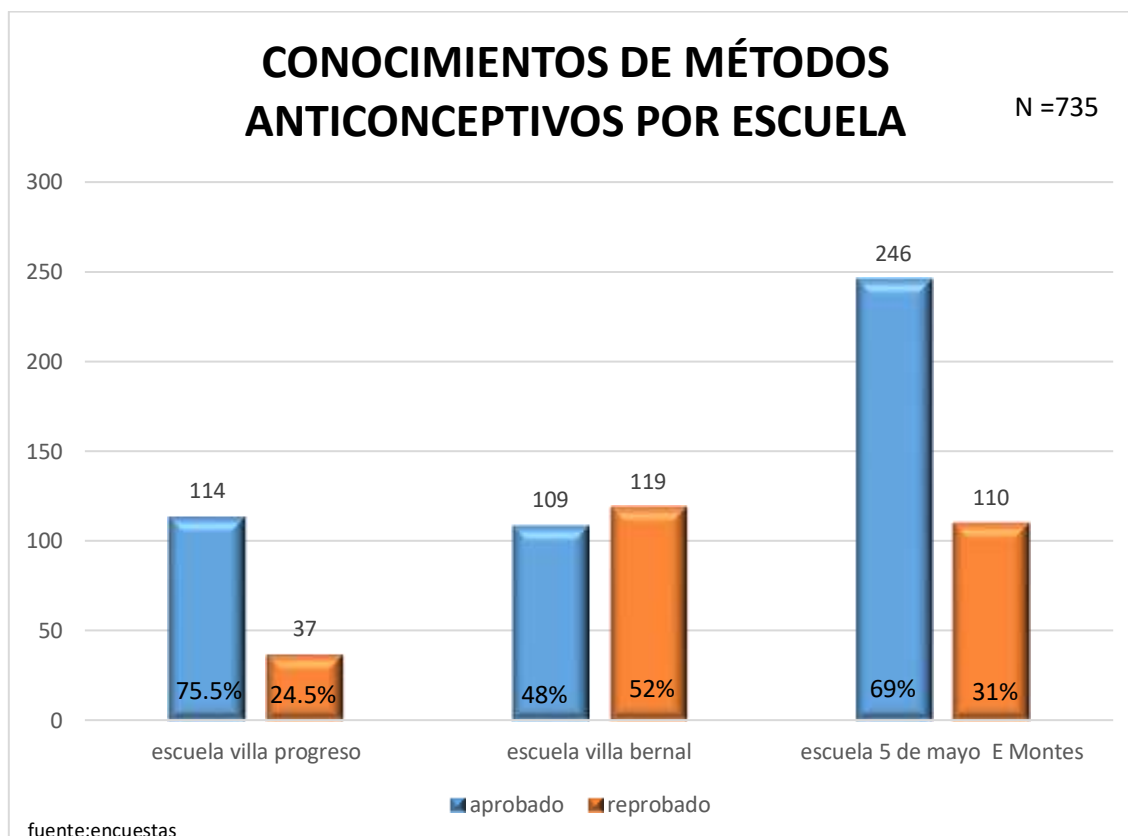
		grado escolar de los sujetos de estudio			Total
		1º de secundaria	2º de secundaria	3º de secundaria	
la sexualidad y amor en las relaciones	si está de acuerdo entre amor y sexualidad	36	82	108	226
	indeciso	120	136	110	366
	no está de acuerdo entre amor y sexualidad	101	31	11	143
Total		257	249	229	735



Cuadro y Gráfica No. 27

Conocimientos de métodos anticonceptivos por escuela

nombre de escuela	escuela	según conocimientos de métodos anticonceptivos		Total
		aprobado	reprobado	
	escuela villa progreso	114	37	151
	escuela villa bernal	109	119	228
	escuela 5 de mayo E Montes	246	110	356
Total		469	266	735

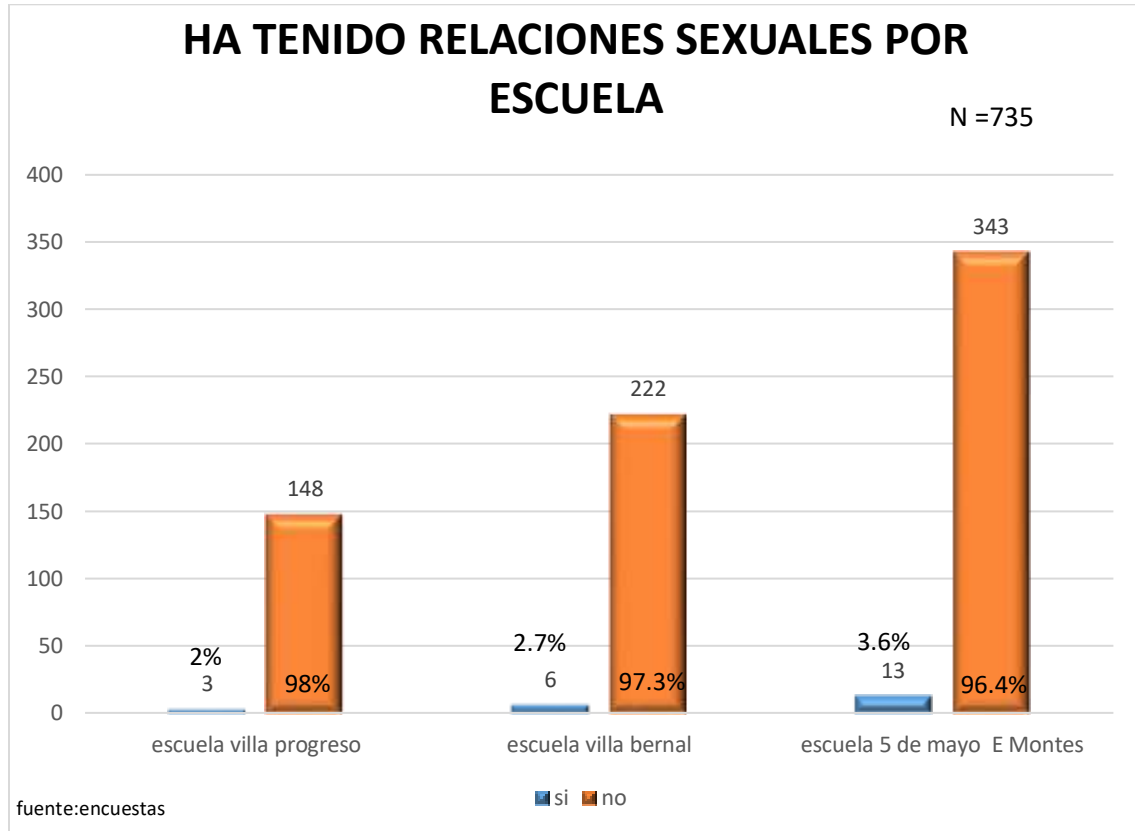


Cuadro Y Gráfica No.28

Ha tenido relaciones sexuales por nombre de escuela

Recuento

		nombre de escuela			Total
		escuela villa progreso	escuela villa Bernal	escuela 5 de mayo E Montes	
ha tenido relaciones sexuales	si	3	6	13	22
	no	148	222	343	713
Total		151	228	356	735

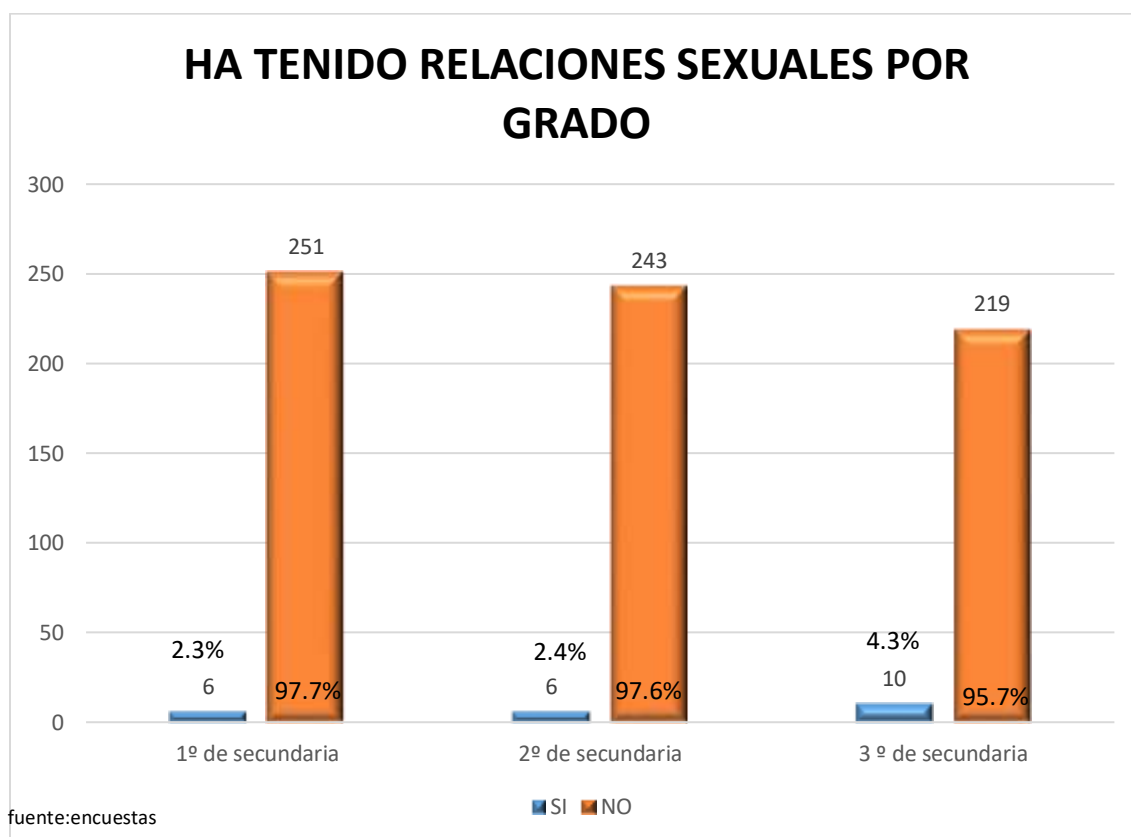


Cuadro Y Gráfica No.29

Ha tenido relaciones sexuales por grado escolar de los sujetos de estudio

		grado escolar de los sujetos de estudio			Total
		1º de secundaria	2º de secundaria	3º de secundaria	
ha tenido relaciones sexuales	si	6	6	10	22
	no	251	243	219	713
Total		257	249	229	735

N =735

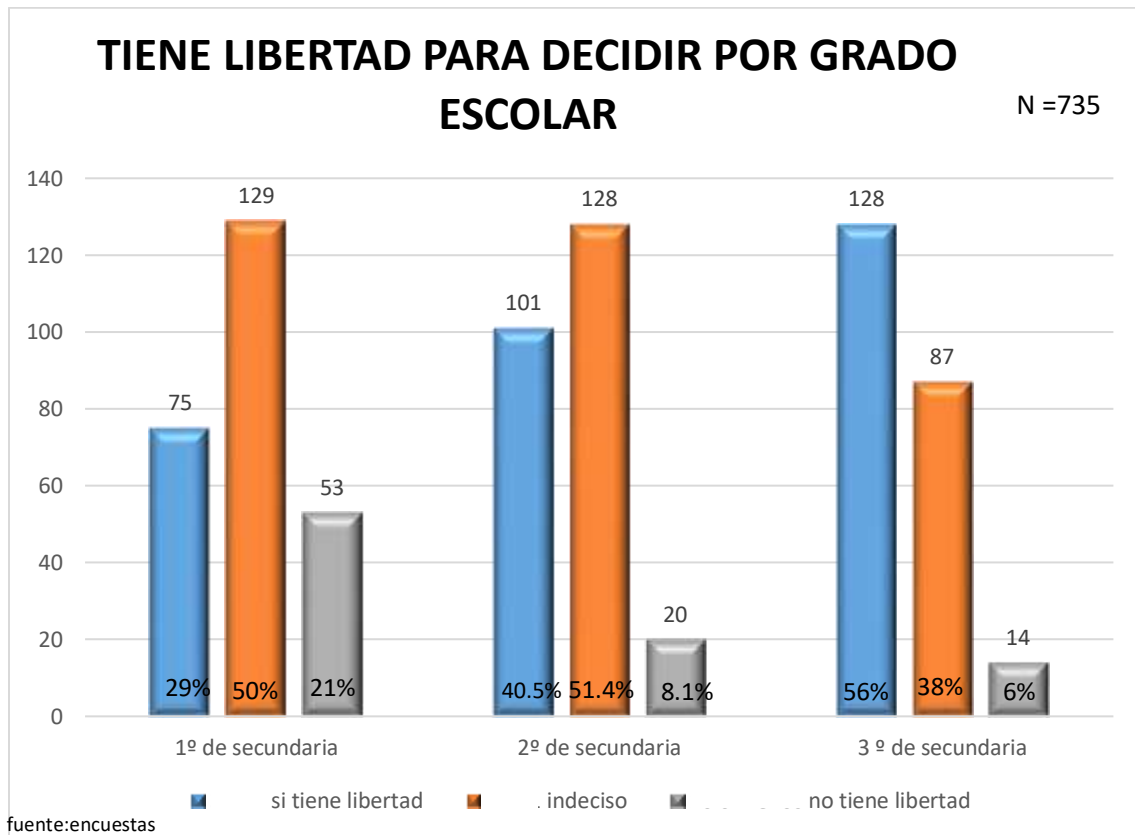


Cuadro y Gráfica No.30

Tiene libertad para decidir por grado escolar de los sujetos de estudio

Recuento

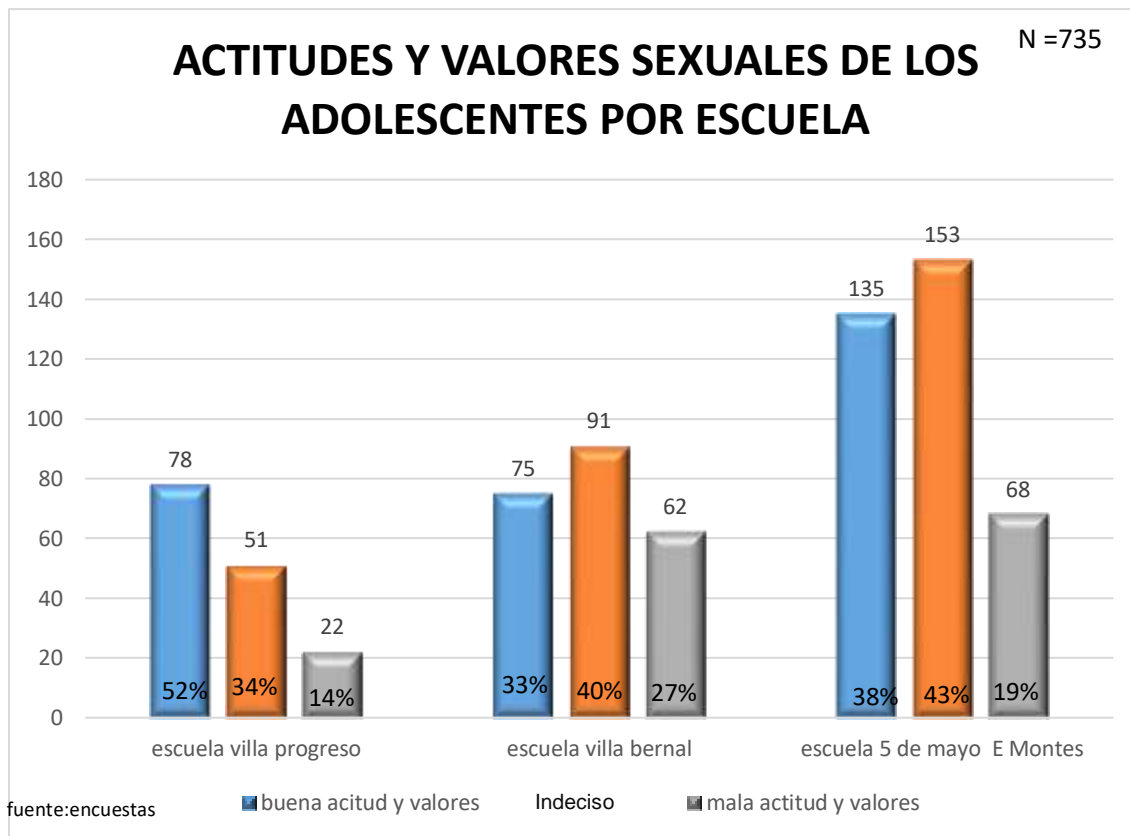
		grado escolar de los sujetos de estudio			Total
		1º de secundaria	2º de secundaria	3º de secundaria	
tiene libertad para decidir	si tiene libertad	75	101	128	304
	indeciso	129	128	87	344
	no tiene libertad	53	20	14	87
Total		257	249	229	735



Cuadro Y Gráfica No.31

Actitudes y valores sexuales de los adolescentes por nombre de escuela

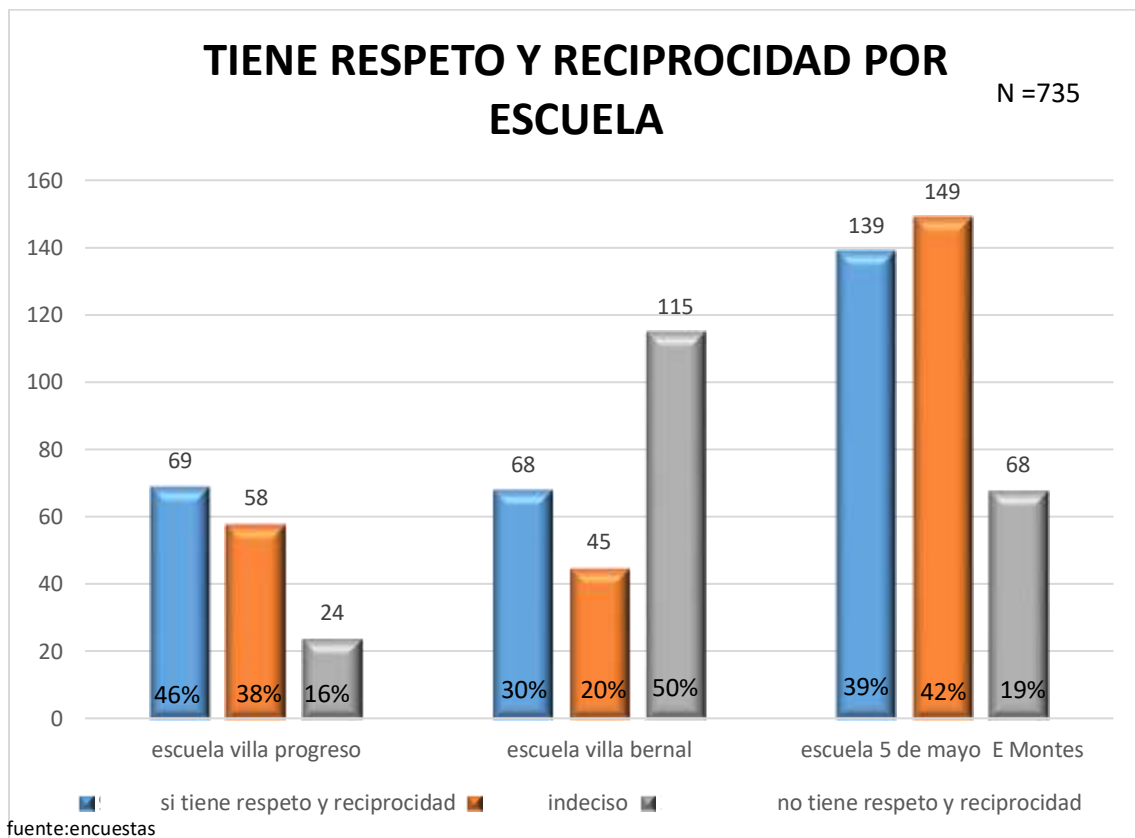
		nombre de escuela			Total
		escuela villa progreso	escuela villa Bernal	escuela 5 de mayo E Montes	
actitudes y valores sexuales de los adolescentes	buena actitud y valores	78	75	135	288
	no definido	51	91	153	295
	mala actitud y valores	22	62	68	152
Total		151	228	356	735



Cuadro Y Gráfica No.32

Tiene respeto mutuo y reciprocidad por nombre de escuela

		nombre de escuela			
		escuela villa progreso	escuela villa Bernal	escuela 5 de mayo E Montes	Total
tiene respeto mutuo y reciprocidad	si tiene respeto y reciprocidad	69	68	139	276
	indeciso	58	45	149	252
	no tiene respeto y reciprocidad	24	115	68	207
Total		151	228	356	735



9. DISCUSION

Los resultados nos muestran las principales características de la población de estudio, teniendo en cuenta que la población a la que se aplicó las encuestas pertenece a las secundarias del municipio de Ezequiel Montes periodo 2017, conformada por adolescentes de ambos sexos, la mayoría está cursando la secundaria, con edades promedio de 11-15 años, muy parecida a la población estudiada de secundaria de Chupaca, Perú periodo 2016⁶⁷ donde más de la mitad de los adolescentes no tienen enamorado como en el nuestro con un 58.4%; y en relación a actividad sexual corresponde al comparativo Chupaca con 94% aún sin inicio de vida sexual y el nuestro mostró un 97% sin haber iniciado actividad sexual.

En relación al nivel de conocimiento sobre sexualidad que tiene la población adolescente, se evidencia que el 77.7% tienen nivel de conocimiento alto, y que este se eleva según aumenta el grado escolar, con un 83.8% para los terceros de secundaria, por lo que conocen de anatomía, fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual humana con un 74.4%, mencionan las medidas correctas de prevención de ITS/VIH/SIDA. Con un 60.8% a nivel general, además tiene conocimiento sobre metodología anticonceptiva con un 63.8% y un 36.2% que no lo tiene. Qué en comparativo con el estudio de Pareja Vidal 2016 Se observa que está dentro del límite aprobatorio con un nivel bajo de conocimiento que traerá como consecuencia riesgos asociados como por ejemplo embarazos no deseados, abortos clandestinos, ITS, muerte de la adolescente y problemas psicológicos y sociales⁶².

Con respecto a otros estudios sobre conocimientos de anatomía y fisiología y respuesta sexual humana los nuestros se asemejan a los realizados en América Latina sobre: "Conocimientos sobre sexualidad en Adolescentes en centros educativos en Lima, Perú, Proyecto de Fortalecimiento, por Any Ricaldo Rodríguez en el cual la población adolescente tuvo un conocimiento alto (60.2%)⁴⁸ muy semejantes a los encontrados en estudios de América Latina

Un estudio que difiere es el realizado por Luzmila (2008)²⁵titulado "Conocimientos y actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. "Con el objeto de terminar el nivel de conocimientos y actitudes sobre las prácticas de sexualidad en los adolescentes, señala que los adolescentes entrevistados tienen un nivel de conocimientos de ITS regular (16.4%) y el nuestro mostró un conocimiento aceptable con 60.8%.

Algunos estudios muestran resultados similares a los nuestros tal como lo es el caso de Libreros Fuentes et al⁷ que en su investigación encontraron sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos en la unidad educativa de Carabobo, Venezuela se observó un 62.7% de los adolescentes conocían de ellos, poco inferior al nuestro que mostró 63.8%.

Con respecto al conocimiento de infecciones de transmisión sexual el 60.8% mostró un conocimiento de éstas alto y bajo solo el 39%, en comparación del estudio de Chupaca(2016) donde los adolescentes tuvieron un conocimiento bajo(59.6%)⁶⁷y 25.4%alto Sin embargo por escuelas tenemos que coincide con el estudio referido ya que el porcentaje de conocimiento de ITS fue de 48% ,dentro del rango bajo; mientras que en Villa Progreso fue un conocimiento alto con 77% y en E. Montes con un 62.7% también alto.

Analizando los resultados tenemos que un nivel de conocimiento alto en la dimensión de anatomía y fisiología sexual nos dicen que conocen en cuanto a temas relacionados al desarrollo corporal por el que están cursando, que es positivo para la posesión de múltiples datos interrelacionados que permitirán a través de una experiencia y convencidos de su significado e implicaciones, articulándolo en su entorno para un desarrollo óptimo de una sexualidad sana²⁹.

Por otro lado los aspectos relacionados a los niveles de actitudes y valores sexuales el estudio de Pareja Vidal y Sánchez Alvarado en Chupaca ,Perú(2016)⁶⁷mostró el 96.8% una actitud favorable y 3.2% desfavorable y el nuestro un 39.2% favorable y 20.7% desfavorable, donde la mayoría se mostró indeciso con un mayor porcentaje:40.1%, lo que traería como consecuencia

riesgos asociados como por ejemplo embarazos no deseados, abortos clandestinos, ITS, muerte de la adolescente y problemas psicológicos y sociales.

Con relación a las diferentes escuelas en actitudes y valores solo en Villa Progreso tuvo 52% en una buena actitud y valores, mientras que Villa Bernal mostró 33%buena actitud y valores con 91% en indecisos, mientras que en E. Montes registró 38% buena actitud y 43%indecisos muy diferente al estudio de otra población de A. Latina Perú(2017)⁶¹donde solo el 3.2%tuvo un actitud desfavorable y el 96.8% tuvo una respuesta favorable.

Por otro lado el estudio de Solís N. "Conocimientos y actitudes sexuales en el adolescente de la comunidad zonal Magdalena Nueva Chimbote(2015)⁴⁵encontró que el 75%de los adolescentes tienen una actitud y valores sexuales desfavorable semejante al nuestro por escuelas ya que a nivel general predominan los indecisos, esto es aclarado por el estudio de Rodríguez García de Camaguey Cuba 2009⁶⁵:La sexualidad de los adolescentes, algunas consideraciones donde la mayoría también se muestra inseguro acerca de cual es la conducta sexual adecuada arrojando en esta un perfil de inseguridad al contestar las preguntas de este ítem.

En cuanto a las dimensiones de los adolescentes con respecto a su autonomía tuvieron 66.5%con autonomía y 14.8% sin ella, mientras que el respeto mutuo y al reciprocidad registró un 37.6% y 34.3%indecisos;el 30.7% si relaciona la sexualidad con el amor mientras que el 49.8% se mostró indeciso ,así como el 63.1% toma la sexualidad como algo positivo y el 15.4% como negativo .Lo que nos hace ver con respecto al estudio de Solís N. Chimbote Perú⁴⁵el 80% no tiene autonomía ,el 77%no tiene respeto mutuo ni reciprocidad y la relación de sexualidad con el amor registró un 82% que no lo relaciona y por último el 76% no percibe la sexualidad como algo positivo, que coincide con el estudio de Silva L.(2008)³⁵dondelos adolescentes tuvo una visión desfavorable con respecto autonomía y relación sexualidad y amor como algo positivo.

Otros estudios como el de Chupaca 2016 nos muestra que en todas las dimensiones fueron resultados favorables como lo es en autonomía que mostró un

resultado de 93.8%,en respeto mutuo y reciprocidad 92.9% ,relación de sexualidad y amor 92.3% y la sexualidad como algo positivo 94.6%.

Esto nos hace concluir que esto se debe a lo ya comentado en la literatura que expresa que por su conducta inmadura aún no tiene modelos definidos y que una sexualidad responsable implica un componente emocional y conductual así como psicológico, pues las actitudes también se derivan de la observación, ya que a lo largo de la vida tendemos a emular las opiniones y preferencias expresadas por la gente que nos rodea.

Es importante mencionar que el caso de actitudes hacia la sexualidad estos cambios y diferencias coincidieron con la literatura tanto favorable como desfavorable, esto es que las actitudes necesitan un trabajo más sistemático y vivencial para para ser modificadas, a diferencia de lo que ocurre con los conocimientos.

De igual forma, es necesario destacar que si bien la educación sexual en la mayoría de los países de América Latina ha sido delegada al ámbito educativo, las expectativas de la población parecieran estar enfocadas a que dicha educación guarde tintes conservadores, es decir los padres de familia no esperan que en las aulas se discuta abiertamente temas de sexualidad y aspectos puntuales, tales como anticoncepción y diversos temas sexuales, sino más bien, esperan que en la escuela, el profesorado imparta dentro e la educación sexual ,contenidos desde el enfoque biologicista del desarrollo humano y de la reproducción, una educación sexual fundamentada en el modelo de abstinencia

10. CONCLUSIONES

Terminado el análisis de los resultados obtenidos de la muestra, sobre conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de las escuelas secundarias del municipio de E. Montes en el periodo 2017 se concluye lo siguiente:

1.-Los conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes de 11 a 15 años de la comunidad de Ezequiel Montes, Querétaro periodo 2017 en su cuatro dimensiones son en su mayoría aceptables representando un 77.7% aprobatorio, pero que a pesar de ello existe un pobre porcentaje en actitudes sexuales dentro de los adolescente ya que la mayoría coincide en estar indecisos en la definición de conceptos sexualidad-amor que genera la posibilidad de potenciar y fomentar actividades de educación para la salud para conseguir una sexualidad responsable y saludable por ello sería prioritario dar información sanitaria en relación a salud sexual así como englobar aspectos que engloben las características psicológicas que influyen en la toma de decisiones y abarcar aspectos socio-culturales propios a cada comunidad,

2.-Frente a la variable actitud, la mayoría de los adolescentes mantiene actitudes favorables y/o positivas respecto a las conductas sexuales, libertad para decidir y a la sexualidad en general se mostraron indecisos con respecto este apartado y posteriormente en autonomía en sus decisiones, respeto mutuo y reciprocidad con sus pares, ven a la sexualidad como algo positivo, esto se deriva a que tienen una información adecuada y un comportamiento responsable, estas actitudes le ayudarán a prevenir situaciones de riesgo en su sexualidad.

Por otro lado existe un porcentaje de indecisos siendo desfavorable en la toma de decisiones ya que frente a algunas situaciones esto podría traerles problemas como inicio de actividad sexual precoz, embarazos no deseados, contagios ITS entre otros.

3.-No existe relación entre el nivel de conocimientos sobre sexualidad y la actitud, esto es debido a que el cuestionario de nivel de conocimientos fueron muy complejas para los adolescentes, mientras que el cuestionario de actitudes fueron

más sencillas y fáciles de responder ya que se asemejan a la vida cotidiana del adolescente,

4.-Se cumple con la hipótesis planteada ya que tiene un conocimiento sexual eficiente y actitudes sexuales indecisas lo que plantea es importante conocer procesos psicológicos o sociales que facilitan o impiden que se realicen comportamientos de riesgo o de protección, así como las creencias en torno a la sexualidad se fundamentan principalmente en los estereotipos de género y la socialización en medio de las condiciones económicas y culturales en la que viven(37).

5.-Las actitudes están integradas por opiniones, creencias, sentimientos, intenciones o tendencias hacia un objeto, dirigen nuestra atención a aspectos particulares e influyen en nuestra interpretación del mismo. Por lo tanto es más probable desarrollar una conducta acorde con la actitud y las personas pueden actuar basándose en sus actitudes de una manera relativamente directa, por lo tanto se justifica como prevención primaria, la educación sexual.

Es importante mencionar que de acuerdo con Vera et al2004⁶³la falta de información sobre sexualidad afecta las actitudes y conductas sexuales de los adolescentes. Esta carencia incide significativamente en una serie de problemas y cuyas repercusiones son entre otros embarazos prematuros, aumento de índices de aborto, matrimonios precoces, inadecuada crianza de los niños, deserción escolar, inadecuada organización y planificación de la vida propia y prostitución .Además la falta de información en materia de sexualidad afecta el desarrollo de la personalidad del individuo.

Así las actitudes están integradas por opiniones, creencias, sentimientos, intenciones o tendencias hacia un objeto, dirige nuestra atención a aspectos particulares de un objeto e influyen en nuestras interpretaciones del mismo.

1. Crear estrategias para la prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual en adolescentes, que además de promover conocimientos sobre sexualidad estimulen actitudes y comportamientos favorables.
2. Propiciar la investigación y alianzas con escuela de padres y profesores para una mejor estrategia para mejorar comunicación generacional, así como entre pares .
3. Sensibilizar con este tipo de estudios a las instituciones de salud y educativas para una mejor comprensión y elaborar rutas y redes de apoyo en situaciones de riesgo así como una pronta identificación de situaciones de vulnerabilidad,
4. Como se observó los conocimientos no son suficientes para asegurar la realización de la conducta sexual protegida, por ello se justifica la inclusión de contenido informativo claro y objetivo como parte fundamental de los programas de educación sexual para promover conductas libres de riesgo y realizar el proceso de cambios en las estructuras psicológicas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anameli M. Perfil Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud,1997
2. Godoy M. González M, González A, Guardia D, Libreros L, González. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes de dos unidades educativas de Valencia, Venezuela 2010
3. Instituto de las mujeres. Dirección de educación y fomento productivo. Sexualidad, México 2000
- 4 Ramos J. Rol de los Padres y maestros en la educación sexual de los niños en la I.E. 70045 acerca de la salud sexual y reproductiva-Puno 2008
5. Instituto Nacional de Estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar-Endes continua, 2009. Informe principal Lima INEI MAYO 2010
6. Universidad PERUANA Cayetano Heredia. Estudio diagnóstico en adolescentes 2005. Perú
7. Libreros L. Fuentes L. Pérez A. Conocimientos actitudes y practicas sobre sexualidad en adolescentes en una unidad educativa. Carabobo, Venezuela,
8. González J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Revista de SALUD Pública 2009
9. Varela M, Paz J, Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes.2010; 08:74-80 vol. 08 num. 02
- 10.Raquel Ramírez en el año 2006 en Lima realizaron un estudio sobre Conocimientos sobre los cambios físicos y psicosociales en la adolescencia en la Institución educativa 3049
11. Acevedo Oswaldo y colaboradores . Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del SIDA y su relación con l actitud hacia la práctica sexual riesgosa en los estudiantes de primer años en la Facultad de Medicina de la UNMSM 1983

12. Castillo S. Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de Asentamiento Humano durante el periodo 2009-2010. Piura. Universidad Católica Los Angeles de Chimbote 2010
- 13.-Delgado A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos en adolescentes de la I.E. JOSE GRANDA S,M,P, Lima Perú 2008
- 14.-Solís.N. Conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de La Comunidad Zona Magdalena Nueva, Chimbote 2010 Vol.1
- 15.-Ricaldo A, Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima-Proyecto de Fortalecimiento. UNMSM 2005
16. Mendoza R. Conocimientos de la Salud Sexual y Reproductiva de los estudiantes de enfermería, Chimbote Universidad de los Angeles Chimbote, Tesis 2006
- 17.Ricaldo A. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima-Proyecto de Fortalecimiento-UNMSM Tesis 2005
18. Castillo H. Conocimiento y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de la I. E. San Pedro, Piura, Perú Universidad de Piura Tesis 2009.
19. Silva, Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14-17 años de la I.E. San PEDRO Piura Universidad de Piura 2009
- 20.Avenidaño A. Actitudes, prejuicios y nivel de conocimientos hacia la masturbación de acuerdo a género en un grupo de adolescentes en Lima, Perú. Universidad Católica de Perú Tesis 2009
- 21, Universidad Autónoma de Barcelona 08193-Bellaterra, Barcelona Tipos de muestreo. Revista epidemiológica Médica Preventiva 2003 1:3-7
- 22 Flores E, Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz tesis Lima 2012

- 23, Andreu R, Sieber S, La gestión integral del conocimiento y el aprendizaje. Navarra, Instituto de Estudios Superiores de la empresa IESE- Universidad de NAVARRA 2010
- 24, Machaca A. Luque, Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de los centros educativos estatales urbano-urbano rural del distrito de lampa Universidad Nacional del Altiplano, Puno 2003
25. Fuentes J, Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de Centros de Educación Nocturna. Revista psicológica Heredina Puno 2202.
- 26.-Andreu R. Sieber S, La gestión integral del conocimiento y el aprendizaje. Navarra. Instituto de estudios superiores de la empresa IESE-Universidad de Navarra 2010.
- 27.-Lafourcade P, Evaluación de los aprendizajes 3° edición Buenos Aires Argentina Editorial Kapeluz,,
- 28.-Stern W. Alport, G.W. Aportaciones a la Psicología de la Personalidad, Buenos Aires, Paidos editorial,
- 29.Domínguez L, Psicología del Desarrollo, Problemas, principios y categorías .México: Tamaulipas, febrero 2006
- 30.-Chris P. Johnson, M. Jane Doral M.D. Las transiciones hacia la adolescencia
31. Romero G, Asertividad y toma de decisiones. División de educación continúa, facultad de psicología UNAM 2006
32. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Autoestima y Sexualidad en adolescentes: validación de una escala. Vol 10 Num.16 2008 pp57-66
33. Ministerio de Salud 1996, Programa de Salud Reproductiva y planificación familiar 1996-2002 pp 24, 37-38;14-17

34. Rodríguez, M , Dra. Cedeño, M Peraza D, Peraza R. Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes, Cuba 2004
35. Silva L, Pont C Millán F, Ramos F et AL, Atención Primaria y atención hospitalaria España EDITORIAL Madrid S,L. 2005 VOL 4:522
- 36.-Lopez D. Conocimientos y actitudes frente al aborto en las adolescentes UNA PUNO Tesis Puno Perú 2005
- 37.-Network en Español. Salud Reproductiva en los adolescentes 2000 Col 2003 volumen 20
38. Castilla C. Sánchez C. Gómez D. Diplomado universitario en enfermería del servicio de salud 1º edición, España, Editorial MAD S.L. 2006 VOL 1.328
39. Hernández R. Fernández C. Baptista M, Metodología de la Investigación. Sexta edición México 2014
40. La salud de los jóvenes, un desafío para la sociedad. Informe Salud para todos en el año 2000 pag. 12. OMS 2000
- 41, Gallardo L. Linares, Francisco J.; Escolano López Víctor M, Informe Diversidad Afectivo- Sexual en la Formación de Docentes. Evaluación de contenidos LGTB en la FACULTAD C.C.E.E. de Málaga, Málaga España CEDMA 2009
- 42.-Newell A, El nivel de conocimiento Revista AI,2 (1981) pp 1-20
43. De Zubiria M, La afectividad humana. Sus remotos orígenes, sus instrumentos y operaciones como medirlas en escalas. Bogotá 2007
- 44, Ramos M, Diccionario de Cultura Sexual. El ABC de la sexualidad Perú 2004.
45. Rosas Ana Laura, Sexo Erotismo y Amor Infinito CECAPIP 2012
46. Katchadourian H .(1983) Las Base de la Sexualidad Humana Manual Moderno México.

47. Atención Familiar Revista FAC DE medicina UNAM. Embarazo en adolescentes, problema de Salud Pública y prioridad para el Médico Familiar.2013; 20(4)
48. Extracto del Documento: Estrategia NACIONAL PARA LA Prevención del Embarazo en Adolescentes SEGOB 2012
- 49, ENADID 2014, Principales RESULTADOS(9 JULIO 2015)
- 50,-Surez Romero Abril . Programa de PREVENCIÓN Y Atención de Embarazos en Adolescentes (PAIDEA)México 2015
- 51, Kathleen O'Grady Anticoncepción y Religión Breve Reseña 2006extracto The Encyclopedia of Women and World Religion,Serenity Young et al Macmillan, 1999
- 52.Lambarri,Ruiz Laura, Diplomado en Pediatría: Análisis sobre la importancia en el conocimiento y aceptación de los métodos de Planificación Familiar en Adolescentes de 10-19 años de edad en el Hospital General de Cadereyta Querétaro. México 2015
- 53.Vleazco Monroy Leticia. Sexualidad y Adolescencia.Desarrollo psicosocial del adolescente.Cap 3 Año 2,002
- 54, García Baltazar J. Figueroa Perea J, Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Cd de México JUL-AGO 1992 VOL34 No.4
55. Campos Arias, Silva Durán, MENESES MORENO ET AL Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga Colombia.Rev Colombiana de PSIQUIATRÍA Vol 32 num 4 2004
56. Cruz HERNÁNDEZ, Yáñez Quesada, Isla Valdés. Anticoncepción en la adolescencia L habana.2001
- 57.-Parra Villarroel Jaime, Domínguez PLACENCIA ET AL. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Hospital de Lirquen Chile 2013

58. Morais Pereira Sandra. Factores asociados al abandono de la anticoncepción oral en adolescentes de La Cd. de Río de Janeiro Brasil-Rev. Chile de Obstetricia 2007 vol 72(1).

59,.Allen Leigh Betania: Villalobos Hernández Aremis, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México, Rev, Salud Pública de México/vol. 55 suplemento 2. 2013

60.Mayela Núñez Rosa, Alanis Alanís Ma , de Jesús, et al. Diferencias en la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres adolescentes en Monterrey ,México según el modelo de educación utilizado. Rev. Esp. Salud Pública 2005. 79.

61, Campero Cuenca L, Salud sexual y reproductiva en los adolescentes en México. Evidencias y Propuestas, Gaceta Médica de México 2013;149:299-305

62, Guido Marcelo Pinos, Pino Vélez Verónica, Palacios Cordero Mireya et al. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. Revista Actualidades Investigativas en educación Volúmen. 17 número 2 mayo-agosto pp. 1-22

63. Hurtado de Mendoza María Teresa, Olvera Méndez Juana et al. Conocimientos y Actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios .revistas UNAM IZTACALA, Rev. Electrónica de PSICOLOGÍA VOL 16(1)2013

64, Moldenahuer Nicia, Ortega MARIA tersa. Adolescencia y sexualidad. Diplomado en SALUD Pública y Salud Familiar 2004. Universidad Austral Chilena.

65. Rodríguez García Yermein, Diaz Oliva et al .La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones. Archivo Médico de Camaguey, vol, 11 num. 1 año 2007

66. Miras Martínez Fco. Actitudes de los Adolescentes ante las relaciones sexuales. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. VOL.1, num,1 junio 2001

67. Vidal Parejo, Conocimientos y actitudes en una escuela Secundaria de Chupaca
Perú período 20-16

12. ANEXOS

TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE

Instrucciones: Marque con una X en el casillero que representa su opinión:

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	OPINION		
	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SEXUAL			
1. Los adolescentes deben de cumplir con sus obligaciones			
2. Los adolescentes deben de obedecer a sus padres			
3. Un adolescente debe llegar a clases puntualmente			
4. Crees que los adolescentes deben de ayudar en las tareas de la casa			
5. Tener relaciones sexuales me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y las ITS /VIH/SIDA.			
6. Una persona que va a tener una relación sexual, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.			
7. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.			
8. Crees que hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de la ITS/VIH/SIDA.			
LIBERTAD PARA DECIDIR	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad			
2. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten			
3. Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar			
4. Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad			
5. Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos			
AUTONOMÍA	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual			
2. Crees que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.			
3. Es fácil expresar mi opinión ante los demás			
4. Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy ella/élla responsable de mi integridad corporal			
5. Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción etc.			

RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. En una relación las parejas deben de considerarse como iguales			
2. En un problema de salud sexual la pareja debe responder conjuntamente en la solución del problema.			
3. La pareja debe respetar la decisión de no tener el acto sexual, cuando no lo desea			
4. La pareja debe respetar el espacio personal			
5. Las parejas deben conversar acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable			
6. En una relación las parejas deben de conversar sobre el desarrollo personal de ambos			
7. Se debe de acordar la pareja situaciones para ejercer la sexualidad sin riesgos			
SEXUALIDAD Y AMOR	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio			
2. Las relaciones sexuales se dan casualmente			
3. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable			
4. Las relaciones entre parejas deben ser estables			
5. El amor entre parejas debe de ser mutuamente correspondido			
6. Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo			
7. Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes			
8. Crees que las / los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable			
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona			
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual			
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor			
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto			
5. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación			
6. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y Cuidado			
7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza			
8. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo			
9. Las mujeres ven a la sexualidad como algo malo porque sus padres les transmitieron ese concepto			