

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A LA EDUCACIÓN
SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA
TURNO MAÑANA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL
“MARISCAL CÁCERES”-AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016**

PRESENTADO POR: Bach. RIVEROS TACO, Carmen Rosa
Bach. NÚÑEZ HUAYANAY, William Alberto

ASESORADO POR: Mg. Héctor D. Velarde Valer

AYACUCHO – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTO

Con mucha gratitud a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, a la Facultad de Ciencias de la Salud, con su Escuela de Formación Profesional de Obstetricia y la plana docente, por los conocimientos y experiencias adquiridas que enriquecieron nuestra formación y realización profesional.

Con profundo agradecimiento a nuestro asesor Magister Obstetra Héctor Danilo Velarde Valer, por el tiempo dedicado, su apoyo, amistad y sus valiosos aportes en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Nuestro más sincero agradecimiento y estima personal a los miembros del jurado de la sustentación de Tesis: Prof. Vilma Zorrilla Delgado, Prof. Martha Amelia Calderón Franco, Prof. Magna Maricia Meneses Callirgos, Prof. Roaldo Pino Anaya, quienes con sus conocimientos y correcciones, enriquecieron la presente Tesis.

A la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” representada por su Director Profesor Félix Valer Torres, por las facilidades que se nos ofrecieron para la ejecución de esta investigación.

Con gratitud inmensa a nuestra familia, en especial a nuestros padres, quienes con su sacrificio, lograron que sus hijos fueran profesionales y a nuestros hijos, gracias hijo: Ted Luis Escarcena Riveros, quien nos ayudó para la realización de las encuestas. Gracias familia y amigos que nos acompañaron y apoyaron el día de la sustentación de Tesis, momentos en los que los nervios estuvieron a flor de piel.

DEDICATORIA

A Dios, nuestro padre celestial, por su protección, por guiarme hoy y siempre, con sus bendiciones y alejarme de todo mal.

A mi madre: Excelentísima Profesora Rosa Taco Lagos, por su amor infinito, por creer en mí y estar siempre presente con tu mano protectora y tu voz de aliento. Gracias Madre bella por todo lo que hiciste y por todo lo que serías capaz de hacer. Sin ti no sería quien soy, todo te lo debo a ti, Te amo.

A mi padre: Sr. Mamerto Riveros Moreno, quien en mi infancia y juventud, siempre estuvo presente en todos mis logros, ahora a pesar de la distancia, he sentido su aliento y fe en que lograra mi anhelada profesión.

A mis tres hijos, razón y motor de mis logros, a quienes con mi ejemplo, demuestro, que nunca es tarde para lograr nuestros sueños y metas.

A mi amado esposo: William Alberto Núñez Huayanay, amigo, cómplice, camarada, compañero de vida, con quien tomados de la mano continuamos avanzando. Gracias por existir y estar siempre en mi vida. Por los buenos y malos ratos, en los que aprendimos muchísimo, pero sobre todo por tu presencia, eres el guerrero que siempre anhelé tener a mi lado.

A mis hermanas, por su aliento y compañía, por estar siempre presentes en los momentos más importantes y a veces críticos. Y a mi amada abuelita que desde el cielo siempre me cuida. Te amo **Mamá paulinita**.

Carmen Rosa

DEDICATORIA

A Dios, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Felicitas, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Gerardo, Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis adorados hijos Anthony, Nurry y Ted, a quienes siempre cuidaré para verlos realizados como personas que afronten la vida con alegría y sean felices.

A mi amada esposa, Carmen Rosa; por el apoyo y ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales.

A mis hermanos, Porque a lo largo de mi vida me brindaron sus consejos, amor y que por ello logre culminar mi carrera y en este día tan bello quiero decirle que muchas gracias por todo lo que hicieron conmigo, siempre tuvieron razón cuando me decían que los sueños por muy difíciles que parezcan se pueden cumplir.

William Alberto

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

PROBLEMATICA DE LA INVESTIGACION

1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	06
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	09
1.3	OBJETIVOS.....	09

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1	ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	10
2.2	BASE TEÓRICO CIENTÍFICO.....	19
2.2.1	SEXUALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	19
2.2.2	EDUCACIÓN	19
2.2.3	CONOCIMIENTO.....	21
2.2.4	ACTITUD.....	22
2.2.5	FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES.....	25
2.2.6	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	28
2.2.7	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	30
2.3	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS.....	37
2.4	HIPÓTESIS.....	39
2.5	VARIABLES DE ESTUDIO.....	39

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2	MÉTODO DE ESTUDIO.....	40
3.3	POBLACIÓN.....	40
3.4	MUESTRA.....	40
3.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	41

3.7	TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.8	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.9	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCION

La población joven es numerosa y está creciendo. El bienestar y la prosperidad de los jóvenes dependen de las competencias que la educación y la capacitación puedan ofrecerles. Este concepto de bienestar incluye también la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, por lo que resulta importante dotarlos de una educación sexual integral. Por otra parte, muchos adolescentes, llegan a la adultez con mensajes contradictorios y confusos sobre el género y la sexualidad. Esto se ve exacerbado por sentimientos de vergüenza y actitudes de silencio y desaprobación por parte de personas adultas (padres, madres y docentes) ante la posibilidad de abrir una discusión sobre temas sexuales. En muchos lugares del mundo, las personas jóvenes inician su actividad sexual a una edad temprana. La importancia de entregar a los jóvenes conocimientos y habilidades que les permitan hacer elecciones responsables en sus vidas es un tema de creciente preocupación en todos los países¹.

La educación sexual en el país, como responsabilidad asumida por el Estado, se remite a la década de 1980, con el Programa Nacional de Educación en Población 1980-1990, del Ministerio de Educación. Dicho programa desarrollaba acciones con enfoque demográfico y de lucha contra la pobreza. En ese período, se incorporaron en el Diseño Curricular de Secundaria contenidos referentes a la familia y a la sexualidad humana, la paternidad responsable, los derechos del niño, la identidad sexual y la identidad de género, la planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. De igual forma, entre 1985 y 1989, se incorporó un seminario de educación a la

población en el currículo de formación magisterial. El Programa de Educación en Población apoyado por el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA y UNESCO concluyó en 1991, quedando los contenidos de educación sexual insertos en las asignaturas de Educación Cívica, Educación Familiar, Familia y Civismo².

En la actualidad, el Ministerio de Educación del Perú informó que viene desarrollando un programa intensivo de educación sexual integral en las Instituciones Educativas del país para contribuir a evitar embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual en la población escolar. En el año 2008 se aprobó y publicó un documento denominado “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para el Desarrollo de una Educación Sexual Integral”, que guía el trabajo sobre educación sexual integral en las instituciones educativas del país³.

Así mismo, el año 2011 el Ministerio de Salud, publicó la “Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible” con la finalidad de contribuir al desarrollo integral sostenible de los y las estudiantes y al óptimo desarrollo de sus capacidades, promoviendo una cultura de salud en el ámbito escolar⁴.

Estos lineamientos se vienen desarrollando en nuestro país a nivel de todas las Instituciones Educativas, a través del área de Tutoría y Orientación del Educando, lo que nos motivó a realizar la presente investigación titulada “Nivel de Conocimiento y Actitud frente a la Educación Sexual en Adolescentes del quinto año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres”- Ayacucho. Setiembre-Noviembre 2016”. La muestra estuvo conformada por 178 adolescentes del quinto año de educación secundaria-turno mañana, el tipo de investigación fue aplicada, relacional, prospectiva y de corte transversal.

Los principales resultados hallados en esta investigación, fueron los siguientes: El 71.3% (127) de adolescentes tuvieron entre 15 a 16 años de edad y el 38.7% (51) entre 17 a 19 años de edad. El 91% de adolescentes, tuvieron nivel de conocimiento bueno y el 9% nivel de conocimientos regular; y las variables: sexo, edad, procedencia e información previa recibida, no están directamente relacionados con el nivel de conocimiento sobre el tema en estudio; mientras que los ingresos económicos familiares si está relacionado con el nivel de conocimiento. El 79% presentaron de los

adolescentes presentaron una actitud de aceptación, el 19% presentaron una actitud de indiferencia y sólo el 2% una actitud de rechazo frente a la educación sexual. Las variables: edad, sexo y procedencia no están relacionados con la actitud hacia la educación sexual.

I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El mundo de hoy tiene la generación más grande de gente joven menor de 25 años de la historia, que llega a 3,000 millones de personas, o 43% de la población mundial. Casi la mitad (1.2 mil millones) de esta población son adolescentes (10-19 años). La mayoría de jóvenes (87%) se concentra en los países en desarrollo, muchos viven en condiciones de pobreza, con derechos, oportunidades y opciones restringidas, así como con un acceso inadecuado a una educación de calidad, servicios de salud y empleo. Aproximadamente el 45% de las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se producen en la población entre 15 y 24 años de edad. En más de sesenta países se demuestra que solo el 40% de los varones y el 38% de las mujeres entre los 15 y 24 años poseen un conocimiento exhaustivo y científicamente riguroso sobre el VIH y su prevención. A nivel mundial, las tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) son altas en personas jóvenes. Anualmente no menos de 111 millones de nuevos casos de ITS curables se detectan en la población entre 10 y 24 años (IPPF, 2006). En el mundo, el 11% de los nacimientos corresponde a madres adolescentes entre quienes la tasa de mortalidad materna es más alta que entre mujeres mayores⁵.

Actualmente en América Latina y el Caribe, hay más de 100 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad. Alrededor de un 25 a un 32% de la población de 12 a 24 años de edad en la región vive con factores de riesgo tales

como la deserción escolar, la maternidad adolescente, el desempleo, la adicción a las drogas, o los problemas de conducta. Hoy en día hay aproximadamente 420,000 adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años que viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En la mayoría de los países de la región, el acceso a los servicios de salud para los adolescentes y jóvenes sigue siendo inadecuado. En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes⁶.

En estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su publicación de enero del 2015, según estadísticas de la población, realizada el año 2013, contamos con 2'889,781 adolescentes en el Perú y 71,577 adolescentes en el departamento de Ayacucho. A nivel nacional, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas, muestra una tendencia a incrementarse entre los años 2000 (13,0%) y 2013 (13,9%), y a nivel regional la tasa de embarazos en adolescentes es del 14.6 % hasta esa fecha.

Los resultados obtenidos, muestran que el 5,9% de adolescentes alguna vez embarazadas tuvieron algún embarazo que no resultó en nacido vivo, esto ocurrió principalmente en los primeros tres meses de gestación (81,5%). Sin embargo, no se sabe si el embarazo terminó espontáneamente o si la interrupción fue provocada⁷.

La mortalidad materna en adolescentes, reportados por el Portal de Vigilancia del Ministerio de Salud, en el año 2016, representaba el 19.4% de las muertes maternas en el Perú⁸.

La necesidad de una educación sexual y reproductiva es muy importante para la salud de las personas. Durante la adolescencia se atraviesa una etapa trascendental de la vida, la que se presenta con cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por la atracción sexual. Este hecho, influye en el inicio temprano de las relaciones sexuales de los adolescentes, con consecuencias como los embarazos no deseados o el contagio de las infecciones de transmisión sexual.

Cuando se inicia la actividad sexual durante la adolescencia y sin una

adecuada protección para prevenir un embarazo no deseado y las infecciones por transmisión sexual o el VIH, se pone en peligro la salud del adolescente¹³. Esta realidad se observa en adolescentes de nuestra localidad, por lo que requerimos saber, si los lineamientos planteados por el Ministerio de Salud y Educación, están llegando correctamente al objetivo, que en este caso son los adolescentes.

Según la Organización Mundial de la Salud, algunos países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria⁹.

Los adolescentes de nuestro medio, están ávidos de informarse sobre conocimientos relacionados a la sexualidad. La forma como ellos pueden adquirirlos es a través de la educación sexual. Temas que deberían ser impartidos desde los primeros años del nivel primario, ya que los prepara para enfrentar la vida¹⁰.

Una educación sexual, es capaz de desarrollar habilidades o capacidades con base en información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la etapa de desarrollo en la que se encuentra la persona. Su implementación los ayuda a poner en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones relacionadas al ejercicio de su sexualidad a lo largo de toda su vida, incluyendo sus opciones reproductivas³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), considera que “otras medidas fundamentales son los programas de educación sexual para jóvenes, con información científicamente correcta, así como información sobre cómo adquirir y utilizar los anticonceptivos. En la orientación se indica que los adolescentes deberían tener la posibilidad de solicitar ayuda a los servicios de anticoncepción sin necesidad de obtener permiso de sus padres o tutores”.

En El Cairo (1994) y Beijing (1995) se reconoció explícitamente, como un derecho humano, el derecho de adolescentes y jóvenes a: Acceder al disfrute de una vida sexual, satisfactoria y sin riesgo; disponer de información, atención y

medios para alcanzar el nivel más elevado de salud sexual; recibir atención a sus necesidades de enseñanza y servicios de manera que puedan asumir su sexualidad de manera sana y responsable. En el 2001, en el Acuerdo de Quebec, nuestro país junto a otros países americanos ratificaron los acuerdos del Cairo y se comprometieron a: Incorporar programas de educación sexual y reproductiva que promuevan el comportamiento sexual responsable; facilitar el acceso de adolescentes a servicios de salud; mejorar la capacidad de los y las adolescentes para prevenir el VIH/SIDA y otras ITS mediante educación sexual y reproductiva, información, formación, tratamiento y asesoramiento¹¹.

En base a lo mencionado es que nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud frente a la educación sexual en adolescentes del quinto año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, entre setiembre a noviembre del 2016?

1.3 OBJETIVOS

GENERAL

Establecer el nivel de conocimiento y la actitud frente a la educación sexual en adolescentes del quinto año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, entre setiembre a noviembre del 2016.

ESPECÍFICOS

- Relacionar el nivel de conocimiento sobre educación sexual con la actitud frente al mismo en adolescentes del quinto año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre educación sexual con los factores: sexo, edad, procedencia, ingreso económico mensual familiar e información previa recibida sobre el tema en estudio.

- Determinar las fuentes de información en temas de educación sexual recibidas por los adolescentes en estudio.
- Determinar la distribución porcentual de adolescentes, de acuerdo a las personas con quienes viven.
- Relacionar la actitud sobre educación sexual con los factores: sexo, edad y procedencia.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

- **Moreno y col** (Venezuela, 2006). En su investigación “Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados”. **Objetivo:** Identificar componentes psicosociales para el diseño de una intervención educativa para la prevención del embarazo, en adolescentes escolarizados. Se muestran resultados sobre: conducta sexual; conocimientos sobre embarazo y sus medidas preventivas; y necesidades percibidas en materia de educación sexual. **Materiales y Métodos:** Se tomó una muestra de 250 estudiantes de dos institutos educativos de la localidad de Táriba. Se aplicaron cuestionarios con ítems tipo Likert y los datos fueron procesados y analizados mediante estadística descriptiva y pruebas T para comparar grupos. **Resultados:** Los adolescentes tienen poca experiencia sexual, manejan sólo conocimientos básicos y mantienen creencias erróneas en torno al uso de medidas de protección. Manifiestan la necesidad de recibir educación sexual que incluya, no sólo conocimientos específicos sobre sexualidad y salud reproductiva, sino también entrenamiento en habilidades sociales, relacionadas con la conducta asertiva, comunicación interpersonal y autoestima, aspectos que les permitirían manejar mejor sus relaciones de pareja. **Conclusiones:** es importante considerar las características, necesidades y

preocupaciones de los adolescentes en materia de sexualidad y desarrollo personal, a fin de poder diseñar intervenciones educativas más efectivas¹².

- **Sancho Miñao** (Argentina, 2006). En su investigación: “Conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes”. **Objetivo:** Establecer el nivel de conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivo que tienen los adolescentes de las escuelas 273 de Mancopa y Juana Manso de El Cevilar, pertenecientes al área operativa ”El Bracho”. **Materiales y Métodos:** La investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal. El grupo en estudio estuvo compuesto por los 100 Alumnos del nivel polimodal de la escuela 273 de Mancopa y Juana Manso de El Cevilar, presentes en el momento de la encuesta realizada en el mes de noviembre del periodo lectivo 2005. **Resultados:** El 70% tiene buen conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. El 82% de los chicos tenían conocimiento sobre los preservativos. El 92% reconoce al Sida como una E.T.S, el 23% a sífilis, el 2% neumonía y el 2% meningitis. La gran mayoría identifica al Sida como ETS, pero los valores obtenidos en las otras afecciones (Hpv, Sífilis, Y hepatitis b) muestran la falta de información respecto a este importante tema. Con respecto a la presencia de factores de riesgo para embarazo en la adolescencia, el 71% mostró riesgo bajo, lo cual se correspondería con el hecho que en el Bracho el 30% de los embarazos son en adolescentes. El 18% mostró riesgo moderado y solo el 11% alto. **Conclusiones:** La mayoría de Alumnos tienen buen conocimiento sobre salud sexual¹³.
- **Varela y Paz** (España, 2010) en su investigación: “Conocimientos y Actitudes Sexuales en adolescentes y jóvenes”. **Objetivo:** Estudiar las inquietudes, conocimientos y actitudes de los adolescentes para asesorarles y apoyarles en esta difícil etapa de su vida. **Material y métodos:** Presentamos un estudio basado en una encuesta anónima realizada durante el año 2008 con 300 adolescentes y jóvenes entre 13 y 21 años. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov y el de Shapiro-Wilk. **Resultados:** Los varones se decantaron por internet en el 30,8% frente al 15% de las mujeres. En cuanto a si estos conocimientos procedían de la familia, las chicas se apoyaron más en ella (57,6%) que los chicos (44,4%). El nivel de la información sexual ofrecida por el centro educativo fue muy

escaso para el 39,1% de los varones y el 37,6% de las mujeres, siendo muy completa únicamente para el 13,8% de los chicos y el 3,6% de las chicas. También se evaluó la importancia que tiene la sexualidad para los encuestados, siendo muchísima para el 79,7% de los chicos y el 66,7% de las chicas. En el caso de tener que recibir información sexológica: el 47,4% de los varones acudiría a una página web; el 45% de las mujeres solicitaría una consulta médica. La edad media de la primera relación sexual coital para los chicos fue 15 años, siendo para las chicas a los 16 años. Fue satisfactoria para el 35,8 e insatisfactoria para el 7,4% (mayoritariamente mujeres) y agradable para el 96,3% de los encuestados. El motivo que les llevó a tener esa relación sexual fue el amor para el 40,6% de las chicas; en los chicos el deseo (24,1%) y el amor (17,3%). **Conclusiones:** El nivel de información en los adolescentes es insuficiente, por ello es necesaria la inclusión de la educación sexual en los centros escolares¹⁴.

- **Grajales y Cardona** (Colombia, 2012), en su estudio: “Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva”, **Objetivo:** Identificar las actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. **Materiales y Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado con la participación de 1 178 adolescentes, entre los 12 y 18 años a quienes se les aplicó una encuesta con preguntas relacionadas con fecundidad. La investigación fue realizada en la ciudad de Medellín (Colombia) en 2009. **Resultados:** Más del 60% de los jóvenes tienen una actitud favorable hacia la educación sexual, tanto en el hogar como en la escuela; consideran que ejercer la sexualidad y utilizar los métodos anticonceptivos hacen parte de los derechos humanos, y que las relaciones sexuales ayudan al desarrollo de la personalidad. El 30% de los encuestados estuvo de acuerdo con el aborto debe ser respetado como una decisión de la mujer y cerca del 20% piensa que tener un hijo es la mejor forma de conservar la pareja y de demostrarle su amor. Los adolescentes reconocen en los padres una importante fuente de información en los temas relacionados con la fecundidad; así mismo la comunicación dentro de la familia sobre aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, se ha documentado como una importante estrategia para la protección de los jóvenes. **Conclusiones:** Las actitudes

de los adolescentes frente a la salud sexual y reproductiva deben tenerse en cuenta para la definición de estrategias educativas en salud que propenda por el mejoramiento de las mismas¹⁵.

- **Fundación Huésped y UNICEF** (Argentina, 2012), en el estudio: “Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva y uso de tecnologías de la información y la comunicación entre adolescentes”. **Objetivo:** Identificar y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, VIH y otras infecciones de transmisión sexual; así como el uso de los servicios de salud, y los niveles de acceso y modalidades de uso de las tecnologías de información y comunicación, entre adolescentes argentinos. **Materiales y Metodología:** Se realizó una investigación de carácter cuantitativo, profundidad descriptiva, alcance temporal seccional y fuentes primarias. El universo de estudio consistió en una muestra de 1100 casos efectivos, representativos de los aglomerados urbanos y provincias seleccionados. Se utilizó el método interaccional a través de entrevistas personales mediante la aplicación de un cuestionario semi-estructurado diseñado ad-hoc. **Resultados:** Casi el 60% de los adolescentes que integran la muestra se había iniciado sexualmente. La edad promedio de inicio fue de 15 años. El 69% señala utilizar los métodos anticonceptivos siempre, el 20% la mayoría de las veces con el fin de evitar embarazos. Del mismo modo se encontró que el conocimiento acerca de la existencia de infecciones de transmisión sexual se restringe casi exclusivamente a la presencia del VIH, siendo alto y generalizada la proporción de entrevistados sin información respecto a las otras infecciones de transmisión sexual. Solo 1 de cada 4 adolescentes identificó la sífilis y menos del 10% mencionó a otras infecciones de transmisión sexual. **Conclusiones:** Como se ha podido observar los padres, los pares y la escuela mantienen un rol fundamental como referentes a quienes los adolescentes acuden para informarse sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva¹⁶.
- **Instituto Nacional de Salud Pública** (México, 2014), en su estudio “Análisis sobre Educación Sexual Integral, Conocimientos y Actitudes en Sexualidad en Adolescentes Escolarizados” **Objetivo:** Evaluar la educación sexual integral impartida en México a través de la estimación de la satisfacción percibida, medición

de los conocimientos existentes y las actitudes hacia la sexualidad entre la población adolescente escolarizada. Así mismo, se estudiarán los determinantes sociales, riesgos y facilitadores del ejercicio de la salud sexual integral. **Materiales y Metodología:** Encuesta probabilística de tipo transversal en 3,824 adolescentes inscritos en 45 escuelas públicas y privadas de educación media superior. Las escuelas se localizaron en las cinco regiones del país, en zonas urbanas y rurales. **Resultados:** El 80% de los adolescentes recibieron educación sexual integral durante la secundaria, Más del 95% de los estudiantes están satisfechos con los puntos tratados. Existen bajos niveles de actitudes equitativas de género entre la población adolescente, especialmente en los hombres. Los niveles de actitudes positivas hacia la sexualidad y el placer sexual no son altos, aunque ligeramente mejores entre mujeres que hombres. Menos del 20% de las y los adolescentes reportan violencia familiar (con más mujeres que hombres), la cuarta parte reporta violencia de noviazgo (con niveles similares en ambos géneros) y casi la mitad reporta violencia de pares en la escuela (bullying) en general mientras la cuarta parte reporta bullying homofóbico. Sólo el 3% de la población adolescente escolarizada sabe que la anticoncepción de emergencia se puede tomar hasta 120 horas después de una relación sexual no protegida. Es importante destacar que la mayoría de los adolescentes no reconocen sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Sólo el 27.5% saben que tienen derecho a recibir anticoncepción de emergencia y sólo un poco más de la mitad saben que tienen derecho a recibir educación sexual y a recibir condones. **Conclusiones:** Estos resultados explican por qué menos de la mitad de las y los adolescentes reportaron haber visitado algún centro de salud, clínica o un médico para recibir servicios o información sobre la salud sexual y reproductiva¹⁷.

- **Cardona y col** (Colombia, 2015), en su estudio: “Conocimientos sobre Sexualidad en Adolescentes Escolares en la ciudad de Armenia, Colombia”. **Objetivo:** Describir los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de una institución educativa pública en la ciudad de Armenia, Colombia. **Materiales y Métodos:** Diseño transversal y una metodología de tipo cuantitativa-descriptiva. En total participaron 196 adolescentes que cursaban grado undécimo. El muestreo fue no

probabilístico de tipo intencional. Se calcularon medidas de tendencia central, de dispersión y asociaciones a través de análisis bivariado. **Resultados:** El 66, 6 % ya había tenido al menos una relación sexual. El 81 % de los participantes presentó un bajo nivel de conocimientos frente a la sexualidad. **Conclusiones:** Se considera importante elaborar propuestas de intervención orientadas hacia la promoción de una sexualidad saludable y no solamente hacia la prevención de conductas sexuales de riesgo¹⁸.

- **Chimah y col** (Nigeria, 2016), en su estudio: “El conocimiento de anticonceptivos y la práctica entre los estudiantes de las escuelas secundarias superiores de cuarteles militares en Nigeria”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de los anticonceptivos y su uso entre los estudiantes del último año de escuelas secundarias en los cuarteles militares Ojo de Lagos. **Materiales y Métodos:** Un estudio transversal de 400 altos estudiantes de las escuelas secundarias en los cuarteles militares Ojo Lagos, fueron seleccionado utilizando la técnica de muestreo polietápico. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios estructurados, auto administrados, ensayados previamente. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales versión 17 (International Business Machine EE.UU.). Las pruebas de significación estadística se llevaron a cabo mediante pruebas de Chi-cuadrado para proporciones. $P < 0,05$ fue considerado significativo. **Resultados:** La tasa de respuesta fue del 100%. La mayoría de ellos 391 (97,8%), estaban en el grupo de adolescentes (10-19 años). La edad media fue de $15 \pm 2,4$ para los varones y $15 \pm 2,2$ para las mujeres. Doscientos setenta (67,5%) de ellos tenían conocimiento correcto del uso de condones, mientras que 48 (31,1%) de los encuestados sexualmente activos nunca han usado alguna forma de anticonceptivo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los encuestados masculinos y femeninos ($P = 0,338$). La barrera más común a los métodos anticonceptivos según lo informado por 131 (85,1%) de los encuestados era su ser demasiado avergonzado a la fuente para los productos básicos. **Conclusiones:** Hubo un nivel bastante alto de conocimiento y relativamente bajo uso de anticonceptivos. Recomendamos que deben intensificarse los esfuerzos para

promover la práctica sexual segura y el uso de anticonceptivos en este grupo de edad¹⁹.

- **Thongzhi y col** (Cusco, 2003), en su estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata-Cusco 2003”
Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre sexualidad humana en los adolescentes, determinar las características de las actitudes sobre sexualidad humana, determinar cuáles son las prácticas más frecuentemente asumidas sobre sexualidad humana en la población adolescente. **Materiales y Métodos:** Población escolar adolescente de los niveles 3º, 4º y 5º de secundaria del colegio David Samanez, del distrito de Mollepata. Estudio descriptivo de corte transversal. **Resultados:** 47% varones y 53% mujeres. La edad media fue 16.5 años. El lugar de aprendizaje sobre sexualidad fue el Colegio 37.7%, medios de comunicación 32.4%, amigos 19.4%. El 62% acepta las relaciones sexuales prematrimoniales como naturales, el 53.3% acepta las relaciones prematrimoniales con consentimiento mutuo. El 26.8% acepta haberse masturbado. El 51% acepta haber tenido relaciones sexuales. El inicio de relaciones sexuales fue de 15.5 años. El 16.7% desconoce los métodos anticonceptivos, el 19.4% conoce y utiliza estos métodos. El 56.5% de adolescentes demostró buen nivel de conocimientos de sexualidad. El 54.6% demostró regular actitud hacia la sexualidad. El 59.3% llevaba bajo nivel de prácticas sexuales (40.7% moderado a alto)²⁰.
- **Flores y Guevara** (Lima, 2004), en su investigación “Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos modernos en adolescentes escolares con actividad coital, San Juan de Lurigancho 2004”, **Objetivos:** Identificar factores del comportamiento sexual asociados al uso de anticonceptivos modernos (AM) en adolescentes con actividad coital, de acuerdo al sexo. **Materiales y Métodos:** Escolares del quinto de secundaria. Muestreo sistemático de 689 alumnos. Estudio con diseño descriptivo transversal. **Resultados:** Encontraron que el 32.51% de los y las adolescentes tienen actividad coital; que la edad media a la primera relación coital fue de 15.20 años en las adolescentes y a los 14.97 años en los adolescentes; que el 39.73% de los y las adolescentes con actividad coital emplearon algún anticonceptivo moderno en su primera relación coital; que el 48.66% de los y las adolescentes considera como

principal razón para no usar algún anticonceptivo moderno en la primera relación coital "porque no fue planeado"; que el número de parejas sexuales fueron una pareja 56.70%, dos parejas 13.39%, tres parejas 7.59%; más de tres parejas 8.04% y no recuerda 14.28%”(5). **Conclusiones:** Población con alto porcentaje de actividad coital, con poca frecuencia de uso de AM. Con asociación de algunos factores actuales / históricos del comportamiento sexual y uso de AM²¹.

- **Navarro y López** (Tarapoto, 2012), en su estudio: “Nivel de Conocimiento y Actitudes Sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras en Tarapoto”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización “Las Palmeras” del distrito de Morales de Junio-setiembre 2012. **Materiales y Métodos:** Se realizó el estudio descriptivo, simple de cohorte transversal. La muestra estuvo constituida por 79 adolescentes de 14 a 19 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** el 50.6% de los adolescentes de la urbanización Las Palmeras se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4% son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12-15 años. El 70.9% presentaron un nivel de conocimiento alto sobre sexualidad y el 22.8% un nivel de conocimiento medio. Los adolescentes de la urbanización Las Palmeras tienen un nivel de conocimiento alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual, el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva, el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre métodos anticonceptivos, el 56%. En lo referido a las actitudes sexuales, en: sexualidad, el 79.7%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual 83.5%; en la dimensión libertad para tomar decisiones el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7%²².
- **Gómez** (Lima, 2013), en su estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en relación a la sexualidad en Adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, **Objetivo:** Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad que tienen los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF “República del Ecuador” en el 2011. **Materiales y Métodos:** Estuvo conformada por 226 alumnos del 5to.

año de educación secundaria de la Institución Educativa Técnico Perú BIRF “República del Ecuador” Villa María del Triunfo, durante el año 2011. El estudio fue descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. **Resultados:** El 99.10%, ha recibido algún tipo de información con respecto a sexualidad siendo la fuente más mencionada los profesores 81.86%; las clases en el colegio 65,04% y los padres 45.58%. El 99.60% de los alumnos conocen de la existencia de las infecciones de transmisión sexual. El 98,7% sabe que estas infecciones se pueden contagiar y que también se puede prevenir. El 99.6% conocen los métodos anticonceptivos. El 71.68% está de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos por los adolescentes antes del matrimonio. El 31% de los alumnos ya han tenido actividad sexual. El 56.9%. El 14.6% de los alumnos son sexualmente activos de ellos el 90.9% usa algún método anticonceptivo siendo el preservativo 70% el más usado. El 85.8% de los alumnos conoce de la existencia de lugares donde encontrar información con respecto a salud reproductiva y/o planificación familiar, el 75.66% está de acuerdo con hacer uso de ello y el 37.17% ya lo ha hecho. El 42.92% de los alumnos está de acuerdo con las relaciones sexuales en los adolescentes antes del matrimonio. Entre los alumnos que ya han tenido actividad sexual y su opinión con respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio el 58.33% está de acuerdo; y el 41.67% no está de acuerdo y/o no sabe y/o no opina²³.

- **Chávez y Ellisca** (Ayacucho, 2015) en su investigación: “Prácticas de Riesgo de la Sexualidad en Adolescentes del quinto año de educación secundaria turno tarde, Institución Educativa Mariscal Cáceres Ayacucho Abril–Octubre 2014”. **Objetivo:** Conocer las prácticas de riesgo de la sexualidad que están asociadas a factores como: tipo de familia, relaciones intrafamiliares, procedencia, ocupación en los adolescentes del quinto año de secundaria turno tarde. **Materiales y Métodos:** Investigación Aplicada, Estudio Analítico Prospectivo y Transversal, constituida por 115 adolescentes del 5° año de secundaria del turno tarde. Tipo de Muestreo: No probabilístico, por conveniencia. **Resultados:** Entre las prácticas de riesgo de la sexualidad en los adolescentes objeto de estudio se encontró que, el 35.6% presenta rechazo al uso de métodos anticonceptivos, el 53.9% proceden de zonas

periurbanas, el 74.9% solo estudian, el 56.5% proceden de familia disfuncional, el 40% mantiene una relación familiar conflictiva²⁴.

2.2 BASE TEÓRICO CIENTIFICO

2.2.1 SEXUALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Antes de llegar a la edad escolar, la gran mayoría de niños ya tienen conocimiento sobre las relaciones sexuales entre hombres y mujeres y tienen su propia actitud con respecto al comportamiento y al modo de vida. Sin embargo, los establecimientos de salud únicamente llegan a las mujeres en edad fértil, lo que nos demuestra que el estado llega muy tarde en este tipo de orientación.

“Reconociendo estas necesidades, los representantes de 179 países reunidos en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas que tuvo lugar en la ciudad de El Cairo, es que, la Comunidad Internacional, define por primera vez los términos “Derechos Reproductivos” y “Salud Reproductiva”. En esta reunión los gobiernos se comprometen a abordar los temas relativos a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular en los embarazos no deseados, el aborto en condiciones inadecuadas y las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, incluyendo la abstinencia voluntaria, con la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento para este grupo humano”²⁵.

“Un obstáculo importante y aún presente es la natural resistencia humana a los cambios culturales, a asimilar un nuevo marco conceptual con respecto a la salud sexual, reproductiva y los cambios conductuales que implican, sobre todo en lo etnocentrista patriarcal y conservador que predomina en muchos de los países que en 1994 aprobaron los acuerdos de El Cairo y el Programa de Acción tal como fue evidenciado en las Reunión de Redes y Campañas Regionales para América Latina y El Caribe celebrada en La Paz, Bolivia en Agosto del 2003”²⁶.

2.2.2 EDUCACIÓN

La educación tiene como finalidad el desarrollo integral de la persona humana y educación que prepare para la vida²⁷.

Es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad²⁸.

El Estado debe garantizar el desarrollo de la educación en población, que incluye la educación sexual. Ésta se orientará a desarrollar un comportamiento personal basado en una concepción integral de la sexualidad humana²⁹.

2.2.2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Proceso sociocultural permanente por el cual las personas se van desarrollando para beneficio de sí mismas y de la sociedad, mediante una intervención activa e intencionada en los aprendizajes, que se logran por interacción en ámbitos de educación formal y no formal. Involucra el desarrollo de capacidades y habilidades sociales y personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud y crear las posibilidades para actuar en la comunidad, logrando cambios que favorezcan la salud colectiva³⁰.

2.2.2.1 EDUCACIÓN SEXUAL

La Educación Sexual Integral, es una acción formativa presente en todo el proceso educativo, que contribuye al desarrollo de competencias para que las y los estudiantes vivan su sexualidad, en el marco del ejercicio de sus derechos y responsabilidades con los demás, de una manera saludable, placentera y responsable, teniendo en cuenta las particularidades de cada etapa de su desarrollo. El objetivo de la Educación Sexual es lograr durante el proceso formativo que corresponde a la Educación Básica que las y los estudiantes se desarrollen como personas autónomas y responsables, con conocimientos, capacidades, actitudes y valores que les permitan ejercer su derecho a una sexualidad integral, saludable, responsable y placentera, y que considere las dimensiones biológica- reproductiva, socio-afectiva, ético- moral; en el contexto de relaciones interpersonales democráticas, equitativas y respetuosas³¹.

La UNESCO (2009), considera que “La educación sexual se define como el aprendizaje sobre sexualidad y las relaciones adaptado a cada edad y cultura, que proporciona una información adecuada, científica, realista y sin prejuicios. La educación sexual facilita la oportunidad de explorar los valores propios y las actitudes para tomar las decisiones personales, hablar y conseguir las destrezas que reduzcan los riesgos sobre distintos aspectos de la sexualidad” (Inst. Salud Pública, 2010)³².

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, 2006), afirman que “La educación sexual integral busca dar a las personas jóvenes el conocimiento, las habilidades, actitudes y valores que necesitan para definir y disfrutar de su sexualidad (física y emocional) individual o en relaciones. Esta visión holística de la sexualidad se contextualiza en el desarrollo emocional social. Se reconoce que la información sola no es suficiente. La juventud necesita tener la oportunidad de adquirir habilidades esenciales y desarrollar actitudes y valores positivos” (Inst. Salud Pública, 2010)³³.

2.2.3 CONOCIMIENTO

Según la Real Academia Española, es la acción y efecto de conocer, estado de vigilia en que una persona es consciente de lo que le rodea.

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. Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente³⁴.

2.2.3.1 CONOCIMIENTO SEXUAL

“El conocimiento sexual que una persona tiene con respecto a sí misma y con respecto a otras personas tanto de su mismo género como del otro se va construyendo a partir de una serie de conceptos e ideas que provienen

fundamentalmente del contexto social y del proceso de socialización. Las culturas van transmitiendo a sus miembros determinados conocimientos sobre los distintos aspectos que la conforman, con la finalidad de reproducirse social y culturalmente. Esto quiere decir, de ir repitiendo generación tras generación los comportamientos y lineamientos que la convierten, como tal, en dicha cultura”.

El conocimiento sexual desde la perspectiva de género tiene implicaciones que hacen que las personas perciban las actitudes, comportamientos, características respondiendo a lo que la sociedad en la que viven, condicionan y ha transmitido como válidas. Dentro de estos parámetros las personas consideran la conducta sexual como masculina o femenina. Sin embargo, está tan arraigada la conciencia de lo que en la sociedad se considera “normal” para uno u otro sexo, que parece estar, en la concepción de las personas, firmemente condicionada a las características biológicas. Incluso hay quienes consideran que “genéticamente” se transmiten los valores y comportamientos propios de varones o de mujeres, independientemente del contexto social³⁵.

2.2.3.2 MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

Evaluación desde la perspectiva de los estudiantes, se ha considerado la siguiente ESCALA, de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems. Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto. (Touron, 1984); para el presente estudio, se utilizó la ESCALA: 0 - 32 pts³⁶.

Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres: bueno, regular y deficiente, quedando de la siguiente manera:

Nivel de conocimientos Bueno: calificación más que bueno cuando se obtuvo una puntuación de: 22 – 32 puntos.

Nivel de conocimientos Regular: calificación más que regular, cuando se obtuvo una puntuación de: 11 - 21 puntos.

Nivel de conocimientos Deficiente: similar a la nota desaprobatoria, cuando se obtuvo una puntuación de: 0 – 10 puntos.

2.2.4 ACTITUD

La actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada³⁷.

2.2.4.1 FUNCIONES DE LA ACTITUD

“Daniel Katz definió varias funciones que las actitudes cumplen en nuestras vidas:

- Según la función utilitaria o adaptativa simplemente nos acercamos a las cosas que nos satisfacen y nos alejamos de las cosas que nos desagradan. Por ello, nuestra actitud se forma de acuerdo a las experiencias directas en la vida diaria. Además, tratamos de adoptar la actitud del grupo al que queremos pertenecer para encajar mejor en él. Sin embargo, esta función no explica nuestra actitud hacia objetos abstractos.
- Otra función de las actitudes es la cognitiva, según la cual nuestra actitud sirve para ordenar y simplificar la realidad en la que nos movemos.
- La función defensiva del yo muestra que las actitudes que adoptamos también están dirigidas a proteger nuestro auto concepto de la información que podría dañarlo. Como muestra la dimensión cognitiva de la actitud, tendemos a tergiversar o ignorar la información que va en contra de nuestras creencias, entre las cuales se encuentra la imagen que tenemos de nosotros mismos.
- En resumen, las actitudes cumplen una función expresiva, según la cual adoptamos las actitudes que nos permiten satisfacer la necesidad de expresar nuestros sentimientos. Además, puesto que consideramos que nuestras convicciones son las correctas, las valoramos positivamente y el hecho de expresarlas nos produce satisfacción. Al expresar nuestras actitudes construimos positivamente nuestro auto concepto, lo cual se traduce en un aumento de nuestra autoestima³⁸”.

2.2.4.2 IMPORTANCIA DE LA ACTITUD

“Las actitudes de un individuo se van formando con el transcurso del tiempo, comenzando en su infancia. Con frecuencia, están ligadas a la personalidad e influyen en su comportamiento. Entender el carácter y el impacto de las actitudes de los individuos en la sociedad, puede ayudar a entender ciertas situaciones, para mejor diagnosticarlas y para ofrecer recomendaciones que permitan conservarlas o mejorarlas a fin de garantizar un mejor desenvolvimiento. Cuanto más diversa sea la población, tanto mayor es la probabilidad que las personas tengan una amplia gama de actitudes. Sus creencias, formadas principalmente en razón de sus antecedentes socioeconómicos y otras experiencias, podrían variar significativamente y en consecuencia producir diferentes actitudes. Investigaciones recientes realizadas en los Estados Unidos, sugieren que se están dando cambios sustanciales en las actitudes adoptadas ante diversos grupos nacionales y raciales, así como diversos roles de los sexos. Estas actitudes divergentes, tendrán consecuencias significativas en el devenir de esa sociedad”.³⁹

2.2.4.3 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

La escala de Likert, mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem.

Lo importante en esta escala es la actitud de quien opina. Por lo general, las personas responden a cada reactivo en una escala de cinco puntos que van desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Al combinar las puntuaciones de todos los reactivos se puede calificar la aceptación, indiferencia o rechazo general de una persona hacia un asunto en particular. Cuando se usan en encuestas públicas, la escala de actitud proporciona información útil acerca de los sentimientos de segmentos grandes de la población⁴⁰.

2.2.4.4 DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES

Para la medición de las actitudes hacia la educación sexual de los adolescentes, se utilizó un instrumento que consta de 5 dimensiones:

- Actitud hacia la educación sexual con 9 ítems.
- Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 8 ítems.
- Libertad y autonomía para decidir y actuar con 10 ítems.
- Respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems.
- Sexualidad como algo positivo con 10 ítems.

Afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo **Likert**, considerando 5 alternativas:

- Completamente en desacuerdo.
- Bastante en desacuerdo
- Opinión intermedia.
- Bastante de acuerdo
- Completamente de acuerdo.

Con un total de 46 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 46 puntos y un puntaje máximo de 230 puntos. Se tendrá en cuenta los siguientes rangos:

- ✓ Aceptación: Puntaje de 170 – 230
- ✓ Indiferencia: Puntaje de 108 - 169
- ✓ Rechazo: Puntaje de 46 – 107

2.2.5 FISIOLÓGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES DE LA MUJER Y DEL VARÓN:

2.2.5.1 ÓRGANOS SEXUALES DE LA MUJER.- El aparato genital femenino se ubica en la cavidad pelviana y está compuesto por genitales externos e internos. Los órganos externos son: la vulva, con los labios mayores y menores, el clítoris, el introito u orificio vaginal y el meato uretral. Los órganos internos son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

Fisiología del ciclo menstrual de la mujer El ciclo menstrual de la mujer es el proceso mediante el cual se desarrollan los gametos femeninos (ovocitos) y se producen una serie de cambios dirigidos a preparar al útero para un posible embarazo. Si no se produce el embarazo, aparece una pérdida de sangre por vía vaginal, denominada menstruación o período. El ciclo menstrual es la consecuencia de la compleja interacción de procesos entre el hipotálamo, la

hipófisis y el ovario. El hipotálamo secreta hormonas que estimulan al ovario, que sintetiza y secreta las hormonas esteroideas sexuales (estrógeno y progesterona), que actuarán sobre los órganos blanco. Las hormonas producidas por los ovarios producen modificaciones en los tejidos del útero, en el cuello del útero y en la vagina. Al momento del nacimiento, los ovarios cuentan con alrededor de 400.000 ovocitos. En cada ciclo menstrual, varios folículos son seleccionados (reclutamiento folicular), crecen y maduran, pero sólo uno de ellos llegará a la ovulación (folículo dominante), mientras que los otros sufren un proceso de atresia. En condiciones normales, una mujer ovulará alrededor de 420 ovocitos en su vida. A grandes rasgos, la secuencia de eventos que se presentan en el ciclo menstrual es la siguiente:

- Pequeña elevación inicial de FSH.
- Reclutamiento folicular.
- Desarrollo del folículo dominante.
- Aumento progresivo de los niveles de estradiol plasmático hasta alcanzar un nivel umbral, esto estimula el pico de LH, lo que provoca el estallido folicular con liberación del ovocito maduro (ovulación).
- Formación de cuerpo amarillo en el ovario a partir del folículo remanente, que secreta progesterona.
- Involución del cuerpo amarillo con descenso hormonal.
- Menstruación.

Ovulación.- Es uno de los procesos del ciclo menstrual de la mujer en el cual un folículo ovárico se rompe y libera un ovocito primario a la cavidad peritoneal del aparato reproductor femenino durante la fase ovulatoria o periodo periovulatorio. Una vez liberado, el ovocito podrá ser fecundado en las siguientes 12-48 horas; si no, comenzará a desintegrarse e inicia la menstruación.

2.2.5.2 ÓRGANOS SEXUALES DEL VARÓN.- El aparato genital masculino está conformado por los testículos, el pene, los epidídimos, los conductos deferentes, las vesículas seminales, los conductos eyaculadores, la próstata, la uretra y las

glándulas bulbo uretrales o de Cowper. A diferencia del sistema genital de la mujer, la mayoría de los órganos sexuales del varón se encuentran fuera de la cavidad abdominal.

Fisiología:

Espermatogénesis.- El proceso de formación de gametos masculinos, denominado espermatogénesis, tiene lugar en los testículos, obteniendo como resultado, luego de 64 a 90 días, los espermatozoides. Este proceso comienza en la pubertad y dura toda la vida. Los espermatozoides son células muy especializadas, de pequeño tamaño, que presentan una cabeza en donde se encuentra el material genético, adaptada para la penetración del óvulo, un cuello que contiene mitocondrias encargadas de producir energía, y una larga cola denominada flagelo, que les permite movilidad. En el interior de cada testículo, en los túbulos seminíferos, se encuentran las células germinales o madre llamadas espermatogonias que por división celular (meiosis) producen los espermatozoides (espermatogénesis). La producción de espermatozoides se realiza a una temperatura algo inferior a la del organismo, por este motivo los testículos se encuentran en la bolsa escrotal o escroto, que se ubica fuera del abdomen.

Esperma y semen.- La producción espermática es un proceso continuo, así como la producción del líquido seminal en las vesículas seminales y en la próstata. Los espermatozoides, entre eyaculación y eyaculación se almacenan en el epidídimo y en la ampolla deferencial. Pueden permanecer almacenados por más de 40 días y mantener su fertilidad. En el momento de la eyaculación, se mezclan los espermatozoides con la secreción de las vesículas seminales y de la próstata, que forman el plasma seminal. Si no se eliminan al exterior, son reabsorbidos. El plasma seminal es un fluido formado por las secreciones de las glándulas seminales, prostáticas y bulbo uretrales. Protege a los espermatozoides y los nutre. Además, favorece la movilidad de los espermatozoides y actúa como lubricante de la uretra.

Fecundación El interior del pene está compuesto por tejido eréctil, dispuesto en dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso, ocupando toda la longitud del

órgano. La excitación provocada por diversos estímulos se transmite desde el cerebro, vía médula espinal, a los nervios del pene, ocasionando un aumento del flujo sanguíneo en los cuerpos cavernosos, aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria y ascenso de la presión arterial. Ese mayor suministro de sangre dilata las arterias, provoca expansión del tejido eréctil y agrandamiento progresivo del pene. La membrana que rodea a los cuerpos cavernosos comprime el retorno venoso, con lo cual la entrada de sangre a los cuerpos cavernosos es mayor que la salida. La erección del pene permite la entrada en la vagina. La eyaculación es la eliminación espasmódica de semen a través del pene. Responde a diversos estímulos que son enviados a los centros cerebrales. Consta de dos fases: 1. Primera fase: las glándulas bulbo uretrales o de Cowper vierten una pequeña secreción mucóide pre eyaculatoria en la uretra, que se desplaza hasta el meato urinario externo; es decir, hasta la punta del pene. Este fluido contiene algunos espermatozoides que se han desplazado desde los conductos eyaculadores, con lo cual son capaces de fertilizar a los óvulos a pesar de no haber eyaculación. Tras la eyaculación del semen en el interior de la vagina puede vivir varios días, se cree que hasta 5-7 días. Sin embargo, en el exterior, sobre la piel por ejemplo, la vida del espermatozoide no pasa de una o dos horas como máximo. Cuando el semen es eyaculado dentro de la vagina de una mujer en su período fértil, es posible que uno de los espermatozoides atraviese con su cabeza la capa más externa del óvulo, penetrando hacia el centro del mismo. Cuando esto ocurre, ningún otro espermatozoide puede penetrar en ese mismo óvulo. La fecundación tiene lugar, por lo general, en la trompa de Falopio y en las 24 horas que siguen a la ovulación⁴¹.

2.2.6 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.- “Un método anticonceptivo, es cualquier acto, dispositivo, o la medicación para evitar la concepción viable de un embarazo⁴²”

TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Métodos Naturales:

✓ **Método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal.-**

Consiste en evitar tener relaciones sexuales durante los días en que la mujer podría quedar embarazada y a ellos se les llama días fértiles.

Forma de Uso.- Las interesadas deberán consultar en el establecimiento de salud sobre la oportunidad de utilización de estos métodos de planificación familiar, ya que son varios como el Ritmo, Billings, Moco cervical y otros.

Contraindicaciones.- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, en la temperatura y en otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.

✓ **Método de Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA).-**

Consiste en alimentar exclusivamente con leche materna al bebé, por lo menos 10 a 12 veces por día durante los 6 primeros meses. Es efectivo mientras la usuaria no tenga su menstruación. Es fácil de usar pero no previene las ITS ni el VIH/SIDA.

Forma de Uso.-

- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No requiere supervisión por personal de salud
- No requiere insumos anticonceptivos
- No tiene efectos secundarios
- Reduce el sangrado post parto.
- Otros.

Contraindicaciones.- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo, portadoras de VIH/Sida, mujeres que no cumplen con tres requisitos para el método de la lactancia materna.

Métodos de Barrera: A través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo: preservativo masculino, femenino y Diafragma.

✓ **Preservativo.-** Es una funda delgada de látex que se coloca en el órgano sexual del hombre antes de tener relaciones sexuales. Para cada relación sexual

se debe colocar un nuevo condón. Es el único método anticonceptivo que previene las infecciones transmitidas por medio de las relaciones sexuales como el VIH/Sida. No requiere examen ni prescripción médica, es de fácil acceso ya que su costo es bajo y es eficaz si se usa correctamente.

Forma de Uso.- El usuario debe asegurarse de la integridad del envase y que no se encuentre abierto. Fijarse en la fecha de vencimiento del producto. Usar un condón nuevo en cada relación sexual y desechar el anterior en forma adecuada.

Contraindicaciones.- Irritación del órgano sexual del hombre y los genitales de la mujer por alergia. Se recomienda: Baños de asiento y aplicarse una crema antiinflamatoria y si vuelve a presentarse el problema, cambiar de método anticonceptivo⁴³.

Métodos Hormonales: Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Existen distintas maneras de clasificarlos.

Según su composición se clasifican en:

- ✓ Anticonceptivos hormonales combinados: compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos).
- ✓ Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos: compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

Según su mecanismo anticonceptivo se clasifican en:

- ✓ Anovulatorios: inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
- ✓ No anovulatorios: actúan produciendo cambios en el moco cervical.

Según su vía de administración se clasifican en:

- Orales
- Inyectables
- Dérmicos
- Sub dérmicos
- Vaginales
- Intrauterinos

Dispositivos intrauterinos (DIU): Dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales de alteración del medio uterino que lo hacen desfavorable para la fecundación. Hay dos tipos:

- Dispositivo intrauterino (DIU) medicados con cobre.
- Sistema de Intrauterino de Liberación (SIU): medicado con Progestágeno (Levonorgestel).

Métodos Quirúrgicos: Son los únicos métodos prácticamente irreversibles: Ligadura de las Trompas de Falopio en la mujer y Vasectomía en el hombre⁴¹.

2.2.7 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

Las infecciones de transmisión sexual representan un serio problema de salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos, observándose un ligero predominio entre los hombres entre las que destacan la sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis⁴⁴.

Las infecciones de transmisión sexual, se transmiten entre otras formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos. La mayoría de los casos en los que hay una infección de transmisión sexual no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo cual facilita la transmisión de la infección y, si no se instauro el tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones como esterilidad, embarazo extrauterino, cáncer genital u otros.

2.2.7.1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS FRECUENTES:

INFECCIONES PRODUCIDAS POR BACTERIAS:

- **GONORREA:** Los síntomas pueden aparecer entre los 2 a 7 días (o incluso más) del contacto sexual genital, oral 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 ano rectal: Puede haber secreción amarillenta, espesa, con picor anal.

Puede producir complicaciones desde esterilidad, tanto en mujeres como en varones, hasta alteraciones en otros órganos (articulaciones, piel...) y también transmitirla al recién nacido en el momento del parto, produciendo conjuntivitis.

- **CLAMIDIASIS:** Con frecuencia no produce síntomas. Si éstos aparecen se manifiestan entre 7 y 21 días tras el contacto sexual. En el varón: secreción clara y transparente acompañada de molestias al orinar (uretritis no gonocócica). En la mujer: aumento de flujo, alteraciones de la regla o sangrado tras la relación sexual.

Puede causar complicaciones como esterilidad, afectación de la vejiga, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos extrauterinos. • La mujer embarazada puede transmitir la infección al feto durante el parto produciendo conjuntivitis, infecciones de oído o incluso infecciones pulmonares.

- **SÍFILIS (*Treponema Pallidum*):** La sífilis es una infección crónica generalizada, que suele ser de transmisión sexual, y en la que se alternan periodos de actividad interrumpidos por periodos de latencia. En la mayoría de los casos la transmisión de una persona a otra se produce por contacto sexual (oral, vaginal, anal) con una lesión sifilítica. También puede producirse a través de la sangre. En cuanto a la clínica la mayoría de los casos son asintomáticos. En otros aparece alrededor de 20-40 días del contacto sexual una úlcera o chancro indoloro, con bordes sobre elevados, en la zona que estuvo en contacto con la zona lesionada, junto con una inflamación de un ganglio regional. Desaparece entre 6-8 semanas y es lo que conocemos como **sífilis primaria**. Si no se trata la infección puede pasar a otra etapa que conocemos como **sífilis secundaria** en la que se puede producir una erupción en la piel, incluidas las palmas de las manos y las plantas de los pies (cuyas lesiones son muy contagiosas).

Sin tratamiento puede aparecer un periodo de latencia (sífilis latente) y tras éste pueden aparecer alteraciones a nivel cardiovascular o neurológico (sífilis terciaria). • Las mujeres embarazadas pueden transmitir la infección al feto pudiéndose producir abortos tardíos, muerte fetal y sífilis congénita.

- **GARDNERELLA VAGINALIS:** La vaginitis bacteriana es un síndrome producido por la sustitución de la flora vaginal normal, lo cual produce un aumento del pH vaginal y flujo maloliente y grisáceo. Se origina por un cambio en el balance de los diferentes tipos de bacteria en la vagina. Es la causa más frecuente de emisión de flujo vaginal o mal olor. Más de la mitad de las mujeres no presentan síntomas.

No se recomienda tratamiento rutinario de las parejas sexuales porque no evita la aparición de nuevos episodios de vaginitis en la mujer. • En el caso de las mujeres embarazadas puede producir complicaciones como abortos o nacimientos prematuros.

- **MICOPLASMAS (MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM):** Es muy frecuente encontrarlos en cultivos habituales de la vagina y uretra y está relacionado con la actividad sexual y el número de contactos sexuales distintos. Si hay síntomas, aparecen entre 1 y 3 semanas tras el contacto sexual.

En la mujer: • Micoplasma: puede dar vaginitis bacteriana. • Ureaplasma: no se ha demostrado que produzca enfermedad genital.

En el varón: • Ureaplasma: puede producir una secreción mucosa, transparente o blanca (uretritis no gonocócica). • Micoplasma: no se ha demostrado que produzca uretritis.

Las complicaciones son ocasionales. En la mujer puede producir enfermedad inflamatoria pélvica o afectar al embarazo con abortos o partos prematuros.

- **CHANCRO BLANDO (Haemophilus Ducreyi):** lesión ulcerosa superficial, blanda y dolorosa que aparece a los 3-14 días de la relación sexual junto a inflamación de un ganglio inguinal.

- **ESTREPTOCOCO GRUPO B:** Muy frecuente encontrarlo en cultivos sin sintomatología. Sólo hay que tenerlo en cuenta en el caso de mujeres embarazadas, por el peligro de transmisión al recién nacido.

INFECCIONES PRODUCIDAS POR VIRUS:

- **HERPES GENITAL:** 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: vaginal, anal o buco genital. 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.
- **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO:** En la mayoría de los casos, la infección es asintomática. Puede aparecer entre 1 y 20 meses del contacto sexual (en los órganos genitales, anales y orales) unas lesiones irregulares, verrugosas con aspecto de coliflor, aunque también pueden presentar un aspecto aplanado. Determinados tipos de virus VPH se consideran precursores del cáncer de cuello de útero o de genitales externos. El recién nacido puede contraer la infección en el parto por vía vaginal si la madre presenta verrugas en ese momento.
- **MOLLUSCUM CONTAGIOSUM:** No sólo es de transmisión sexual. Entre 2-3 meses del contacto sexual aparecen unas lesiones sobre elevadas con depresión central (a modo de ombligo) que pueden curar por sí solas. La transmisión se produce por contacto directo con la lesión pudiendo aparecer en cualquier parte del cuerpo. • En las personas con infección por VIH o cualquier otro tipo de disminución de la inmunidad las lesiones pueden llegar a ser muy extensas.
- **HEPATITIS A:** Inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Se transmite por vía oral a partir de la ingesta de agua o comida contaminada que ha estado en contacto con excreciones fecales portadoras del virus. También se transmite al realizar prácticas oro anales. El período de incubación es de 15 a 50 días. La mayoría de las personas no presentan

síntomas. Sólo se transmite en la fase aguda • No requiere un tratamiento específico y no deja secuelas. • La vacuna frente al virus de la hepatitis A, en nuestro país, es recomendable en caso de prácticas sexuales oro anales, y personas con otra hepatitis (B y/o C).

- **HEPATITIS B:** La transmisión se puede producir vía parenteral (transfusiones, uso compartido de jeringuillas o material de inyección, tatuajes, peircing), vertical (de madre a hijo) y sexual. El periodo de incubación es de 45 a 180 días. La mayoría de las infecciones no tienen síntomas y se curan por sí solas (96% de los casos).
- **HEPATITIS C:** El mecanismo más importante de transmisión es a través de sangre y hemoderivados de personas infectadas. El 60-70% de las personas infectadas no presentan síntomas o los síntomas son poco evidentes. El riesgo de transmisión sexual es escaso, sobre todo está relacionado con prácticas sexuales de penetración anal y relaciones sexuales con la menstruación en caso de ser la mujer la portadora. El riesgo de transmisión sexual aumenta en caso de presentar infección por VIH.
- **VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH):** Produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH puede transmitirse por vía parenteral, sexual y vertical (de madre a hijo a través de la placenta, en el momento del parto o a través de la leche materna). Tras la práctica de riesgo deben pasar 3 meses para que se puedan detectar en la analítica los anticuerpos frente al VIH. La infección aguda puede no tener síntomas o dar un cuadro semejante a una gripe. Con el paso del tiempo, y sin tratamiento específico antirretroviral, el VIH puede producir un progresivo deterioro del sistema inmunitario (encargado de las defensas frente a agresiones, infecciones...) apareciendo síntomas poco específicos (fiebre, diarrea, disminución de peso...) hasta llegar a una fase más avanzada de la enfermedad con aparición de las denominadas infecciones oportunistas, causantes del sida. Con el tratamiento actual, el periodo asintomático se ha alargado notablemente.

- **CITOMEGALOVIRUS:** Se transmite a través de la mayoría de los fluidos orgánicos (saliva, secreciones vaginales y cervicales, semen y leche materna); por lo tanto, una de las vías de infección puede ser la sexual. En el 80% de los casos la infección no produce síntomas.
- **VIRUS DE EPSTEIN-BARR:** La vía de transmisión más frecuente se produce a través de la saliva (enfermedad del beso). La mayoría de los casos no da síntomas. En otros, puede aparecer inflamación de los ganglios, fiebre y afectación de la garganta (mononucleosis infecciosa). Puede producir en algunos casos aumento del tamaño del hígado o del bazo.

INFECCIONES PRODUCIDAS POR HONGOS:

- **CANDIDIASIS VULVOVAGINAL:** Causada por un tipo de hongo (normalmente *Cándida Albicans*). 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. En la mujer no suele ser de transmisión sexual, sino que la *cándida* forma parte de la flora vaginal normal, y ante determinados factores como una mayor acidez del flujo vaginal, toma de anticonceptivos, o antibióticos, el embarazo, etc. pueden hacer que aparezcan los síntomas. • En los hombres la transmisión sexual es lo más frecuente. • Sólo hay que tratar a la pareja sexual si presenta síntomas. • Si la madre en el momento del parto presenta una candidiasis vaginal el recién nacido puede tener una mayor predisposición a presentar lesiones de muguet oral (placas blanquecinas en mucosa bucal, causada por las *cándidas*)

INFECCIONES PRODUCIDAS POR PARÁSITOS:

- **TRICHOMONA VAGINALIS:** Generalmente causa una infección vaginal. El flujo vaginal puede ser espumoso, de mal olor y aparecer con sangre. Se

acompaña de picor en la vagina, inflamación de ganglio en la ingle y dolor al orinar. Los síntomas aparecen entre 3 y 28 días después de la infección. Es muy raro que los hombres muestren síntomas y, a veces, las mujeres tampoco los tienen.

- **PIOJOS PÚBLICOS O LADILLAS:** Los síntomas más comunes son: fuerte picor en la zona genital o en el ano y aparición de piojos o huevos de color blanco en el vello púbico. También puede afectar cualquier área con pelo (por ejemplo los muslos). Se transmiten por contacto íntimo o por contacto con la ropa de cama o ropa infectada (teniendo en cuenta que la ladilla no puede vivir más de 24 horas fuera de su huésped).
- **SARNA:** Los síntomas más comunes son picor muy fuerte, normalmente por la noche y erupciones que aparecen a modo de líneas de color grisáceo con una sobreelevación en uno de los extremos de predominio en palmas de las manos, entre los dedos, en la zona palmar de la muñeca, pliegue de las rodillas, axilas y nalgas. En las personas que ya han estado en contacto con el parásito las lesiones aparecen antes.

OTRAS INFECCIONES:

- **INFECCIONES PRODUCIDAS POR MICROORGANISMOS INTESTINALES TRANSMITIDOS POR VIA SEXUAL:** Clásicamente de transmisión a través de la ingesta de aguas o alimentos contaminados. Sin embargo, la transmisión es posible con las prácticas sexuales oro anales. Destacan: • Bacterias: Salmonella, Shigella y Campylobacter. • Protozoos: Criptosporidium, Ameba Histolítica, Giardia Lamblia. • Helmintos («gusanos») como Enterobius vermicularis. Pueden producir diarrea, fiebre y dolores abdominales. Se puede transmitir a los contactos sexuales dependiendo de las prácticas sexuales realizadas (oro anales). La ameba puede producir complicaciones en el hígado⁴⁵.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS

Actitud.- Disposición de ánimo manifestada de algún modo, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, sujetas a inferencias observables⁴⁶.

Adolescencia.- Es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. De acuerdo con los conceptos convencionales aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

Derechos Humanos.- Los derechos sexuales y los derechos reproductivos constituyen un aspecto central de los derechos humanos y comprometen la responsabilidad pública e individual de las personas de alcanzar una educación integral, bienestar, autonomía, capacidad de tomar decisiones libres y responsables; así como planificar y decidir sobre los aspectos que conciernen a su sexualidad⁴⁷.

Educación.- Es el proceso de facilitar el aprendizaje: conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas que los transfieren a otras, a través de la narración de cuentos, discusión, la enseñanza, la formación o la investigación. La educación no solo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes⁴⁸.

Educación Sexual.- Conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva⁴⁹.

Institución Educativa.- Toda institución que imparta educación o enseñanza.

Conocimiento.- Según la Real Academia Española, es la acción y efecto de conocer, estado de vigilia en que una persona es consciente de lo que le rodea.

Método Anticonceptivo.- Acto, elemento, o sustancia que previene el embarazo, impidiendo la unión del óvulo con el espermatozoide o aquellos que contribuyen a que una de estas células no maduren o desarrollen suficientemente.

Salud.- La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad⁵⁰.

Promoción de la Salud.- La promoción de la salud implica emprender un proceso orientado a desarrollar habilidades y a generar mecanismos políticos, organizativos y administrativos que permitan a las personas y a sus comunidades tener un mayor control sobre su salud y mejorarla⁵¹.

2.4 HIPOTESIS

Los Adolescentes del quinto año de secundaria del turno mañana de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho, tienen un nivel de conocimiento bueno y una actitud de aceptación frente a la Educación Sexual, los cuales tienen relación con el sexo femenino, mayor edad, procedencia urbana y los que recibieron información previa.

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO:

- **Variable independiente:** Nivel de conocimiento.
 - Bueno
 - Regular
 - Deficiente
- **Variable dependiente:** Actitud.
 - Aceptación
 - Indiferencia
 - Rechazo
- **Variables intervinientes:**
 - Sexo: Femenino, masculino.
 - Edad: 15 – 16 años, 17 – 19 años.
 - Procedencia: Urbana, urbano marginal, rural.
 - Condición económica: Buena (mayor a S/ 2,550.00), regular (entre S/ 850.00 a S/ 2,550) y deficiente (menor a S/ 850.00).
 - Información previa recibida: Recibió información, no recibió información.
 - Fuente de información: Institución Educativa, padres, medios de comunicación, establecimiento de salud, otros.
 - Personas con quien vive el estudiante: con padres, sólo con madre o padre, sólo con sus hermanos, con algún familiar, otros.

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Estudio Aplicado.

3.2 METODO DE ESTUDIO

Relacional, prospectivo y de corte transversal.

3.3 POBLACION

Estuvo constituido por los 320 adolescentes del 5to. año de secundaria de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, turno mañana, que se matricularon en el año lectivo 2016.

3.4 MUESTRA

Lo conformarán 178 adolescentes del 5to. año de secundaria de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, turno mañana, que se matricularon en el año lectivo 2016.

Muestreo: Aleatorio simple.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Adolescentes del quinto año de secundaria del turno mañana de la Institución Educativa Mariscal Cáceres que desearon brindar información.
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Adolescentes de otros años de estudio y adolescentes del quinto año de educación secundaria que no desearon brindar información o no hayan asistido a clases el día de la aplicación del instrumento de recolección de datos.

3.6 TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación del cuestionario de preguntas pre-elaboradas, donde además se consideró los datos generales del estudiante.

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- Cuestionario de Preguntas.
- Test de Likert.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, la Carta de Presentación dirigida al Director de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” para tener las facilidades del caso en la obtención de los datos.
- Se entregó la carta de presentación a la Dirección de la Institución Educativa en mención, quien aceptó brindar las facilidades necesarias.
- Luego se coordinó con la profesora responsable de Tutoría y Orientación Educativa, quien a su vez coordinó con los tutores de las aulas seleccionadas al azar para que nos proporcionen las facilidades para la obtención de los datos.
- Se verificó la cantidad de adolescentes matriculados en el quinto año de secundaria del turno mañana, para determinar la población y el tamaño de la muestra. Así mismo, se verificaron las edades de los mismos verificando que en su totalidad se encontraban dentro del rango de estudio.
- Se realizó un pre-test o prueba piloto a 15 estudiantes con la finalidad de mejorar los instrumentos de recolección de datos (así como el cuestionario de preguntas) para el aseguramiento de la validez y confiabilidad de los mismos.
- La Institución Educativa “Mariscal Cáceres” contaba con 8 secciones del 5to. Año de secundaria, comprendidas desde la sección “A” hasta “H”, con 40 adolescentes matriculados, aproximadamente, en cada sección. Por lo que, se procedió al sorteo de las aulas que representarían el tamaño de la muestra. Resultando seleccionadas las secciones: A, B, C, G y H.
- En cada aula, se instruyó a los adolescentes sobre la intención de la investigación y previa aceptación de los mismos se aplicó la hoja de

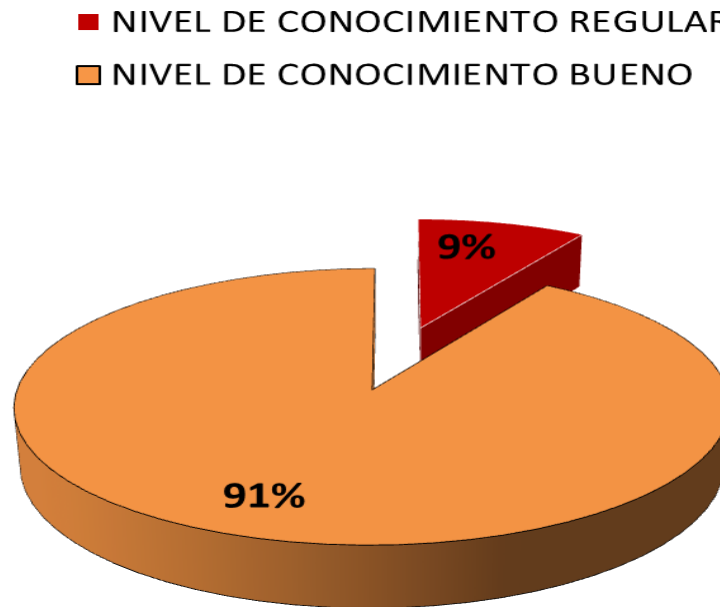
consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

- La aplicación de los instrumentos de recolección de datos, el cuestionario de preguntas y el test de Likert tuvo una duración alrededor de 40 minutos.
- Una vez obtenido los resultados, se elaboraron cuadros estadísticos de simple y doble entrada, relacionando las variables de estudio. Estas a su vez se sometieron a análisis estadístico: Chi cuadrado haciendo uso del paquete estadístico SPSS 23.0.
- Finalmente se procedió a la redacción de la tesis de investigación.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1

Nivel de conocimiento frente a la educación sexual en adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” Ayacucho. Setiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Elaboración propia.

En el presente gráfico se observa que del 100% (178) de adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”, turno mañana, el 91% tuvieron conocimiento bueno sobre educación sexual y el 9% un conocimiento regular. Cabe aclarar que no hubo adolescentes con nivel de conocimiento deficiente sobre el tema en estudio.

De los resultados obtenidos se desprende que un alto porcentaje de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”, presentaron buen nivel de conocimiento sobre educación sexual, representado por un 91%.

Nuestros resultados se asemejan a los obtenidos por **Navarro y López (2012)**, quienes en su estudio sobre “Nivel de Conocimiento y Actitudes Sexuales en Adolescentes de la Urbanización Las Palmeras en Tarapoto”, en el que su población de investigación estuvo constituida por 200 adolescentes, se evidencia que el 70.9% tienen un nivel de conocimiento alto y el 22.8% tienen un nivel de conocimiento medio.

Thongzhi y col (2003) en su estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata - Cusco 2003” en el que encuestaron a 108 adolescentes, indica que el 56.5% de adolescentes demostraron buen nivel de conocimientos sobre sexualidad, 35.2% demuestran regular nivel de conocimiento y el 8.3% demuestra desconocimiento.

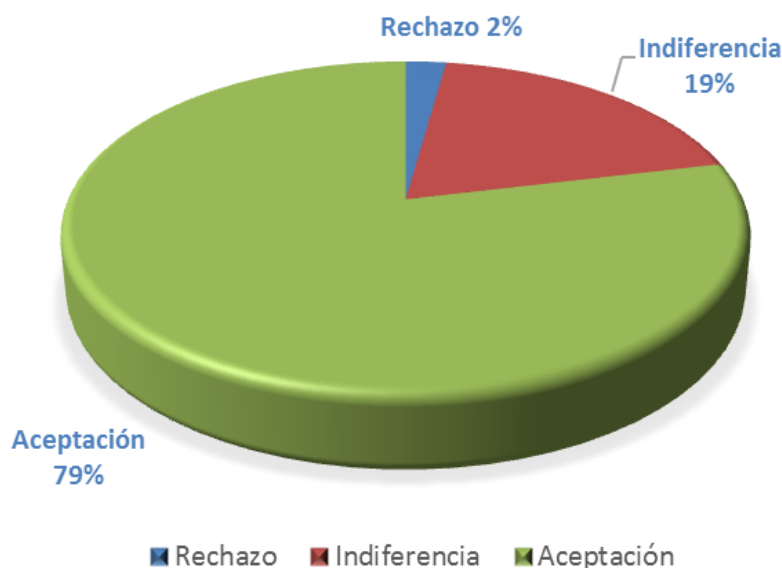
Sancho (2006), en su estudio sobre conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en 100 adolescentes, encontró que el 70% de los alumnos alcanzó un conocimiento bueno, mientras que el 30% malo y ninguno demostró conocimiento óptimo.

Instituto Nacional de Salud Pública de México (2014), en su estudio “Análisis sobre Educación Sexual Integral, Conocimientos y Actitudes en Sexualidad en Adolescentes Escolarizados” realizado en 3824 adolescentes de 45 escuelas públicas y privadas de educación media superior, en zonas urbanas y rurales, encontró que del total de 9 conocimientos correctos sobre salud sexual y reproductiva, significativamente más hombres adolescentes 24.5%, tenían 8 conocimientos correctos que fueron mujeres 18.2%. Muy pocos adolescentes de ambos sexos (0.9%) manejan los 9 conocimientos correctos. Así como cuando se toma la población adolescente estudiada como un todo, también al dividirlos por tipo de escuela, muy pocos adolescentes tenían 9 conocimientos correctos, con 0.4% en escuelas privadas y 1.1% en escuelas públicas. Al comparar por tipo de institución escolar, significativamente más adolescentes que asisten a escuelas privadas 29%, tuvieron 8 conocimientos correctos que los que asisten a escuelas públicas 19.6%. El 27.8% de las y los adolescentes escolarizados tuvieron menos de la mitad de los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y no hay diferencias significativas por año escolar.

El alto porcentaje de adolescentes con nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual (91%) de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”, turno mañana, lo obtuvieron al responder acertadamente los ítems al interior de cada dimensión, pudiendo referir que básicamente conocen sobre Anatomía, Fisiología Sexual Reproductiva, marcaron las medidas correctas de prevención de ITS/VIH/SIDA. Además, tienen conocimiento sobre Metodología Anticonceptiva como prevención del embarazo.danigary68

Gráfico 2

Actitud frente a la educación sexual en adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” Ayacucho. Setiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Elaboración propia.

En el presente gráfico se observa que del 100% (178) de adolescentes, un porcentaje significativo, el 79% presentaron actitud de aceptación frente a la educación sexual, el 19% presentaron una actitud de indiferencia y sólo el 2% una actitud de rechazo frente a la educación sexual.

Comparativamente, nuestro estudio tiene similitud con los resultados obtenidos por **Navarro y López** (2012), sobre las actitudes en general hacia la sexualidad ya que evidenciaron que un 79.7% de los adolescentes encuestados demostraron tener actitudes favorables frente a su sexualidad; mientras que un 20.3% de los adolescentes demuestran una actitud desfavorable en cada una de las dimensiones abarcadas.

En el desarrollo del cuestionario, pudimos averiguar, que un buen porcentaje de adolescentes que demostraron indiferencia, a pesar de demostrar un conocimiento bueno

sobre educación sexual, fue por no contar con pareja, lo que hace que no se sientan interesados en el tema.

Thongzhi y col (2003) en su estudio indica que el 44.4% de adolescentes, demostró buena actitud, 54.6% demostró regular actitud y 0.9% demostró actitud negativa hacia la educación sexual.

Instituto Nacional de Salud Pública de México (2014), en su estudio “Análisis sobre Educación Sexual Integral, Conocimientos y Actitudes en Sexualidad en Adolescentes Escolarizados”, encontró que la mayor parte de la población adolescente tienen 3 o más actitudes equitativas específicas sobre cuestiones de género (de un total de 5 actitudes posibles). En cuanto a diferencias por sexo, significativamente más hombres adolescentes tienen 0 o sólo 1 actitud equitativa sobre cuestiones de género, en comparación con las mujeres.

Tabla 1

Nivel de conocimiento sobre educación sexual con relación a la actitud frente a la misma en adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho. Setiembre-Noviembre 2016.

ACTITUD HACIA LA EDUCACIÓN SEXUAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Regular		Bueno		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rechazo	1	0.6	3	1.7	4	2.2
Indiferencia	7	3.9	27	15.2	34	19.1
Aceptación	8	4.5	132	74.2	140	78.7
T O T A L	16	9.0	162	91.0	178	100

Fuente: Elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	P < 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	8,680a	2	,013
N de casos válidos	178		

En la presente tabla se relaciona el nivel de conocimiento y la actitud frente a la educación sexual de los adolescentes en estudio. Del 91% de estudiantes que tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual, el 74.2% mostraron una actitud de aceptación frente a la misma, 15.2% mostraron una actitud de indiferencia y el 1.7% una actitud de rechazo. Mientras que del 9% de estudiantes que tuvieron nivel de conocimiento regular sobre educación sexual, el 4.5% mostraron una actitud de aceptación, 3.9% mostraron una actitud de indiferencia, frente a la misma y el 0.6% una actitud de rechazo.

Sometimos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado, en la que indica que existe asociación entre las variables nivel de conocimiento y aceptación frente a la educación sexual por parte de los adolescentes del Colegio en estudio; por lo que, del análisis de los resultados se concluye que a mayor conocimiento se da mayor aceptación hacia la educación sexual.

Tabla 2

Nivel de conocimiento sobre educación sexual en adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, con relación al sexo. Setiembre-Noviembre 2016.

SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Regular		Bueno		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	8	4.5	57	32.0	65	36.5
Masculino	8	4.5	105	59.0	113	63.5
T O T A L	16	9.0	162	91.0	178	100

Fuente: Elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	P > 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	1,379a	1	,240
N de casos válidos	178		

La tabla nos muestra el nivel de conocimiento sobre educación sexual con relación al sexo de los adolescentes. Del 63.5% de estudiantes varones, el 59% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 4.5% un nivel de conocimiento regular. Mientras que del 36.5% de estudiantes mujeres, el 32% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 4.5% nivel de conocimiento regular.

Sometimos los resultados a la prueba del Chi Cuadrado, y no se halla evidencia significativa ($P > 0,05$), lo que indica que el nivel de conocimientos, no está relacionado con el sexo, por lo que se rechaza la hipótesis en el sentido que los adolescentes del quinto año de educación secundaria del turno mañana de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho, tienen un nivel de conocimientos bueno, en relación con el sexo femenino.

No hallamos estudios que relacionen la variable sexo con nivel de conocimiento sobre educación sexual, por lo que no se menciona ninguno.

Tabla 3

Nivel de conocimiento sobre educación sexual en adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, con relación a la edad. Setiembre-Noviembre 2016.

EDAD (años)	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Regular		Bueno		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 - 16	12	6.7	115	64.6	127	71.3
17 - 19	4	2.3	47	26.4	51	28.7
T O T A L	16	9.0	162	91.0	178	100

Fuente: Elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	P > 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	,115a	1	,735
N de casos válidos	178		

La tabla nos muestra el nivel de conocimiento sobre educación sexual en relación con la edad de los adolescentes en estudio. Del 71.3% de estudiantes (127) con edad entre los 15 y 16 años, el 64.6% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 6.7% un nivel de conocimiento regular. Mientras que del 28.7% de estudiantes (51) con edades entre los 17 a 19 años, el 26.4% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 2.2% nivel de conocimiento regular.

Sometidos los resultados a la Prueba de Chi Cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($P > 0,05$), por lo no se halló dependencia de las variables nivel de conocimiento y edad; Por lo que también descartamos nuestra hipótesis, de que a mayor edad, mayor conocimientos.

Nuestros datos son similares a los encontrados por **Gómez (2011)** en su estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador"” donde reporta que el grupo de edad prevalente lo representa los adolescentes de 15–16 años de edad (71.70%) y los adolescentes entre 17

y 19 años alcanzan un total de 28.30%. Sin embargo, no se relaciona con ninguna variable.

Navarro y López (2012), en su estudio sobre nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras en Tarapoto, en relación a los factores sociodemográficos de la población adolescente, se observa que el 50.6% se ubican en el grupo etario de 14 a 16 años, seguido de un 49.4% entre las edades de 17 a 19 años.

Cardona (2015), en su investigación sobre conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia; en la que la encuesta fue contestada por 196 estudiantes. De ellos el 59, 5 % fueron mujeres (116 estudiantes). La edad osciló entre los 15 y 19 años; el promedio se ubicó en 16 años, con una desviación estándar de un año, y la edad que más se repitió fue la de 16 años. El 50 % de los encuestados tenía una edad máxima de 17 años.

Chimah y col (2016), en su estudio a 400 estudiantes de las escuelas secundarias en los cuarteles militares en Nigeria, encontró que la mayoría de los estudiantes 391 (97,8%) estaban en el grupo de adolescentes de 10-19 años, sólo el 9 (2.2%) de los encuestados estaban en el rango de edad de 20-24 años. La media de edad de los encuestados fue de $15 \pm 2,4$ para los varones y $15 \pm 2,2$ para las mujeres. Había más hombres 221 (55,3%) que en las mujeres 179 (44,7%).

Tabla 4

Nivel de conocimiento sobre educación sexual en adolescentes del 5to. Año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, con relación a la procedencia. Setiembre-Noviembre 2016.

PROCEDENCIA	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Regular		Bueno		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbano	10	5.6	88	49.4	98	55.1
Urbano marginal	6	3.4	62	34.8	68	38.2
Rural	0	0	12	6.7	12	6.7
T O T A L	16	9.0	162	91.0	178	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla nos muestra el nivel de conocimiento sobre educación sexual en relación con la procedencia, de los adolescentes en estudio. Del 55.1% de estudiantes con procedencia del área urbana, el 49.4% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 5.6% un nivel de conocimiento regular. Del 38.2% de estudiantes de procedencia Urbano marginal, el 34.8% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 3.4% un nivel de conocimiento regular; Mientras que del 6.7% de estudiantes con procedencia del área rural, en su totalidad tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual.

De los resultados obtenidos se observa que los adolescentes provenientes de la zona urbana tienen mayor nivel de conocimiento sobre educación sexual.

Estos estudios tienen similitud con el realizado por **Chávez y col (2015)** en su estudio sobre prácticas de riesgo de la sexualidad en adolescentes, en Ayacucho, indica que del 100% de adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad, el 53.9% (62) procede de la zona periurbana y el 46.1% (53) procede de la zona urbana.

Tabla 5

Nivel de conocimiento sobre educación sexual de adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, con relación a la condición económica. Setiembre-Noviembre 2016.

Ingreso económico mensual familiar	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Regular		Bueno		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	5	2.8	51	28.7	56	31.5
Regular	7	3.9	97	54.5	104	58.4
Bueno	1	0.6	10	5.6	11	6.2
Desconoce	3	1.7	4	2.2	7	3.9
T O T A L	16	9	162	91	178	100

Fuente: Elaboración propia.

IMV (Ingreso Mínimo Vital)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	P < 0.05
Chi-cuadrado de Pearson	10,464a	3	,015
N de casos válidos	178		

La tabla nos muestra el nivel de conocimiento sobre educación sexual en relación al ingreso económico familiar de los adolescentes en estudio. Del 31.5% de estudiantes cuyo ingreso económico familiar es deficiente, el 28.7% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 2.8% un nivel de conocimiento regular. Del 58.7% de estudiantes cuyo ingreso económico familiar es regular, el 54.5% % tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 3.9% un nivel de conocimiento regular. Del 6.2% de estudiantes cuyo ingreso económico familiar es bueno, el 5.6% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 0.6% un nivel de conocimiento regular. Mientras que del 3.9% de estudiantes que desconocen los ingresos familiares, el 2.2% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 1.7% un nivel de conocimiento regular.

Los resultados sometidos a la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($P < 0.05$), encontrando que existe relación entre las variables nivel de conocimiento e ingreso económico familiar, por lo que podemos concluir, que los adolescentes que viven en hogares cuyos ingresos familiares se encuentra entre uno y tres ingresos mínimos vitales, su nivel de conocimiento es mayor.

Tabla 6

Nivel de conocimiento sobre educación sexual de adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, con relación a si recibieron información previa. Setiembre- Noviembre 2016.

Recibió información previa	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Regular		Bueno		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí recibió	16	9	158	88.8	174	97.8
No recibió	0	0	4	2.2	4	2.2
T O T A L	16	9	162	91	178	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla nos muestra el nivel de conocimiento sobre educación sexual en relación a si el adolescente recibió información previa o no. Del 97.8% de estudiantes que recibió información previa, el 88.8% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 9.0% un nivel de conocimiento regular. Del 2.2% de estudiantes que no recibieron información previa, en su totalidad tuvieron un nivel de conocimiento bueno.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, podemos concluir que a pesar de haber recibido información previa, existen algunos adolescentes que muestran nivel de conocimiento regular sobre educación sexual; mientras que aquellos estudiantes que manifestaron no haber recibido información previa, reflejaron tener buen nivel de conocimiento; aunque es ínfimo el número de estudiantes que se encuentran en este grupo, habría que indagar más profundamente a que se atribuyó estos resultados.

Gómez (2011), en su estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, se observó que 224 (99.1%) de los encuestados refiere haber recibido información sobre educación sexual y que 2 (0.9%) refiere no haber recibido dicha información, de igual forma no lo relaciona con otra variable.

Tabla 7

Fuentes de Información sobre educación sexual en adolescentes del 5to. año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, Setiembre-Noviembre 2016.

Fuente de información	N° Adolescentes	%
Profesores	45	25.9
Padres	22	12.6
Personal de salud	29	16.7
Medios de comunicación	16	9.2
Dos fuentes de información	30	17.2
Más de 2 fuentes información	32	18.4
TOTAL	174	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla nos muestra las fuentes de información sobre educación sexual de los adolescentes en estudio. Si bien es cierto, tenemos a 178 adolescentes como muestra de estudio, sin embargo, 4 de ellos indicaron no haber tenido información previa, por lo que se trabaja únicamente con aquellos que sí manifestaron haber recibido información previa sobre educación sexual, de los cuales, el 25.9% de adolescentes, tuvieron como fuente de información a los profesores; el 18.4% tuvieron más de 2 fuentes de información (pudiendo ser la combinación profesores-padres-personal de salud, o profesores-padres-medios de comunicación, etc.), el 17.2% tuvieron dos fuentes de información (pudiendo ser profesores-padres, profesores-personal de salud, profesores-medios de comunicación, etc.) y el 9.2% de adolescentes tuvieron como fuente de información los medios de comunicación.

Del análisis de los resultados se concluye, que de los adolescentes que recibieron información previa sobre educación sexual, tuvieron como fuente mayoritaria a los profesores en un 25.9%, y como fuente minoritaria a los medios de comunicación, representado por un 9.2%.

Gómez (2011), en su estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en

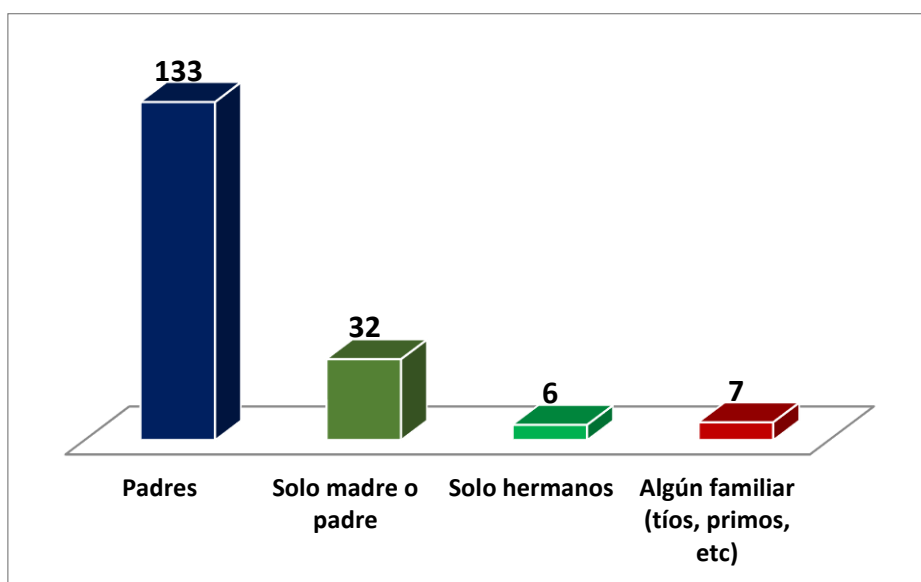
relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, entre las fuentes de información más mencionadas figuran los profesores 185 (81.86%); las clases en el colegio 147 (65.04%); los padres 103 (45.58%); los medios de comunicación 72 (31.86%); los amigos 55 (24.34%); los hermanos 22 (9.73%) y otros 10 (4.42%). Entre los alumnos que mencionan otros encontramos Organizaciones No Gubernamentales, institutos, videos, libros, revistas y psicólogos.

Instituto Nacional de Salud Pública de México (2014), en su estudio “Análisis sobre Educación Sexual Integral, Conocimientos y Actitudes en Sexualidad en Adolescentes Escolarizados”, encontró que más del 95% de los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de edad, recibieron por parte de algún personal docente (maestro, psicólogo, director, orientador) información sobre: sistema reproductivo (97.7%), cómo protegerse para prevenir el VIH (97.4%), cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual (97.8%) y cómo protegerse para prevenir un embarazo (96.9%) y sobre el uso del condón (95.2%). Los temas menos tratados en las escuelas fueron sobre como vencer barreras para conseguir condones u otros métodos (44.5%) y sobre valores y relaciones sociales (61.3%). Para tratar temas de salud sexual y reproductiva, como la pubertad, los adolescentes reportaron que sus fuentes favoritas eran los maestros en el caso de los hombres (41.1%) y los padres en el caso de las mujeres (45.8%). Los adolescentes prefieren como fuente de información sobre el sistema reproductivo a los maestros (hombres 49.7% y mujeres 44.8%), pero prefieren a los padres para obtener información sobre relaciones (hombres 48.2% y mujeres 57.3%).

Tabla 8

Distribución porcentual de los adolescentes del 5to. Año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, de acuerdo a con quién vive. Setiembre-Noviembre 2016.

PERSONAS CON QUIEN VIVE	ADOLESCENTES	
	N°	%
Padres	133	74.7
Solo madre o padre	32	18.0
Solo hermanos	6	3.4
Algún familiar (tíos, primos, etc.)	7	3.9
TOTAL	178	100



La tabla nos muestra que del total de adolescentes (178), el 74.7% viven con los padres, el 18% viven con uno de los padres y el 3.4% vive sólo con sus hermanos.

El **Instituto Nacional de Salud Pública de México (2014)**, en su estudio Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados encontró que el 88.1% de los adolescentes que estudian en alguna escuela de educación media superior de 15 a 18 años de edad viven con su madre, 69.9% con el padre, 58.9% con hermanos o hermanas.

Tabla 9

Actitud frente a la educación sexual en adolescentes del 5to. Año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho con relación al sexo. Setiembre-Noviembre 2016.

Sexo	ACTITUD FRENTE A EDUCACIÓN SEXUAL						T O T A L	
	Rechazo		Indiferencia		Aceptación			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	0	0	10	5.6	55	30.9	65	36.5
Masculino	4	2.2	24	13.5	85	47.8	113	63.5
TOTAL	4	2.2	34	19.1	140	78.7	178	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla se relaciona la actitud frente a la educación sexual de los adolescentes con el sexo. Del 63.5% de estudiantes de sexo masculino, el 47.8% mostraron una actitud de aceptación frente a la misma, el 13.5% mostraron actitud de indiferencia y el 2.2% una actitud de rechazo. Mientras que del 36.5% de estudiantes de sexo femenino, el 30.9% mostraron una actitud de aceptación, el 5.6% mostraron una actitud de indiferencia y ninguna mostró actitud de rechazo frente a la educación sexual.

De los resultados obtenidos se desprende que el mayor porcentaje de adolescentes en estudio fueron varones mostrando en mayor porcentaje una actitud de aceptación frente a la educación sexual; lo mismo ocurrió en el grupo de estudiantes mujeres, aunque cabe destacar que en este grupo no se encontró rechazo frente a la educación sexual.

Tabla 10

Actitud frente a la educación sexual en adolescentes del 5to. Año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho con relación a la edad. Setiembre-Noviembre 2016.

Edad	Actitud frente a Educación Sexual						TOTAL	
	Rechazo		Indiferencia		Aceptación			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 - 16 años	3	1.7	25	14	99	55.6	127	71.3
17 - 19 años	1	0.6	9	5.1	41	23	51	28.7
TOTAL	4	2.2	34	19.1	140	78.7	178	100

Fuente: Elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	P > 0.05
Chi-cuadrado de Pearson	,133 ^a	2	,936
N de casos válidos	178		

La presente tabla nos muestra que el 71.3% de los estudiantes en estudio tuvieron entre 15-16 años de edad; de los cuales, el 55.6% mostraron una actitud de aceptación frente a la educación sexual, el 14% mostraron una actitud de indiferencia, y el 1.7% mostraron una actitud de rechazo. Mientras que del 28.7% de estudiantes con edades entre 17-19 años, el 23% mostraron una actitud de aceptación frente a la educación sexual, el 5.1% mostraron actitud de indiferencia y el 0.6% mostraron una actitud de rechazo.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado, nos da a conocer que no existe asociación entre las variables actitud frente a la educación sexual y la edad de los adolescentes del Colegio “Mariscal Cáceres”.

Tabla 11

Actitud frente a la educación sexual en adolescentes del 5to. Año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres” de Ayacucho con relación a la procedencia. Setiembre-Noviembre 2016.

Procedencia	ACTITUD FRENTE A EDUCACIÓN SEXUAL							
	Rechazo		Indiferencia		Aceptación		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbana	4	2.2	19	10.7	75	42.1	98	55.1
Urbano-marginal	0	0	12	6.7	56	31.5	68	38.2
Rural	0	0	3	1.7	9	5.1	12	6.7
T O T A L	4	2.2	34	19.1	140	78.7	178	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla se observe que el 55.1% de los adolescentes en estudio procedían de la zona urbana; de ellos, el 42.1% mostraron una actitud de aceptación frente a la educación sexual y el 2.2% mostraron una actitud de rechazo. Así mismo, del 38.2% de adolescentes que proceden de la zona urbano marginal, el 31.5% mostraron una actitud de aceptación frente a la educación sexual y ninguno mostró una actitud de rechazo; Mientras que del 6.7% de estudiantes que procedían de la zona rural, el 5.1% mostraron una actitud de aceptación frente a la educación sexual y el 1.7% mostraron una actitud de indiferencia.

Esta tabla, no se sometió a la Prueba de Chi cuadrado, debido a que se encuentra dos de los resultados con cifra menor a 1, por lo que, tomando en cuenta los resultados, podemos concluir, que los adolescentes provenientes de la zona urbana tienen una mayor actitud de aceptación frente a la educación sexual.

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio participaron 178 adolescentes; de los cuales, el 63.5% (113) pertenecen al sexo masculino y el 36.5% (65) pertenecen al sexo femenino; todos ellos, pertenecientes al quinto año de secundaria turno mañana de la Institución Educativa Estatal “Mariscal Cáceres”.
2. Con respecto al nivel de conocimiento sobre educación sexual, el 91% de los adolescentes presentó buen nivel de conocimiento bueno y el 9% un nivel de conocimiento regular.
3. Con respecto a la actitud frente a la educación sexual, el 79% presentaron actitud de aceptación frente al tema en estudio y el 19% presentaron una actitud de indiferencia.
4. Al relacionar las variables nivel de conocimiento y actitud frente a la educación sexual, se encontró que existe relación entre mayor nivel de conocimiento y la actitud de aceptación hacia la educación sexual.
5. Del 63.5% de estudiantes varones, el 59% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 4.5% un nivel de conocimiento regular. Mientras que del 36.5% de estudiantes mujeres, el 32% tuvieron nivel de conocimiento bueno sobre educación sexual y el 4.5% nivel de conocimiento regular.
6. Las variables sexo y edad no están directamente relacionados con el nivel de conocimiento sobre educación sexual. Mientras que, la procedencia, el ingreso económico familiar y la información previa recibida, se encuentran relacionados con el nivel de conocimientos sobre educación sexual.
7. El 97.8% de los adolescentes en estudio recibió información previa sobre educación sexual, donde el 88.8% tuvieron buen nivel de conocimiento y el 9% un nivel de conocimiento regular.

8. Del 97.8% (174) de adolescentes que recibieron información sobre educación sexual, el 25.9% tuvieron como fuente de información a los profesores y el 18.4% tuvieron más de 2 fuentes de información.
9. Un 74.7% de los adolescentes en estudio manifestó que vive con sus padres y el 18% vive sólo con mamá o papá.
10. Las variables sexo y procedencia están directamente relacionados con la actitud hacia la educación sexual; mientras que la edad, no lo está.
11. Finalmente, analizando la hipótesis, podemos concluir, en que el nivel de conocimiento sobre educación sexual no está relacionado con la edad y el sexo; sin embargo, hay mayor conocimiento si la procedencia es urbana, buena condición económica y existe información previa. Mientras que, la actitud no tiene relación con la edad del adolescente; sin embargo, hay mayor aceptación hacia la educación sexual si el sexo es femenino y la procedencia urbana.

RECOMENDACIONES:

1. Continuar con los programas preventivos en las instituciones educativas y en la comunidad en temas referidos a la Educación Sexual, convocando a profesionales de la salud como obstetras y psicólogos, para obtener mejores resultados en cuanto a conocimientos y actitud respecto a la educación sexual.
2. Capacitar a los profesores tanto del nivel primario como secundario para que ellos puedan brindar información acertada sobre los temas de educación sexual básica.
3. Afianzar la escuela de padres donde se imparta información básica sobre educación sexual y sea un medio para propiciar la comunicación horizontal entre padres e hijos.
4. Las actitudes de los adolescentes frente a la educación sexual, deben tomarse en cuenta, ya que hay un porcentaje significativo que manifiesta indiferencia ante el mismo, por lo que deben encontrarse las razones en estudios posteriores y se propenda un mejoramiento en la educación sexual, en base a lo hallado.
5. Deberían implementarse medidas por parte de los establecimientos de salud para llegar a los adolescentes, con campañas informativas y que ellos puedan acceder a un consultorio exclusivamente para ellos, no sólo en los hospitales, sino también a nivel de los puestos de salud, para que los adolescentes puedan acudir y les brinden la confianza y confidencialidad para que así puedan tener acceso a una salud sexual responsable y segura.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. UNESCO. Los jóvenes y las competencias: Trabajar con la Educación. Informe de Seguimiento de la Educación para todos en el Mundo. 2012 Pág. 1 Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002180/218083s.pdf>.
2. Miguel Benites Crispin. La Necesidad de Implementar Educación Sexual Integral en Instituciones Educativas. 10^{ma} Edición. Lima. Disponible en: http://www.derecho.usmp.edu.pe/sapere/ediciones/edicion_10/articulos_investigadores/LA_NECESIDAD_IMPLEMENTAR_EDUCACION_SEXUAL_INTEGRAL_INSTITUCION_ES_EDUCATIVAS.pdf.
3. UNESCO. Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago) 2014.
4. MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible. 2011 Sitio web: <http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1782.pdf>.
5. UNESCO. Los jóvenes y las competencias: Trabajar con la Educación. Informe de Seguimiento de la Educación para todos en el Mundo. 2012. Pág. 2 Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002180/218083s.pdf>.
6. UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe — Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estado de la Población Peruana 2014 Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf.
8. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Epidemiología y control de enfermedades. Lima 2016. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2016/SE10/mmaternas.pdf>
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la OMS, 2009. Volumen 87, junio 2009, 405-484. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
10. INEI. Salud Sexual y Reproductiva, Adolescente y Juvenil: Condicionantes Sociodemográficos e Implicancias para Políticas, Planes y Programas e Intervenciones. 2002. Disponible en: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0564/Libro.pdf
11. MINISTERIO DE SALUD. DGPS “Orientaciones Técnicas para el desarrollo del contenido de Habilidades para la Vida en los Programas de Promoción de la Salud”, 2005.
12. Moreno, Sonia; León Canelón, Marú; Becerra, Ligia. 2008. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. Revista digital Vol. 15 No. 4 (octubre-diciembre, 2006) Pág. 787 – 803,

Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. Disponible en: <http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/1310/1312>.

13. Sancho Miñao, Carolina (Tucuman, Argentina - 2006). “Conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes”. Pag. 14 – 15.
14. Manuel Varela Salgado Y Javier Paz Esquete. “Conocimientos y Actitudes Sexuales en adolescentes y jóvenes” en el Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. 2010. España. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13187437&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=262&ty=88&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=262v08n02a13187437pdf001.pdf.
15. Grajales Ic, Cardona D. Actitudes de los Adolescentes Escolarizados Frente a la Salud Sexual y Reproductiva. Medellín (Colombia). Invest. Educ. Enferm. 2012; Pág. 77-85.
16. FUNDACIÓN HUÉSPED Y UNICEF. “Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva y uso de tecnologías de la información y la comunicación entre adolescentes de Argentina” 2012. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Resumen_ejecutivo_Final.pdf
17. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. México (2014), en su estudio “Análisis sobre Educación Sexual Integral, Conocimientos y Actitudes en Sexualidad en Adolescentes Escolarizados” Pag. 3, 85 -93.
18. Cardona D y Col. (Colombia - 2015). “Conocimientos sobre Sexualidad en Adolescentes Escolares en la ciudad de Armenia, Colombia”. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552015000600003&script=sci_abstract
19. Chimah U C y Col. Nigeria 2016, “El conocimiento de anticonceptivos y la práctica entre los estudiantes de las escuelas secundarias superiores de cuarteles militares en Nigeria” Volumen 19, Edición 2, Página 182-188. Disponible en: <http://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2016;volume=19;issue=2;spage=182;epage=188;aulast=Chimah>
20. Thongzhi y col. (Cusco - 2003). “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata - Cusco 2003”. Pag. 51-53.
21. Flores Aparco, Diana Claudia; Guevara Cachay, Elizabeth “Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos modernos en adolescentes escolares con actividad coital, San Juan de Lurigancho” Lima, Perú 2004.
22. Navarro y López Tarapoto, 2012, “Nivel de Conocimiento y Actitudes Sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras en Tarapoto”. Pag. Viii, 60 -64.
23. Gomez A. Lima 2013. “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en relación a la sexualidad en Adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador". Pag. 26, 84-85.
24. Chavez y Ellisca (Ayacucho, 2015) Investigación: “Prácticas de Riesgo de la Sexualidad en Adolescentes del quinto año de educación secundaria turno tarde, Institución Educativa

Mariscal Cáceres Ayacucho Abril – Octubre 2014”.

25. Fondo de Población de las Naciones Unidas Estado de la Población Mundial 2010 Desde conflictos y crisis hacia la renovación: Generaciones de cambio 2010.
26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA. Desafíos para El Caribe a 10 Años de la Conferencia Internacional sobre la Población y El desarrollo de El Cairo, Egipto. Volumen 15, Número 2 Febrero 2004.
27. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ art. 13 y 14.
28. LEY GENERAL DE EDUCACIÓN 28044, Art. 2do.
29. Decreto Legislativo 346 Ley de Política Nacional de Población (julio1985) y su modificatoria Ley 26530 septiembre 1995). Art. 14.
30. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Ministerio de Salud. Perú. 2005. Pág.27.
31. UNESCO. Educación Sexual Integral en el Sistema Educativo. Lima 2009. Pag. 4.
32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Organización Panamericana de la Salud Derecho Institucional de Adolescentes y Jóvenes 1999.
33. MOLINA R. “Anticoncepción en la Adolescencia” En Texto: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Molina R, Sandoval J, Gonzalez E (eds). 2003 Pág.: 768 -782.
34. Definición de conocimiento - Qué es, Significado y concepto disponible en: <http://definicion.de/conocimiento/#ixzz48D7Zlrt7>
35. Verónica Kenigstein. “Conocimiento Sexual y Género” de disponible en http://www.avizora.com/publicaciones/colaboradores/textos_veronica_kenigstein/0002_conocimiento_sexual.htm.
36. Mejia Mejia, Elias Y Bravo Cabrejos Jorge “Metodología de la Investigación Científica” Lima- Perú 2005. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/56942915/11/Clasificacion-de-las-variables>.
37. <http://www.significados.com/actitud/>
38. Funciones de las Actitudes. Disponible en: <http://psicologia-social-roiel.blogspot.pe/2012/05/las-funciones-de-las-actitudes-segun.html>.
39. Psicología Social. 31 de julio de 2012, se ubica en <http://psicologiasocial-victortorrealba.blogspot.pe/2012/07/importancia-de-las-actitudes.html>.
40. Coon, D. Psicología “Exploración y aplicaciones”. México. 1999. Editorial Internacional Thomson S. A. (Pág.: 667, 677, 678, 679).
41. MINISTERIO DE SALUD. Guía Práctica Para Profesionales de Salud. Argentina. 2014 Pág. 31 al 39. y Pag. 45 al 46. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-Guia_practica_metodos_anticonceptivos_2014.pdf

42. «Definition of contraceptive method,» (en inglés). Disponible en <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/contraceptive+method1>.
43. MINISTERIO DE SALUD. Planificación Familiar, Derecho de Todas y Todos. Guía del Uso de los Métodos Anticonceptivos. Lima, 2012. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp>
44. CRUZ C. y otros. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. México 2011. Pág. 9. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_prevenccion_diagnostico_I_TS-FEB13CS4.pdf.
45. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. España 2014. Infecciones de Transmisión Sexual. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevenccion/prostitucion/docs/infecTransmSexual.pdf>
46. Barón, R; D. Byrne. “Psicología Social”. Prentice Hall. ISBN 0-205-18944-X.
47. Educación Sexual Integral en el Sistema Educativo. Lima 2009. Pag. 5
48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Glosario Promoción de la Salud. Ginebra 1998. Pág.10.
49. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Comité Nacional de Promoción de la Salud. Lima. 2005.
50. World Health Organization (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.
51. Dewey, John (1944). Democracy and Education. Pag. 1-4. ISBN 0-684-83631-9.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Joven estudiante: Se le ha invitado a participar en el estudio de investigación denominado “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO MAÑANA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “MARISCAL CÁCERES” AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016”. Este es un estudio que se realiza con el objetivo de determinar, los conocimientos que tienen los adolescentes respecto a la anatomía y fisiología de los órganos sexuales, uso de los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, e identificar las actitudes frente a la educación sexual; por lo que se solicita a Ud. su participación en el presente proyecto de investigación. La participación es voluntaria, antes de tomar una decisión, lea con atención lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta anónima con sus datos generales elaboradas para lo cual se le pide veracidad y seriedad al momento de la encuesta.
2. Toda información obtenida en el presente estudio es confidencial y solo tendrá acceso a ella Ud. y el investigador.

En vista de lo antes expuesto y en plena función de mis facultades físicas y mentales; y como estudiante adolescente de la Institución Educativa accedo a participar en el presente estudio y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

FECHA:

Firma de la participante

Firma del investigador

Universidad Nacional de
San Cristóbal de Huamanga
**ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

Fecha:

Nº Ficha:.....

I. DATOS GENERALES

Sexo: Femenino () Masculino () Edad :..... años

Procedencia: Urbana () Urbanomarginal () Rural ()

Persona con quien vive el estudiante: Con los padres () Sólo con madre o padre ()

Sólo con sus hermanos () Con algún familiar ()

Otros:

¿Recibiste información sobre educación sexual?: No recibió () Sí recibió ()

Fuente de información: Por los profesores () Por los padres ()

Por personal de salud () Medios de comunicación ()

Otros:.....

El ingreso económico mensual de su familia es:

Menor a 850 () Entre 850 a 2,550 () Mayor a 2,550 ()

**II. CUESTIONARIO DE PREGUNTAS SOBRE TEMAS DE EDUCACIÓN
SEXUAL**

	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por: los labios mayores y menores, el clítoris, orificio de la uretra.		
2. Los genitales internos de la mujer está conformado por: Vagina, útero, trompa de Falopio y Ovarios.		
3. Los genitales externos del hombre está conformado por: El pene, los testículos y las bolsas escrotales.		
4. ¿En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada?		

5. Los genitales internos del hombre está conformado por: glándula bulbo uretral, uretra, próstata, conducto eyaculador, vesícula seminal, conducto deferente, epidídimo y testículos.		
6. ¿Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual? +/-3 días.		
7. El embarazo comienza con la fecundación		
8. ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al óvulo?		
9. ¿Las Trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero?		
10. Luego de la fecundación, el bebé se desarrolla durante los 9 meses en el útero.		
11. El deseo sexual es algo natural, también en la adolescencia.		
12. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la Sexualidad.		
13. El cáncer de cuello uterino es causado por el Virus Papiloma Humano		
14. ¿Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida?		
15. El virus del SIDA se contagia al tener relaciones sexuales sólo con homosexuales.		
16. El virus del SIDA se contagia al comer con los cubiertos de la persona con esta enfermedad.		
17. Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA está dada por vía sanguínea, relación coital, transmisión de madre a hijo.		
18. Crees que hoy en día todos deben usar condón para protegerse de infecciones de transmisión sexual		
19. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de las infecciones de transmisión sexual, y uso de métodos anticonceptivos.		
20. Las infecciones de transmisión sexual ¿se previenen con inyecciones?		
21. Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		

22. El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.		
23. Los adolescentes que iniciaron con las relaciones sexuales deben utilizar algún método anticonceptivo		
24. Si el varón utiliza 2 condones a la vez en una relación sexual, es más efectivo como método anticonceptivo.		
25. En el acto sexual, eyacular afuera y lavar la zona genital ¿es un método anticonceptivo?		
26. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada		
27. La píldora, los inyectables y el dispositivo intrauterino, son métodos anticonceptivos		
28. El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.		
29. Son métodos de barrera: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas		
30. El método anticonceptivo más efectivo es el método del ritmo		
31. Para usar la T de cobre la mujer debe ir al médico u obstetra		
32. En los últimos 6 meses, ¿has hablado con tus padres o tutores sobre los siguientes temas: sexo, cómo usar condones, protegerte de infecciones sexualmente transmitidas, protegerte del virus del Sida, prevenir el embarazo?.		

CUESTIONARIO DE ACTITUD FRENTE A LA EDUCACIÓN SEXUAL POR PARTE DEL ADOLESCENTE

Para cada una de las siguientes frases o afirmaciones indica si estas:

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

ACTITUD HACIA LA EDUCACIÓN SEXUAL	1	2	3	4	5
1. Considero importante se brinde educación sexual en las Instituciones educativas.					
2. No debe brindarse información sobre sexualidad a los adolescentes porque inician tempranamente con las relaciones sexuales					
3. Una persona que va a iniciar con las relaciones sexuales o se encuentra en actividad sexual, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
4. Es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
5. No debe darse la educación sexual en los colegios porque no ayuda a prevenir los embarazos precoces.					
6. La responsabilidad y la honestidad son valores que se desarrollan al adquirir conocimientos sobre educación sexual.					
7. La educación sexual debe ser brindada necesariamente por profesionales capacitados en el tema					
8. Los valores se desarrollan y fortalecen cuando se brinda una buena educación sexual.					
9. Los estudiantes necesitan conocer más sobre educación sexual					

RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SEXUAL	1	2	3	4	5
1. Me considero obediente					
2. Llego a mis clases puntualmente					
3. Cumpló con mis obligaciones					
4. Colaboro en las tareas de la casa					
5. Tener relaciones sexuales (coitales) te expone a problemas de salud como: embarazo no deseado ó contagiarse con las infecciones de transmisión sexual como el SIDA.					
6. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
7. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
8. hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de las infecciones de transmisión sexual.					
LIBERTAD PARA DECIDIR Y ACTUAR	1	2	3	4	5
1. Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad.					
2. Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
3. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten.					
4. Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar.					
5. Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad					
6. Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos.					
7. Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción etc.					
8. Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal.					
9. Es fácil expresar mi opinión ante los demás.					
10. Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual.					

RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD	1	2	3	4	5
1. Yo y mi pareja nos consideramos iguales					
2. Crees que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
3. Cuando estoy frente a un problema de salud sexual mi pareja responde conjuntamente conmigo en la solución del problema.					
4. Mi pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando no lo deseo.					
5. Mi pareja respeta mi espacio con mis amigos.					
6. Mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones Coitales.					
7. Mi pareja conversa conmigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
8. Converso con mi pareja sobre el desarrollo personal de ambos.					
9. Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos.					

SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO	1	2	3	4	5
1. Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona.					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual.					
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor.					
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto.					
5. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación.					
6. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y Cuidado.					

7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza.					
8. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos.					
9. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10. Las mujeres ven a la sexualidad como algo malo porque sus padres les transmitieron ese concepto.					

¡Gracias por tu colaboración!

MUESTRA FOTOGRÁFICA DEL DÍA DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

