



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DEL 3°4° Y 5°
AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO
EL AGUSTINO - 2016**

TESIS PRESENTADO POR:

INGRID CAROLINA ROJAS DOMINGUEZ

PARA OPTAR

EL GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ÍNDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II-V
RESUMEN	VI
ABSTRACTIX	
INTRODUCCIÓN	1-2
CAPITULO I	PLANEAMIENTO METODOLÓGICO
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	3
1.2 Delimitación de la investigación	4
1.3 Formulación del Problema	
1.3.1 Problema principal	
1.3.2 Problemas secundarios	
1.4 Objetivos de la investigación	5
1.4.1 Objetivo general	
1.4.2 Objetivos específicos	
1.5 Hipótesis	
1.5.1 Hipótesis general	
1.5.2 Hipótesis secundaria	
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	
1.6 Diseño de la Investigación	6
1.6.1 Tipo de investigación	
1.6.2 Nivel de la investigación	
1.6.3 Método	
1.7 Población y muestra	7
1.7.1 Población	
1.7.2 Muestra	
1.8 Técnicas e instrumentos	8
1.8.1 Técnicas	
1.8.2 Instrumentos	
1.9 Justificación	8

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	
2.1.1	Antecedentes	9-13
2.1.2	Bases teóricas	14
2.1.3	Definición de términos	18

CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1	Presentación de resultados	99-145
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	146

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1	Conclusiones	149
4.2	Recomendaciones	153

FUENTES DE INFORMACION

ANEXOS

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Juicio de expertos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

Dedico a : Mi padre por ser uno de los principales motores e impulsador y ser un gran luchador que día a día a pesar de las circunstancias presentadas, cuando estuve a punto de dejarlo todo no por mi voluntad sino por la pérdida de fuerzas y esperanzas...

Agradezco.

Primero a Dios por fortalecerme, acogerme en mis tiempos de aflicción, de no hallar luz en mi vida.

Segundo a las personas que siempre creyeron en mí y me dieron apoyo emocional en mis momentos más difíciles.

Tercero a la Obstetra Betty Vázquez, por ser una gran asesora, gracias a sus orientaciones permitieron la culminación de la tesis.

Finalmente a las autoridades y alumnos de la I.E Juana Infantes Vera que se mostraron interesados ser parte de este estudio, que sin ellos este trabajo no hubiera tenido razón de ser.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el Objetivo: Determinar los mitos sobre sexualidad en adolescentes del 3º, 4º y 5º año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera 2016

Material y métodos: Se trató de un estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal, la población sujeto de estudio fueron 69 adolescentes que estudian en la I.E Juana Infantes Vera. La muestra fue al 100% .Se utilizó la técnica de la entrevista para la autorización. El instrumento usado fue la encuesta para la recolección de datos. Posteriormente se analizó vía estadística descriptiva.

Resultados: Fueron encuestados 69 adolescentes de 14 a 18 años, de las cuales el sexo más frecuente, el sexo femenino con un 50,7% seguido en 2do lugar por el sexo masculino con un 49,3%; el 44,9% cursan el 3ero año de secundaria, siendo este año el mayor porcentaje presentado y el 56,5% de los adolescentes eran de provincia.

El 30,4% son de familia extensa seguido de un 29,0% de familia disfuncional, el 50,7% son católicos. El 50,7% han recibido información de sexualidad de sus familiares. El 52,2% de adolescentes no han iniciado sus relaciones sexual y el 18,8% si, siendo la edad de inicio 14 años, un 20,3% han tenido 2 parejas sexuales y 50,7% tienen enamorado(a).

En el análisis de los mitos con más prevalencia según sexo, en la población femenina creen que "Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales" con un porcentaje de 91.4%; en la población masculina el 73,5% creen que "El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo".

El mito con más prevalencia en la adolescencia temprana es "Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a)" con un porcentaje representativo mayor de 77,6% y en adolescencia tardía es "Los varones para ser más hombres, necesitan tener muchas relación sexuales con un gran porcentaje de 85%.

Las **conclusiones** a las que se llegó son: La prevalencia de mitos en la población adolescente aún son vigentes e influenciados, representando porcentajes mayores, los deficientes conocimientos en lo que respecta a sexualidad y la sobrevaloración de dichos conocimientos por parte de los propios alumnos, transforma a estos adolescentes en grupos de riesgo.

Palabras clave: Mitos, sexualidad, adolescencia, femenina, masculino, temprana y tardía.

ABSTRACT

The present study was set out with the objective: To determine the myths about sexuality in adolescents in the 3rd, 4th and 5th year of high school in Juana Infantes Vera 2016.

Material and methods: This was a descriptive, prospective cross-sectional study, the study population was 69 adolescents who studied in the I. Juana Infantes Vera. The sample was 100%. The interview technique was used for authorization. The instrument used was the survey for data collection. Subsequently it was analyzed through descriptive statistics.

Results: 69 adolescents aged 14 to 18 years, of which the most frequent sex was female, 50.7% followed in second place by the male sex with 49.3%; 44.9% attend the third year of secondary school, this year the highest percentage presented and 56.5% of the adolescents were from the province.

The 30.4% are extended family followed by 29.0% are dysfunctional, 50.7% are Catholics. 50.7% have received sexual information from their relatives. 52.2% of adolescents did not initiate their sexual relations and 18.8% if, being the age of onset 14 years, 20.3% had had 2 sexual partners and 50.7% had a love affair.

In the analysis of myths with more prevalence according to sex, in the female population believe that "Men, to be more men, need to have many sex" with a percentage of 91.4%; In the male population, 73.5% believe that "having sexual intercourse prevents pregnancy".

The myth with the most prevalence according to stage of early adolescence is "My first sexual relationship has to be with my first lover " with a representative percentage greater than 77.6% and in late adolescence is "Men to be more men, Need to have many sexual relationships with a large percentage of 85%.

The conclusions reached are: The prevalence of myths in the adolescent population are still in force and influenced, representing higher percentages,

deficient knowledge regarding sexuality and the overvaluation of this knowledge by the students themselves, transforms To these adolescents in risk groups.

Key words: Myths, sexuality, adolescence, feminine, masculine, early and late

INTRODUCCIÓN

La sexualidad forma parte del desarrollo del niño y el adolescente, los cambios que se generan en la adolescencia son variables y no solo afectan la esfera biológica sino también la psicológica y se generan matrices de comportamiento posterior; es así que la sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano, que se construye y se vive durante toda la vida, desde nuestro nacimiento. Es mucho más que relaciones sexuales o genitalidad; es la construcción que hacemos de nosotros mismos como hombres o como mujeres, a lo largo de nuestro proceso de desarrollo. Es una condición inherente de todos los seres humanos y se constituye en un derecho cuyo disfrute debe ser garantizado por todas las sociedades.

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, considerándose dos etapas, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

Es en esta etapa, en que el adolescente empieza a adoptar normas de conducta que están muy influidas por los conceptos sociales de género y que han de regir todos los aspectos de su futura vida adulta.

Hoy en día, los adolescentes y jóvenes cada vez tienen más acceso a la vida sexual al punto que su edad de inicio se ha reducido a la par que la frecuencia de la actividad genital ha crecido, evidencia que viene siendo descrita desde hace ya varios años; además, la información con que cuentan los adolescentes suele ser errónea o insuficiente asociándose a comportamientos riesgosos. Este tipo de información errónea, es la que se obtiene a través de mitos que abundan entre adultos y jóvenes respecto al sexo, lo cual hace que tengan alto nivel de desconocimiento y que asuman creencias erróneas frente a la vida sexual que son transmitidos de generación en generación.

Los mitos son una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente, porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad. En el momento en que el adolescente consigue información sobre sexualidad constituye un factor determinante. Una información adecuada al momento, correcta en sus contenidos, directa y objetiva puede ayudar a que los adolescentes estén mejor instruidos en sexualidad y consecuentemente mejor protegidos.

Hoy en día es un reto el encaminar a los adolescentes por el verdadero significado de la sexualidad entendiéndolo desde un punto psicológico, afectivo y saludable. Es necesario resaltar y mantener la lucidez frente a los mitos; es cierto que el hombre como ser humano necesita el placer para el desarrollo personal, pero el acceso a la información sexual sería apenas un factor para el mismo; por lo que es necesaria la investigación en adolescentes y conocer la realidad sobre el tema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano, que se construye y se vive durante toda la vida, desde nuestro nacimiento. Es mucho más que relaciones sexuales o genitalidad; es la construcción que hacemos de nosotros mismos como hombres o como mujeres, a lo largo de nuestro proceso de desarrollo. Es una condición inherente de todos los seres humanos y se constituye en un derecho cuyo disfrute debe ser garantizado por todas las sociedades.¹

Durante la adolescencia el ser humano cursa una etapa muy trascendental en su vida que se encuentra marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales acompañados por sentimientos de atracción sexual. Es en esta etapa, en que el adolescente empieza a adoptar normas de conducta que están muy influidas por los conceptos sociales de género y que han de regir todos los aspectos de su futura vida adulta.²

Hoy en día, los adolescentes y jóvenes de la I.E Juana Infantes Vera del distrito del Agustino cada vez tienen más acceso a la vida sexual al punto que su edad de inicio se ha reducido a la par que la frecuencia de la actividad genital ha crecido, evidencia que viene siendo descrita desde hace ya varios años; además, la información con que cuentan los adolescentes suele ser errónea o insuficiente asociándose a comportamientos riesgosos. Este tipo de información errónea, es

la que se obtiene a través de mitos que abundan entre adultos y jóvenes respecto al sexo, lo cual hace que tengan alto nivel de desconocimiento y que asuman creencias erróneas frente a la vida sexual que son transmitidos de generación en generación.³

Los mitos son una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente, porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad. En otras palabras, son un conjunto de creencias irreales. Estas creencias no surgen de la nada, sino que tienen una clara influencia y tradición histórica: de las religiones, de las ideologías, de las políticas. Lo alarmante de todo ello es que estas falsas ideas comienzan a divulgarse como algo verificado y real, convirtiéndose, en última instancia, en lo que se conoce como mito.

Estos mitos han perdurado en el tiempo y siguen extendiéndose, probablemente debido al alto grado de estigmatización social que presenta un tema como es la sexualidad.

La presencia de estos mitos sexuales conlleva a una vida sexual menos cuidadosa por parte de los adolescentes y por ende a riesgos como la transmisión de enfermedades sexuales y embarazos no planificados que traen como consecuencia un impacto psicosocial a mediano y largo plazo traducido en el aumento de los índices de deserción escolar, aumento del número de hijos, relaciones disfuncionales y reducción de ingresos.⁴

A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.⁵En Estados Unidos el 56% de las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales y en los varones el 73%. Se estima que en Europa la actividad sexual comienza en edades tempranas. En España, la edad media de

inicio de las relaciones sexuales es 17 años y en el 7%, antes de los 15. Asimismo, en África Subsahariana, más de la mitad de los adolescentes de 15 a 19 años ya tiene vida sexual activa. Por otra parte, en Chile la edad de inicio de actividad sexual es de 16 años y en México entre los 13 y 14 años. En más de 50 países se autoriza el matrimonio a los 16 años o menos, en siete de ellos tan tempranamente como a los 12 años.

Cuba no escapa a esta situación, existen estadísticas que muestran que en el país más de 2000 adolescentes interrumpieron sus estudios a causa de embarazos en la adolescencia, abortos y matrimonios precoces.⁶

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2011, el 12,5% de adolescentes mujeres de 15 a 19 años ya son madres (9,9%) o están gestando por primera vez (2,6%); el 85,9% de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas usa un método anticonceptivo moderno y el 8% de las adolescentes mujeres no conoce forma alguna de evitar la infección por el VIH/SIDA.⁷

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Espacial: El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Estatal Juana Infantes Vera, ubicado en el distrito del Agustino – Lima.

Temporal: El estudio se realizó en el año 2016.

Social: La población sujeto de estudio fueron los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria que estudian en la Institución Educativa Juana Infantes Vera.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los mitos sobre sexualidad en adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera en el año 2016?

1.3.1 Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son los mitos con más prevalencia en adolescentes según sexo?
- ¿Cuáles son los mitos con más prevalencia en adolescentes según etapas de la adolescencia: Temprana y Tardía?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

- Determinar los mitos sobre sexualidad en adolescentes del 3º, 4º y 5º año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera.

1.4.2 Objetivo Específicos

- Conocer los mitos con más prevalencia en adolescentes según sexo.
- Conocer los mitos con más prevalencia en adolescentes según etapas de la adolescencia: Temprana y Tardía.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

No tiene hipótesis.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

No tiene hipótesis.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

VARIABLE

Mitos sobre sexualidad

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipos de Investigación

Descriptivo: Porque describió los hechos de la misma manera como se presentaron.

Prospectivo: Se registró la información según fue ocurriendo los fenómenos.

Transversal: La unidad de muestra fue tomada en una sola oportunidad.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo, porque se realizó sobre hechos concretos y específicos de carácter netamente utilitarios, orientados a la resolución de problemas específicos.

1.6.3 Método

Para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta a los adolescentes sujetos de estudio a quienes se les aplicó un instrumento previamente elaborado y aprobado por tres expertos.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población de adolescentes de secundaria son 114 alumnos según la Organización Mundial de la Salud abarca las edades de 10 a 19 años de los cuales solo la población sujeto de estudio fueron del 3º, 4º y 5º año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera, siendo estos 69 alumnos, por su alta capacidad cognitiva, razonamiento y capacidad de respuesta. Para poder identificarlos, se tomaron en cuenta a los alumnos que se encontraban en las aulas respectivas; de las cuales, se aplicó la encuesta el día de la clausura del año escolar a los adolescentes de 14 a 18 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes que deseen participar en la investigación.
- Adolescentes que creen en mitos sobre sexualidad.
- Adolescentes de 3º, 4º y 5º año de secundaria por su alta capacidad cognitiva, respuesta, razonamiento y desenvolvimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes entre las edades 10, 11, 12, 13 por su baja capacidad de respuesta y desenvolvimiento.
- Adolescentes entre las edades de 19 años por no hallarse.
- Adolescentes de 1º y 2º año de secundaria.

POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

La población de adolescentes son 114, la población sujeto de estudio son 69 de cuales se encontraban en sus respectivas aulas de 3º, 4º y 5º año de secundaria y por medio de la encuestas se identificó que 35 adolescentes femeninas tienen mayor o igual número de presentar mitos que en masculinos que son 34.

1.7.2 Muestra

- La población sujeto de estudio fueron los adolescentes del 3º, 4º y 5º año de secundaria siendo 69 alumnos, por su alta capacidad cognitiva respuesta, razonamiento y desenvolvimiento.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Se aplicó la encuesta a los adolescentes del 3º, 4º y 5º año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera, para lo cual se solicitó el consentimiento informado verbal respetando los valores éticos para tal fin.

Previamente se solicitó permiso de la I.E Juana Infantes Vera la autorización necesaria para el levantamiento de la información.

1.8.2 Instrumentos

Se elaboró una encuesta para la recolección de datos con el fin de obtener información de los mitos sobre sexualidad en adolescentes del 3º, 4º y 5º año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera.

El mencionado instrumento se estructuró tomando en cuenta. La primera parte consta de ocho preguntas sobre datos socio demográfico. La segunda parte consta de cuatro preguntas de mitos sobre sexualidad en las cuales deben optar por las categorías de SI o NO, la segunda parte está dividido según clasificación: Primera relación sexual, cuenta con tres subclasificación de las cuales hay doce ítems; Sexualidad en la mujer, cuenta con tres subclasificación de las cuales hay once ítems; Sexualidad en el hombre, cuenta con tres subclasificación, de las cuales hay ocho ítems y Masturbación, cuenta con una subclasificación de las cuales hay cinco ítems.

La elaboración del instrumento se tomó como referencia del autor Naranjo A en su trabajo “Incidencias de mitos y creencias de la sexualidad en el rendimiento escolar de los adolescentes del Ciclo Diversificado del Colegio “Ingeniero Federico Páez” de la Ciudad de Otavalo. Ecuador 2011”.²

El instrumento en mención fue validado mediante el juicio de expertos, quienes dieron su opinión.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se justifica porque los mitos sexuales constituye uno de los principales problemas con mayor impacto en la adolescencia y es considerado como problema en salud pública en América Latina.

Muchos de los adolescentes de la Institución Educativa Juana Infantes Vera carecen de conocimientos, están mal informados e influenciados por mitos que han sido transmitidos por la familia que no abordan el tema sobre sexualidad con conocimientos, tergiversando la información acompañada de la influencia de los amigos y medios de comunicación.

En el Perú, el escaso conocimiento sobre sexualidad hace que el adolescente se encuentre desconcertado ante los verdaderos desafíos, de la misma. Las preguntas de los adolescentes son profundas y las respuestas que obtiene no cubre sus necesidades de conocimiento; de la información que reciba dependerá de las decisiones claves para sus vidas sexuales.

Los adolescentes expuestos a la falta de información son abordados por mitos sexuales que pueden llevar a la práctica de conductas de alto riesgo y provocar la transmisión de enfermedades sexuales, embarazos no planificados que traen como consecuencias un impacto psicosocial a mediano y largo plazo traducido en el aumento de los índices de deserción escolar, aumento del número de hijos, relaciones disfuncionales y reducción de ingresos.

Los resultados obtenidos servirán a la institución para brindar información a los profesores para que puedan conocer y responder a las dudas de los estudiantes, usar espacios educativos para abordar una adecuada educación sexual, que consiga erradicar falsos mitos y educar en la diversidad sexual, en la superación de valores y actitudes de los adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Nacionales

Flores ME. en su trabajo “Conocimientos actitudes del adolescente hacia la sexualidad responsable y mitos sexuales, embarazo precoz. 2012”.**Objetivo:** Determinar si existe relación entre el nivel de Conocimientos, actitudes hacia la sexualidad y mitos sexuales con riesgo de embarazo precoz de los Adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria del Colegio Julio C. Tello. **Metodología y Método:** El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, de nivel aplicativo, a la vez, No probabilística de tipo intencional, escogiendo de esa manera a los participantes correspondientes de la muestra, siendo 180 alumnos y el instrumento que se utilizó fue a través de un cuestionario con 10 preguntas para el nivel de conocimientos, 3 preguntas sobre mitos sexuales, la escala de Likert para medir las Actitudes con 19 preguntas y 1 pregunta abierta sobre el significado de tener un hijo a temprana edad, siendo los datos procesados para obtener los resultados correspondientes. Obteniendo como **Resultados:** El nivel de conocimientos de los adolescentes es de nivel regular. Las actitudes de los adolescentes en mayor porcentaje son indecisas, con pensamientos favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos conductas indecisas 38,9%. La gran mayoría de los adolescentes, aún no tienen

relaciones y un 30% ya las tiene, siendo el promedio de edad entre 14-15 años, donde predomina el sexo masculino. Los adolescentes que tienen un nivel de conocimiento de medio a bajo, tienen mayores prácticas sexuales. El sexo femenino en mayor porcentaje no se protege. El mayor porcentaje de alumnos, refirieron que tener un hijo a temprana edad en primer lugar significa tener más responsabilidad y madurez en esa nueva etapa de su vida.⁹

Hilrio N, Castillo KM. en su trabajo “Comunicación entre padres e hijos y su relación con el nivel de conocimiento y mitos sobre sexualidad en adolescentes. Institución educativa n°80010 Ricardo Palma. Trujillo, 2013”.**Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la comunicación entre padres e hijos y el nivel de conocimiento y mitos sobre sexualidad en adolescentes en la Institución Educativa N°80010 Ricardo Palma. **Material y Métodos:** El estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. Participaron 146 adolescentes del 1° al 5° año de secundaria, se aplicaron dos instrumentos, el primero diseñado para medir la comunicación entre padres e hijos y el segundo determinó el conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes. La confiabilidad del instrumento fue validada mediante una prueba piloto aplicada a 30 adolescentes alumnos de 5° de secundaria de la I.E.N°81003 Cesar Vallejo, obteniéndose una confiabilidad de 0,90 para la comunicación con el padre y 0,92 para la madre, y 0,83 para conocimiento sobre sexualidad. Obteniendo como **Resultados:** En el estudio se encontró que la comunicación entre ambos padres e hijos predomina una comunicación regular en 67,8%, seguido de 29,5% deficiente y buena en 2,7%. En lo que respecta a conocimiento y mitos sobre sexualidad se encontró que predomina un nivel medio con 62,3% seguido de 35% bajo y alto en 2,7%. La comunicación entre padres e hijos presenta una relación altamente significativa $X^2 = 251,09$, $p = 0.0000$, lo que indica que a mayor comunicación de los padres con sus hijos, los adolescentes presentan mejor conocimientos sobre sexualidad, obteniéndose una relación positiva considerable entre ambas variables ($r=0.74$).¹⁰

Navarro García YV. en su trabajo “Mitos, conocimientos y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en adolescentes de secundaria de la I.E Jorge Martorell Flores de Tacna 2011- 2012”.**Objetivo:** Determinar los

mitos, conocimientos y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en adolescentes. **Material y Métodos:** Estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal. Conformada por estudiantes de 3º, 4º y 5º año de secundaria y una muestra de 222 adolescentes. El instrumento utilizado es cuestionario y escala likert. Obteniendo como **Resultados:** El conocimiento sobre sexualidad 40,5% aprobados y 59,5% desaprobados. El 21,2% tienen relaciones coitales y el 78,8% no tienen relaciones sexuales, el promedio de edad en inicio de relaciones sexuales es 15 años, refieren sensaciones de felicidad 11,7%, temor y culpa 5,4%, el 14% usa preservativo, el 32,4% se masturba, el 21,6% abrazos y besos con ropa. El motivo para el inicio de relaciones sexuales (IRS) es obtener afecto 20,3%, la elección de la pareja para IRS es el enamorado 71,2%. El valor moral más predominante es el amor 38,3% y el motivo más predominante para no tener actividad sexual son las infecciones de transmisión sexual 47,7%; 77,9% tienen actitud desfavorable y 22,1% tienen actitud favorable con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual.¹¹

Rojas, RY. en su trabajo “Relación entre conocimientos sobre salud sexual, mitos y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat. Lima 2011”. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre los conocimientos sobre salud sexual, mitos y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa Ntra. Sra. de Montserrat. **Material y Métodos:** El presente estudio es de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal; la población estuvo conformada por 152 adolescentes; se utilizó un cuestionario auto administrado validado por juicio de expertos. Obteniendo como **Resultados:** Se encontró que el 100% de los adolescentes (152 adolescentes) que resolvieron el cuestionario el 84,9% tiene conocimiento acerca de la salud sexual, el 65% es información errónea que han sido transmitidos por familia y amigos comúnmente llamado mitos, el 86,8% aún no han tenido relaciones sexuales, frente a un 10,6% y 2,6% que si han tenido relaciones con su enamorado y un amigo respectivamente, el 75% de ellos no “programan” sus encuentros y estos se realizan de improviso, sin contemplar mayores detalles de

protección, higiene y seguridad, el 40% siempre se protege, el 30% casi siempre se protege, el 20% nunca se protegen y finalmente el 10% a veces se protegen.¹²

2.1.2. Internacionales

Naranjo A. en su trabajo “Incidencias de mitos y creencias de la sexualidad en el rendimiento escolar de los adolescentes del Ciclo Diversificado del Colegio “Ingeniero Federico Páez” de la Ciudad de Otavalo. Ecuador 2011”. **Objetivo:** Determinar los mitos de la sexualidad humana en el comportamiento de los adolescentes del ciclo Diversificado del colegio “Ingeniero Federico Páez” con la finalidad de presentar alternativas de condición sexual en el año lectivo 2011. **Material y Métodos:** Estudio de tipo descriptivo y propositivo, se realizó la evaluación a 80 estudiantes del colegio “Ingeniero Federico Páez de los sextos cursos, mediante la aplicación de una encuesta proporcionando información sobre los mitos y falacias de los adolescentes. Obteniendo como **Resultados:** el 43,21% cree que a veces el alcohol ayuda a tener una buena relación sexual, el 49,38% piensa que nunca la mujer debe estar lista para hacer el amor, el 27,16% piensa que solo a veces, el 23,46% cree que siempre, nos enseñaron que sexo existía para dar placer a los varones dueños y amos, solo para tener hijos, y bajo este concepto, nuestro cuerpo fue sistemáticamente enajenado y entregado. El 49,38% cree que a veces está bien fingir orgasmos para dejar contento al varón, el 27,16% cree que siempre y el 23,46% cree que nunca.²

Baccarat de Godoy Martins C. en su trabajo “Sexualidad En La Adolescencia: Mitos Y Tabúes. Chile 2012”. **Objetivo:** Identificar algunos tabúes y mitos en relación con la sexualidad, vivenciados por los adolescentes de Cuiabá. **Material y Métodos:** Investigación cuantitativa, cuya población de estudio estuvo integrada por estudiantes de primer año de enseñanza secundaria pública de Cuiabá. Los datos fueron recogidos por instrumentos de respuesta cerrada y procesados electrónicamente, por análisis simples y bivariadas. Obteniendo como **Resultados:** Los adolescentes creen que bebida

alcohólica y drogas aumentan el deseo sexual; no relacionan la posibilidad de embarazo con la práctica de sexo interfemural sin protección; creen que no hay riesgos de embarazo durante el período menstrual; los que no tuvieron experiencia sexual no supieron señalar qué causa placer en la relación sexual; entre los sexualmente activos se dieron respuestas como “cuanto mayor el pene del muchacho mayor el placer de las chicas” y “el muchacho siempre tendrá más placer que las chicas”; para que haya relación sexual es preciso amar al compañero (para las chicas) y apenas sentir atracción (para los muchachos); para los muchachos hay preferencia en casarse con alguien virgen.¹³

Fajardo CG; Gómez BS, Guerrero AC. en su trabajo “Mitos y creencias sobre sexualidad en adolescentes de baños. Cuenca - Ecuador 2014”.**Objetivo:** Determinar los mitos y creencias sobre la sexualidad en los adolescentes de Baños de la Cuenca. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, para determinar los mitos y creencias sobre sexualidad en los adolescentes de Baños de la ciudad de Cuenca en una muestra de 337 personas entre 12 y 18 años de edad; se aplicaron técnicas de entrevista directa y encuestas mediante el uso de un formulario estructurado, previo consentimiento de sus padres y asentimiento del grupo de estudio. Obteniendo como **Resultados:** El mayor número de estudiantes está entre los 12-14 años con el 45,7% con un 51,6% de participantes mujeres. Los adolescentes creen que el tener relaciones es bueno para la salud (57%); la primera relación sexual es dolorosa (57,6%); el varón debe tener su primera relación sexual con mujeres expertas (36,8%); el condón protege de todas las enfermedades sexuales (53,4%); la homosexualidad es una enfermedad (35,9%) y la masturbación es un problema social (31,5% y los mitos: la mujer es virgen siempre y cuando sangre en su primera relación sexual (63,8%); el sexo oral protege de enfermedades de transmisión sexual (39,2%); se puede quedar embarazada si se tiene relaciones durante la menstruación (32,6%); esterilidad por anticonceptivos (39,2%); aumento de peso por anticonceptivos (54%) y masturbación femenina (48,1%).¹⁴

Osorio Jaramillo L y Cuello Vega K. en su trabajo “Evaluación de mitos sexuales de acuerdo al género y nivel de formación en jóvenes universitarios y de educación media, Colombia 2013”.**Objetivo:** Identificar los mitos sexuales

más frecuentes en los jóvenes. **Material y métodos:** Estudio de tipo correlacional de corte transversal y paradigma cuantitativo, se realizó la evaluación de 213 estudiantes de los cuales 101 eran universitarios y 112 bachilleres con edades comprendidas entre 12 y 25 años, mediante la aplicación de un cuestionario de mitos, consiste en un listado de 16 ítems referidos a mitos y creencias sobre sexualidad a los que se contesta en formato dicotómico (sí, no). Obteniendo como **Resultados:** De 213 estudiantes de nivel universitario y de educación media(bachillerato),manifestaron que un 73% de los hombre sienten menos con el condón que un 89% de la mujeres, un 59% de los hombres refieren que el sida es consecuencia de una vida promiscua y desorganizada y con un 62% de la mujeres; la primera vez que la chica mantiene relaciones no puede quedar embarazada el hombre con 35% y mujer 38%; todas las chicas en su primera relación sangran y tienen dolor un 30% hombre y 42% mujer; cuanto más grande es el pene mejor un 37% hombre y 51% mujer; si te masturbas mucho ahora, de mayor pierdes potencia sexual un 23% hombre y 22% mujer; si la chica se lava bien después del sexo no queda embarazada un 68% hombre y 37% mujer se observaron porcentajes elevados de mitos en su mayoría significativamente asociados con las variables descritas. Sobresalen niveles elevados de mitos entre los hombres, así como un número significativo en universitarios de ambos géneros.³

2.1.2 BASES TEÓRICAS

A. CONCEPTO

La definición de adolescencia según la OMS es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.¹⁵

La palabra adolescente se deriva del verbo latino adolescere y su traducción es “en crecimiento”, lo cual indica que es un época donde es más notoria la transición de niños a adultos por los múltiples cambios.

La adolescencia es un periodo de crecimiento entre la niñez y la adultez. Los términos “adolescencia” y “pubertad” no son sinónimos, pubertad es la parte biológica (desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y a la adquisición de la capacidad reproductiva) y adolescencia es el conjunto biopsicosocial de la transición de la niñez a la adultez. El comienzo de la adolescencia es biológico y su fin es psicosocial.

Según Hamel y cols. Adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta.

Teorías sobre la adolescencia

Perspectiva psicoanalítica, cognitivo-evolutiva y sociológica

Desde el psicoanálisis; la adolescencia es el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos (fundamentalmente la represión de impulsos amenazantes) en ocasiones inadaptables. Con la pubertad se inicia la fase genital en el individuo, que se prolonga hasta la edad adulta. En esta fase se produce una reactivación de los impulsos sexuales (reprimidos durante la fase de latencia anterior, correspondiente a la infancia a partir de los seis años) que conduce al individuo a buscar objetos amorosos fuera del ámbito familiar y a modificar los vínculos

establecidos hasta ese momento con los padres. Este proceso se interpreta como una recapitulación de procesos libidinales previos, especialmente los referidos a la primera infancia, semejantes a un segundo procesos de individuación.

Así, el adolescente está impulsado por una búsqueda de independencia, esta vez de índole afectiva, que supone romper los vínculos afectivos de dependencia anteriores. Durante el periodo de ruptura y sustitución de vínculos afectivos, el adolescente experimenta regresiones en el comportamiento, tales como:

1. identificación con personajes famosos, como artistas o deportistas
2. fusión con ideales abstractos referidos a la belleza, la religión, la política o la filosofía, y también
3. estados de ambivalencia, manifestados en la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en los deseos o pensamientos, las fluctuaciones en los estados de humor y comportamiento, la rebelión y el inconformismo.

En conjunto, el individuo tiene que ir construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Debe integrar cambios sufridos en los distintos aspectos del yo, como en el ámbito de su autoimagen y auto concepto y establecer procesos de identificación y compromiso respecto a valores, actitudes y proyectos de vida que guíen su tránsito a la vida adulta.

En este proceso, el sujeto puede experimentar crisis de difusión de la identidad (expresadas en el esfuerzo de los adolescentes por definirse, sobre definirse y redefinirse a sí mismos) con resultados inciertos. Por tanto, el psicoanálisis acentúa la importancia de los factores internos en el curso adolescente, que desencadenan en mayor o menor medida conflictos de integración social.

El psicoanálisis mantiene una concepción de la adolescencia como una etapa en la que se produce una mayor proclividad hacia los fenómenos psicopatológicos.

Sin embargo, esta opinión no es compartida por otros autores psicoanalíticos.

Para Erickson, la adolescencia «no constituye una dolencia, sino una crisis normativa, es decir: una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y asimismo por un elevado potencial de crecimiento». La tarea más importante del adolescente, según este autor, es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles. La difusión de la identidad puede llevar al aislamiento del joven, su incapacidad para planear el futuro, a una escasa concentración en el estudio, o a la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad.

Desde la perspectiva cognitivo-evolutiva; Jean Piaget autor de referencia; la adolescencia es vista como un periodo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas y por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta. Durante esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal. Estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, pues, por una interacción entre factores individuales y sociales.

Por último, desde la perspectiva sociológica, la adolescencia es el periodo en el que los jóvenes tienen que consumir los procesos de socialización a través de la incorporación de valores y creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles o roles sociales. El sujeto tiene que realizar opciones en este proceso haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas. En este caso la adolescencia es vista como el resultado individual de las tensiones que se generan en el ámbito social, cuando las generaciones de jóvenes reclaman un estatus de independencia en la sociedad. Desde esta perspectiva se enfatizan los procesos de integración en el mundo laboral, como soporte necesario de ese tránsito desde una situación general de dependencia a otra de independencia. La situación de segregación social de la que provienen y el alargamiento de los procesos de tránsito a la sociedad adulta les coloca en

una situación de vulnerabilidad. Por tanto, aquí la adolescencia se atribuye principalmente a causas y factores sociales, externos al individuo.

Búsqueda de identidad en la adolescencia

La búsqueda de la identidad es un viaje que dura toda la vida, cuyo punto de partida está en la niñez y acelera su velocidad durante la adolescencia. Como Erik Erickson señala, este esfuerzo para lograr el sentido de sí mismo y el mundo no es “un tipo de malestar de madurez” sino por el contrario un proceso saludable y vital que contribuye al fortalecimiento total del ego del adulto.

Identidad frente a la confusión de la identidad:

Para formar una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de “quién soy” se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde termina el proceso de identificación. La identificación se inicia con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica. Erickson concluyó que uno de los aspectos más cruciales en la búsqueda de la identidad es decidirse por seguir una carrera; como adolescentes necesitan encontrar la manera de utilizar esas destrezas; el rápido crecimiento físico y la nueva madurez genital alertan a los jóvenes sobre su inminente llegada a la edad adulta y comienzan a sorprenderse con los roles que ellos mismos tienen en la sociedad adulta.

Cuando los jóvenes tienen problemas para determinar una identidad ocupacional se hallaran en riesgo de padecer situaciones perturbadoras como un embarazo o el crimen. Erickson considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de la identidad, que se manifiesta cuando

un joven requiere un tiempo excesivamente largo para llegar a la edad adulta (después de los treinta años). Sin embargo es normal que se presente algo de confusión en la identidad que responde tanto a la naturaleza caótica de buena parte del comportamiento adolescente como la dolorosa conciencia de los jóvenes acerca de su apariencia. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, lealtad constante, fe o un sentido de pertenencia a alguien amado o a los amigos y compañeros. La fidelidad representa un sentido muy ampliamente desarrollado de confianza; pues en la infancia era importante confiar en otros, en especial a los padres, pero durante la adolescencia es importante confiar en sí mismos.¹⁶

Etapas de la adolescencia

Adolescencia temprana (10 a 14 años)

La adolescencia temprana es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa que comienza a manifestarse los cambios físicos, que empieza con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy evidentes y puede ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidente, son igualmente profundos.

Una reciente investigación neurocientífica muestra que en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entra en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna

el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los niños cobran mayor conciencia de su sexo que cuando eran menores y puede ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observa. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación, acoso, o participar en ellos y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad.

Crecimiento y maduración somática

El hecho más destacado es el incremento de la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, bajo el control de las gónadas estimulinas FSH y LH, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas. Destacan los siguientes cambios:

1. Aceleración del crecimiento longitudinal. Se adquiere el 25% de la estatura.
2. Modificación de las relaciones segmentarias y de la composición de los tejidos, (masa esquelética, peso, distribución muscular y de grasa, aumento del volumen sanguíneo), desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas y órganos reproductivos.

El llamado estirón puberal muestra diferencias en ambos sexos, tanto en su cronología como en su intensidad. En las niñas es un acontecimiento precoz casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mientras que en los niños se inicia cuando la pubertad ya está avanzada. La mayoría de las alteraciones alrededor del crecimiento en esta época, van ligados a trastornos de hipo o hipercrecimiento o del desarrollo puberal y el aspecto general del adolescente y su satisfacción o aceptación de la propia imagen. La nutrición juega un papel esencial en el desarrollo y crecimiento del adolescente púber. El aumento de la masa corporal, la modificación de la composición de los tejidos y la frecuente alteración en los hábitos alimentarios, tendrán una repercusión directa en el equilibrio nutritivo.

Cambios psicosociales

Los cambios que registra el/la adolescente significan rupturas más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano. Estas rupturas movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de duelo, lógicamente a la sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo.

La imagen y el cuerpo

Los rápidos cambios físicos y a menudo disarmónicos llevan al adolescente a estar cada vez más preocupado por el aspecto de su cuerpo y por si lo que le ocurre es o no es normal.

- El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros; es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima. A menudo lo compara con el de otros adolescentes, siendo muy sensible a los defectos.
- Mayor interés por la anatomía y fisiología sexual; son comunes la ansiedad y las preguntas sobre la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación y el tamaño del pene.

- Las sensaciones eróticas comienzan a despertarse y se hacen más prohibitivos los contactos con los padres u otros adultos.

Lucha entre la dependencia y la independencia

Los cambios físicos engendran egocentrismo y empieza la lucha del adolescente por su independencia.

- Pérdida de condición de niño/a, del rol y de la identidad infantil: Ello le crea un vacío emocional y a menudo sin la presencia de un grupo de apoyo alternativo. Este vacío puede originar una disminución del rendimiento escolar. Se les describe como sujetos fuertemente paradójicos: tremendamente necesitados de independencia y nostálgicos de la dependencia y la seguridad infantil.
- Pérdida de los padres de la infancia: Los padres aún siendo los mismos son vistos de modo muy diferente y más real. La imagen que tienen de ellos es transmitida en términos de desacuerdo, de des admiración y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo. La respuesta de los adultos es a veces de aferramiento a sus propios valores y de resistencia a aceptar el proceso de crecimiento que los cuestiona.
- Comportamiento ambivalente e inestable (cariñoso/huraño, sumiso/dominador, dependiente/independiente...), actitudes de rebeldía y humor variable.

Integración en el grupo de amigos

Comienza a disminuir el contacto y la relación con la familia en favor de las relaciones con los de su grupo de edad.

- Relaciones de amistad dentro del mismo sexo, aunque hay algún contacto con el sexo opuesto dentro del grupo de amigos.
- Amistades íntimas con alguien del mismo sexo, que suelen ser idealizadas y muy intensas.

- Sensaciones de ternura y cariño fuertemente emocionales hacia sus iguales.
- Gran influencia del grupo de amigos con aceptación de sus normas. Ello se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.

Desarrollo de la identidad

En esta etapa hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal. Se inicia el desarrollo académico y su preparación para el futuro.

- Presencia de la excitación sexual con nuevas sensaciones: Todo ello imprime interés y deseo de saber y reafirmarse a partir de las vivencias del grupo de iguales. Imaginación y fantasía. Toma mayor relieve la masturbación y el contar chistes “verdes”.
- Exploración de sus recién descubiertas capacidades para la abstracción, comenzando las operaciones formales: Normalmente se desarrolla interiormente y provoca autointerés (sentirse como centro de atención) y fantasía.
- Establecimiento de unos objetivos vocacionales idealizados o irreales.
- Enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad. Con ello trata de definirse a sí mismo.
- Necesidad de mayor intimidad, escribir en el diario, escuchar música en la habitación o simplemente soñar despierto. Estas conductas son absolutamente normales e importantes en el desarrollo de la identidad.
- Desarrollo del propio sistema de valores y falta de control de los impulsos, que puede derivar en un comportamiento arriesgado y peligroso.
- Tendencia a exagerar la propia situación personal. Ello les puede llevar a sentir que son el centro de atención o bien a sentirse solos y únicos en sus problemas.

Adolescencia tardía (15 a 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Esta etapa tiene lugar a los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tiende a ser importantes al comienzo de esta etapa pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. El temor es un rasgo común de la temprana y tardía adolescencia, cuando los individuos experimenta el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía en la medida que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las adolescentes mujeres suelen correr un mayor riesgo que los adolescentes hombres de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las adolescentes mujeres tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión, comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

Crecimiento y maduración somática

En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo. La influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo de iguales como algunos de los factores que pueden determinar desequilibrios nutritivos en relación a la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren, (horario, bocadillos, alimentos refinados, etc.), se acentúan en los casos de las demandas especiales. En esta época, coincidiendo con trastornos emocionales o afectivos, puede haber una inhibición en el desarrollo psico sexual y traducirse en trastornos alimentarios: comer exageradamente o dejar de comer.¹⁷

Cambios psicosociales

Destacan la profundización en las relaciones sentimentales, amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

La imagen y el cuerpo

- Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios de su pubertad.
- Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes.

Lucha entre la dependencia y la independencia

En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. El/la adolescente muestra menos interés por los padres y dedica más tiempo a sus amigos.

- Prevalecen su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres.

- Reivindican su espacio, su tiempo, cómo y cuándo utilizar las horas del día. Provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.
- Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será importante para modelar el propio “yo” y la independencia.

Integración en el grupo de amigos

En ningún otro período tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual, revivan la rivalidad y los celos, experimenten el amor y la amistad de forma más realista.

Las características de esta relación incluyen:

- Avenencia con los valores, reglas y formas de vestir de los amigos/as en un intento de separarse de la familia.
- Integración en la subcultura de los amigos/as.
- Incorporación ascendente en relaciones heterosexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas en una calle de un barrio, en una plaza o en un bar, diversos experimentos y contactos sexuales.
- Integración en clubs, deportes de equipo, pandillas y otros grupos.

Desarrollo de la identidad

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, le da un nuevo sentido a la individualidad pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mí no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo.

- Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad.

- Disminuyen las aspiraciones vocacionales idealistas. En este período pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima también sufrir trastornos emocionales y depresión.
- Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos.
- Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los “mitos”. Descubrimiento de uno mismo y del otro.
- Se ponen en juego la autoestima y la capacidad de ser asertivo frente a las demandas del otro/a.
- Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo. Esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias. Estos comportamientos, constituyen un factor del alto índice de accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios que llegan a ser prevalentes en esta época.

Evaluación de crecimiento y desarrollo del adolescente

Tanner

Orientados a medir la maduración sexual de los adolescentes, basada en características medibles, como el tamaño de los genitales y la cantidad de vello púbico.

Tanner, sugirió 2 maneras de evaluar el desarrollo del adolescente:

1.- Tamizaje mediante gráficas, quien dividió en 5 grados el desarrollo mamario, el de vello púbico y genital. Estas tablas son usadas universalmente y permiten una evaluación objetiva de la progresión puberal.

Desarrollo puberal en mujeres

Grados de Tanner del desarrollo mamario.

Grado I: O pre-puberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.

Grado II: Se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, con aumento de diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.

Grado III: Se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.

Grado IV: Existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y sollevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).

Grado V: La mama es de tipo adulto, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.

Desarrollo del vello pubiano

Grado I: Ligera vellosidad infantil.

Grado II: Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura).

Grado III: Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.

Grado IV: Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).

Grado V: Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto al tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 10% se extiende fuera del triángulo pubiano (estadio 6).

Desarrollo puberal en varones

Desarrollo genital

Grado I: Pene, escroto y testículos infantiles, es decir de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia.

Grado II: Agrandamiento del escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante.

Grado III: Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal

Grado IV: Aumento del tamaño del pene, con crecimiento del diámetro y desarrollo del glande. Continuación del agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal.

Grado V: Genitales de tipo y tamaño adulto.

Desarrollo del vello pubiano

Grado I: Ligera vellosidad infantil

Grado II: Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene

Grado III: Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene

Grado IV: Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).

Grado V: Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto al tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba (estadio 6)

Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. OMS¹⁸

Cobertura sanitaria universal para los adolescentes

Los adolescentes conforman uno de los grupos peor atendidos por los servicios de salud existentes. A medida que los países trabajan en pro de la cobertura sanitaria universal, en el contexto de la agenda para el desarrollo después de

2015, será importante que el segmento de los adolescentes reciba una atención adecuada. Aunque es poco probable que la prestación de servicios de salud se pueda evitar gran parte de las principales causas de muerte y enfermedad en la adolescencia, los servicios de salud pueden contribuir de manera fundamental a atender y tratar los problemas de salud y los comportamientos relacionados con la salud que son frecuentes durante la segunda década de la vida. Los servicios de salud también deberían ser capaces de responder a las preocupaciones de los adolescentes y de los padres en relación con el desarrollo del adolescente y brindar toda la información necesaria al respecto.

La prevención del embarazo en adolescentes, la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y el suministro de vacunas contra los papilomavirus humanos son importantes puntos de partida para mejorar la prestación de servicios de salud a los adolescentes. Los servicios de salud tienen que avanzar más allá de estas situaciones para hacer frente a todo el abanico de necesidades de los adolescentes en materia de salud y desarrollo.

Servicios de salud que se abordan en las directrices de la OMS

- VIH
- Prevención de la violencia y los traumatismos
- Salud sexual y reproductiva/ atención materna
- Salud mental
- Consumo de sustancias
- Nutrición
- Actividad física
- Control del tabaco
- Atención clínica integrada de trastornos comunes
- Inmunización

La prevención del embarazo en adolescentes, la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y el suministro de vacunas contra el papiloma virus humanos son importantes puntos de partida para mejorar la prestación de servicios de salud a los adolescentes. Ahora los servicios de salud tienen que avanzar más

allá de estas situaciones para hacer frente a todo el abanico de necesidades de los adolescentes en materia de salud y desarrollo. En el informe Salud para los adolescentes del mundo se ha recopilado todos los elementos de servicios de salud que actualmente se abordan en las directrices de la OMS.

Algunos de esos elementos se refieren específicamente a los adolescentes, mientras que otros también son pertinentes para otros grupos de población. Las intervenciones previstas reflejan una perspectiva de todo el ciclo vital: algunas tratan los problemas que están afectando a los adolescentes (por ejemplo, la atención clínica de los trastornos de salud existentes), mientras que otras están orientadas a la prevención de enfermedades durante y después de la adolescencia (por ejemplo, estudio de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles).

Los países tendrán que otorgar prioridad a estos servicios e intervenciones basándose en una gama de factores, en particular, los principales problemas de salud que afectan a los adolescentes y la capacidad del sistema sanitario para hacerles frente. Más cobertura con más servicios. Además de la necesidad de que los servicios respondan a un conjunto más amplio de problemas de salud, también existe la necesidad de ampliar la cobertura.

Esto se puede hacer a través de los principales servicios ya existentes, o en otros entornos cercanos al adolescente, por ejemplo, en las escuelas, o a través de las nuevas tecnologías, como los teléfonos móviles.

La OMS ha desarrollado nuevas normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud para los adolescentes que propiciarán este cambio de énfasis. Asimismo, se ha logrado avances gracias al desglose de los sistemas de gestión de la información sanitaria por edad y sexo, que favorecerán una mayor precisión de la planificación y el seguimiento. También se ha producido mejoras en la medición de la cobertura, calidad y costo de las intervenciones prioritarias del sector de la salud dirigidas a los adolescentes, mejoras que resultan esenciales para la formulación y el monitoreo de los programas del sector de la salud.

Las políticas desempeñan un papel clave en la protección de la salud de los adolescentes

Los esfuerzos del sector de la salud deben ir más allá de las intervenciones dirigidas únicamente a los adolescentes. Si bien sigue siendo importante dotar a los adolescentes de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios y facilitar su acceso a los servicios de salud, las intervenciones que brindan apoyo a los padres, propician la promoción de la salud en las escuelas y se centran en cambiar los valores y normas sociales negativos también son clave. Las políticas y leyes que facilitan y exigen intervenciones para evitar la exposición al daño.

Las políticas de salud sobre temas específicos, por ejemplo, las relativas al tabaco o al VIH deben hacer referencia expresa a los adolescentes. Además, algunas políticas deben diseñarse teniendo en cuenta específicamente a los adolescentes, por ejemplo, las que garantizan que los adolescentes tengan acceso a la información y los servicios y abordan eficazmente las cuestiones de la confidencialidad y el consentimiento informado.

Hay que hacer participar a los adolescentes en las decisiones y en la acción.

En general, no se trata de diseñar intervenciones separadas para los adolescentes, sino de lograr que los adolescentes reciban una atención adecuada en todas las políticas, estrategias y programas que son pertinentes para ellos. Para asegurarse de que los programas y políticas atienden a sus necesidades, los adolescentes deben ser escuchados y participar en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios.

Los adolescentes son una fuerza para su propia salud y para la salud de sus familias y comunidades. Son agentes de cambio social y no simples beneficiarios de los programas sociales. Su participación debe ser propugnada y facilitada, tanto más cuanto que muchos de ellos son legalmente menores de edad, son "niños" en el sentido de lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Es importante adoptar un enfoque basado en los derechos humanos con respecto a la salud de los adolescentes, por numerosas razones: para que se establezcan claramente las obligaciones de los gobiernos y de otros titulares de deberes; para que se mantenga el énfasis en la equidad; las intervenciones y políticas que son necesarias pero también culturalmente sensibles y controvertidas, como la educación sexual, el consentimiento informado y asegurar que los adolescentes sean escuchados y puedan participar.

En la actualidad, los adolescentes están recibiendo una gran dosis de atención, hay una creciente sensación de que es urgente actuar ahora. Los cambios físicos, emocionales y cognitivos que tienen lugar durante la adolescencia y de las repercusiones que esos cambios tienen en las políticas y en los programas.

Más allá de los mitos; todavía hay muchos mitos sobre los adolescentes que impiden avanzar más rápidamente, como: están sanos y por lo tanto no necesitan demasiada atención; los únicos problemas que les afectan realmente están relacionados con la salud sexual y reproductiva; que la base de pruebas científicas es escasa y que no se sabe cómo actuar. Nada de esto es cierto.

Más allá de la mortalidad; las muertes en la adolescencia son importantes y ningún adolescente debe morir por causas prevenibles o tratables. Sin embargo, para los fines de la salud pública en general, es necesario focalizar la atención en la prevención de las conductas que ponen en peligro la salud (como, el consumo de tabaco, alcohol, drogas, las prácticas sexuales de riesgo) y los trastornos (depresión, obesidad) que se producen durante la adolescencia y repercuten en la salud a lo largo de todo el ciclo vital.

Más allá del individuo; las intervenciones a nivel del individuo y centradas en algunos problemas de salud no serán suficientes para reducir la mortalidad de los adolescentes por todas las causas. Los servicios de salud y los conocimientos teóricos prácticos de los adolescentes son importantes pero no suficientes. Los cambios estructurales, ambientales y sociales son fundamentales.

Reducir sustancialmente la mortalidad de los adolescentes serán precisos, entre otras cosas, aumentar el apoyo brindado a los padres, las escuelas y promover las políticas y programas que protegen la salud de los adolescentes.

Lineamientos de política de salud de las/los adolescentes 2011¹⁹

La salud de las/los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político del Perú. El futuro del país depende, en gran medida, de la participación de una población saludable, educada y económicamente productiva. La adolescencia es una etapa crucial en el ciclo de vida y tiene un impacto decisivo en la salud de la población actual y futura. Los adolescentes necesitarán gozar de buena salud, recibir una buena educación y tener acceso al empleo.

Si esta población joven y económicamente activa cuenta con apoyo e inversiones suficientes por parte del estado, podrá transformarse en el motor del crecimiento económico y en el agente de cambio social positivo en el Perú.

Los adolescentes sufren pocas enfermedades potencialmente mortales, en comparación con los niños pequeños y los ancianos. En la mayoría de los casos, los hábitos perjudiciales para la salud son adquiridos durante la adolescencia y no producen morbilidad ni mortalidad durante este período. Las políticas públicas y la agenda del sector salud hacen caso omiso de las necesidades y derechos de las/los adolescentes, salvo cuando ellos se comportan de manera perturbadora. Es fundamental crear intervenciones y programas eficaces para estimular el desarrollo y el crecimiento positivos en la población adolescente del país.

El Ministerio de Salud tiene el firme compromiso de avanzar en equidad, eficacia, eficiencia, integralidad, calidad y sostenibilidad de los programas y acciones que, como ente rector, le son inherentes. De allí que estos lineamientos de política estén destinados no sólo a las acciones sectoriales, sino a la labor normativa y promotora en relación a los diferentes sectores involucrados en la promoción, prevención y atención de salud de las/los adolescentes.

A partir del 2003, el Ministerio de Salud consolida la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que propone un abordaje de la salud por etapas de vida. Desde entonces, la atención de la población adolescente es normada por la Etapa de Vida Adolescente (EVA), de la DEAIS/DGSP. Su objetivo principal es contribuir a la optimización de la salud de las y los adolescentes a través de la mejora en la oferta y la utilización de los servicios diferenciados de salud. Con la finalidad de aportar a dicho objetivo, se crean los Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ) como servicios de atención integral en los que se aborda la situación de las y los adolescentes en forma holística. Los CDJ han sido desarrollados desde las Direcciones de Salud (DISA), las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), en estrecha coordinación con el nivel central del MINSA en Lima.

Situación de salud de los/las adolescentes en el Perú

En el 2009 se estimaba que en el mundo había 1,200 millones de adolescentes, quienes constituían el 18% de la población global. La vasta mayoría de los adolescentes del mundo (88%) vive en países en desarrollo y sólo un 12% de ellos habita en los países menos adelantados. En la Subregión Andina, existen hoy alrededor de 29 millones de adolescentes, de los cuales 14,5 millones (51%) son hombres y 14 millones (49%) mujeres. Los subgrupos de 12 a 14 años y de 15 a 19 años, representan cada uno la mitad de la población adolescente de la región. Como reflejo natural del hecho, la subregión se encuentra en una fase moderada a intermedia de la transición demográfica, su población es mayoritariamente joven, con participaciones mayoritarias de los grupos de niños (20,4%) y de adolescentes (19,6%), que, en conjunto, representaban un 40% de la población de la subregión a mediados de 2008.

En 1994, los gobiernos prometieron por primera vez abordar las necesidades de salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes durante la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, Cairo). En 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, los gobiernos reafirmaron ese compromiso y destacaron especialmente a la niña. En

1995, el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes, consolidó un programa mundial relativo a esferas de importancia crítica que afectan directamente el adelanto hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El presente año se celebró el veinticinco aniversario del Año de la Juventud y se celebrarán doce años desde que se estableció el día de la Juventud.

Los hombres y mujeres adolescentes y jóvenes de menos de 25 años de edad son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ya que para que puedan ejercer sus derechos a ella y a la salud en general, existen numerosos obstáculos. Entre otros factores, cuando se trata de acceder a servicios de salud amigables los adolescentes suelen enfrentar restricciones que tienen su origen en la escasa autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estas materias, siendo un hecho frecuente las señales contradictorias que ellos reciben de diferentes actores e instituciones sociales. Esta situación es, de otro lado, causada por los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación, la información y la provisión de servicios en los asuntos reproductivos y sexuales.

En el Perú, el derecho a la libertad se encuentra consagrado en diversos instrumentos internacionales que forman parte de nuestro ordenamiento jurídico, como la Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre Derechos del Niño, entre otros. Asimismo, se encuentra reconocido en el Artículo 2 de la Constitución Peruana, que establece que toda persona tiene derecho a la libertad y seguridad personales.

Sin embargo, no todas las personas tienen la capacidad de ejercer dicha libertad, siendo el ordenamiento jurídico el que establece a quiénes se les reconoce dicha disposición. El artículo 173° inciso 3 del Código Penal vulnera derechos fundamentales de los y las adolescentes, tales como el libre desarrollo de la personalidad, la autorrealización personal y la autodeterminación reproductiva. El citado artículo no guarda concordancia con el Código Civil, que reconoce a los y las adolescentes, la posibilidad de contraer matrimonio a partir de los 16 años,

reconocer a sus hijos a partir de los 14 años y demandar y ser parte en procesos por alimentos, tenencia y filiación extramatrimonial a la misma edad. Más aún, la propia norma civil les permite contraer matrimonio, pero la norma penal prohíbe las relaciones sexuales en personas menores de 18 años. Esto refleja una vulneración al principio de unidad y coherencia que debe imperar en todo ordenamiento jurídico.

La aplicación del citado artículo y del artículo 30° de la Ley General de Salud, que establece la obligación del médico tratante de informar sobre un ilícito penal, estaría generando que las adolescentes, por ejemplo no acudan a los centros para sus chequeos periódicos o incluso para el propio parto, constituyéndose en la práctica en una barrera legal para su acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva. De manera análoga la misma ley en su artículo 4° limita el derecho de los adolescentes a recibir atención en los establecimientos de manera autónoma, pues exige que los padres o tutores den su consentimiento.

En lo que respecta a información sobre salud sexual y reproductiva, la ENDES sólo reporta información referida a adolescentes mayores de 15 años y no pone en evidencia los indicadores de las adolescentes de menor edad. Reporta que el 2,2% de adolescentes entre 15 a 19 años, se unieron por primera vez, el 0,5% están casadas, el 10,6% son convivientes y el 1,5% están separadas. El 6,2% han tenido relaciones sexuales antes de cumplir 15 años. Así mismo, reporta que la necesidad insatisfecha de planificación familiar para el grupo estarlo en mención es de 16,3%, cifra que es más del doble que el promedio nacional (7,2%).

Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,7% son madres o ya estuvieron embarazadas alguna vez. Se muestra un rápido incremento en la proporción de mujeres que inician la procreación al aumentar la edad desde 1,4 en las niñas de 15 años hasta el 26,6% en las de 19 años.

El mayor porcentaje de adolescentes que ya son madres o están embarazadas se presenta entre las mujeres sin educación (47,9%), entre aquellas que residen en la Selva (27,2%), entre las que se encuentran en el quintil de riqueza inferior

(26,9%) y en el área rural (22,2%). En los departamentos de Loreto y Ucayali, ambos de la selva, tres de cada diez adolescentes ya tienen hijo/a o están embarazadas, mientras que en Lima y Arequipa, lo está una de cada doce. Esta situación pone en evidencia la brecha que existe entre los diferentes departamentos, que tiene que ver con diferentes factores, tales como el cultural e intercultural, el acceso a servicios de salud, nivel de educación, la información de calidad disponible, entre otros.

La mayor parte de adolescentes pobres que se convierten en madres no cuentan con preparación para la crianza de sus hijos, ni con una red afectiva y social que apoye y nutra el cumplimiento del rol materno que le toca asumir tempranamente.

El modelo para la promoción y cuidado del desarrollo y salud de las/los adolescentes

Elaborado por la OPS guarda estrecha relación con el Modelo de Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad del MINSA. Este modelo considera a los adolescentes como sujetos de derecho e incorpora a las familias como un eje central que funciona como un determinante de su salud. A ella se agregan otros actores del entorno como sus redes sociales de referencia, principalmente pares adolescentes y otras formas de interrelación que condicionan su participación plena en la sociedad y la política, tales como el empleo y la generación de ingresos, el acceso a servicios de salud, educación, justicia y al ejercicio de derechos ciudadanos.

Con el propósito de contribuir a la salud integral adolescente, tomando en cuenta sus necesidades de desarrollo físico, psíquico y social, con énfasis en la promoción de la salud sexual y reproductiva se crean los Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ). Los CDJ trascienden la actuación aislada del Sector Salud, requiriendo la participación de los otros sectores y actores presentes en la comunidad, incluyendo a las y los propias/os adolescentes. La gestión de los CDJ es compartida por el Sector salud, las agrupaciones y organizaciones

juveniles de la comunidad y otros sectores de la comunidad, incluyendo a las organizaciones sociales de base, las ONG y las instituciones estatales.

El modelo resultante de la participación multisectorial asegura la sostenibilidad técnica y programática de los servicios para adolescentes, debido a que, en vez de promover la creación de nuevos espacios, busca aprovechar la estructura física y los recursos humanos ya existentes en la comunidad.

Lineamientos de política de salud de las/los adolescentes

Los lineamientos de Política de Salud de las/los Adolescentes buscan proteger, promover y cuidar la salud de todo este grupo poblacional, prioriza sus acciones en las/los adolescentes que por razones étnicas, físicas, culturales, económicas y sociales, viven en condiciones de pobreza, exclusión o vulnerabilidad, factores decisivos que determinan limitaciones para lograr el desarrollo integral de sus capacidades y el ejercicio pleno de sus derechos.

Los lineamientos persiguen especialmente:

- Garantizar los derechos humanos de las/los adolescentes en salud, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.
- Optimizar o continuar la inversión efectuada en la niñez, a fin de garantizar el desarrollo del capital social y humano de las futuras generaciones.
- Promover una cultura de paz y vida saludable entre los adolescentes que permita su empoderamiento y la erradicación de toda forma de violencia.
- Reducir la pobreza e inequidad social a través de la protección y promoción del capital humano, social y cultural que representan las/los adolescentes.
- Disminuir las condiciones de vulnerabilidad y promover que los adolescentes construyan un proyecto de vida.

- Disminuir las brechas e inequidades en el acceso a los servicios de salud; y por tanto, disminuir la mortalidad y morbilidad de adolescentes.
- Fomentar alianzas estratégicas para un trabajo multisectorial a favor de la salud y desarrollo de los/as adolescentes.

Lineamiento 1.

Acceso universal a una atención integral, diferenciada y de calidad en los servicios públicos y privados de salud, en un marco de aseguramiento, garantizando intervenciones promocionales, preventivas, de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para el desarrollo saludable de las/los adolescentes, con especial énfasis en su salud física, nutrición, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención y atención de toda forma de violencia.

Acciones

- a. Garantizar el marco legal y normativo que permita el libre e informado ejercicio del derecho a la salud de los/las adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos.
- b. Implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada en el marco del aseguramiento universal desde los regímenes subsidiado, semicontributivo y contributivo, respetando el paquete esencial de atención en salud.
- c. Asegurar la inclusión de intervenciones que respondan a las necesidades, demandas y expectativas de las/los adolescentes en los planes estratégicos y de desarrollo en todos los niveles de gobierno.
- d. Implementar y fortalecer servicios diferenciados, de calidad y sostenibles para la atención de salud de las/los adolescentes en todos los niveles de atención, considerando la oferta fija y la oferta móvil y el trabajo intramural y extramural.

- e. Promover la creación de Centros de Desarrollo Juvenil a nivel regional y local y contribuir al mantenimiento, fortaleciendo los existentes y asegurando su funcionamiento sostenible.
- f. Implementar y fortalecer estrategias y métodos para la autoevaluación y mejora continua de la calidad de los servicios diferenciados de atención integral de salud de las/los adolescentes.
- g. Desarrollar mecanismos para la inclusión de las/los adolescentes en el sistema de salud y para la eliminación de cualquier forma exclusión o discriminación por edad, género, raza, discapacidad, situación social, orientación sexual, identidad cultural o situación de especial vulnerabilidad.
- h. Asignar recursos financieros, humanos, de infraestructura y equipamiento en todos los niveles de gobierno: nacional, regional y local, necesarios para la atención integral de salud de las/los adolescentes.
- i. Desarrollar y fortalecer las capacidades del personal que atiende los servicios de salud de las/los adolescentes por niveles de atención, fomentando la certificación de sus competencias.
- j. Impulsar en la formación y capacitación de profesionales y técnicos la inclusión de contenidos relacionados a la salud y desarrollo de las/los adolescentes.
- k. Institucionalizar el uso de la historia clínica y el carné de atención integral como base de un sistema de información y análisis permanente de la situación de salud de las/los adolescentes.
- l. Consolidar la organización, provisión, gestión y financiamiento de los servicios diferenciados para la atención integral de salud de adolescentes, a partir de la revisión de los procesos.
- m. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia sectorial e intersectorial (MINEDU, MINJUS, MIMDES).

Lineamiento 2.

Promoción de entornos saludables para las/los adolescentes con énfasis en redes de oportunidades y de protección social de su vida y su salud.

Acciones

- a. Desarrollar intervenciones que contribuyan a la salud familiar, preservándolas y fortaleciéndolas como instituciones fundamentales en sus diferentes modalidades, núcleos centrales y unidades básicas de apoyo en la formación y desarrollo integral de las/los adolescentes.
- b. Promover la formación de comunidades saludables comprometidas en mantener un medio ambiente saludable, libre de tóxicos, contaminación, con seguridad ciudadana capaz de controlar la delincuencia y prevención de la violencia y abuso sexual, el pandillaje, consumo y comercialización de drogas.
- c. Promover intervenciones que contribuyan a que las y los adolescentes culminen su educación básica regular recibiendo educación sexual integral desde los primeros años de vida.
- d. Movilizar a las comunidades, sus organizaciones y a los sectores públicos y no públicos para atender las necesidades de estudio, trabajo, recreación, orientación laboral y servicios de salud integral de la población adolescente, es decir para fomentar la construcción de su proyecto de vida.
- e. Mejorar el acceso y crear Centros de Desarrollo Juvenil y Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil para mejorar la situación de salud y desarrollo integral de los/las adolescentes, con énfasis en aquellos que viven en condiciones de exclusión o vulnerabilidad, logrando su integración social en espacios formales e informales.
- f. Implementar y fortalecer casas abiertas y hogares alternativos con participación de voluntarios capacitados, destinados a albergar y apoyar a adolescentes en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, que cumplen servicio comunitario y/o están privados de su libertad por faltas leves. g) Implementar programas de educación comunitaria con apoyo intersectorial, instituciones educativas en general y medios de comunicación para reducir los riesgos derivados de una alimentación no saludable, del consumo de alcohol, tabaco y drogas, de las relaciones sexuales sin protección y del embarazo no planificado.

- g. Propiciar ambientes favorables para la promoción de estilos de vida saludable y el buen uso del tiempo libre de las/los adolescentes en los diversos espacios donde ellos se desenvuelven.
- h. Desarrollar espacios de asesoría y apoyo para las adolescentes gestantes así como de las madres y padres adolescentes, buscando la formación de nuevos proyectos de vida y garantizar la salud y desarrollo de sus hijos.

Lineamiento 3.

Construcción de alianzas y diálogo con los diferentes sectores para la promoción de estilos de vida saludable, prevención y cuidado de la salud de las/los adolescentes en el marco de acuerdos orientados a mejorar los programas de promoción y prevención de la salud en este grupo poblacional.

Acciones

- a. Con el Sector Educación, a fin de promover la escolaridad, mejorar el nivel y la calidad educativa de las/los adolescentes y desarrollar acciones de salud escolar, educación sexual integral, consejería, detección temprana y derivación oportuna de adolescentes a los servicios de salud y bienestar.
- b. Apoyar a los gobiernos regionales y locales con iniciativas estratégicas de planes concertados, fortaleciendo procesos de adecuación y transversalización de contenidos de promoción y prevención de la salud incluyendo la salud sexual y reproductiva en el desarrollo del Diseño Curricular Nacional.
- c. Fortalecer la función de las instituciones educativas en la promoción de la salud de las/los adolescentes con enfoque intercultural para el logro de su formación integral.
- d. Fortalecer las capacidades de los docentes brindándoles los protocolos y herramientas necesarias para identificar tempranamente problemas de salud física, mental y/o a nivel psicoafectivo, comportamientos y síntomas de riesgo y derivar oportunamente a los adolescentes a los servicios de salud.

- e. Desarrollar servicios diferenciados como espacios de escucha en las instituciones educativas como medio para la promoción de conductas saludables, la orientación y consejería en temas que preocupan a las/los adolescentes y la detección oportuna de problemas de salud.
- f. Articular el trabajo de las intervenciones para la salud adolescente entre el sector educativo, el sector de salud y las Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil a fin de sumar recursos y esfuerzos.
- g. Fortalecer las acciones necesarias para consolidar el acceso y la conclusión de la educación básica con un enfoque intercultural, inclusivo y de calidad.
- h. Promover la responsabilidad compartida de los sectores salud y educación en la atención integral de las/los adolescentes, superando el enfoque curativo, con énfasis en la difusión de principios sobre la prevención y promoción de la salud y el desarrollo de proyectos de vida.
- i. Implementar programas especializados para la prevención y atención de la violencia escolar (bullying) en las instituciones educativas.
- j. Fortalecer la oferta de talleres de orientación vocacional, formativos y de consejería en las instituciones educativas, centros de formación técnica y de las universidades.
- k. Promover el desarrollo de universidades saludables que contribuyan al desarrollo integral de los estudiantes adolescentes.

Lineamiento 4.

Desarrollo de capacidades para el empoderamiento de las/los adolescentes mediante su participación en espacios de debate y decisión en los ámbitos nacional, regional y local, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.

Acciones

- a. Promover estrategias comunicacionales e informativas que motiven y fortalezcan su desarrollo para el mejoramiento de las condiciones de vida de las/los adolescentes, fomentando la defensa de sus derechos y una ciudadanía plena basada en el respeto.

- b. Implementar y articular un registro de organizaciones de adolescentes en los registros existentes (RUOS) a nivel local, regional y nacional.
- c. Implementar la estrategia de voluntarios y educadores de pares que apoyen el desarrollo de servicios diferenciados de adolescentes, enmarcado en un sistema de capacitación permanente, incentivos, certificación y reconocimiento institucional.
- d. Desarrollar competencias en las/los adolescentes para la toma de decisiones positivas en torno a su salud, el ejercicio pleno de sus derechos y la construcción de ciudadanía, elementos clave para el progreso social, económico y político del país.
- e. Promover el liderazgo y empoderamiento de las/los adolescentes en el marco de los derechos, equidad de género, interculturalidad e inclusión social, con énfasis en grupos en condiciones de riesgo o vulnerabilidad, a través de la articulación de iniciativas multisectoriales.
- f. Promover la asignación y generación de recursos financieros para la constitución de redes de organizaciones de adolescentes involucrados en el mejoramiento de su salud y desarrollo social a nivel nacional, regional y local.
- g. Definir una cuota de participación que garantice la presencia de adolescentes en los espacios que definen políticas que los involucre en los ámbitos del gobierno nacional, regional y local.
- h. Promover y apoyar la implementación de espacios de debate y participación de las/los adolescentes en los ámbitos nacionales, regionales y locales para establecer compromisos entre los diferentes actores sociales, rendir cuentas así como evaluar las acciones realizadas a favor de su salud.
- i. Generar alianzas y convenios con instituciones públicas y privadas que les permita a las/los adolescentes incidir políticamente en el logro de iniciativas normativas que aseguren beneficios para su salud y el cumplimiento de sus propuestas.
- j. Promover mensajes clave en los medios de comunicación masiva y TICS fomentando la equidad de género, la no violencia y el empoderamiento de las/los adolescentes con un enfoque de interculturalidad.

Lineamiento 5.

Fortalecimiento de las líneas programáticas y estratégicas que potencian el rol rector y normativo del MINSA en el contexto del bono demográfico y los cambios en el perfil epidemiológico, los cambios en la política del sector salud a favor del desarrollo integral de la población adolescente.

Acciones

- a. Abogar por, promover e implementar políticas públicas y estrategias para la atención integral y diferenciada de la población adolescente con enfoque de derechos, género, interculturalidad e inclusión en base a las evidencias recogidas de los procesos de evaluación.
- b. Conducir la consolidación de los procesos de organizativos, prestacionales y financieros de los servicios diferenciados para la atención integral de salud de adolescentes.
- c. Implantar un sistema de capacitación que promueva recursos metodológicos y técnicos para el desarrollo de capacidades de los recursos humanos y que genere herramientas metodológicas de intervención apropiadas para la atención integral de salud de adolescentes.
- d. Establecer un sistema de supervisión capacitante que brinde asistencia técnica para asegurar el funcionamiento regional y local de los sistemas de planificación, gestión de la información, monitoreo, evaluación y gestión de financiamiento de los servicios de atención integral de salud de adolescentes.
- e. Promover la vigilancia epidemiológica, así como su análisis, en los diferentes ámbitos local, regional y nacional y niveles de atención, desarrollando instrumentos que provean información válida y oportuna sobre los problemas de salud de las/los adolescentes.
- f. Implementar un sistema de gestión de conocimiento que impulse la sistematización de experiencias y la identificación de prioridades de investigación para generar evidencias.
- g. Implementar procesos de autoevaluación con fines de acreditación de los servicios de atención integral de adolescentes para alentar la mejora continua de la calidad en todos los servicios que atienden personas en la

etapa de vida adolescente, aplicando la norma técnica para la acreditación de la calidad de servicios de atención diferenciada de adolescentes.

- h. Guiar el proceso de mejora continua de los servicios de atención integral de salud de adolescentes en base al análisis de los indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto contenidos en la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente.
- i. Alentar la gestión del conocimiento que alimente la toma de decisiones en temas relevantes como el acceso a servicios, determinantes sociales, promoción de la salud, reducción de vulnerabilidades, entre otros.
- j. Promover intervenciones que contribuyan al cumplimiento de las políticas públicas y los compromisos nacionales e internacionales que ha asumido el país para la salud y el desarrollo de la población adolescente.

Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente²⁰

La finalidad es contribuir a la Atención Integral de Salud de calidad para las y los Adolescentes, con enfoque de derechos, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgo, igualdad de oportunidades, equidad e intergeneracionalidad.

El objetivo es establecer criterios técnicos y administrativos para la atención integral de las y los adolescentes residentes en el Perú cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad.

Estrategias para la Atención de Las y Los Adolescentes

Descentralización: Cumple la función de contribuir a mejorar la equidad, la eficiente y calidad de las prestaciones que brinda el sector salud con la participación activa y concentrada de los gobiernos regionales, locales y cooperación y vigilancia de la ciudadanía.

Coordinación multisectorial e intersectorial: La coordinación del Ministerio de Salud con los demás Ministerios, gobiernos regionales y locales; así como con las organizaciones no gubernamentales, organismos de cooperación externa y organizaciones juveniles permite una respuesta integral a las necesidades y expectativas de las y los adolescentes, poniendo énfasis en las intervenciones de carácter preventivo promocional.

Participación activa de adolescentes: Las diferentes instituciones públicas, deberían involucrar a las y los adolescentes en los diferentes espacios de toma de decisiones en el desarrollo integral de sus pares en el ámbito comunitario, en los diferentes procesos de atención integral de salud, en el análisis de sus principales necesidades de salud y en la adecuación de la infraestructura y ambientación de los servicios.

Formación de equipos interdisciplinarios: El personal de salud deberá brindar atención integral a las y los adolescentes para asegurar la calidad de las intervenciones por lo que cada establecimiento debe contar con el equipo básico de salud según el nivel de complejidad.

Conformación de Redes de soporte social: Las redes de soporte social para adolescentes significan la existencia de grupos de apoyo, los cuales pueden ser formales e informales.

Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones familiares y las amistades y reúnen un componente afectivo esencial.

En este sentido cada actor cuyo quehacer cotidiano guarda estrecha relación con la salud de las y los adolescentes debería promover la comunicación y entendimiento de las y los adolescentes con sus familias así como la asertividad de estos para elegir y cultivar un vínculo de amistad.

Las redes formales de soporte social para adolescentes en cambio, se han establecido con el propósito específico de brindar ayuda ante la identificación de problemas y/o conflictos. En estas sus miembros sus miembros cumplen roles concretos y algunas veces requieren contar con la preparación adecuada.

Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, de la comunidad, de una iglesia o de un órgano gubernamental y/o no gubernamental.

Para promover el empoderamiento y desarrollo integral de las y los adolescentes es relevante que cuenten con redes de soporte social informal y además que las instituciones que prestan servicios a estos cuenten con redes de soporte social formales.

Utilización de Tecnologías de Información y Comunicación: Los proveedores de salud así como otros actores cuya labor está vinculada a la atención de adolescentes deben desarrollar actividades utilizando las tecnologías de información y comunicación (TIC) prioritariamente a través de redes sociales. Asimismo deberían sensibilizar a los profesionales de los medios masivos de comunicación a escribir y difundir temas relevantes sobre la salud de las y los adolescentes.

Articulación con instituciones educativas saludables: La articulación de los establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención con las instituciones educativas de educación básica regular, instituciones educativas de educación básica alternativa, centros pre universitarios, universidades e institutos superiores implica un trabajo conjunto a fin de favorecer en los alumnos el desarrollo de prácticas saludables en materia de alimentación y nutrición, lavado de manos, medio ambiente, salud sexual y reproductiva y salud psicosocial; asimismo deben potencializar las habilidades de las y los adolescentes, indispensables para la toma de decisiones responsables relacionadas con su salud, fortaleciendo la autoestima y la interacción con su entorno social.

Formación de adolescentes como educadores de pares: Para propiciar la educación de adolescentes, se deberá empoderar y fortalecer las competencias de los educadores de pares, lo cual redundaría en cambios positivos a nivel mundial.

Para tal fin proveedores de salud y docentes deberán promover la adquisición de nuevos conocimientos y el cambio de actitudes, creencias y/o comportamientos de riesgo.

Implementación de Familias Fuertes: Los diferentes establecimientos de salud públicos de todos los niveles deberán considerar en sus programaciones presupuestales y planes operativos la implementación de la estrategia Familias Fuertes, la misma que está basada en evidencias científicas que demuestran que una buena comunicación entre padres e hijos conlleva a una disminución de comportamientos de riesgo.

Promoción de comunidad saludables: Para contribuir a la formación de comunidades saludables, los establecimientos de salud, según el nivel de complejidad y competencias; deberán desarrollar intervenciones que comprendan la promoción de prácticas saludables claves en todos los miembros de familia.

La vivienda debe ser un escenario donde se plasme todo lo aprendido. Se debe también fortalecer el involucramiento de las y los adolescentes en los diferentes espacios de socialización y participación local.

Los diferentes niveles e instituciones de salud deberían desarrollar a un programa que comprenda los procesos de sectorización, mapeo de la comunidad y organización de la misma.

Promoción de municipios saludables: La promoción de municipios saludables implica que los diferentes establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención, promuevan la participación de las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, empresarios, trabajadores y la sociedad en el proceso de implementación de las políticas públicas a favor de las y los adolescentes, además incidiendo en la necesidad de mejorar continua y progresivamente sus condiciones de vida y salud.

Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ)

Función como espacios de socialización positiva que implementan actividades y ofrecen servicios para promover conductas y estilos de vida saludables, prevenir situaciones de riesgo y atender de manera integral las necesidades y expectativas de la población adolescente. Desarrollan cuatro áreas básicas de trabajo: Orientación y Consejería, Talleres formativos entre los cuales se brinda orientación vocacional para posibilidades de empleo, animación sociocultural y atención clínica. Sus acciones están dirigidas prioritariamente a las y los adolescentes del ámbito de jurisdicción donde funciona el Centro de Desarrollo Juvenil.

El CDJ puede encontrarse dentro o fuera del establecimiento de salud, debiendo indispensablemente contar con una red multisectorial de apoyo al desarrollo de las y los adolescentes. Cada Red de Salud debe concertar con el Gobierno Regional o Local, la implementación y operativización de por lo menos un CDJ en su ámbito.

La complejidad de la atención ofrecida a las y los adolescentes depende de la categoría del establecimiento de salud.

Los establecimientos de salud I-1 y I-2 deben adecuar el horario de su ambiente multifuncional u otro y ofrecer atención a las y los adolescentes en horarios diferenciados, según la demanda y disponibilidad de recursos.

Los establecimientos I-3, I-4 y los hospitales II-1 y II-2 deben contar con ambientes exclusivos para la atención diferenciada de las y los adolescentes. Deben ofrecer servicios de: Orientación y aconsejería integral y se deben adecuar a la infraestructura del establecimiento. Las áreas prioritarias para la atención deben incluir: La evaluación integral de: crecimiento y desarrollo, la salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal, prevención y tratamiento de morbilidad prevalente (patología de la piel y anexos, del sistema ósea, muscular, cardíaca, respiratorio y gastrointestinal de la visión y audición).

Los hospitales III-1 (hospitales III) y III-2 (institutos especializados) deben tener ambientes diferenciados para la atención de orientación, consejería integral, consulta externa, emergencia y hospitalización.

Componente de Provisión

El componente de provisión comprende la atención integral de las y los adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años a través de un conjunto de estrategias, intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que el equipo básico de salud debe brindar a las y los adolescentes en diversos escenarios (hogar, institución educativa, comunidad, establecimiento de salud y otros) deben brindar a la/el adolescente.

La atención de salud debe ser realizada siempre de manera integral, independientemente del motivo de consulta, evitando oportunidades perdidas. El/la adolescente debe ser evaluado en función en su plan de atención elaborado previamente o de lo contrario, se debe proceder a realizar un examen integral. La provisión de la atención integral a la/el adolescente debe responder a los estándares de calidad previamente establecidos y debe brindarse tanto en los establecimientos de salud como en instituciones educativas que cuenten con espacios y recurso humano indispensable para brindar la atención en mención.

Programación

Los criterios de programación de actividades de la etapa de vida adolescente son establecidos por el nivel nacional. Las actividades se deben programar en función de la población adolescente de la jurisdicción donde se encuentra el establecimiento de salud según los parámetros establecidos y se debe tomar en cuenta la presencia o ausencia de otros prestadores de servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción.

La programación anual de cada DIRESA, GERESA, DISA, Red, Micro red y establecimiento de salud con fines técnicos se debe realizar durante el año anterior y en el caso de establecimientos de salud debe realizarse considerando su nivel de complejidad.

Las DIRESA, GERESA, DISAs, cabeceras de red equivalentes, deben consolidar la programación de sus establecimientos verificando la calidad de la misma y la deben remitir al nivel nacional para la consolidación nacional de la misma.

La programación de actividades de atención a la/el adolescente debe elaborarse sobre la base de un diagnóstico situacional de salud de la población cuyas edades comprenden entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días, tomando en cuenta:

- La demanda común, es decir las y los adolescentes que acuden por su propia iniciativa al establecimiento de salud.
- La demanda captada o las y los adolescentes que acuden por motivación externa al establecimiento de salud.
- La demanda captada en la comunidad mediante la sectorización priorizando las zonas de mayor riesgo.
- La población adolescente del ámbito que no acude al establecimiento de salud.

Las actividades se deben realizar de acuerdo a cada nivel de atención y los recursos humanos disponibles en cada establecimiento de salud, así como de la demanda de la comunidad.

Paquete de Atención Integral de Salud para Adolescentes de 12-14 años

1. Evaluación Integral

- Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC) para la edad y talla para la edad.
- Evaluación de riesgo cardiovascular con Perímetro Abdominal (PAB)
- Evaluación del desarrollo psicosocial
- Evaluación de la agudeza visual y auditiva
- Evaluación del desarrollo sexual según tanner
- Evaluación odontológica
- Evaluación físico – postural: asimetría de miembros, alteraciones de columna, alteraciones posturales
- Evaluación clínica orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad (talla corta, pubertad precoz, enfermedades genéticas)
- Tamizaje de violencia, adicciones, depresiones, ansiedad
- Aplicación del cuestionario del habilidades sociales

2. Inmunizaciones

- Aplicación del esquema de vacunas vigente

3. Temas educativos para padres y adolescentes

- Estilos de vida saludables: actividad física, alimentación e higiene, prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas
- Protección solar
- Derechos y responsabilidades en salud
- Equidad de género e interculturalidad
- Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones
- Proyectos de vida: Resiliencia
- Viviendo en familia
- Sexualidad humana y afectividad
- Desarrollo sexual en la adolescencia
- Violencia familiar (maltrato, abuso sexual), social, juvenil (pandillaje, bullying), etc.
- Medio ambiente saludable
- Medidas de seguridad y prevención de accidentes, primeros auxilios, resucitación cardio pulmonar
- Salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH – Sida
- Tuberculosis
- Trastornos de alimentación: Obesidad, anorexia, bulimia
- Salud psicosocial: Autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación, ludopatía, depresión y suicidio

4. Visita domiciliaria, si no acude a:

1. Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prohibido
2. Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante
3. Seguimiento del adolescente en riesgo psicosocial
4. Vacunación
5. Otras intervenciones preventivas

Para adolescentes con riesgo de:

- Detección de estado de malnutrición: desnutrición, sobrepeso y anemia

- Detección de problemas psicosociales: depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, otros
 - Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, malaria, bartonelosis, ITS, salud mental
 - Detección y atención de caries dental, enfermedades periodontales, mala oclusión, alteración de la articulación temporo maxilar
 - Detección y atención de enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, obesidad, hiperlipidemias, etc.
6. Consejería integral
- Salud sexual y reproductiva: sexualidad, anticoncepción, diversidad sexual e identidad de género
 - Salud psicosocial: autoestima, asertividad, proyecto de vida, identidad, toma de decisiones, relaciones interpersonales, manejo de conflictos, control de emociones, liderazgo, roles de género, manejo del estrés, manejo de emociones y control de la ira, empoderamiento, etc.
 - Salud física: deporte, actividad física, alimentación y nutrición saludable
 - Auto cuidado: protección de la piel, seguridad vial: uso de cinturón, uso de protectores para deportes de riesgo, higiene diaria corporal e íntima.
7. Exámenes de apoyo al diagnóstico
- Hemoglobina
 - Glucosa
 - Colesterol
 - Triglicéridos
 - Examen completo de orina
 - Descarte de embarazo (si el caso precisa)
 - Frotis de Papanicolaou o IVAA (Inspección visual con ácido acético) en adolescentes que han iniciado actividad sexual
8. Suplementación de micronutrientes: Hierro y Ácido Fólico de acuerdo a los criterios de programación establecidos por las regiones
9. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según base legal vigente

Paquete de Atención Integral de Salud para Adolescentes de 15-17 años

1. Evaluación Integral

- Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC) para la edad y talla para la edad.
- Evaluación de riesgo cardiovascular con Perímetro Abdominal (PAB)
- Evaluación del desarrollo psicosocial
- Evaluación de la agudeza visual y auditiva
- Evaluación del desarrollo sexual según tanner
- Evaluación odontológica
- Evaluación físico – postural: asimetría de miembros, alteraciones de columna, alteraciones posturales
- Evaluación clínica orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad (talla corta, pubertad precoz, enfermedades genéticas)
- Tamizaje de violencia, adicciones, depresiones, ansiedad
- Aplicación del cuestionario de habilidades sociales

2. Inmunizaciones

- Aplicación del esquema de vacunas vigente

3. Temas educativos para padres y adolescentes

- Desarrollo integral: físico, sexual, cognitivo, social, emoción, espiritual (valores y ética)
- Estilos de vida saludable: actividad física y deporte, alimentación y nutrición saludable, prevención del consumo de drogas licitas e ilícitas, nueva adicciones (ludopatía)
- Protección solar
- Primeros auxilio, resucitación cardio pulmonar
- Enfoque ecológico:
- Viviendo en familia: relaciones intergeneracionales, mejorando la comunicación
- Viviendo en comunidad
- Medio ambiente saludable y medidas de seguridad y prevención de accidentes
- Medios de comunicación

- Salud sexual y reproductiva
 - Sexualidad saludable y responsable
 - Anticoncepción y paternidad precoz
 - Prevención de embarazo adolescente
 - Relaciones sexuales abstinencia, sexo seguro
 - Infecciones de transmisión sexual, VIH – Sida
 - Diversidad sexual e identidad de género
 - Salud psicosocial
 - Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones
 - Resiliencia, empoderamiento, liderazgo, participación ciudadana
 - Proyecto de vida y orientación vocacional
 - Derechos y responsabilidad en salud
 - Violencia familiar (maltrato físico, violencia psicológica por negligencia abuso sexual) violencia escolar (bullying) violencia social (pandillaje, delincuencia)
 - Salud física
 - Malnutrición: obesidad, desnutrición, anemia
 - Trastornos posturales
 - Enfermedades transmisibles prevalentes TB ITS
 - Enfermedades no transmisibles: obesidad, hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico
 - Trastornos de salud mental: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia)
 - Consejería Integral
 - Complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna)
 - Salud familiar
4. Visita domiciliaria, si no acude a:
- Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario
 - Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante
 - Seguimiento del adolescentes en riesgo psicosocial
 - Vacunas
5. Intervenciones preventivas a adolescentes con riesgo a:

- Malnutrición; desnutrición y sobrepeso
 - Problemas psicosociales: pandillaje, tabaco, alcohol y drogas ilícitas
 - Control de contactos y /o colaterales de las a los daños priorizados: TB, malaria, bartonelosis, etc.
 - Caries dental, enfermedades periodontales
 - Enfermedades no transmisibles, hipertensión diabetes obesidad
 - Trastornos mentales, depreciación ansiedad, intento de suicidio, psicosis
6. Consejería integral.
- Salud sexual y reproductiva: Sexo y sexualidad, anticoncepción, paternidad y maternidad adolescente, embarazo, complicaciones del embarazo (aborto, mortalidad materna) parto y puerperio, ITS y VIH-Sida
 - Salud psicosocial: resiliencia, proyecto de vida, autoestima, asertividad, toma de decisiones y comunicación
 - Salud física y salud bucal
 - Alimentación saludable y nutrición saludable
7. Exámenes de apoyo al diagnóstico
- Hemoglobina
 - Glucosa
 - Colesterol
 - Triglicéridos
 - Examen completo de orina
 - Descarte de embarazo (si el caso precisa)
 - Frotis de Papanicolaou o IVAA (Inspección visual con ácido acético) en adolescentes que han iniciado actividad sexual
8. Suplementación de micronutrientes: Hierro y Ácido Fólico de acuerdo a los criterios de programación establecidos por las regiones.
9. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según base legal vigente

2.2.2 Sexualidad en la adolescencia

Sexualidad a lo largo de la historia

El estudio de la sexualidad se reporta desde la antigüedad, Hipócrates, Platón, Aristóteles y Galeno, entre otros estudiaron y trataron de explicar temas como la reproducción, la anticoncepción, el comportamiento sexual humano, las disfunciones sexuales, la educación sexual, ética y las políticas sexuales. En India, Mallanaga Vatsyayana recopiló un amplio tratado sobre la sexualidad, conocido como el Kama Sutra, en los primeros siglos de nuestra era.

Existen huellas históricas que hablan del interés por el sexo en el mundo antiguo.

Arte erótico en el paleolítico

Se conservan objetos y pinturas prehistóricas que ensalzan distintos aspectos de la Sexualidad. Un ejemplo de ello son las danzas Fállicas que aparecen representadas en pinturas rupestres, las Venus esteatopigias, las vulvas grabadas en piedras, los grandes falos en estatuas y grabadas. Símbolos de una sexualidad entendida como fecundidad en la mujer, fertilidad de la tierra y virilidad del varón.

Todas estas representaciones del arte paleolítico tiene un significado que no se conoce con certeza en su totalidad, sin embargo, se sabe, que en el mundo antiguo, los genitales no tenían significado obsceno o erótico, por tanto, cabe pensar que estas figurillas y pinturas eran símbolos de la fuerza fecundadora. Símbolos de una sexualidad que aseguraba la continuidad de la vida por la descendencia.

Vida sexual en la Prehistoria

En la prehistoria se cree que la vida sexual estaba organizada sin normas que regulasen la relación entre hombres y mujeres. A pesar de ello la mayoría de estudiosos concuerdan en que la promiscuidad no se daba de forma exagerada, sino que existían ciertas pautas que concedían cierto orden a la vida sexual los antepasados.

Tras el periodo prehistórico, la aparición de otras culturas como Egipto y Babilonia.

En el antiguo Egipto, la sexualidad se vivía de un modo permisivo e igualitario, ya que se daba en una relación de igualdad entre hombres y mujeres.

Concepto Egipcio de Familia

Las sociedades egipcias se regían por el concepto monogamia dentro del matrimonio a pesar de que se gozaba de cierta libertad sexual, se esperaba de la mujer fidelidad y entrega a la crianza de los hijos.

El incesto sin embargo estaba permitido. Siendo frecuente en las familias reales. Sobre todo los matrimonios entre hermanos.

La mujer; la posición de la mujer en la cultura Egipcia era privilegiada incluso era considerada por el pueblo objeto de culto y contemplación. Un ejemplo de esto eran las prostitutas sagradas.

Arte Egipcio y sexualidad

Dentro del arte Egipcio se conservan papiros y estatuas que muestran la importancia que se le daba a la práctica sexual, al coito, las orgías, los genitales (como símbolo de virilidad y fecundidad). Las estatuillas y las representaciones sexuales, eran tan importantes en la sociedad egipcia incluso acompañaban a los muertos en sus tumbas como amuleto o tal vez para ayudar a despertar a otra vida. "otra vida" existiera el sexo

La cultura egipcia atribuía tal relevancia al sexo dentro de la vida diaria, tenían el pleno convencimiento que en la "otra vida" existiera el sexo y disfrutarían del placer sexual en la otra vida después de la muerte.

Concepto babilónico de familia

Las sociedades babilónicas vivían una sexualidad más limitada. Se basaban en una monogamia estricta en la que la mujer era un objeto de placer y de dar hijos.

El hombre sin embargo gozaba de ciertas licencias ya que era legal tener concubinas.

El adulterio y otros comportamientos sexuales no permitidos, eran castigados con dureza.

Tras las civilizaciones egipcia y babilónica, se encuentran la aparición de otras sociedades, las más relevantes fueron la romana y la griega. Ambas vivían y contemplaban la sexualidad de modos diferentes.

Roma

El Imperio Romano atravesó por distintas etapas tanto en su desarrollo como en su decadencia. En cada una de ellas y por distintos motivos e influencias se identifica distintos y modos de entender y vivir la sexualidad.

Primera etapa del Imperio Romano

Familia Patriarcal

Tanto la religión como la familia ocupaban un lugar prominente dentro de la sociedad. Ambas instituciones (religiosa y familiar) eran respetadas y admiradas como valores que salvaguardar dentro de la vida cotidiana de los ciudadanos romanos.

El modelo de familia en Roma era el patriarcal

La mujer; dentro del modelo de familia patriarcal, la mujer romana ocupaba un lugar insignificante, casi nulo. Antes de casarse la mujer era “esclava” en el hogar paterno, y tras el matrimonio (decidido por los padres previamente), pasaba a someterse al marido. Su cometido se limitaba a cuidar de la casa, procrear, criar a los hijos y complacer sexualmente a su marido.

Segunda etapa del Imperio Romano

Desintegración del modelo de familia

La extensión del Imperio Romano supuso un duro golpe a la familia como institución ya que las guerras fueron causa de la desintegración de numerosas familias.

Sexualidad fuera del marco de la familia

Este hecho promovió una mayor búsqueda de la sexualidad fuera del marco del matrimonio y la familia.

Última etapa del Imperio Romano

En la decadencia del Imperio Romano, comenzó a reinar el caos familiar y sexual, caracterizado por excesos sexuales, desenfreno, adulterio y prostitución. Frente a este despertar sexual, se inicia un movimiento contrario que promueve la abstinencia sexual, valores como la virginidad y el sexo sólo dentro del matrimonio.

Prostitución

En ese momento histórico de decadencia en Roma, comienza a proliferar los Burdeles donde se podía obtener compañía de las prostitutas que no sólo ofrecían placer sexual sino que se ofrecían como oyentes e interlocutoras de los hombres a los que les gustaba charlar de filosofía.

Adulterio

Las infidelidades y el adulterio pasaron a ser prácticas sexuales comunes y cotidianas, tal punto que los divorcios se consideraban como un trámite más dentro de la vida diaria en Roma.

Homosexualidad

La homosexualidad entre hombres no estaba mal vista. Incluso habían proverbios que aludían a este hecho: “los jóvenes procuraban un placer tranquilo que no trastornaba el espíritu, mientras que la pasión por una mujer sumía al hombre libre en una dolorosa esclavitud“.

Abstinencia sexual y virginidad

Como reacción contraria a esta promiscuidad sexual, aparece una corriente filosófica proveniente del estoicismo y el neoplatonismo que ensalza una nueva espiritualidad que afecta a la vida sexual de las personas. Se reconoce la práctica amorosa en el marco del matrimonio, animando a los jóvenes a llegar vírgenes al matrimonio.

Marco Aurelio (emperador y filósofo) afirmó no haber intimado sexualmente con ninguno de sus esclavos (tanto hombres como mujeres) además de: "...haber salvaguardado la flor de su juventud, no haber ejercitado velozmente su virilidad e incluso haber retrasado precozmente su virilidad...".

Dentro de esta corriente que se difundió a lo largo del s. II, los médicos aconsejaban, el ejercicio físico (la gimnasia), así como la lectura, el estudio de la filosofía y abstenerse de la masturbación, ya que aunque no reconocía que fuese nocivo para la salud, consideraban que provocaba un desarrollo sexual demasiado precoz.

Grecia

Griegos y latinos conocían la importancia de desarrollar una sexualidad plena; buscaban cumplir el ideal de la vida sexual. Educaban a sus niños en el conocimiento de las funciones sexuales. Procuraban exaltar el erotismo. Las consideraciones grecolatinas sobre la sexualidad permitían, asimismo, conductas que otras culturas condenarían y perseguirían, por ejemplo, la noción de hombría que se manejaba en la época greco latina no excluía las conductas homosexuales que no constituían una disminución para la virilidad.

Las historias cuentan ejemplos de homosexualismo desde los dioses mitológicos, como Zeus, hasta los grandes guerreros, como Alejandro Magno. En la sociedad helénica esas conductas recibían poca censura. Nadie pensaba tampoco que la virilidad de estos personajes disminuyera por sus prácticas, siempre y cuando no afectaran su desempeño en las continuas guerras. La cultura romana no cambió esta visión, muchos romanos la adoptaron gozosamente para excitar sus rutinarios placeres. Pero la introducción de la moral estoica, en plena época del Imperio, condujo a varios pensadores

y gobernantes a condenar las conductas homosexuales. Las imágenes de desenfreno y perversión sexual con que se identifica a griegos y romanos sin embargo, resultan exageradas.

La religión judía fue de las primeras en reprimir la sexualidad, particularmente la de las mujeres que eran consideradas simples objetos sexuales. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer era procrear, perpetuar y servir a los hijos. El cristianismo cambió esta visión pero al pasar a ser religión oficial del imperio romano se convirtió en una fuerza política y represiva. El cristianismo designó la sexualidad como algo impuro. El islamismo reprimió aún más ferozmente a las mujeres y continúa esa injusta práctica hasta nuestros días. Lo prueban los velos y pesados rodajes que les obligan a llevar en los países donde es la religión oficial.

En el Oriente, la sociedad buscaba el conocimiento y el desarrollo de las funciones sexuales. En la India son famosos los libros sagrados del erotismo hindú, como el Kama Sutra, que enseñan las maneras de convertir el goce de la sexualidad en una experiencia casi mística. Esto no quiere decir que en estas culturas el desarrollo de la sexualidad triunfara. Las conveniencias políticas y las concepciones machistas mantenían gran número de costumbres atroces y represivas contra las mujeres y las clases más humildes.

Entre los peores aspectos de sus ideas sexuales, por ejemplo, se encuentra la costumbre del *suti*. Por ella, la viuda de un hombre debe incinerarse viva en la pira funeraria de su esposo. Esta práctica, afortunadamente fue virtualmente erradicada por los cambios sociales que ese país experimentó en este siglo.

En occidente, la represión político religiosa de la sexualidad y sus manifestaciones se mantuvo hasta el siglo XX. Sin embargo, entre el siglo XVIII y el actual se dieron diferentes cambios en la mentalidad social. Algunos fueron espectaculares y otros poco perceptible. Pero todos marcaron el camino hacia la revolución sexual que ocurrió en la

década del 1960 y desembocó en las actuales concepciones sobre este tema.

Por ejemplo, a finales del siglo XVIII el Marqués de Sade, introdujo en Francia, entre otras cosas, una nueva visión del placer sexual. Esta fue malentendida en su tiempo, como incitación a la perversión y al crimen. Inclusive en la actualidad recibe aún interpretaciones equivocadas.

Durante el siglo XIX, la sexualidad comenzó a estudiarse con mayor serenidad, la represión de sociedades puritanas, como la de Inglaterra en la época de la reina Victoria, continuó. La sociedad victoriana ostentaba varias contradicciones morales. Por ejemplo, exigía continencia sexual a las mujeres "decentes" y al mismo tiempo toleraba la prostitución como un vertedero inevitable de las necesidades "sucias" de los hombres. Lo peor fue que el concepto victoriano sobre sexualidad marcó los años posteriores con una serie de creencias equivocadas.

El inicio del siglo XX fue el principio del importante movimiento de liberación femenina para situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre. Así empezaron a desecharse los tabúes sobre el cuerpo y su capacidad sexual. En la misma época, el psicólogo Sigmund Freud dio a conocer sus revolucionarias teorías sobre la sexualidad humana que condujeron a una verdadera revolución sexual. Hombres y mujeres comenzaron a preocuparse por entender mejor el desarrollo de sus capacidades y habilidades sexuales. Las dos guerras mundiales aumentaron la permisividad sexual en la sociedad que a corto plazo propiciaría la liberación conceptual sobre sexo.

Poco después se dieron a conocer las investigaciones modernas que permitieron el nacimiento de la sexología como ciencia. Entre estos estudios destacan por sus revelaciones y su popularización mundial, los que realizaron los doctores William H. Másters y Virginia Jonson, Helen S. Kaplan, Shere Hite, Alfred Kinsey y Wilhelm Reich, entre otros. Tales estudios aparecieron entre 1920 y 1980. Los años 60, sus movimientos juveniles de transformación política, económica y ética, trajo un cambio

decisivo. La sexualidad se consideró desde entonces como una cualidad única del ser humano; cambió así la actitud de las sociedades hacia el conocimiento de la sexualidad y sus manifestaciones. En nuestros días, la manifestación de la sexualidad ocupa un lugar importante dentro de la vida cotidiana.

La circuncisión se realiza desde hace miles de años por razones religiosas, culturales y supuestamente de higiene. Como práctica religiosa, la circuncisión es obligatoria en el judaísmo desde más 4,500 años. De acuerdo con la biblia, el patriarca Abraham fue circuncidado a los 99 años por una orden divina en su pacto de alianza con Dios, quien le dijo:

“Esta es mi alianza que habéis de guardar entre yo y vosotros -también tu posteridad: Todos vuestros varones serán circuncidados. Os circuncidareis la carne del prepucio y eso será la señal de la alianza entre yo y vosotros. A los ocho días de edad será circuncidado todo varón entre vosotros de generación en generación, tanto el nacido en casa como el comprado por dinero a cualquier extranjero que no se tu raza. (Génesis 17).

En la religión islámica, aunque la circuncisión no se menciona en el libro sagrado del Corán, se realiza de forma tradicional y cultural, sin ser obligatoria. Sin embargo, es un requisito esencial para hacer el tradicional viaje a la Meca, en Arabia Saudita. Además se practica por higiene desde las dinastías egipcias; costumbre que sigue realizándose hasta nuestros días.

Concepto de sexualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

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

sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológica, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”²¹

Hasta hace un par de décadas, la sexualidad de las personas era asumida como un tema a ser tratado exclusivamente dentro de las paredes del hogar, esta forma de comprender la sexualidad da un giro completo. En la actualidad este aspecto de la vida forma parte de los derechos humanos y como tal ha sido reconocido en el marco jurídico del país.

La sexualidad en general es considerada como una construcción social, relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que nuestras emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos, donde los aspectos biológicos condicionan en parte esta sexualidad, proporcionando la fisiología y morfología del cuerpo las condiciones previas para esta construcción. La sexualidad de cada uno de los individuos existe en un contexto cultural, influenciada por múltiples variables, tales como: psicológicas, edad, socio económicas, sexo biológico, rol de género, etnicidad, por lo que es necesario un amplio reconocimiento y respeto de la variabilidad de formas, creencias y conductas sexuales relacionadas con la sexualidad.

La sexualidad del adolescente es un tema que ha adquirido gran interés en las últimas décadas. La sexualidad es un proceso vital humano que no se inicia con la adolescencia, sino que es un elemento inherente al ser humano desde al nacimiento hasta la muerte. La sexualidad constituye un todo con la vida misma y es un elemento integrante fundamental de la personalidad. Es la función que más repercute y está influida por el contexto social en el que se desarrolla. La sexualidad es parte integral de nuestras vidas y debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano.

La sexualidad del adolescente se expresa en sus relaciones con pares, padres, la sociedad en general y también con el adolescente mismo. Particularmente en la adolescencia cobra gran significación por los múltiples y complejos cambios

físicos, cognitivos y psicosociales que ocurren en esta etapa, los que determinan significados y formas de expresión diferentes de la sexualidad. Como consecuencia, la sexualidad influye significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital.

Entre los retos que deben enfrentar los adolescentes están los relacionados con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva por el posible advenimiento de embarazos no deseados, sus consecuencias, así como el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Los adolescentes y adultos jóvenes constituyen hoy día alrededor del 30% de la población mundial sin embargo aún existe en la población ciertos mitos que han perdurado a lo largo de la historia.²²

Diversos conceptos de sexualidad

Sexualidad

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológico, psicológico, socioeconómico, cultural, ético y religioso o espiritual. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

Sexualidad, es la capacidad de expresar sentimientos y emociones profundas como el amor que enriquece el espíritu y condiciona muchos aspectos del comportamiento afectivo del individuo. La función sexual no es otra cosa que la integración armónica del sexo (netamente biológico) con la sexualidad (que se

manifiesta mediante la actitud psicológica frente al sexo e implica, al mismo tiempo, la expresión de sentimientos).

El concepto de sexualidad comprende tanto impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o acciones que estipula la sociedad.

Componentes de la sexualidad

- Los componentes de la sexualidad son:
- El componente espiritual
- El componente Afectivo
- El componente erótico

Estos componentes, independientemente son esenciales para el desarrollo integral de la sexualidad pero a su vez su desarrollo va a depender de la forma en que nos equibremos en ellos.

Para poder desarrollar el componente afectivo, que es el equilibrio de nuestra sexualidad, es imprescindible que los varones aprendan a comunicar sus emociones y aprendan a comunicarse, conocer, controlar su cuerpo y por el otro, las mujeres hagan valer su palabra y puedan manifestar abiertamente sus necesidades de darse un espacio para disfrutar de la sexualidad como algo sano y natural dentro del desarrollo humano.

Los componentes afectivo espiritual, será la fortaleza que necesita para ver con más claridad los valores a vivir en la construcción de la relación sexual y del desarrollo sexual en general; lo que se quiere, como se quiere y cuando se quiere, sin tener que caer en una relación de opresión o violencia. Entran los valores religiosos, en donde se orienta a construir una relación que reciba una manifestación de amor, es decir esperar a tener relaciones sexuales hasta el

momento en que se haya responsablemente construido una relación de compromiso y afecto llamado matrimonio.

El componente erótico también se desarrolla por medio de la fisiológico, el uso y aceptación del cuerpo, la genitalidad y esto implica el conocimiento de las manifestaciones de la sensualidad por medio de los genitales cuando ya se ha adquirido la madurez de una relación que conlleva compromiso, espacio, tiempo, construcción de nuestra realización autonomía y seguridad en ser hombres y mujeres libre.

Conceptos básicos relacionados con la sexualidad

Sexo

El término “sexo” se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hombres y mujeres. El significado común del término “sexo” en el lenguaje coloquial comprende su uso como actividad (por ej., tener ‘sexo’) y como un conjunto de comportamientos (por ej., roles sexuales). En el marco de las discusiones y los documentos de índole técnica, se limitaría el uso del término “sexo” al plano biológico.

Género

El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetua las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

Identidad de género

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género

determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

Orientación sexual

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales o en una combinación de estos elementos.

Identidad sexual

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual, desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales

Erotismo

El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

Vínculo afectivo

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantiene mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

Actividad sexual

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

Sexualidad en las diferentes etapas de la vida según autores:

La sexualidad se vive diferente manera en cada etapa de vida. Todos los adolescentes pasan por ella, necesitan tener el derecho de recibir información y educación sexual.

Según Freud la vida sexual del ser humano comienza desde el nacimiento hasta su muerte y va desarrollándose al pasar de los años por una serie de fases en el desarrollo psicosexual.

- Primera fase sexual: Oral, desde el nacimiento hasta el año y medio de vida. El niño comienza a relacionarse con su mundo a través de la boca, conoce e identifica los objetos obteniendo placer.
- Segunda fase sexual: Anal, el niño va al baño por si solo, debe ser limpio y ordenado, llevarse bien con otras personas.
- Tercera fase: Fálica, comienza desde los tres años hasta los cinco o seis años. El niño pasa de la curiosidad a la exploración y descubrimiento de los órganos sexuales. Exploran a través del juego y la exhibición de sus genitales. En esta etapa las actitudes de los adultos van a influir en el proceso evolutivo y vivencias posteriores en la sexualidad.
- Cuarta fase: Latencia, desde los diez a los doce años. Esta fase se determina la orientación sexual del individuo y como lo va a manifestar. En este periodo se culmina la infancia y entra a la pubertad.
- Quinta fase: Genital, dura el resto de la vida. Aquí renace el interés por la sexualidad en sus diferentes manifestaciones como: masturbación, primeras relaciones sexuales y la madurez.

El crecimiento y los cambios físicos son diferentes en cada niño, esto puede ser motivo de burla o bromas. Surgen diferentes inquietudes en uno mismo, los propios sentimientos, vivencias corporales o en descubrir nuevas sensaciones. En esta etapa los jóvenes necesitan información que le ayude a entender, comprender e integrar positivamente todos estos cambios que están surgiendo en su vida.

Esta última etapa o fase es la que tiene mayor relevancia para todo adolescente porque si no recibe orientación pueden provocar diferentes situaciones o problemas en un futuro.

Se piensa que en la adolescencia los jóvenes no escuchan lo que se le dice, estudios dicen lo contrario como que la conciencia influye en la sexualidad. El adolescente va adquiriendo un conocimiento que se forma a lo largo de su recorrido histórico que lo lleva a definir un comportamiento ante la vida y la sociedad en que se desenvuelve. La conciencia social va a influir en las conciencias individuales por medio de referentes que provienen de modos de apropiación de lo real que son: la teoría, empírica, religión y el arte.

Derechos y responsabilidades en la sexualidad

La sexualidad está relacionada con todas las dimensiones de la persona humana, por lo que la educación de la sexualidad en la adolescencia también debe tener como finalidad formar ciudadanas y ciudadanos capaces de:

- Reconocer y exigir sus derechos, así como de aceptar sus responsabilidades.
- Asumir que con el paso del tiempo las relaciones interpersonales que establezcan implicarán un mayor compromiso.
- Reconocer que sus acciones no sólo les afectarán a sí mismos, sino también a quienes los rodean. A través de esas acciones, día a día, van creando su futuro.
- Aprender a respetar las diferencias, a evitar toda forma de violencia y de discriminación.

Lo más importante durante la adolescencia no es el desarrollo de la capacidad para tener relaciones sexuales y transmitir la vida, sino de la capacidad para elegir, con conocimiento y libertad, la forma en que construirán sus vidas, buscando siempre cultivar una actitud positiva y propositiva. Esto significa que deberán decidir asertivamente qué acciones emprender y cuáles evitar; reforzar las habilidades para seguir el camino que se han trazado y fortalecer su voluntad para alcanzarlo. Ayudar a las y los jóvenes a planear y dar sentido a sus elecciones, es el elemento más importante en la educación sexual. Dichas elecciones serán más libres y responsables en la medida en que cuenten con más y mejor información.

Derechos sexuales de los adolescentes

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad. Se deben respetar las decisiones que tomes sobre tu cuerpo y tu vida sexual, sin que nadie te presione, condicione ni imponga sus valores particulares.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual. Nadie puede presionarte, discriminarte, inducirte al remordimiento o castigarte por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de tu cuerpo y tu vida sexual.
3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos. Puedes expresar tus ideas y afectos sin que por ello nadie te discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agrede verbal o físicamente.
4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad. Tienes derecho a decidir libremente con quién compartir tu vida, tu sexualidad, tus emociones y afectos. Nadie debe obligarte a contraer matrimonio o a compartir con quien no quieras tu vida y tu sexualidad.
5. Derecho al respeto de mi intimidad y vida privada. Tienes derecho al respeto de tus espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de tu vida, incluyendo el sexual. Sin tu consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de tu vida.
6. Derecho a vivir libre de violencia sexual. Cualquier forma de violencia hacia tu persona, afecta el disfrute pleno de tu sexualidad. Ninguna persona debe acosar, hostigar, abusar o explotar sexualmente.

7. Derecho a la libertad reproductiva. Como mujer u hombre tienes derecho a decidir el tener o no hijas o hijos, cuántos, cuándo y con quien tú decidas.
8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad. Las mujeres y los hombres, aunque diferentes, son iguales ante la ley, y deben tener las mismas oportunidades en condiciones semejantes.
9. Derecho a vivir libre de toda discriminación. No te pueden discriminar por edad, género, sexo, preferencia sexual, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física, situación económica o por cualquier otra condición personal, familiar o grupal.
10. Derecho a información completa, científica y laica sobre sexualidad. Tienes derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada. El estado debe brindar información sexual integral, laica y científica.
11. Derecho a educación sexual. Tienes derecho a una educación sexual sin prejuicios, que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.
12. Derecho a servicios de salud sexual y salud reproductiva. El personal de los servicios de salud pública no puede negarte información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben estar sometidas a ningún prejuicio.
13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad. A participar en el diseño, implementación y evaluación de programas sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva.

Responsabilidad

La adolescencia es una etapa en la que las chicas y chicos ya son capaces de asumir la responsabilidad de: - cuidar de su vida, de su salud e integridad física, mental, moral y social;

- Hacer ejercicio, practicar algún deporte y alimentarse correctamente.
- Cuidar su imagen personal.
- Colaborar en el cuidado y conservación de su entorno físico: flora; fauna; su casa; escuela; espacios públicos, etcétera.
- Proteger la economía familiar.
- Participar en actividades deportivas, culturales, cívicas y sociales.
- Establecer relaciones de amistad, compañerismo y solidaridad.

El pensamiento del adolescente

Para Piaget; la tarea fundamental de la adolescencia es lograr la inserción en el mundo de los adultos. Las estructuras mentales se transforman y el pensamiento adquiere nuevas características en relación al del niño: comienza a sentirse un igual ante los adultos y los juzga en este plano de igualdad y entera reciprocidad. Piensa en el futuro, muchas de sus actividades actuales apuntan a un proyecto ulterior. Quiere cambiar el mundo en el que comienza a insertarse. Tiende a compartir sus teorías (filosóficas, políticas, sociales, estéticas, musicales, religiosas) con sus pares, al principio sólo con los que piensan como él. La discusión con los otros le permite, poco a poco, el descentramiento (aceptar que su verdad es un punto de vista, que puede haber otros igualmente válidos, y que puede estar equivocado).

La inserción en el mundo laboral promueve (más aún que la discusión con los pares) la descentración y el abandono del dogmatismo mesiánico (mi verdad es la única verdad). Los proyectos y sueños cumplen en esta etapa la misma función que la fantasía y el juego en los niños: permiten elaborar conflictos, compensar las frustraciones, afirmar el yo, imitar los modelos de los adultos, participar en medios y situaciones de hecho inaccesibles. La capacidad de interesarse por ideas abstractas le permite separar progresivamente los sentimientos referidos a ideales de los sentimientos referidos a las personas que sustentan esos ideales desarrollar procesos de diferenciación patológicos, autodestructivos (no comer, drogarse, suicidarse).

El adolescente se torna peligroso porque quiere tomar sus propias decisiones y cuestiona las actitudes, las opiniones y los valores de la generación anterior. Si los adultos se sienten amenazados por las críticas y la continua confrontación, pueden reaccionar expulsándolo (de la casa, de la escuela) o bien intentando doblegarlo por medio del temor a los peligros del afuera (la calle, las malas compañías, etc.). A menudo, la violencia de los adolescentes es consecuencia del abuso de poder de los adultos, que no quieren renunciar al mandato absoluto que tenían sobre el niño. Es así como se engendra el resentimiento. La de los padres del pedestal en el que se encontraban instalados en la infancia implica

para el adolescente aceptar la falibilidad propia y la de los demás, caer en la cuenta de que no existe alguien sin falla, que todos podemos equivocarnos, que todos necesitamos de otros. También los cambios corporales y la sexualidad del adolescente pueden representar una amenaza para el adulto, al enfrentarlo con el paso del tiempo. Con frecuencia siente envidia de y compite con el adolescente del mismo sexo, intentando demostrar que aún es superior (más fuerte, más inteligente, más hermoso o hermosa). En el caso de los padres, muchas veces buscan retener a los hijos provocando en ellos un sentimiento de culpabilidad por diversos medios (problemas económicos, enfermedad psicosomática, depresión), o bien haciéndoles la vida en el hogar demasiado cómoda (exceso de dinero, libertades sin obligaciones), lo que impide la rebelión y el alejamiento. A menudo eligen la escuela a la que los envían en función de sus propios deseos, sin tener en cuenta lo que el hijo o la hija quieren. El adolescente que es obligado de esta manera, suele presentar luego problemas de aprendizaje o de conducta. Esto no significa que hay que dejarlos en completa libertad. El desafío a la autoridad, incluso las conductas delictivas, son un reclamo de límites.

Todo adolescente busca la contención de los adultos. Para poder construir su propio espacio, encontrar su lugar en el mundo, necesita contar con mayores que lo respalden desde espacios reales (la casa, la escuela, el trabajo), brindándole reglas claras acerca de lo que está permitido y lo que no, y respetando a su vez esas mismas reglas. Las normas que una sociedad comparte y que permiten la convivencia social no son innatas, se van interiorizando a lo largo de la infancia y se cuestionan en la adolescencia. En esta época, las respuestas que el mundo circundante brinde al joven, contribuyen a consolidar, distorsionar, afianzar o destruir eso que llamamos ética, moral y convivencia social. No basta con poner límites y marcar valores, aunque es imprescindible. Pero es esencial escuchar al adolescente, respetarlo, creer en él, para que pueda creer en sí mismo y confiar en su propia capacidad de crear un proyecto y realizarlo.

Los adultos con relación a los adolescentes

Para Donald Winnicott, médico pediatra y psicoanalista inglés, el máximo bien del que puede disponer un adolescente es la libertad para tener ideas y actuar por impulso. Si se le otorga demasiada responsabilidad, si tiene que ser adulto demasiado pronto, pierde la posibilidad de inmadurez, de rebelión y se empobrece su actividad imaginativa y su vida misma. La confrontación con adultos en plano simbólico (discusión de ideas) permite poner en juego la fantasía de asesinato (que suele presentarse con frecuencia bajo la forma de temor a que al otro le pase algo) sin llegar al asesinato en lo real. La función del adulto, dice Winnicott, no consiste en educar al adolescente, sino en sobrevivir a sus ataques: donde existe el desafío de un joven en crecimiento, que haya un adulto para encararlo. Y no es obligatorio que ello resulte agradable.

El adolescente tantea si el otro realmente se interesa por escucharlo, antes de hablar de lo que siente. No se arriesga a confiar en alguien a menos de estar convencido de que éste trata de comprenderlo y que no va a desvalorizarlo o minimizar sus problemas. Valora que el adulto no se muestre omnipotente, que pueda expresar dudas y reconocer sus equivocaciones. Que pida su opinión, invite a participar, lo anime en sus proyectos en lugar de intentar demostrarle que son irrealizables, lo considere un igual.

Cuando los padres no pueden aceptar a los hijos como seres independientes cuya vida no les pertenece, éstos tienden a desarrollar procesos de diferenciación patológica, autodestructivo (no comer, drogarse, suicidarse). El adolescente se torna peligroso porque quiere tomar sus propias decisiones y cuestiona las actitudes, las opiniones y los valores de la generación anterior. Si los adultos se sienten amenazados por las críticas y la continua confrontación, pueden reaccionar expulsándolo (de la casa, de la escuela) o bien intentando doblegarlo por medio del temor a los peligros del afuera (la calle, las malas compañías, etc.). A menudo, la violencia de los adolescentes es consecuencia del abuso de poder de los adultos, que no quieren renunciar al mandato absoluto que tenían sobre el niño. Es así como se engendra el resentimiento. La de los padres del pedestal en el que se encontraban instalados en la infancia implica

para el adolescente aceptar la falibilidad propia y la de los demás, caer en la cuenta de que no existe alguien sin falla, que todos se pueden equivocar, todos necesitan de otros. Los cambios corporales y la sexualidad del adolescente pueden representar una amenaza para el adulto, al enfrentarlo con el paso del tiempo.

Con frecuencia siente envidia de y compite con el adolescente del mismo sexo, intentando demostrar que aún es superior (más fuerte, más inteligente, más hermoso o hermosa). En el caso de los padres, muchas veces buscan retener a los hijos provocando en ellos un sentimiento de culpabilidad por diversos medios (problemas económicos, enfermedad psicosomática, depresión), o bien haciéndoles la vida en el hogar demasiado cómoda (exceso de dinero, libertades sin obligaciones), lo que impide la rebelión y el alejamiento. A menudo eligen la escuela a los que envían en función de sus propios deseos, sin tener en cuenta lo que el hijo o la hija quieren. El adolescente que es obligado de esta manera, suele presentar luego problemas de aprendizaje o de conducta, Esto no significa que hay que dejarlos en completa libertad.

El desafío a la autoridad, incluso las conductas delictivas, son un reclamo de límites. Los adolescentes buscan la contención de los adultos para poder construir su propio espacio, encontrar su lugar en el mundo, necesita contar con mayores que lo respalden desde espacios reales (la casa, la escuela, el trabajo), brindándole reglas claras acerca de lo que está permitido y lo que no, respetando a su vez reglas. Las normas que una sociedad comparte y que permite la convivencia social no son innatas, se van interiorizando a lo largo de la infancia y se cuestionan en la adolescencia.

En esta época, las respuestas que el mundo circundante brinde al joven, contribuyen a consolidar, distorsionar, afianzar o destruir eso que llamamos ética, moral y convivencia social. No basta con poner límites y marcar valores, aunque esto es imprescindible. Pero es igualmente esencial escuchar al adolescente, respetarlo, creer en él, para que pueda creer en sí mismo y confiar en su propia capacidad de crear un proyecto y realizarlo.²³

Vida social y afectiva en la adolescencia

La construcción de la vida social y afectiva durante la adolescencia se halla influida por elementos de diversa índole, que guardan relación con factores individuales, familiares y sociales de los sujetos. Específicamente, en el plano de las relaciones afectivas tienen especial relevancia, en primer lugar, el carácter singular que para el adolescente tengan las relaciones en el ámbito familiar y en segundo lugar, los significados que asigne a las relaciones con amistades y noviazgos. Ambos tipos de relaciones han de constituirse en componentes fundamentales a la hora en la que el adolescente delimita su ámbito social y afectivo fuera del correspondiente a la familia.

El adolescente pone a prueba el ejercicio de su libertad y autonomía respecto del mundo adulto en la elección de las personas que integran su grupo afectivo de referencia. Las decisiones acerca de la composición del núcleo de amistades y de las personas elegidas para mantener relaciones sentimentales, por un lado, y las actividades y los intereses compartidos con su núcleo afectivo de referencia.

El despertar de las atracciones

El adolescente descubre paulatinamente que debe empezar a definir gustos, intereses y preferencias en relación con la construcción de su mundo afectivo sexual. Ejercitar esas decisiones, mediante las que ha de ir construyendo su autonomía e independencia, afectará aspectos cruciales para el desarrollo de una vida afectiva y sexual saludable. Uno de los campos preferidos para adoptarlas corresponde a las determinaciones acerca de la definición de sus relaciones sentimentales, trátase de relaciones informales, de relaciones de noviazgo o de aquellas correspondientes al inicio de su ejercicio de la sexualidad.

En la adolescencia se experimenta un conjunto de cambios en los que los físicos resultan notorios ante las miradas del adolescente y de su entorno. El muchacho y la chica deben enfrentarse a cambios en su apariencia y torpezas físicas propias de esta etapa. Aquellos cambios físicos a los que les costará asimilarse serán el funcionamiento fisiológico y las experiencias corporales que acompañan el primer período menstrual en el caso de las chicas y las poluciones nocturnas

en el caso de los chicos. La apariencia física, como las nuevas sensaciones, constituyen experiencias claves en el desarrollo del auto concepto que, acompañado de motivaciones específicas, gustos, actitudes y comportamientos, moldeará el desarrollo de la identidad del sujeto. En ese contexto, las primeras atracciones operan como una puesta en juego de mecanismos de definiciones respecto de quién soy y en quién me fijo, para sentirme a gusto conmigo mismo. En este proceso de definiciones de la identidad se ponen en juego la autoestima y la seguridad, así como también los equilibrios psicológicos. Sentirse atraído por otro.

Enamoramiento en la adolescencia

En la adolescencia, las relaciones sentimentales serán generadores de tensiones en las familias. Chicas y chicos se hallan abocados al desencadenamiento de una crisis que es de tensión entre el abandono de las reglas que tuvo hasta entonces y el esfuerzo por desarrollar las propias. Una de las esferas de su vida en las que empiezan a ejercitar sus propias decisiones guarda relación con el despertar de la sexualidad. El sujeto se halla ante las opciones correspondientes a establecer relaciones con personas distintas a su familia, elegir pareja e iniciarse en el ejercicio de la sexualidad. Todas ellas implican el buscar proveerse de información que ayude a afrontar de la mejor manera tales desafíos

Inicio de relaciones sexuales

El inicio en el ejercicio de una vida sexual activa supone un momento trascendental para el individuo. El adolescente se halla en un período de vida crucial en la adquisición de criterios morales, de competencias y de habilidades, además de la definición de aspiraciones y preocupaciones y una asunción paulatina de deberes; todo ello como parte de los elementos orientadores para la organización de su vida. Inquietudes, necesidades, deseos, prejuicios y valores concurren, rara vez armónicamente, a la decisión del adolescente de iniciarse sexualmente. Las presiones de los pares y de la pareja a favor de la decisión no eliminan las incertidumbres.

Entre los motivos para decidirse a la primera relación aparecen fundamentalmente razones afectivas y cognitivas, al lado de la búsqueda de placer. Estudios realizados indican que más de la mitad de chicas y chicos señalaron que tener la primera relación sexual obedecía a razones afectivas. “Estar enamorado/a” era, para un porcentaje mayor de chicas (64,1%) que de chicos (55,3%), la condición para tener la primera relación sexual. La curiosidad y los deseos de experimentar se hallaban entre las razones para la iniciación, en porcentajes similares de chicas (43,1%) y chicos (41,7%). Quienes señalaron que se hacía para “sentirse mayor” también se repartieron de modo parejo entre chicas (13,4%) y chicos (13,9%). Pero “Divertirse y disfrutar” fueron considerados motivos para tener la primera relación sexual con una diferencia notoria entre chicos (45,3%) y chicas (30,9%).

Reacciones paternas

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas ("les llenaría la cabeza de malas ideas"), restringir la información sobre métodos anticonceptivos ("que sigan teniendo miedo a quedar embarazadas"), censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales. También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea.

Papel de la familia

La familia es el de grupo primario educador y socializador, en el que las personas adquieren los valores básicos acerca del sexo y la sexualidad; donde aprenden a distinguir lo que es bueno o malo; los roles sexuales; los patrones culturales,

etcétera. En ella, los padres asumen esta función desde el nacimiento de sus hijas e hijos, y más tarde la comparte con otras instituciones como la escuela. Sin embargo, no es común que al interior de los hogares se acostumbre hablar abiertamente de temas relacionados con la sexualidad, a pesar de que sería el ámbito ideal para hacerlo.

Por otro lado, es muy común en el medio rural encontrar familias que no acostumbran las expresiones de afecto entre sus miembros. Tal vez, las condiciones de pobreza, su cultura y costumbres, así como las extensas y arduas jornadas de trabajo, difícilmente las motivan. No confundir la falta de expresión con la ausencia de afecto. Se debe mostrar a las y los adolescentes, jóvenes que la comunidad una de las maneras más significativas y valiosas que los mayores tiene para demostrar que los quieren y valoran, es trabajando duramente como todos los días y cuidándolos tanto como les es posible.

Medios de información

El adolescente enfrenta un doble conflicto en relación con la aceptación del tratamiento de la sexualidad; de un lado, vive conflictos consigo mismo en relación con la definición de una identidad sexual y la expectativa de que actitudes y comportamientos derivados de ella sean aceptados por su entorno. Por otro lado, el adolescente debe desarrollar su identidad sexual en un medio social que, en el campo de la sexualidad, ha experimentado importantes cambios pero mantiene ciertas ambigüedades.

Ellas y ellos buscan distintas vías para aclarar sus dudas e informarse sobre sexualidad. Las charlas en los centros educativos, las amistades e internet aparecieron como los medios más usados por los jóvenes para conocer sobre sexualidad y cuidado de la salud sexual. Estudios realizados indican que las charlas en los centros educativos son consideradas por la mitad de los adolescentes como la fuente más útil para informarse sobre este asunto. Un porcentaje mayor de chicas (60,1%) que de chicos (43,7%) consideran que las charlas en los institutos son útiles para enterarse sobre sexualidad. Las amigas, en mayor medida entre las chicas (48,7%) que entre los chicos (14,5%), y los amigos, para un sector mayor de chicos (35%) que de chicas (11,7%),

constituyen referentes cercanos para informarse sobre el tema. Internet fue mencionado más por los varones (40,5%) que por las chicas (25%) como medio apropiado para conseguir información que despeje sus inquietudes sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva. Este estudio señaló que se informaban sobre sexualidad con sus padres; algo menor fue el porcentaje de quienes se enteraban con la madre con mayor frecuencia las chicas (14,9%) que los chicos (3,6%). En el ámbito familiar, los hermanos resultaban un medio para proveerse de información sobre la sexualidad por algo más chicos (5,8%) que chicas (3,5%). El padre solo fue referido como proveedor de información acerca de estos temas por un sector pequeño de chicos (4,5%) y de chicas (1,5%). Las películas pornográficas aparecieron reconocidas como vehículo de información sobre sexualidad, especialmente por los chicos (17,2%) y marginalmente por las chicas (1,2%). Los libros fueron señalados por un pequeño grupo de chicas (6,4%) y de chicos (4,9%) como fuente de información útil sobre sexualidad. También la propia experiencia fue referida como vía para informarse sobre la materia por un sector de chicos (9,7%) y de chicas (5%).

Educación sexual en el colegio

La problemática de la sexualidad humana en nuestro país, es consecuencia de la desinformación, de la distorsión y modelos inadecuados de comprensión de la condición sexual humana, de la equivocada diferenciación sexista en favor del hombre y en perjuicio de la condición de la mujer, con graves repercusiones en el nivel personal individual, socio económico, laboral y legal.

Tal problemática obliga en un futuro al planteamiento de un programa amplio e integral de restructuración y cambio de actitudes socio sexual de carácter científico.

Los adolescentes inician su vida sexual en el momento que lo desea su naturaleza o por las necesidades sexuales impuestas en este medio sociocultural particular.

Es evidente que una educación sexual de desinformación y distorsión da lugar a este tipo de percepción de las relaciones sexuales prematuras en los adolescentes, la sexualidad humanista debe considerar las relaciones sexuales responsables, además del conocimiento de la tecnología anticonceptiva.

En realidad el fondo del problema es la práctica sexual concebida tradicionalmente (la consigna es NO a las relaciones sexuales antes del matrimonio). La sexualidad es de los adultos y no se debe conocer los anticonceptivos naturales ni artificiales. Esto por supuesto es un grave error.

La sexualidad es uno de los aspectos en que la vida cotidiana, tanto privada como pública se ve involucrada; es lo que menos se comenta seriamente y es una de las cosas que más puede afectar al individuo en su desarrollo y trascendencia personal, se trata el tema pero en forma distorsionada, tendenciosa: con la broma, el chiste, el murmullo, el chisme, etc.

La desinformación, distorsión y represión sexual es total, incluye hasta a los políticos, jueces, maestros, profesionales de la salud, de la iglesia, quienes supuestamente deberían tener una actitud sexual más saludable.

Educación sexual en las calles

Las nuevas formas de vivir la amistad constituyen un indicador fundamental de la adolescencia. “Uno de los primeros y buenos signos de que un chico y chica ha ingresado al mundo de la adolescencia es el cambio en el manejo de las amistades. Ya no son las tareas escolares o el juego lo que convoca a los amigos, sino las nuevas cosas que sus cuerpos, sus deseos y pensamientos descubren”

Si durante la niñez los padres fueron los fundamentales acompañantes en la tarea de descubrir y vivir el mundo, en la adolescencia esta tarea compete a los amigos. Porque el universo infantil, aquél que descubre y vive el niño, está ligado íntimamente a lo doméstico.

La vida del adolescente es diferente, su universo se ubica en el otro. Ha crecido para ingresar en el camino a través del cual podrá encontrar un sitio para sí mismo tanto en su intersubjetividad como en la relación con lo social. Este mundo ya no puede ser Compartido de manera permanente y directa con los padres. Para eso hacen falta los amigos.

Entre amigos se da un intenso intercambio de afectos, de creencias, de expectativas, temores y saberes. La amistad que se inaugura en otra dimensión

implica donación sin muchos límites sin los prejuicios típicos de los adultos. Ahora ¿Qué papel juegan los amigos en la tarea de estructurar la sexualidad?, los amigos se presentan como la fuente segura de una información indispensable que tiene la virtud de crearse a sí misma al ser compartida.

Algunos autores consideran que el amigo que informa acrecienta su saber en el hecho mismo de la información puesto que del otro recibe una retroalimentación permanente. La transmisión del conocimiento es horizontal, entre iguales. Con frecuencia, el mayor saber de alguien es momentáneo, apenas si sobre un dato concreto, sobre una experiencia del momento.

2.2.3 MITOS EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD

2.2.3.1 ¿Qué es un mito?

La palabra "mito" deriva del griego *mythos*, que significa "palabra" o "historia". Un mito, tendrá un significado diferente para el creyente, para el antropólogo o para el filólogo. Esa es precisamente una de las funciones del mito: consagrar la ambigüedad y la contradicción. Un mito no tiene por qué transmitir un mensaje único, claro y coherente.²⁴

Un mito es un relato tradicional basado en antiguas creencias de diferentes comunidades y que presenta explicaciones sobrenaturales de hechos o fenómenos naturales. El relato mítico está relacionado con creencias religiosas, por lo que es asociado con un carácter ritual; es decir, presenta elementos invariables (que se repiten) y se distingue por su perdurabilidad a través del tiempo.

El mito responde a una particular forma de ver el mundo y de explicar los fenómenos que en él existen. A diferencia de la ciencia, que da explicaciones racionales y lógicas a esos fenómenos, el mito da explicaciones mágicas y hasta cierto punto fantásticas. Por esta razón, en los mitos ocurren hechos absurdos, se dan soluciones mágicas y aparecen personajes fabulosos. El hecho de que

las diferentes comunidades tengan inquietudes similares ha dado lugar a la creación de mitos sobre los mismos fenómenos en culturas diferentes.

Otras definiciones, El mito puede ser una idea sin fundamento, como en el caso de las falacias, ya que estas mentiras dichas por algunas personas proliferan, formando así, una creencia sólida socialmente aceptada que muchas veces no tiene ninguna razón alguna.²⁵

Sin embargo a pesar del acceso a la información que los adolescente presentan y del accionar de la sociedad para cubrir las necesidades de los adolescentes en tema de sexualidad aún persisten mitos que no han podido ser retirados de nuestra sociedad y se mantienen, perjudicando a los adolescentes que generan una distorsión de la realidad.

Explicación desde el punto de vista psicológico de los mitos

Sigmund Freud

Los mitos, de acuerdo con el punto de vista de Freud, son sueños de orden psicológico. Los mitos, son sueños públicos: los sueños son mitos privados. En su opinión, ambos son sintomáticos de represiones de incestuosos deseos infantiles; la única diferencia esencial entre la religión y la neurosis es que la primera es más pública.

En otras palabras, son un conjunto de creencias irreales. Estas creencias no surgen de la nada, sino que tienen una clara influencia histórica: de las religiones, de las ideologías, de las políticas, etc.

Carl Jung

“Los mitos son manifestaciones psíquicas, reflejan deseos, sentimientos y actitudes primordiales comunes a todos los hombres. El estudio de los mitos, la mitología, es importante porque, además de descubrir las preocupaciones básicas de la cultura individual, permite comprender mejor las formas de reacción particulares del individuo de una determinada sociedad.

Lo alarmante es que estas falsas ideas comienzan a divulgarse como algo verificado y real, convirtiéndose, en última instancia, en lo que se conoce como mito. Por lo tanto, como se expresa es algo infundado y muy a menudo, descontextualizado y falso.

El mito cumple en la cultura una función indispensable; expresa, exalta y codifica las creencias; custodia y legitima la moralidad; garantiza la eficiencia del ritual y contiene reglas prácticas para aleccionar al hombre.

Clasificación de los mitos según su contenido:

- Cosmogónicos: explican la creación del mundo.
- Teogónicos: explican el origen de los dioses.
- Antropológicos: explican la aparición del hombre
- Etiológicos: Explican situaciones políticas, religiosas y sociales.
- Morales: Explican principios éticos contrarios como el bien y el mal, los ángeles y los demonios.²⁶

2.2.3.2 MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD

Los mitos sexuales han existido en todas las épocas, culturas y sociedades como formas fantásticas de la imaginación en un intento por explicar la realidad. Muchos de ellos se convirtieron en tradiciones que durante muchos años, siglos incluso, constituyeron normas sociales de conducta que no se podía transgredir. Algunas prácticas sexuales consideradas hoy como normales, hace siglos conducían a la hoguera a los que las practicaban. Los mitos se han transmitido a través de las historias, las leyendas, los cuentos, las anécdotas y hasta los chistes del folklore popular.

Los mitos sexuales son esos rumores sin fundamento que construyen una creencia inválida acerca de un tema sexual. Lo

malo, es que esta supuesta creencia errónea comienza a divulgarse y a llegar a oídos de personas que por su poco conocimiento en cuanto a sexo se refiere, la toman como verdadera.

Para muchos, los mitos sexuales no permiten que se disfrute de la sexualidad tal y como debe ser, sino que interfieren con la misma o inclusive, llegan a destruirla.

Lo más común es que durante conversaciones sobre el sexo siempre hay conceptos que no se pueden verificar es por esto que siempre existen mitos, en especial cuando se inicia la vida sexual existe un intento por parte de las personas de dar explicaciones a cosas que a veces no entienden bien, logrando confundir y mal informar a las personas al punto que pueden perjudicar la salud, causar problemas en la pareja, formar estereotipos y prejuicios y hasta trastornos psicológicos.

Los mitos sexuales no son solo falta de información de los jóvenes en inicio de su vida sexual, también sobre su sexualidad de los jóvenes, los adultos tejen mitos, tabúes, prejuicios y estereotipos sexuales que albergan y transmiten a los adolescentes de ambos sexos las personas que les rodean. Para los adultos es muy difícil comprender a los adolescentes y mucho más difícil asimilar y propiciar una sana sico-sexualidad para su personalidad.

Estudios realizados los adultos piensan que los adolescentes, son niños con cuerpo e ínfulas de adulto, son promiscuos sexuales, que los intercambios sexuales entre adolescentes son prematuros y afectan su desarrollo, los adolescentes son incapaces de tener una sexualidad responsablemente, los grupos de amigos solo sirven para despertar en ellos ideas y comportamientos conflictivos e inapropiados, los padres deben controlar y dirigir rigurosamente las conductas sexuales de los adolescentes. De esta forma los adultos se convierten sin proponérselo en la fuente

de muchos conflictos y dificultades que se pueden padecer en estas edades.

En cuanto a la Real Academia Española, mito es, “cosa a la que se atribuye cualidades o excelencias que no tiene, o bien una realidad de la que carece”.²⁷

Muchas de estas equívocas creencias han ido evolucionando hasta caer en desuso o ser reveladas como mentiras pero algunas otras poseen todavía una fuerza sorprendente entre la gente, debido principalmente a la ignorancia y a una inadecuada educación sexual.

Estos temas provocan silencio en las familias y en la sociedad en general. Sin embargo, mantener los mitos y los tabúes implica seguir viviendo en la ignorancia. Limitar el conocimiento y permitir que éstos subsistan, solo ocasiona que una expresión humana como la sexualidad, que va más allá de la simple genitalidad, sufra distorsiones y desviaciones.²⁸

Clasificación de mitos sobre sexualidad en adolescentes más comunes:

Mitos sobre la primera relación sexual

El primer encuentro sexual en la adolescencia puede ser crucial para el futuro, significa lanzarse por un camino nuevo y desconocido en la vida amorosa, horizonte en el cual es deseable que sea una experiencia bien planeada. Sin embargo no suele ser así, la primera relación sexual no suele ocurrir en las mejores circunstancias.

Es en esta edad que los adolescentes comienzan con el despertar sexual, comienzan a descubrir las zonas sensibles de su cuerpo, a través de los besos y caricias. El sueño de un momento de felicidad se convierte en un instante de culpabilidad, dudas y miedos.

La cabeza del adolescente está llena de mitos sobre el sexo causados por la falta de información, presiones sociales y una educación temerosa de tocar temas sobre el ejercicio responsable de la sexualidad en los jóvenes.

No existe una edad establecida para la primera relación sexual. Los adolescentes inician su vida sexual cada vez a edades más tempranas, inclusive entre los 13 y los 15 años de edad. En México, la edad de la primera relación sexual es entre los 15 y 19 años. En Perú según APROPO (Apoyo a programas de Población) las relaciones sexuales entre los jóvenes se inician a los 13 años y el 14,6% de jóvenes entre 15 y 19 años son madres o se encuentran gestando. Vivir la primera experiencia sexual de manera exitosa requiere madurez y responsabilidad sobre todo, estar completamente seguro de que es el momento ideal y la pareja sea la persona indicada.

Las relaciones sexuales significan responsabilidad compartida. Y la clave para llegar a la plenitud en el primer encuentro sexual es la información, orientación y educación. La vida íntima involucra a dos personas y como tal, la pareja debe platicar, informarse y acercarse a un profesional en salud para aclarar dudas y temores.

Origen de la primera relación sexual:

- Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a).
- Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van a pensar que soy raro(a).
- La primera relación sexual es necesaria para demostrarle a él (ella) lo que siento.
- La primera relación sexual no se programa, si se da me acuesto.²⁹

Características de la primera relación sexual:

- Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar.
- En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada.
- En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)

- La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia.
- Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente.
- Si sangra ante la primera relación sexual es virgen.

Sensaciones de la primera relación sexual:

- La primera relación sexual siempre es dolorosa.
- Estoy segura(o) que nada malo saldrá en mi primera relación sexual, lo malo le pasa a otras(os).

Mitos sobre sexualidad en la mujer

Hace más de 500 años se conoce que la mujer era considerada como pertenencia personal, destinada a propiciar placer sexual y a funciones de reproducción. Las mujeres eran consideradas ciudadanas de segunda categoría. En Atenas, la mujer carecía de derechos legales y políticos en la misma medida que los esclavos, eran consideradas las portadoras de hijos.³⁰

Por años existió la discriminación sexual hacia la mujer, la cual le impedía hablar sobre sus sensaciones, pensamientos, fantasías y deseos. No solo afectaba el placer sexual de las mujeres, sino que también ponía trabas en su desarrollo emocional y no las dejaba conocer las maravillas con las que la sexualidad plena y satisfactoria enriquece la vida.

En la actualidad las mujeres son dueñas de su propio placer. Saben lo que quieren, son más seguras de sí mismas,

Sin embargo, para muchos, la sexualidad femenina fue abordado por mitos que empezaron a gestar antes del nacimiento desde que está en el vientre de su madre se le coloca en el famoso mundo rosado, los colores de asignación femeninos son los suaves y tonos pasteles; de ella se espera sea dulce, cariñosa, afable, suave, pasiva y todo ello marca hasta sus juegos infantiles y profesiones futuras.³¹

Características sobre sexualidad en la mujer:

Fisiología de la sexualidad en la mujer:

- Con la menstruación la mujer no puede embarazarse.
- Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte.
- Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables
- Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación
- A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas.³²

Condiciones sexualidad en la mujer:

- El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo.
- Relación sexual equivale sólo a coito vaginal.
- Cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí” porque le gusta que le insistan.
- Es deber de la mujer satisfacer al compañero.³³

Prejuicios de la sexualidad en la mujer:

- Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral.
- El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo.³⁴

Mitos sobre sexualidad en el hombre

Desde hace años se creía que los hombres tenían derecho a practicar relaciones sexuales con varias mujeres y el sexo para ellos era considerado como una realidad más de la vida cotidiana.

A los hombres igualmente, desde que están en el vientre materno, se les coloca en un mundo azul. Los colores de asignación masculina son fuertes y agresivos, y de ellos se espera independencia, agresividad, fortaleza física, que sean buenos trabajadores, y en sus juegos infantiles se les marcan sus futuras profesiones. Al varón se le prepara para el espacio público, se le exige un mayor comportamiento sexual y con mayor disfrute de ello, se le refuerza el entrenamiento en el sexo y así favorecen también la aparición de mitos masculinos.³⁵

Características sobre sexualidad en el hombre:

Anatomía de la sexualidad en el hombre:

- Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer.
- Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño.

Condición de la sexualidad en el hombre:

- Los hombres deben saber todo sobre sexo.
- Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales.
- Los hombres no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría.

Percepciones de la sexualidad en el hombre:

- El hombre no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer.
- La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo.
- Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección.³⁶

Mitos sobre la masturbación

La autoexploración, es una experiencia fundamental para una sexualidad saludable y se diferencia de la masturbación en que tiene como propósito conocer el propio cuerpo; aprender de él.

Es muy común en familias no saber qué hacer cuando las hijas y/o hijos se exploran. Si hay oportunidad, es aconsejable que tomen una actitud relajada y natural posible. Los castigos y regaños, así como las frases: “déjate ahí”, “no te toques”, “niño cochino” y entre otras, harán que asocien su sexualidad con algo malo, prohibido y se sentirán culpables. La mejor forma de intervenir para evitar que se hagan daño o que expongan su placer íntimo a los demás, es explicar con un lenguaje claro que el placer es parte de su intimidad.

Para preservar es necesario que busquen un lugar seguro, privado y limpio. Que se acaricien con las manos limpias y no delante de los demás. Es sano que la familia aprenda a respetar estas prácticas, pues son necesarias para conocerse y amarse uno mismo, capaces de conocer y amar a los demás.

La masturbación, desde la excitación hasta el orgasmo, provoca un placer físico que puede ser tan intenso como otras actividades sexuales. La imaginación y las fantasías forman parte importante de esta práctica, que requiere concentración; ser autocomplaciente, soltarse física, mental y emocionalmente. Es una expresión de amor por sí mismo. También es una forma natural y segura de posponer el primer encuentro sexual; de aliviar la tensión y de alcanzar el clímax sin riesgos de ITS o de embarazos no deseados.

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales.

Las caricias de acuerdo con Kinsey y colaboradores lo definen como el contacto físico entre varones y mujeres con miras a lograr la excitación erótica sin realizar el coito.³⁷

Masturbación a lo largo de la historia

En el siglo XVIII, la ofensa moral de la masturbación se transformó en una enfermedad con dimensiones médicas y psicológicas debido a las ideas propagadas en Europa por Boerhaave, Bekker y Tissot, eminentes médicos de la época. Para el siglo XIX persistía la idea de que la masturbación causaba daño a la salud, apoyada por médicos como Rush, el padre de la psiquiatría Americana, Maudsley, Kellogg y KraftEbing. En general todos ellos coincidían en que la masturbación causaba dispepsia, constricciones de la uretra, epilepsia, ceguera, vértigo, pérdida de la audición, cefaleas, convulsiones, degeneración de los nervios que llevaba a la demencia y la impotencia, pérdida de la memoria, actividad irregular del corazón, raquitismo, leucorrea en mujeres, conjuntivitis catarral crónica y muerte prematura, entre otros trastornos.

Hace 150 años, especialmente en la Época Victoriana, el tema a la masturbación fue tan grande en todo el mundo, se instituyeron medidas preventivas extremas incluyendo dispositivos mecánicos, cirugías genitales y disciplinas físicas severas para los masturbadores.

A partir del siglo XX algunos pioneros en investigación sexual humana empezaron a cambiar la visión de la masturbación. Ellis considero la masturbación como un desahogo sexual natural y esencial. Freud creía que la masturbación causaba neurastenia, sin embargo, la consideraba parte del propio desarrollo psicosexual.

Kinsey afirmo que la masturbación era benéfica para las personas. En 1966, Masters y Johnson revelaron que esta práctica era virtualmente universal en Norteamérica en cualquier género, edad, raza y clase social. En 1971 Goldstein,

Haeberle y McBride determinaron que la masturbación era la forma más común de actividad sexual entre los humanos.

Pero aun al comienzo de este milenio, los mitos no se han desvanecido, independientemente de si fueron creencias culturales, médicas o religiosas las que los provocaron. Estos persisten apoyados en dos aspectos principales: primero, dificultad para recibir una educación sexual científica y objetiva; segundo, la errónea creencia socioeducativa de que entre las consecuencias de masturbarse surge un indicador visual que revela al mundo que el individuo practica la masturbación.³⁸

Características de la masturbación

- La masturbación es una práctica exclusiva de los hombres.
- La masturbación es malo para la salud.
- Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara.
- Los que se masturban se vuelven locos y antisociales.
- La masturbación provoca ceguera.

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ADOLESCENTE: Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. ³⁹

MITO: Narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico.⁴⁰

Historia ficticia o personaje literario o artístico que encarna algún aspecto universal de la condición humana.⁴¹

SALUD SEXUAL: Es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.⁴²

SEXO: Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.⁴³

SEXUALIDAD: Aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.⁴⁴

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN
DE RESULTADOS

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

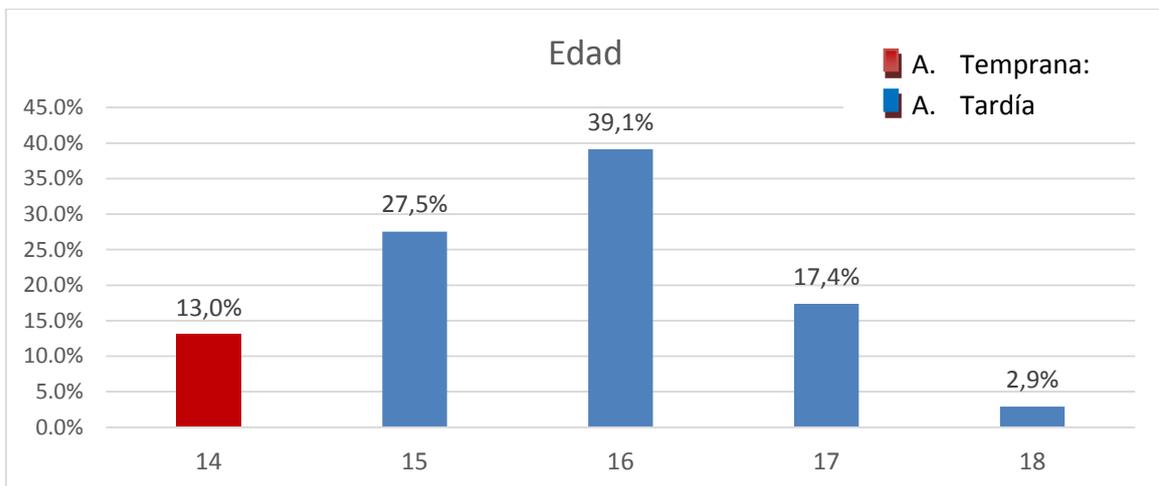
TABLA N° 1

EDAD POR ETAPAS DE ADOLESCENCIA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO -2016

	edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia Temprana	14	9	13,0%
Adolescencia Tardía	15	19	27,5%
	16	27	39,1%
	17	12	17,4%
	18	2	2,9%
		60	87,0%
	Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 1
EDAD POR ETAPAS DE ADOLESCENCIA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y
5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL
AGUSTINO - 2016



INTERPRETACIÓN –

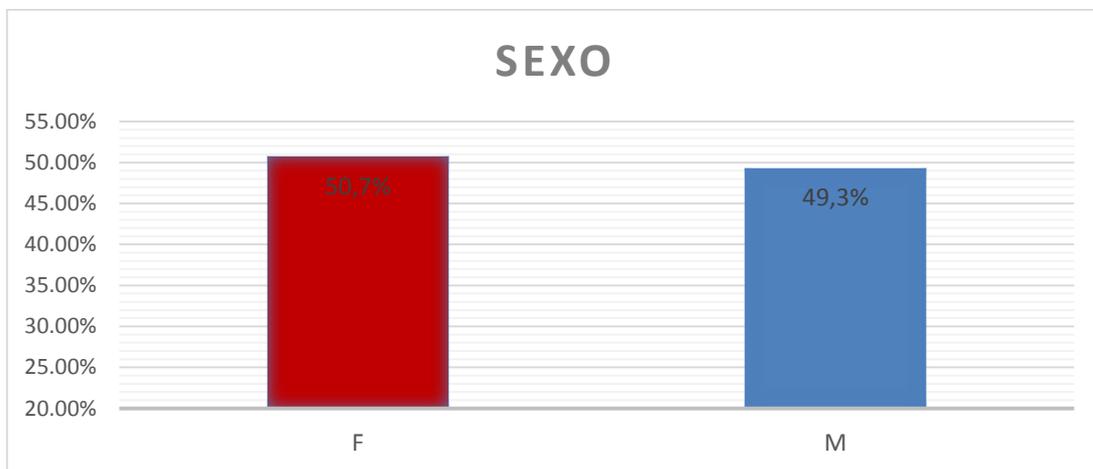
En la tabla N°1 y el gráfico N°1: Encontramos la edad más frecuente la de 16 años con un porcentaje de 39,1% y según las etapas de la adolescencia es tardía; siendo esta el porcentaje mayoritario y representando el 1er lugar; seguido de un 2do lugar la edad de 15 años con un 27,5% y en tercer lugar la edad de 17 años con un porcentaje de 17,4% ambas representando adolescencia tardía. En otras palabras, la adolescencia tardía representa un mayor porcentaje de 87,0%.

TABLA N° 2
SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA
I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO - 2016

	Frecuencia	Porcentaje
F	35	50,7%
M	34	49,3%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 2
SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA
I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO - 2016



INTERPRETACIÓN –

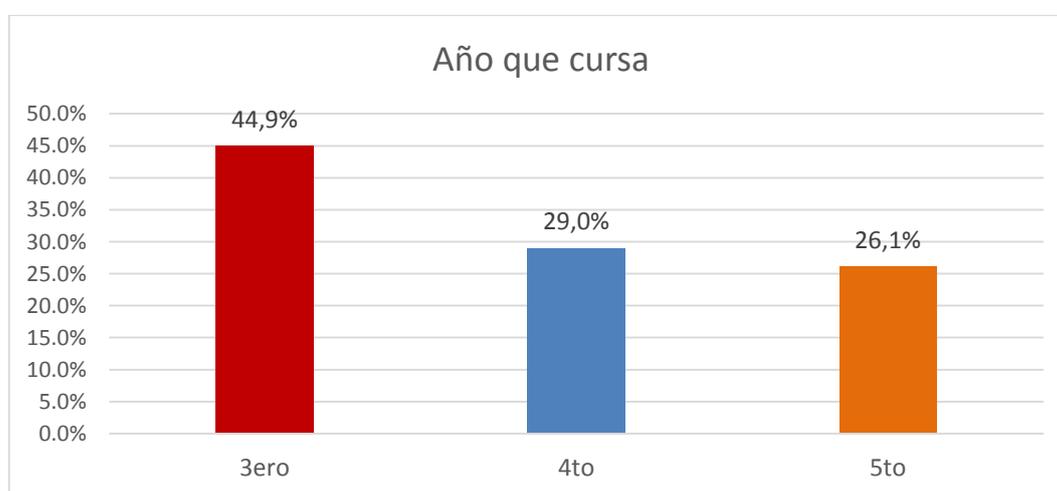
En la tabla N°2 y el gráfico N°2: Encontramos el sexo más frecuente, el sexo femenino con un 50,7% seguido en 2do lugar por el sexo masculino con un 49,3%.

TABLA N° 3
AÑO QUE CURSA LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO - 2016

	Frecuencia	Porcentaje
3ero	31	44,9%
4to	20	29,0%
5to	18	26,1%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 3
AÑO QUE CURSA LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO - 2016



INTERPRETACIÓN –

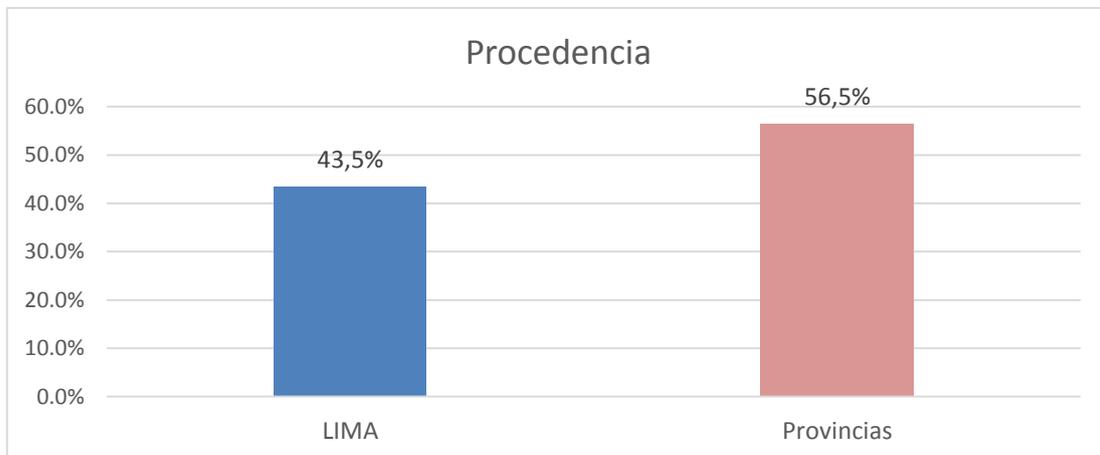
En la tabla N°3 y el gráfico N°3: Según el año que cursan encontramos en 1er lugar el 3er año de secundaria con un 44,9%, en 2do lugar el 4to año un 29,0% y en 3er lugar el 5to año un porcentaje de 26,1%, siendo el 3ero año con mayor porcentaje presentado.

TABLA N° 4
PROCEDENCIA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO - 2016

	Frecuencia	Porcentaje
LIMA	30	43,5%
Provincias	39	56,5%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 4
PROCEDENCIA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO – 2016



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°4 y el gráfico N°4: Podemos observar que según procedencia tenemos, que provienen en 1er lugar de provincias un 56,5% y en 2do lugar de Lima con un 43,5%, siendo el mayor porcentaje los de provincia.

TABLA N° 5

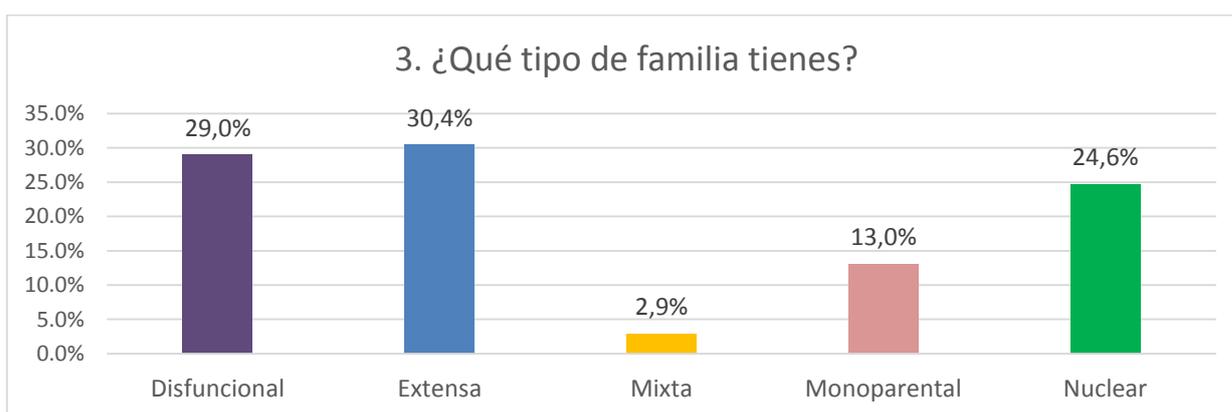
TIPO DE FAMILIA TIENES DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO – 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Disfuncional	20	29,0%
Extensa	21	30,4%
Mixta	2	2,9%
Mono parental	9	13,0%
Nuclear	17	24,6%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 5

TIPO DE FAMILIA TIENES DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO – 2016



INTERPRETACIÓN –

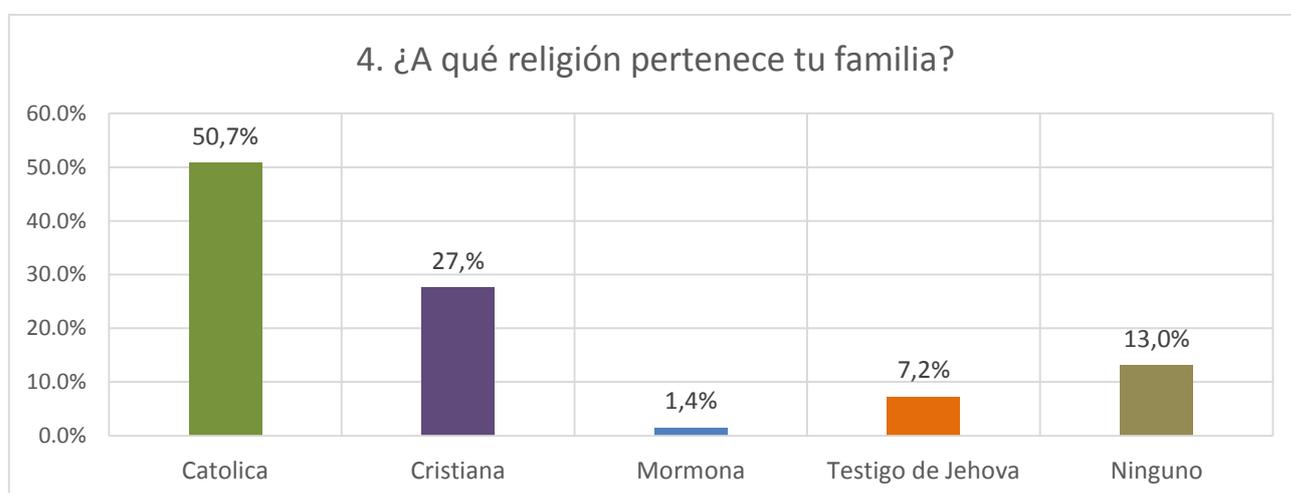
En la tabla N°5 y el gráfico N°5: Tenemos la familia extensa como la más frecuente con un 30,4%, seguido en 2do lugar por la familia disfuncional con un 29,0% y en 3er lugar la familia nuclear con un 24,6% y finalmente la mono parental con un 13,0%.

TABLA N° 6
RELIGIÓN QUE PERTENECE LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y
5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL
AGUSTINO – 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Católica	35	50,7%
Cristiana	19	27,5%
Mormona	1	1,4%
Testigo de Jehová	5	7,2%
Ninguno	9	13,0%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 6
RELIGIÓN QUE PERTENECE LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y
5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL
AGUSTINO – 2016



INTERPRETACIÓN –

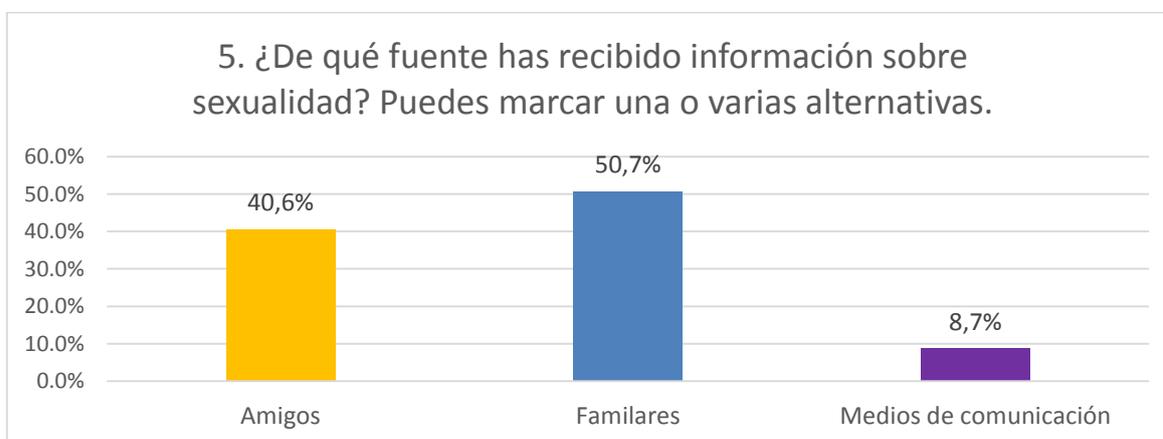
En la tabla N°6 y el gráfico N°6: La más frecuente encontrada es la religión Católica con un 50,7%, siendo este el mayor porcentaje presentado; en 2do lugar a la religión cristiana, con un 27,5% y en 3er lugar a la religión testigo de Jehová, con un 7,2%.

TABLA N° 7
FUENTE DEL QUE HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD DE LOS
ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA
INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO – 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	28	40,6%
Familiares	35	50,7%
Medios de comunicación	6	8,7%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 7
FUENTE DEL QUE HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD DE LOS
ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA
INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO – 2016



INTERPRETACIÓN –

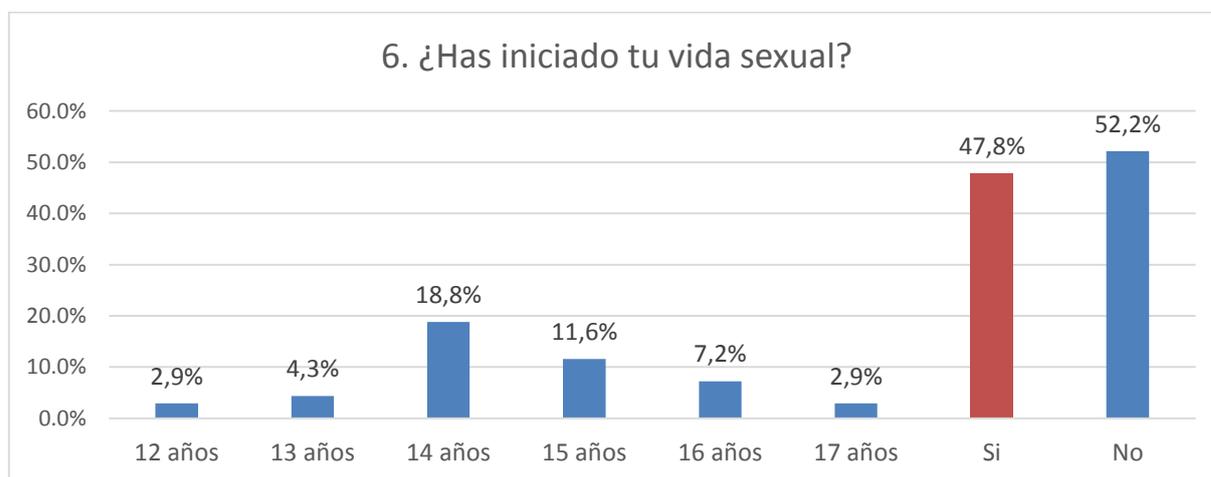
En la tabla N°7 y el gráfico N°7: La fuente de información más frecuente sobre sexualidad encontrada fue la de familiares con un 50,7%, siendo este el mayor porcentaje presentado; seguida en 2do lugar por la fuente de amigos con un 40,6% y finalmente en 3er lugar por la de medios de comunicación con un 8,7%.

TABLA N° 8
INICIO DE VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE
SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO –
2016

Sí a los ...	Frecuencia	Porcentaje
12 años	2	2,9%
13 años	3	4,3%
14 años	13	18,8%
15 años	8	11,6%
16 años	5	7,2%
17 años	2	2,9%
Si (Total)	33	47,8%
No (Total)	36	52,2%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 8
INICIO DE VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE
SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO –
2016



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°8 y el gráfico N°8: Han iniciado las relaciones sexuales un 47,8% de los encuestados y no la han iniciado el 52,2%, presentado este el mayor porcentaje.

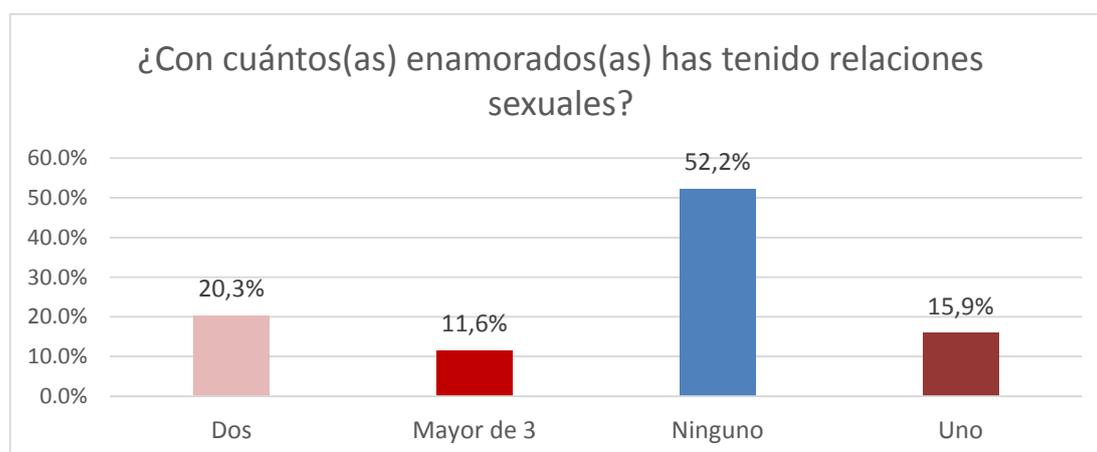
Encontrando en 1er lugar la edad más frecuente la de 14 años con un 18,8%, seguido en 2do lugar por la edad de 15 años con un 11,6%

TABLA N° 9
NÚMERO DE ENAMORADOS CON LOS QUE HAN TENIDO RELACIONES
SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE
LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO – 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Dos	14	20,3%
Mayor de 3	8	11,6%
Ninguno	36	52,2%
Uno	11	15,9%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 9
NÚMERO DE ENAMORADOS CON LOS QUE HAN TENIDO RELACIONES
SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE
LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO – 2016



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°9 y el gráfico N°9: El 52,2% manifestó que no ha tenido relaciones con ningún enamorado, y de los que tuvieron RS, el 15,9% tuvo con uno y el

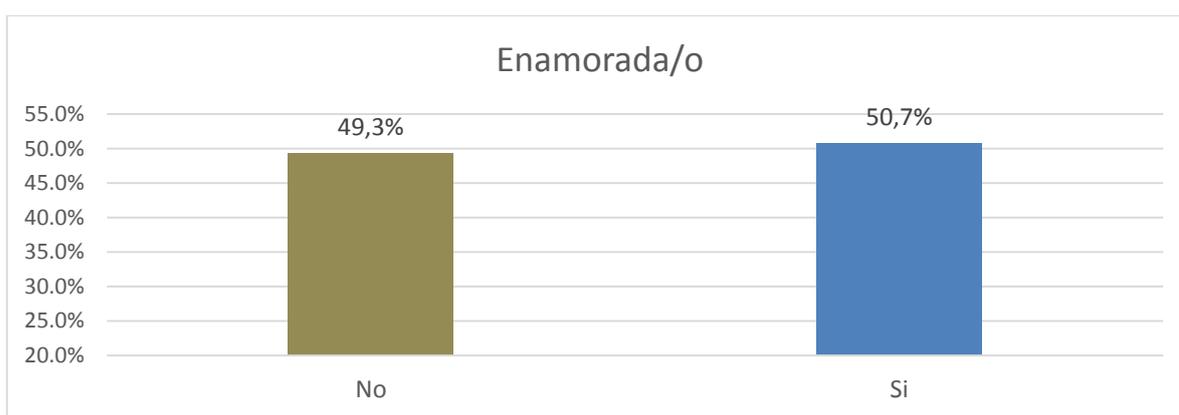
11,6% manifestó que ha tenido RS con más de 3. Pero el mayor porcentaje lo tuvo con 2 enamorados y fue de 20,3%.

TABLA N° 10
ENAMORADO(A) DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE
SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO –
2016

	Frecuencia	Porcentaje
No	34	49,3%
Si	35	50,7%
Total	69	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 10
ENAMORADO(A) DE LOS ADOLESCENTES DEL 3° 4° Y 5° AÑO DE
SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO –
2016



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°10 y el gráfico N°10: En 1er lugar el 50,7% manifestó que tiene enamorado, siendo este el mayor porcentaje presentado y en 2do lugar el 49,3% manifestó que no tiene.

MITOS SEGÚN SEXO

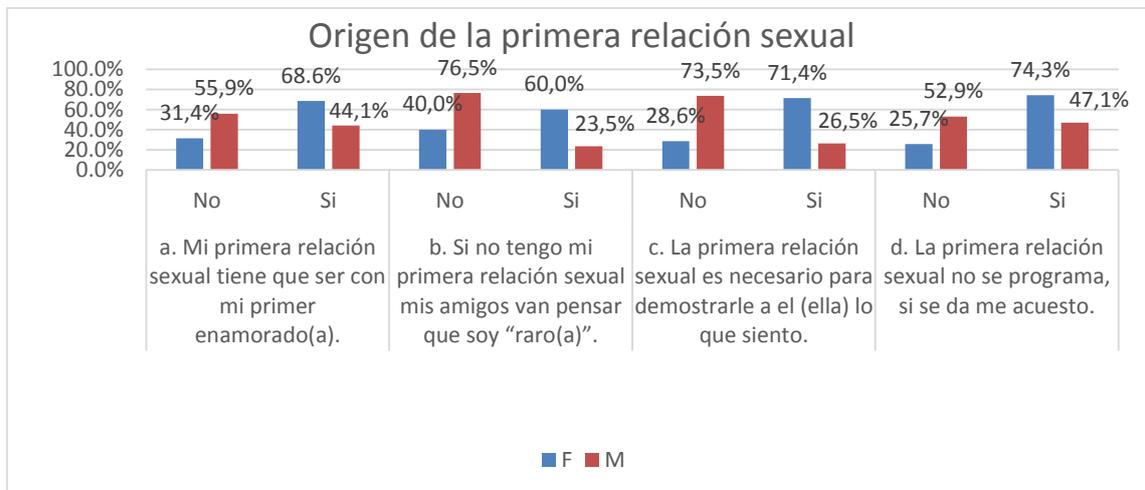
TABLA N° 11
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
ORIGEN DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Sexo	a. Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a).		b. Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van pensar que soy "raro(a)".		c. La primera relación sexual es necesario para demostrarle a él (ella) lo que siento.		d. La primera relación sexual no se programa, si se da me acuesto.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	11	24	14	21	10	25	9	26
M	19	15	26	8	25	9	18	16
T	30	39	40	29	35	34	27	42

	a. Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a).		b. Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van pensar que soy "raro(a)".		c. La primera relación sexual es necesario para demostrarle a él (ella) lo que siento.		d. La primera relación sexual no se programa, si se da me acuesto.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	31,4%	68,6%	40,0%	60,0%	28,6%	71,4%	25,7%	74,3%
M	55,9%	44,1%	76,5%	23,5%	73,5%	26,5%	52,9%	47,1%
T	43,5%	56,5%	58,0%	42,0%	50,7%	49,3%	39,1%	60,9%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 11 ORIGEN DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°11 y el gráfico N°11: Con respecto a “Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a)” el 68,6% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 31,4% opinó lo contrario; el 44,1% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 55,4% opinó lo contrario. Podemos observar que el sexo femenino opina en mayoría con respecto al sexo masculino, que tendrían RS con su primer enamorado.

Con respecto a “Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van pensar que soy “raro(a)””. El 60,0% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 40% opinó lo contrario; el 23,5% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 76,5% opinó lo contrario. Con respecto a esto el sexo femenino mayormente se siente raro con respecto al sexo masculino que es más indiferente a esto.

Con respecto a “La primera relación sexual es necesario para demostrarle a él (ella) lo que siento” el 71,4% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 28,6% opinó lo contrario; el 26,5% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 73,5% opinó lo contrario. El sexo femenino mayormente en su primera RS expresa más sentimientos que el sexo masculino.

Con respecto a “La primera relación sexual no se programa, si se da me acuerdo” el 74,3% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 25,7% opinó lo contrario; el 47,1% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 52,9% opinó lo

contrario. El sexo femenino supera al sexo masculino con respecto a la programación del sexo.

TABLA N° 12
CARACTERÍSTICAS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

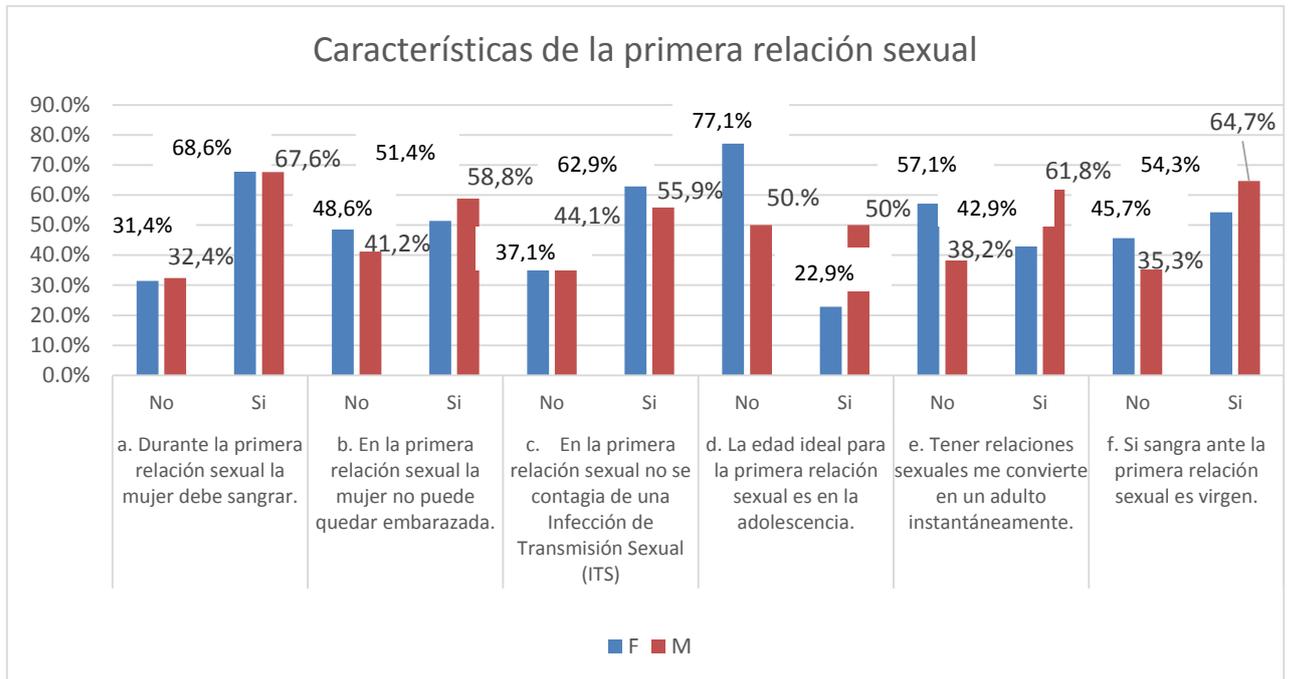
	a. Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar.		b. En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada.		c. En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)		d. La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia.		e. Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente.		f. Si sangra ante la primera relación sexual es virgen.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	11	24	17	18	13	22	27	8	20	15	16	19
M	11	23	14	20	15	19	17	17	13	21	12	22
T	22	47	31	38	28	41	44	25	33	36	28	41

	a. Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar.		b. En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada.		c. En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)		d. La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia.		e. Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente.		f. Si sangra ante la primera relación sexual es virgen.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	31,4 %	68,6 %	48,6%	51,4%	37,1%	62,9%	77,1%	22,9%	57,1%	42,9%	45,7 %	54,3 %
M	32,4 %	67,6 %	41,2%	58,8%	44,1%	55,9%	50,0%	50,0%	38,2%	61,8%	35,3 %	64,7 %
T	31,9 %	68,1 %	44,9%	55,1%	40,6%	59,4%	63,8%	36,2%	47,8%	52,2%	40,6 %	59,4 %

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 12

CARACTERÍSTICAS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN – En la tabla N°12 y el gráfico N°12: Con respecto a “Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar” el 68,6% del sexo femenino opinó que **SÍ** lo creen así, el 31,4% opinó lo contrario; el 67,6% del sexo masculino opinó que **SÍ** lo creen así, el 32,4% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada” el 51,4% del sexo femenino opinó que **SÍ** lo creen así, el 48,6% opinó lo contrario; el 58,8% del sexo masculino opinó que **SÍ** lo creen así, el 41,2% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)” el 62,9% del sexo femenino opinó que **SÍ** lo creen así, el 37,1% opinó lo contrario; el 55,9% del sexo masculino opinó que **SÍ** lo creen así, el 44,1% opinó lo contrario. La opinión del sexo femenino es ligeramente mayor al sexo masculino en este tema.

Con respecto a “La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia” el 22,9% del sexo femenino opinó que **sí**, y el 50,0% del sexo

masculino opinó que sí. El sexo masculino acepta en mayoría que la adolescencia es la edad ideal para la primera RS.

Con respecto a “Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente” el 42,9% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 50% opinó lo contrario; el 61,8% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así,

El sexo masculino opina mayormente que tener RS lo convierte en adulto

Con respecto a “Si sangra ante la primera relación sexual es virgen” el 54,3% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 45,7% opinó lo contrario; el 64,7% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 35,3% opinó lo contrario. El sexo masculino opinó mayormente que si con respecto a este tema

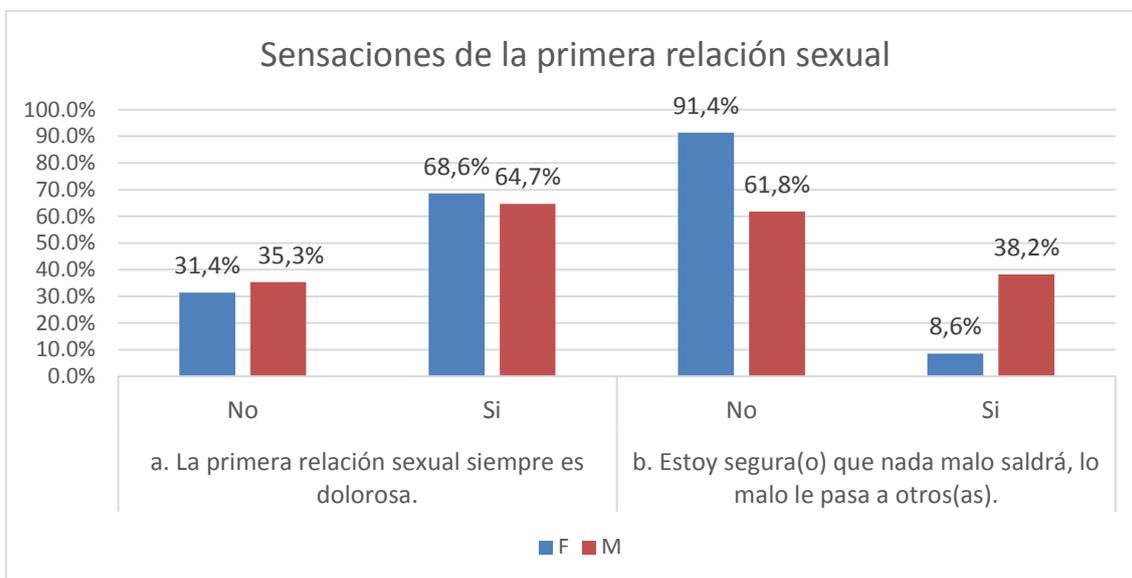
TABLA N° 13
SENSACIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Sexo	a. La primera relación sexual siempre es dolorosa.		b. Estoy segura(o) que nada malo saldrá, lo malo le pasa a otros(as).	
	No	Si	No	Si
F	11	24	32	3
M	12	22	21	13
T	23	46	53	16

Sexo	a. La primera relación sexual siempre es dolorosa.		b. Estoy segura(o) que nada malo saldrá, lo malo le pasa a otros(as).	
	No	Si	No	Si
F	31,4%	68,6%	91,4%	8,6%
M	35,3%	64,7%	61,8%	38,2%
T	33,3%	66,7%	76,8%	23,2%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 13
SENSACIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°13 y el gráfico N°13: Con respecto a “La primera relación sexual siempre es dolorosa” el 68,6% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 31,4% opinó lo contrario; el 64,7% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 35,3% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “Estoy segura(o) que nada malo saldrá, lo malo le pasa a otros(as)” el 8,6% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 91,4% opinó lo contrario; el 38,2% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 61,8% opinó lo contrario. El sexo femenino opina mayormente que nada malo pasará.

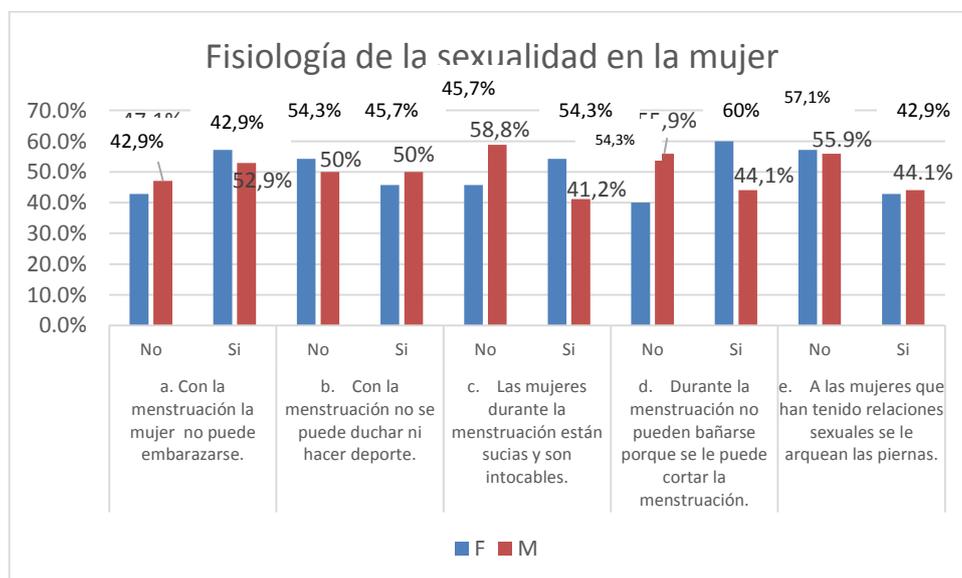
TABLA N° 14
FISIOLOGÍA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

SEXO	a. Con la menstruación la mujer no puede embarazarse.		b. Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte.		c. Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables.		d. Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación.		e. A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	15	20	19	16	16	19	14	21	20	15
M	16	18	17	17	20	14	19	15	19	15
T	31	38	36	33	36	33	33	36	39	30

SEXO	a. Con la menstruación la mujer no puede embarazarse.		b. Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte.		c. Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables.		d. Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación.		e. A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	42,9%	57,1%	54,3%	45,7%	45,7%	54,3%	40,0%	60,0%	57,1%	42,9%
M	47,1%	52,9%	50,0%	50,0%	58,8%	41,2%	55,9%	44,1%	55,9%	44,1%
T	44,9%	55,1%	52,2%	47,8%	52,2%	47,8%	47,8%	52,2%	56,5%	43,5%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 14
FISIOLOGÍA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°14 y el gráfico N°14: Con respecto a “Con la menstruación la mujer no puede embarazarse” el 57,1% del sexo femenino opinó que SÍ lo creen así, el 42,9% opinó lo contrario; el 52,9% del sexo masculino opinó que SÍ lo creen así, el 47,1% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte” el 45,7% del sexo femenino opinó que SÍ lo creen así, el 54,3% opinó lo contrario; el 50,0% del sexo masculino opinó que SÍ lo creen así, el otro 50,0% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema

Con respecto a “Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables” el 54,3% del sexo femenino opinó que SÍ lo creen así, el 45,7% opinó lo contrario; el 41,2% del sexo masculino opinó que SÍ lo creen así, el 58,8% opinó lo contrario. Con respecto a este tema el sexo femenino predomina en mayoría.

Con respecto a “Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación” el 60,0% del sexo femenino opinó que SÍ lo creen así, el 40,0% opinó lo contrario; el 44,1% del sexo masculino opinó que SÍ lo creen así, el 55,9% opinó lo contrario. Con respecto a este tema el sexo femenino predomina en mayoría

Con respecto a “A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas” el 42,9% del sexo femenino opinó que SÍ lo creen así, el 57,1% opinó lo contrario; el 44,1% del sexo masculino opinó que SÍ lo creen así, el 55,9% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

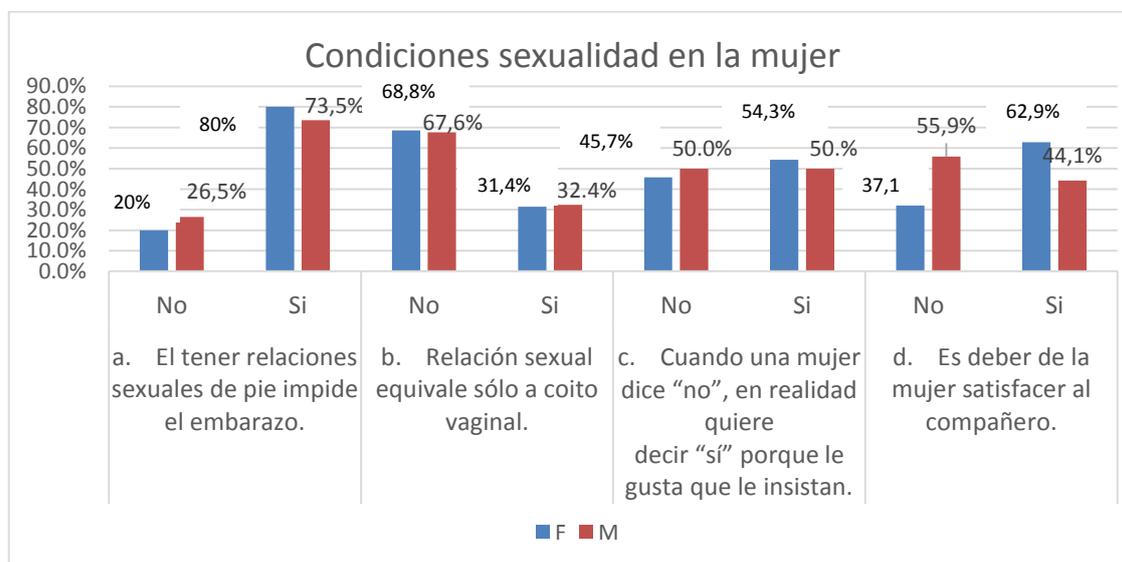
TABLA N° 15
CONDICIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

	a. El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo.		b. Relación sexual equivale sólo a coito vaginal.		c. Cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí” porque le gusta que le insistan.		d. Es deber de la mujer satisfacer al compañero.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	7	28	24	11	16	19	13	22
M	9	25	23	11	17	17	19	15
T	16	53	47	22	33	36	32	37

	a. El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo.		b. Relación sexual equivale sólo a coito vaginal.		c. Cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí” porque le gusta que le insistan.		d. Es deber de la mujer satisfacer al compañero.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	20,0%	80,0%	68,6%	31,4%	45,7%	54,3%	37,1%	62,9%
M	26,5%	73,5%	67,6%	32,4%	50,0%	50,0%	55,9%	44,1%
T	23,2%	76,8%	68,1%	31,9%	47,8%	52,2%	46,4%	53,6%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 15
CONDICIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°15 y el gráfico N°15: Con respecto a “El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo” el 80,0% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 20% opinó lo contrario; el 73,5% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 26,5% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “Relación sexual equivale sólo a coito vaginal” el 31,4% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 68,8% opinó lo contrario; el 32,4% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 67,6% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “Cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí” porque le gusta que le insistan” el 54,3% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 45,7% opinó lo contrario; el 50,0% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 50% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “Es deber de la mujer satisfacer al compañero” el 62,9% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 37,1% opinó lo contrario; el 44,1% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 55,9% opinó lo contrario. El sexo femenino predomina con la respuesta positiva en este tema.

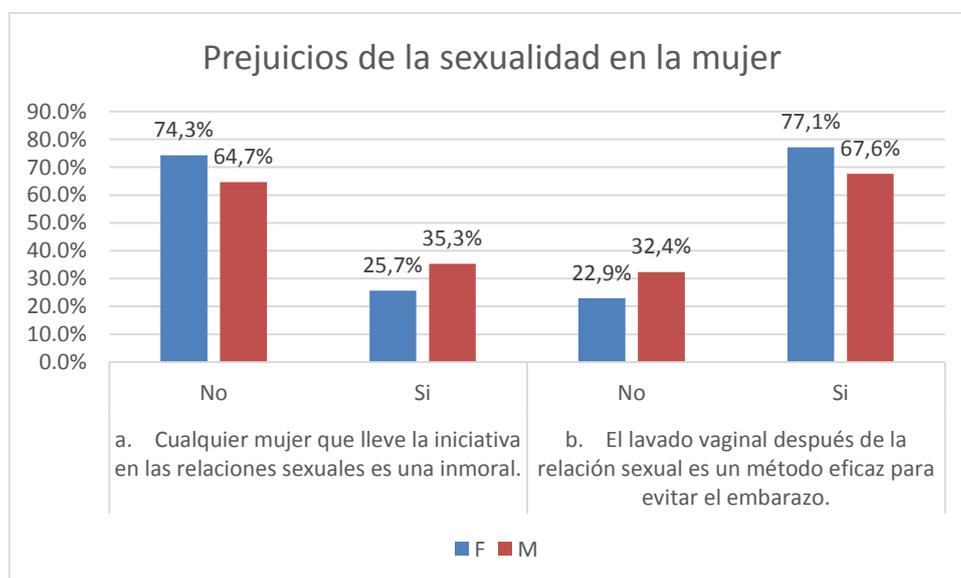
TABLA N° 16
SEXUALIDAD EN LA MUJER
PREJUICIOS DE LA SEXUALIDAD EN LA MUJER

	a. Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral.		b. El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo.	
Sexo	No	Si	No	Si
F	26	9	8	27
M	22	12	11	23
T	48	21	19	50

Sexo	a. Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral.		b. El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo.	
	No	Si	No	Si
F	74,3%	25,7%	22,9%	77,1%
M	64,7%	35,3%	32,4%	67,6%
T	69,6%	30,4%	27,5%	72,5%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 16
SEXUALIDAD EN LA MUJER
PREJUICIOS DE LA SEXUALIDAD EN LA MUJER



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°16 y el gráfico N°16: Con respecto a “Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral” el 25,7% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 74,3% opinó lo contrario; el 35,3% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 64,7% opinó lo contrario. La respuesta positiva del sexo masculino predomina en este tema.

Con respecto a “El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo” el 77,1% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 22,9% opinó lo contrario; el 67,6% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 32,4% opinó lo contrario. La respuesta positiva del sexo femenino predomina en este tema.

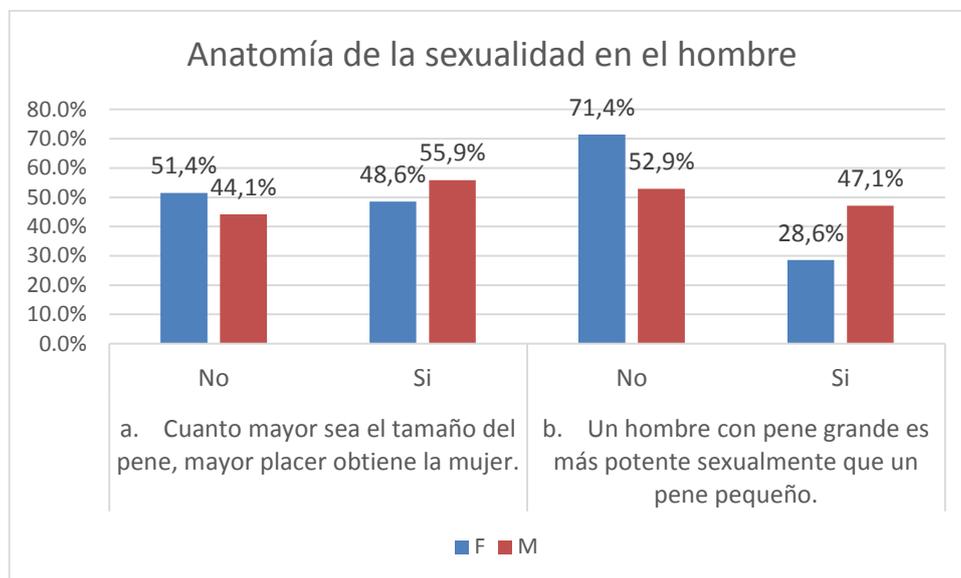
TABLA N° 17
SEXUALIDAD EN HOMBRE
ANATOMÍA DE LA SEXUALIDAD EN HOMBRE

Sexo	a. Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer.		b. Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño.	
	No	Si	No	Si
F	18	17	25	10
M	15	19	18	16
T	33	36	43	26

Sexo	a. Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer.		b. Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño.	
	No	Si	No	Si
F	51,4%	48,6%	71,4%	28,6%
M	44,1%	55,9%	52,9%	47,1%
T	47,8%	52,2%	62,3%	37,7%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 17
SEXUALIDAD EN EL HOMBRE
ANATOMÍA DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°17 y el gráfico N°17: Con respecto a “Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer” el 48,6% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 51,4% opinó lo contrario; el 55,9% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 44,1% opinó lo contrario. La respuesta positiva del sexo masculino predomina en este tema.

Con respecto a “Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño” el 28,6% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 71,4% opinó lo contrario; el 47,1% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 52,9% opinó lo contrario. La respuesta positiva del sexo masculino predomina en este tema.

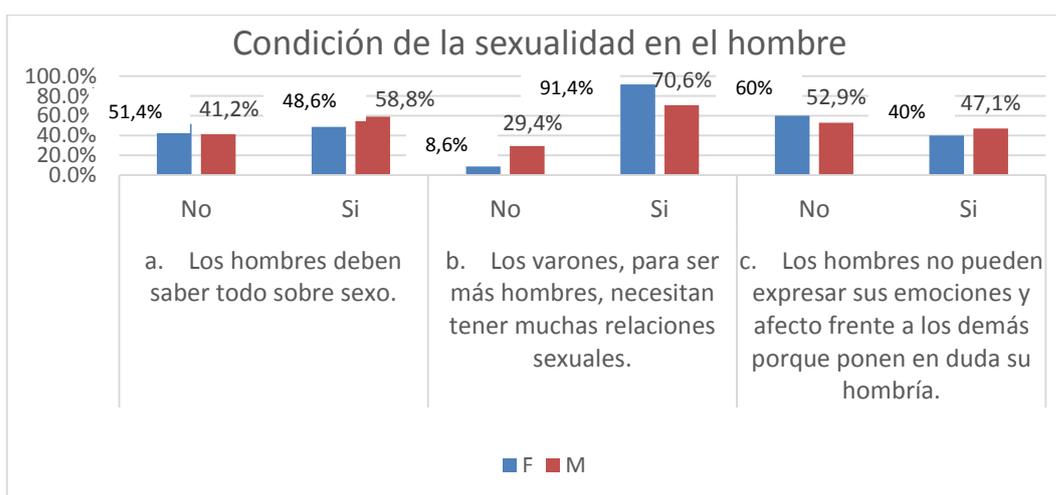
TABLA N° 18
CONDICIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE

SEXO	a. Los varones deben saber todo sobre sexo.		b. Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales.		c. Los varones no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría.	
	No	Si	No	Si	No	Si
F	18	17	3	32	21	14
M	14	20	10	24	18	16
T	32	37	13	56	39	30

SEXO	a. Los varones deben saber todo sobre sexo.		b. Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales.		c. Los varones no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría.	
	No	Si	No	Si	No	Si
F	51.4%	48.6%	8.6%	91.4%	60.0%	40.0%
M	41.2%	58.8%	29.4%	70.6%	52.9%	47.1%
T	46.4%	53.6%	18.8%	81.2%	56.5%	43.5%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 18
CONDICIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°18 y el gráfico N°18: Con respecto a “Los varones deben saber todo sobre sexo” el 48,6% del sexo femenino opinó que **SÍ** lo creen así, el 51,4%

opinó lo contrario; el 58,8% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 41,2% opinó lo contrario. La respuesta positiva del sexo masculino predomina en este tema.

Con respecto a “Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales” el 91,4% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 8,6% opinó lo contrario; el 70,6% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 29,4% opinó lo contrario. La respuesta positiva del sexo femenino predomina en este tema.

Con respecto a “Los varones no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría” el 40,0% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 60% opinó lo contrario; el 47,1% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 52,9%. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

TABLA N° 19
PERCEPCIONES DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE

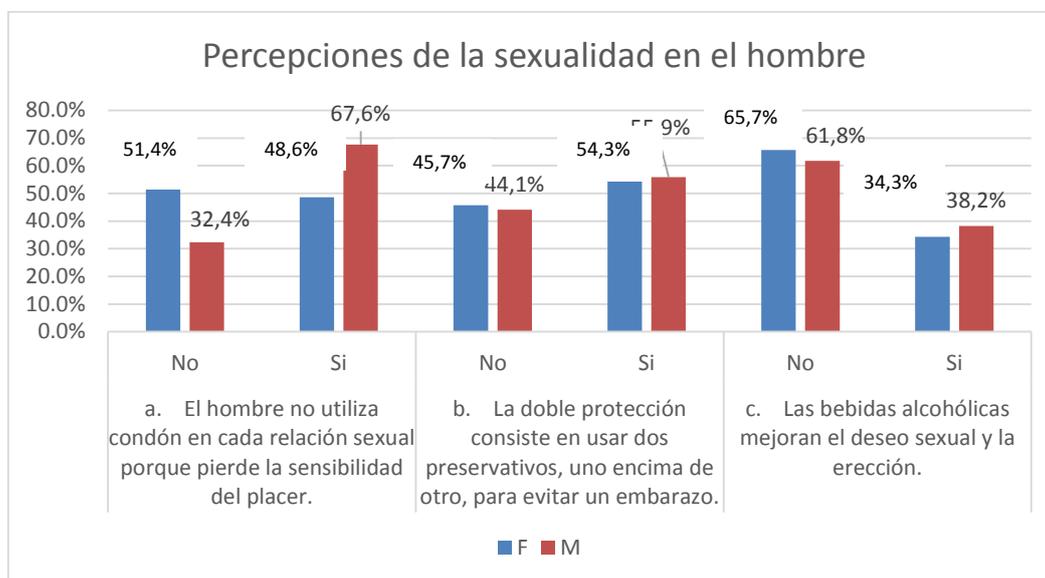
SEXO	a. El varón no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer.		b. La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo.		c. Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección.	
	No	Si	No	Si	No	Si
F	18	17	16	19	23	12
M	11	23	15	19	21	13
T	29	40	31	38	44	25

SEXO	a. El varón no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer.		b. La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo.		c. Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección.	
	No	Si	No	Si	No	Si
F	51,4%	48,6%	45,7%	54,3%	65,7%	34,3%
M	32,4%	67,6%	44,1%	55,9%	61,8%	38,2%
T	42,0%	58,0%	44,9%	55,1%	63,8%	36,2%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 19

PERCEPCIONES DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°19 y el gráfico N°19: Con respecto a “El varón no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer” el 48,6% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 51,4% opina lo contrario; el 67,6% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 32,4% opina lo contrario. La respuesta positiva del sexo masculino predomina en este tema.

Con respecto a “La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo” el 54,3% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 45,7% opinó lo contrario, el 55,9% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 44,1% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección” el 34,3% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 65,7% opinó lo contrario, el 38,2% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 61,8% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

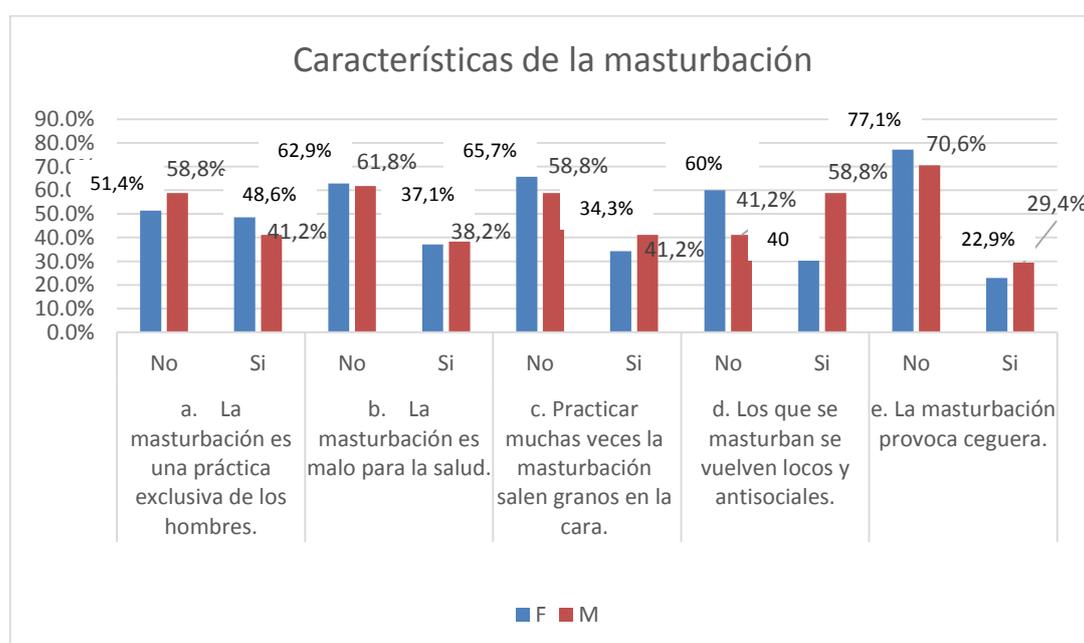
TABLA N° 20
MASTURBACIÓN
CARACTERÍSTICAS DE LA MASTURBACIÓN

SEXO	a. La masturbación es una práctica exclusiva de los varones.		b. La masturbación es malo para la salud.		c. Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara.		d. Los que se masturban se vuelven locos y antisociales.		e. La masturbación provoca ceguera.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	18	17	22	13	23	12	21	14	27	8
M	20	14	21	13	20	14	14	20	24	10
T	38	31	43	26	43	26	35	34	51	18

SEXO	a. La masturbación es una práctica exclusiva de los varones.		b. La masturbación es malo para la salud.		c. Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara.		d. Los que se masturban se vuelven locos y antisociales.		e. La masturbación provoca ceguera.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
F	51,4%	48,6%	62,9%	37,1%	65,7%	34,3%	60,0%	40,0%	77,1%	22,9%
M	58,8%	41,2%	61,8%	38,2%	58,8%	41,2%	41,2%	58,8%	70,6%	29,4%
T	55,1%	44,9%	62,3%	37,7%	62,3%	37,7%	50,7%	49,3%	73,9%	26,1%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 20
CARACTERÍSTICAS DE LA MASTURBACIÓN



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°20 y el gráfico N°20: Con respecto a “La masturbación es una práctica exclusiva de los varones” el 48,6% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 51,4% opinó lo contrario; el 41,2% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 58,8% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos no varía mucho, siendo las respuestas positivas del sexo femenino un poco mayor, con respecto a este tema.

Con respecto a “La masturbación es malo para la salud” el 37,1% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 62,9% opinó lo contrario; el 38,2% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 61,8% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos es casi similar con respecto a este tema.

Con respecto a “Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara” el 34,3% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 65,7% opinó lo contrario; el 41,2% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 58,8% opinó lo contrario. La opinión de ambos sexos no varía mucho, siendo las respuestas positivas del sexo masculino un poco mayor, con respecto a este tema.

Con respecto a “Los que se masturban se vuelven locos y antisociales” el 40,0% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 60% opinó lo contrario; el 58,8% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 41,2% opinó lo contrario. El sexo masculino predomina en sus respuestas positivas con respecto a este tema.

Con respecto a “La masturbación provoca ceguera” el 22,9% del sexo femenino opinó que Sí lo creen así, el 77,1% opinó lo contrario; el 29,4% del sexo masculino opinó que Sí lo creen así, el 70,6% opinó lo contrario. El sexo masculino predomina en sus respuestas positivas con respecto a este tema.

MITOS SEGÚN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

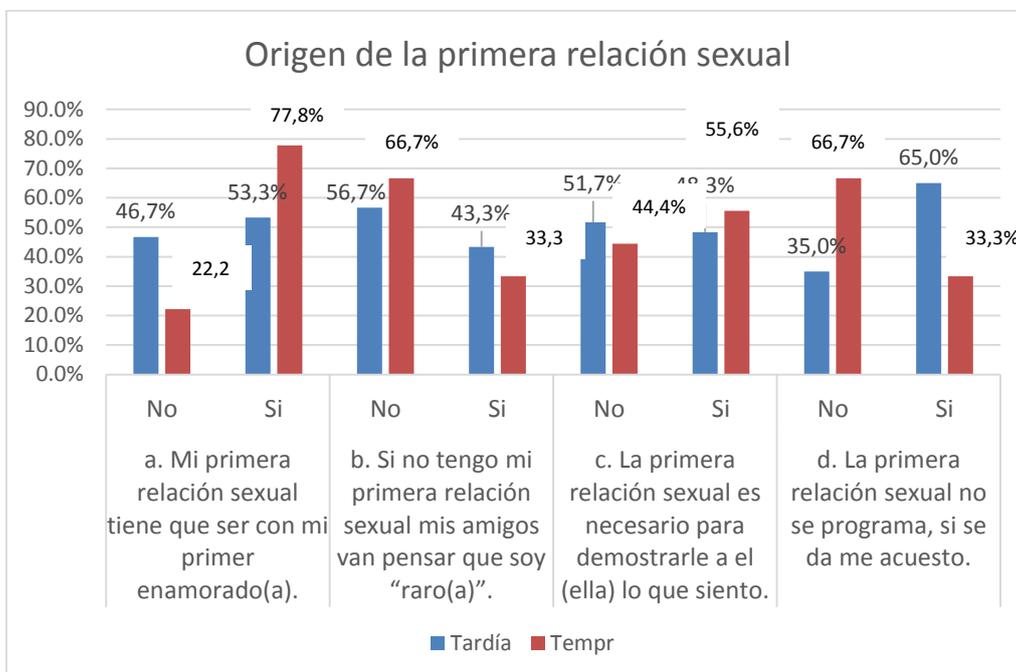
TABLA N° 21
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
ORIGEN DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Tipo Adolescente	a. Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a).		b. Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van pensar que soy "raro(a)".		c. La primera relación sexual es necesario para demostrarle a él (ella) lo que siento.		d. La primera relación sexual no se programa, si se da me acuerdo.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tard	28	32	34	26	31	29	21	39
Tempor	2	7	6	3	4	5	6	3
T	30	39	40	29	35	34	27	42

Tipo Adolescente	a. Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a).		b. Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van pensar que soy "raro(a)".		c. La primera relación sexual es necesario para demostrarle a el (ella) lo que siento.		d. La primera relación sexual no se programa, si se da me acuerdo.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tard	46,7%	53,3%	56,7%	43,3%	51,7%	48,3%	35,0%	65,0%
Tempor	22,2%	77,8%	66,7%	33,3%	44,4%	55,6%	66,7%	33,3%
T	43,5%	56,5%	58,0%	42,0%	50,7%	49,3%	39,1%	60,9%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 21
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
ORIGEN DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°21 y el gráfico N°21: Con respecto a “Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a)” el 53,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 46,7% opinó lo contrario; el 77,8% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 22,2% opinó lo contrario. Los adolescentes de la etapa temprana opinaron positivamente en mayoría, sobre este tema.

Con respecto a “Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van pensar que soy “raro(a)”. El 43,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 56,7% opinaron lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario. Los adolescentes de la etapa tardía opinaron positivamente en mayoría, sobre este tema.

Con respecto a “La primera relación sexual es necesario para demostrarle a el (ella) lo que siento”el 48,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 51,7% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Tempranos opinó que Sí

lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Los adolescentes tempranos opinaron positivamente en mayoría, sobre este tema.

Con respecto a “La primera relación sexual no se programa, si se da me acuesto” el 65,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 35% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría, sobre este tema.

TABLA N° 22
CARACTERÍSTICAS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

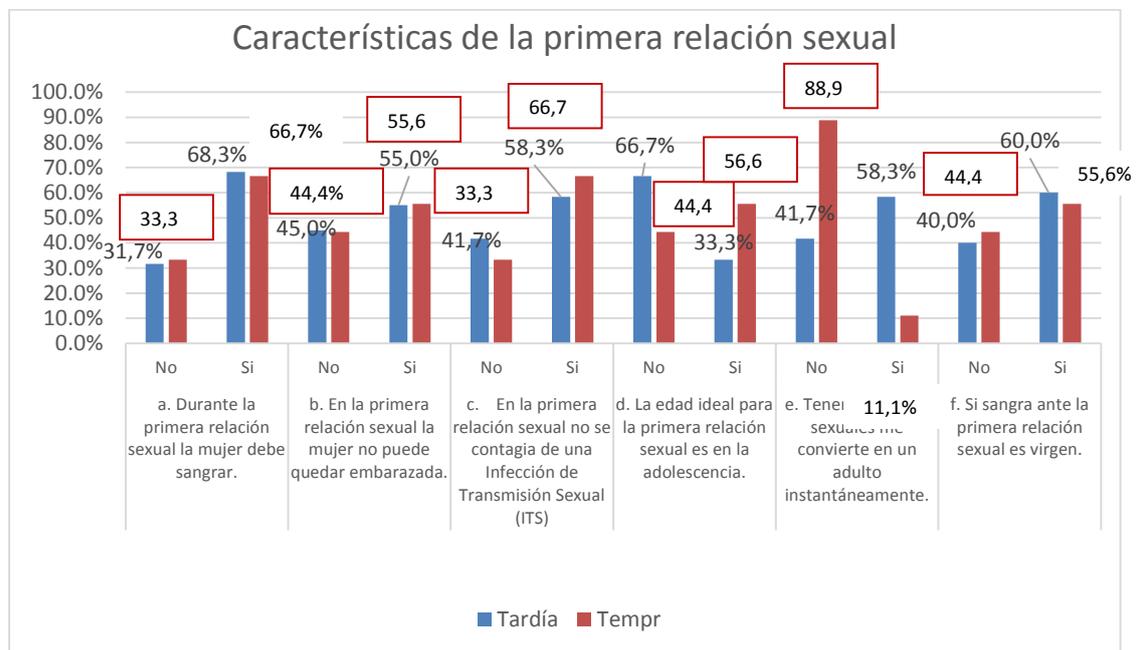
Tipo Adolescente	a. Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar.		b. En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada.		c. En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)		d. La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia.		e. Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente.		f. Si sangra ante la primera relación sexual es virgen.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tardía	19	41	27	33	25	35	40	20	25	35	24	36
Temprana	3	6	4	5	3	6	4	5	8	1	4	5
T	22	47	31	38	28	41	44	25	33	36	28	41

Tipo Adolescente	a. Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar.		b. En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada.		c. En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)		d. La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia.		e. Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente.		f. Si sangra ante la primera relación sexual es virgen.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tardía	31,7 %	68,3 %	45,0%	55,0%	41,7%	58,3%	66,7%	33,3%	41,7%	58,3%	40,0 %	60,0 %
Temprana	33,3 %	66,7 %	44,4%	55,6%	33,3%	66,7%	44,4%	55,6%	88,9%	11,1%	44,4 %	55,6 %
T	31,9 %	68,1 %	44,9%	55,1%	40,6%	59,4%	63,8%	36,2%	47,8%	52,2%	40,6 %	59,4 %

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 22

CARACTERÍSTICAS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°22 y el gráfico N°22: Con respecto a “Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar” el 68,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 31,7% opinó lo contrario; el 66,7% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 33,3% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similar.

Con respecto a “En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada” el 55,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 45% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similar.

Con respecto a “En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)” el 58,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 41,7% opinó lo contrario; el 66,7% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así. Los adolescentes tardíos opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia” el 33,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el

66,7% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, 44,4% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa temprana opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente” el 58,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 41,7% opinó lo contrario; el 11,1% de Adolescentes Tempranos opinó que Sí lo creen así, el 88,9% opinó lo contrario.

Con respecto a “Si sangra ante la primera relación sexual es virgen” el 60,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 40% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Tempranos opinó que Sí lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similar, existe mínima diferencia.

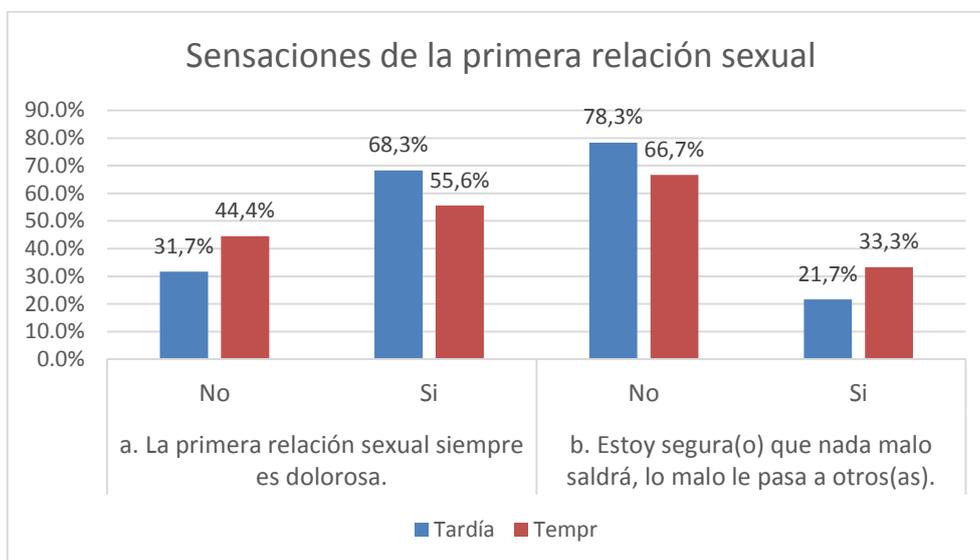
TABLA N° 23
SENSACIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Tipo Adolesc	a. La primera relación sexual siempre es dolorosa.		b. Estoy segura(o) que nada malo saldrá, lo malo le pasa a otros(as).	
	No	Si	No	Si
Tard	19	41	47	13
Tempr	4	5	6	3
T	23	46	53	16

Tipo Adolesc	a. La primera relación sexual siempre es dolorosa.		b. Estoy segura(o) que nada malo saldrá, lo malo le pasa a otros(as).	
	No	Si	No	Si
Tard	31,7%	68,3%	78,3%	21,7%
Tempr	44,4%	55,6%	66,7%	33,3%
T	33,3%	66,7%	76,8%	23,2%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 23
SENSACIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°23 y el gráfico N°23: Con respecto a “La primera relación sexual siempre es dolorosa” el 68,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 31,7% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Estoy segura(o) que nada malo saldrá, lo malo le pasa a otros(as)” el 21,7% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 78,3% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario. Los adolescentes tempranos opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

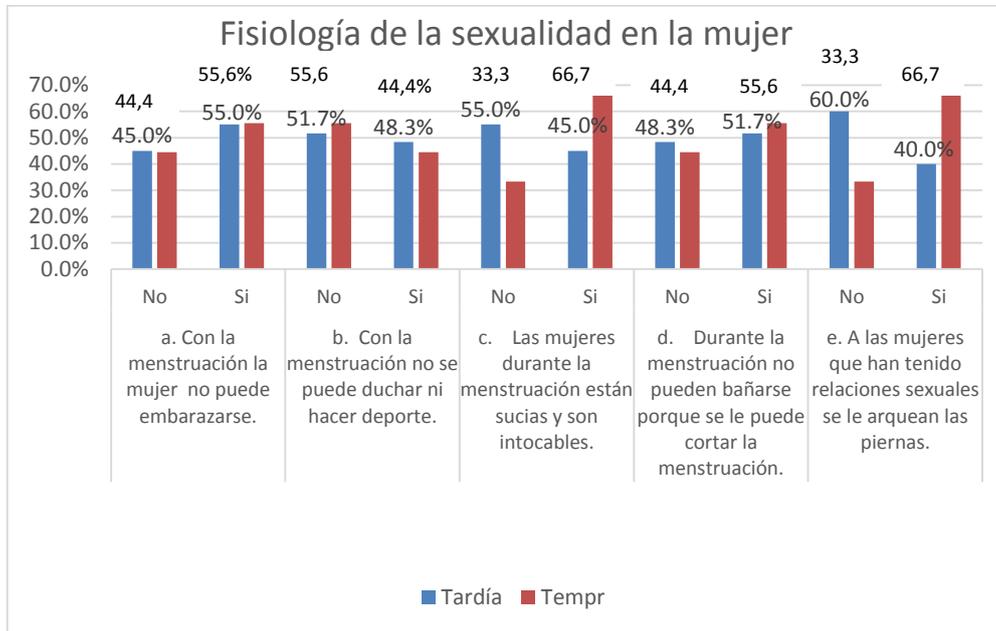
TABLA N° 24
PRIMERA RELACION SEXUAL
FISIOLOGÍA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Ti po Ad ol es c	a. Con la menstruación la mujer no puede embarazarse.		b. Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte.		c. Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables.		d. Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación.		e. A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Ta rd	27	33	31	29	33	27	29	31	36	24
Te m pr	4	5	5	4	3	6	4	5	3	6
T	31	38	36	33	36	33	33	36	39	30

Ti po Ad ol es c	a. Con la menstruación la mujer no puede embarazarse.		b. Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte.		c. Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables.		d. Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación.		e. A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Ta rd	45,0%	55,0%	51,7%	48,3%	55,0%	45,0%	48,3%	51,7%	60,0%	40,0%
Te m pr	44,4%	55,6%	55,6%	44,4%	33,3%	66,7%	44,4%	55,6%	33,3%	66,7%
T	44,9%	55,1%	52,2%	47,8%	52,2%	47,8%	47,8%	52,2%	56,5%	43,5%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 24
PRIMERA RELACION SEXUAL
FISIOLOGÍA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°24 y el gráfico N°24: Con respecto a “Con la menstruación la mujer no puede embarazarse” el 55,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 45% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similar, existe mínima diferencia.

Con respecto a “Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte” el 48,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 51,7% opinó lo contrario; el 44,4% de Adolescentes Tempranos opinó que Sí lo creen así, el 55,6% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similar, existe mínima diferencia.

Con respecto a “Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables” el 45,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 55% opinó lo contrario; el 66,7% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 33,3% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa temprana opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación” el 51,7% de Adolescentes Tardíos opinó que Sí lo creen así, el 55,6% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similarmente, existe mínima diferencia.

Con respecto a “A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas” el 40,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 60% opinó lo contrario; el 66,7% de Adolescentes Temprana opino que Sí lo creen así, el 33,3% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa temprana opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

TABLA N° 25
CONDICIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

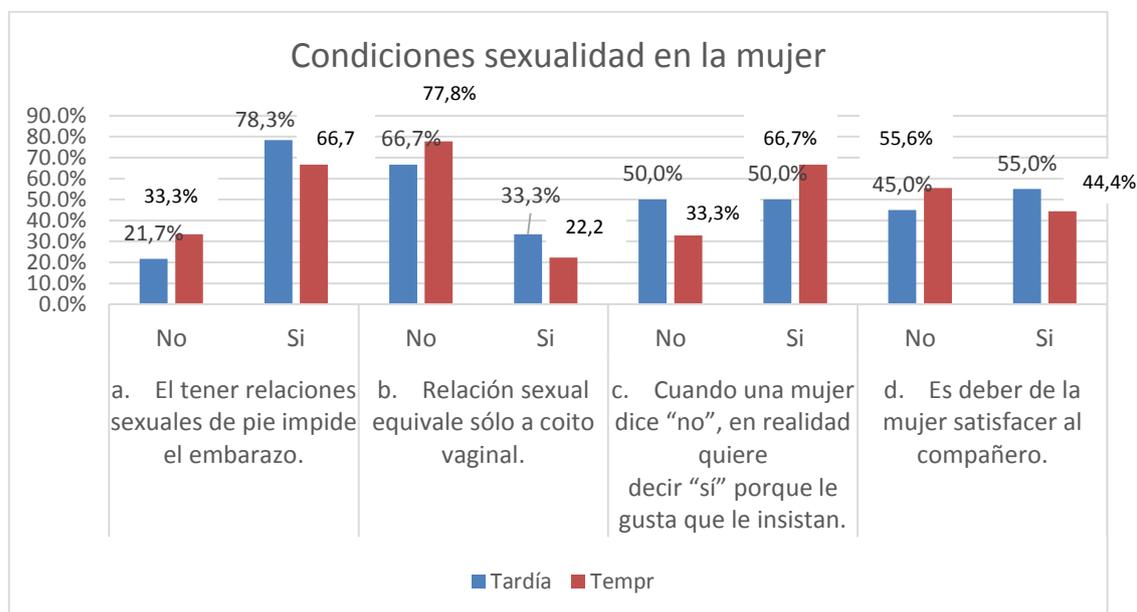
Tipo Adole	a. El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo.		b. Relación sexual equivale sólo a coito vaginal.		c. Cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí” porque le gusta que le insistan.		d. Es deber de la mujer satisfacer al compañero.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tard	13	47	40	20	30	30	27	33
Tempr	3	6	7	2	3	6	5	4
T	16	53	47	22	33	36	32	37

Tipo Adole	a. El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo.		b. Relación sexual equivale sólo a coito vaginal.		c. Cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí” porque le gusta que le insistan.		d. Es deber de la mujer satisfacer al compañero.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tard	21,7%	78,3%	66,7%	33,3%	50,0%	50,0%	45,0%	55,0%
Tempr	33,3%	66,7%	77,8%	22,2%	33,3%	66,7%	55,6%	44,4%
T	23,2%	76,8%	68,1%	31,9%	47,8%	52,2%	46,4%	53,9%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 25

CONDICIONES DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°25 y el gráfico N°25: Con respecto a “El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo” el 78,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 21,7% opinó lo contrario; el 66,7% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 33,3% opinó lo contrario. Los adolescentes tardíos opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Relación sexual equivale sólo a coito vaginal” el 33,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario; el 22,2% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 77,8% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí” porque le gusta que le insistan” el 50% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 50% opinaron lo contrario; el 66,7% de Adolescentes Tempranos opinó que Sí lo creen así, el 33,3% opinaron lo contrario. Los adolescentes tempranos opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Es deber de la mujer satisfacer al compañero” el 55.0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 45% opinó lo contrario; el 44,4% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 55,6% opinó lo contrario. Los adolescentes tardíos opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

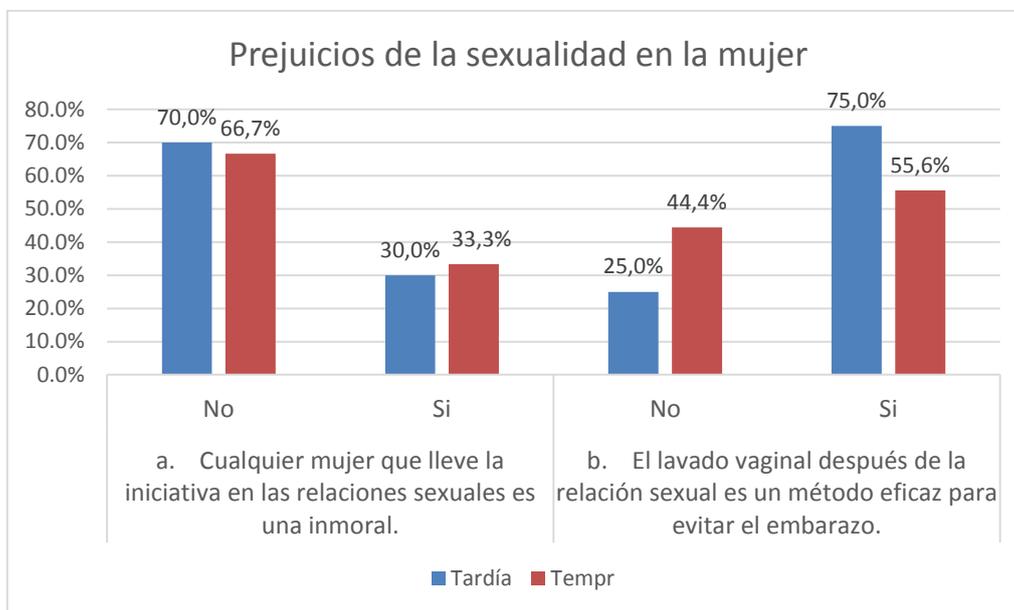
TABLA N° 26
PREJUICIOS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Tipo Adole sc	a. Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral.		b. El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo.	
	No	Si	No	Si
Tardía	42	18	15	45
Temp r	6	3	4	5
T	48	21	19	50

Tipo Adole sc	a. Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral.		b. El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo.	
	No	Si	No	Si
Tardía	70,0%	30,0%	25,0%	75,0%
Temp r	66,7%	33,3%	44,4%	55,6%
T	69,6%	30,4%	27,5%	72,5%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 26
PREJUICIOS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°26 y el gráfico N°26: Con respecto a “Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral” el 30,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 70% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similar, existe mínima diferencia.

Con respecto a “El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo” el 75,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 25% opinó lo contrario; el 55.6% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

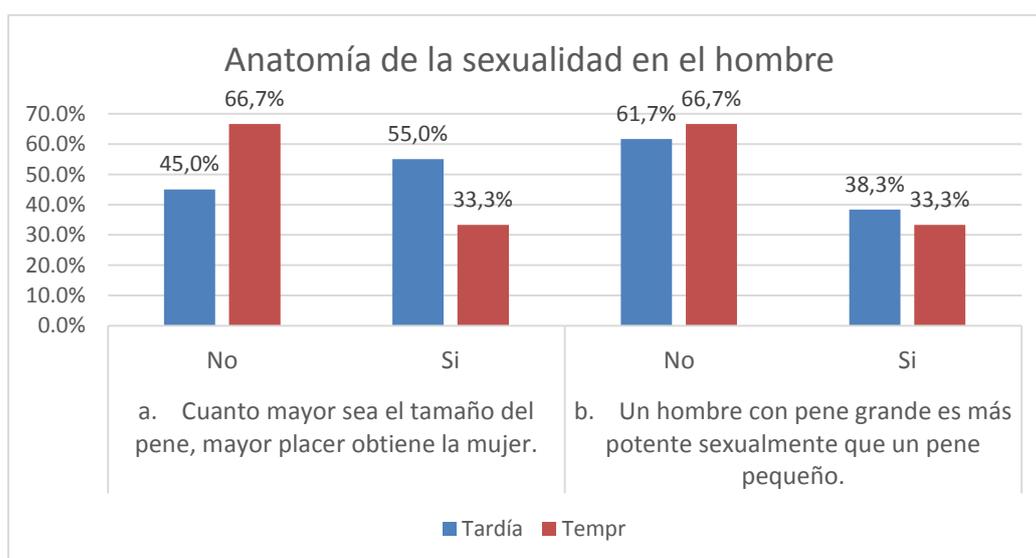
TABLA N° 27
SEXUALIDAD EN EL HOMBRE
ANATOMÍA DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE

Tipo Adoles c	a. Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer.		b. Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño.	
	No	Si	No	Si
Tardía	27	33	37	23
Tempr	6	3	6	3
T	33	36	43	26

Tipo Adoles c	a. Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer.		b. Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño.	
	No	Si	No	Si
Tardía	45,0%	55,0%	61,7%	38,3%
Tempr	66,7%	33,3%	66,7%	33,3%
T	47,8%	52,2%	62,3%	37,7%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 27
SEXUALIDAD EN EL HOMBRE
ANATOMÍA DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°27 y el gráfico N°27: Con respecto a “Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer” el 55,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 45% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño” el 38,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 61,7% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 61,7% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

TABLA N° 28
CONDICIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE

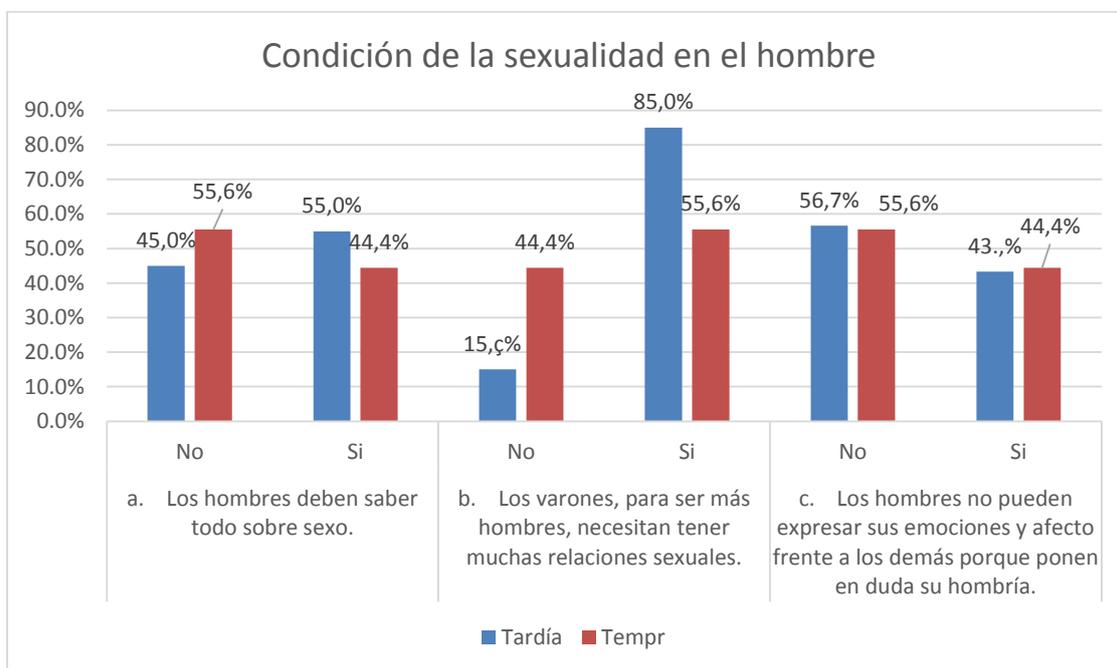
Tipo Adol esc	a. Los hombres deben saber todo sobre sexo.		b. Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales.		c. Los hombres no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría.	
	No	Si	No	Si	No	Si
Tard ía	27	33	9	51	34	26
Tem pr	5	4	4	5	5	4
T	32	37	13	56	39	30

Tipo Adol esc	a. Los hombres deben saber todo sobre sexo.		b. Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales.		c. Los hombres no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría.	
	No	Si	No	Si	No	Si
Tard ía	45,0%	55,0%	15,0%	85,0%	56,7%	43,3%
Tem pr	55,6%	44,4%	44,4%	55,6%	55,6%	44,4%
T	46,4%	53,6%	18,8%	81,2%	56,5%	43,5%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 28

CONDICIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°28 y el gráfico N°28: Con respecto a “Los hombres deben saber todo sobre sexo” el 55,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 45% opinó lo contrario; el 44,4% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 55,6% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales” el 85,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 15% opinó lo contrario; el 55,6% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 44,4% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Los hombres no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría” el 43,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 56,7% opinó lo contrario; el 44,4% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 55,6% opinó lo contrario. Ambos grupos de adolescentes opinan casi similar, existe mínima diferencia.

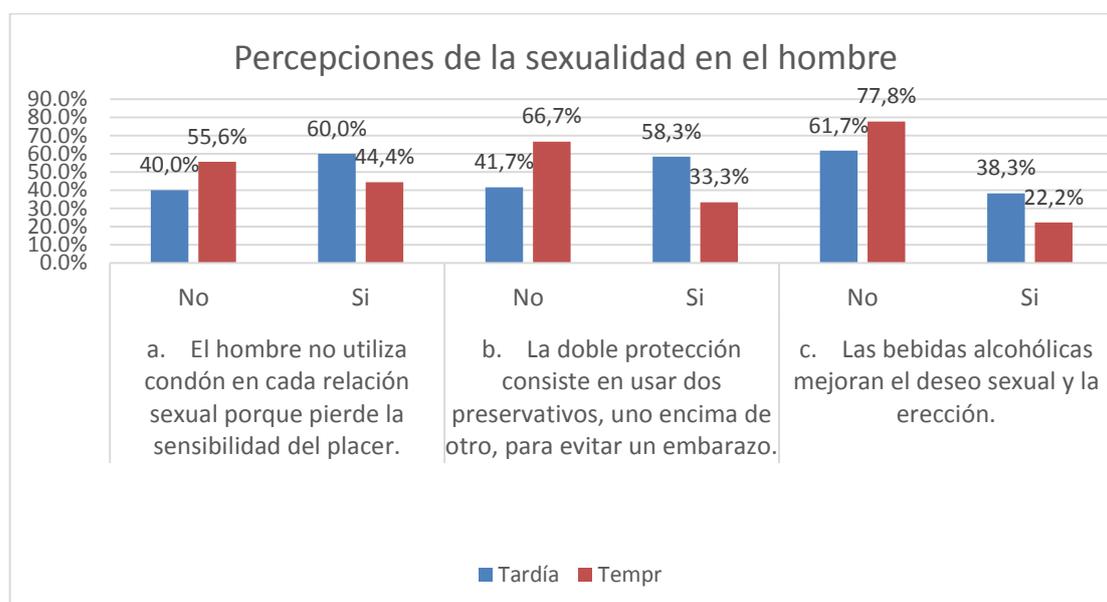
TABLA N° 29
PERCEPCIONES DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE

Tipo Adolesc	a. El hombre no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer.		b. La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo.		c. Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección.	
	No	Si	No	Si	No	Si
Tardía	24	36	25	35	37	23
Tempr	5	4	6	3	7	2
T	29	40	31	38	44	25

Tipo Adolesc	a. El hombre no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer.		b. La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo.		c. Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección.	
	No	Si	No	Si	No	Si
Tardía	40,0%	60,0%	41,7%	58,3%	61,7%	38,3%
Tempr	55,6%	44,4%	66,7%	33,3%	77,8%	22,2%
T	42,0%	58,0%	44,9%	55,1%	63,8%	36,2%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 29
PERCEPCIONES DE LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°29 y el gráfico N°29: Con respecto a “El hombre no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer” el 60,0% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 40% opinó lo contrario; el 44,4% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 55,6% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo” el 58,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 41,7% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario.

Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

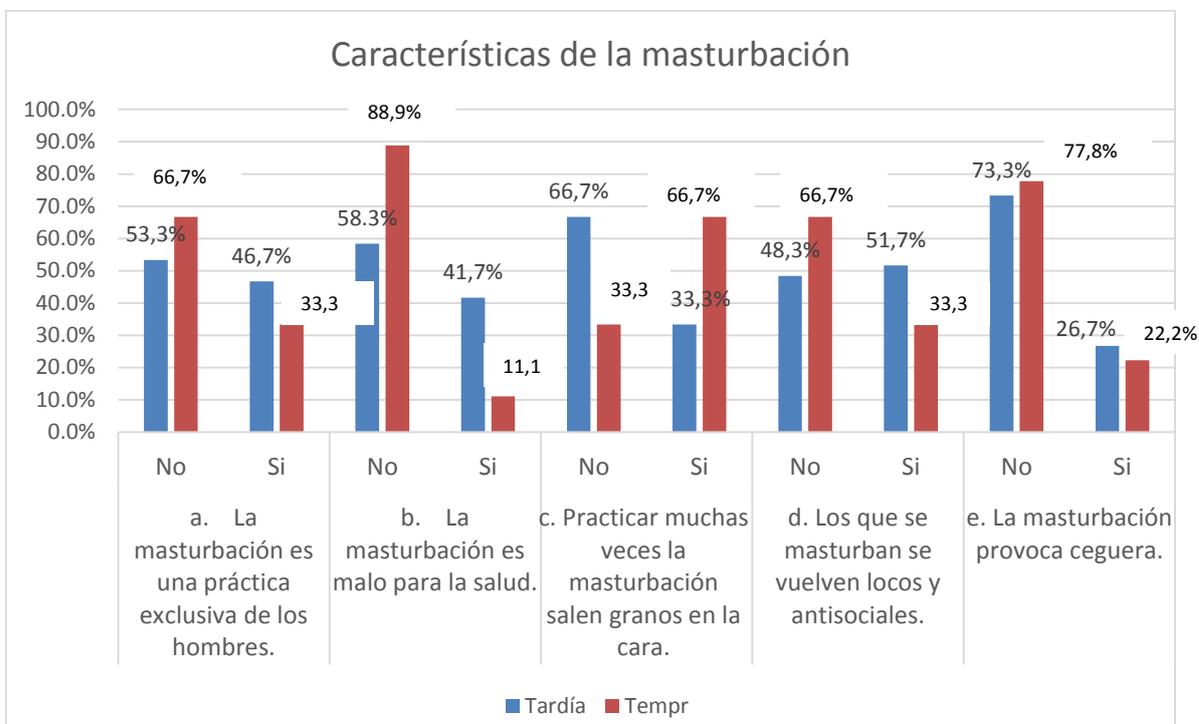
Con respecto a “Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección” el 38,3% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 61,7% opinó lo contrario; el 22,2% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 77,8% opinó lo contrario. Los adolescentes tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

TABLA N°30
MASTURBACIÓN
CARACTERÍSTICAS DE LA MASTURBACIÓN

Tipo Adole lesc	a. La masturbación es una práctica exclusiva de los hombres.		b. La masturbación es malo para la salud.		c. Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara.		d. Los que se masturban se vuelven locos y antisociales.		e. La masturbación provoca ceguera.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tar día	32	28	35	25	40	20	29	31	44	16
Tem pr	6	3	8	1	3	6	6	3	7	2
T	38	31	43	26	43	26	35	34	51	18

Tipo Adole lesc	a. La masturbación es una práctica exclusiva de los hombres.		b. La masturbación es malo para la salud.		c. Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara.		d. Los que se masturban se vuelven locos y antisociales.		e. La masturbación provoca ceguera.	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tar día	53,3%	46,7%	58,3%	41,7%	66,7%	33,3%	48,3%	51,7%	73,3%	26,7%
Tem pr	66,7%	33,3%	88,9%	11,1%	33,3%	66,7%	66,7%	33,3%	77,8%	22,2%
T	55,1%	44,9%	62,3%	37,7%	62,3%	37,7%	50,7%	49,3%	73,9%	26,1%

GRÁFICO N°30
MASTURBACIÓN
CARACTERÍSTICAS DE LA MASTURBACIÓN



INTERPRETACIÓN –

En la tabla N°30 y el gráfico N°30: Con respecto a “La masturbación es una práctica exclusiva de los hombres” el 46,7% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 53,3% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “La masturbación es malo para la salud” el 41,7% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 58,3% opinó lo contrario; el 11,1% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 88,9% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara” el 33,3% de Adolescentes Tardíos opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario; el 66,7% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el

33,3%opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa temprana opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “Los que se masturban se vuelven locos y antisociales” el 51,7% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 48,3% opinó lo contrario; el 33,3% de Adolescentes Tempranos opinó que Sí lo creen así, el 66,7% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

Con respecto a “La masturbación provoca ceguera” el 26,7% de Adolescentes Tardía opinó que Sí lo creen así, el 73,3%opinó lo contrario; el 22,2% de Adolescentes Temprana opinó que Sí lo creen así, el 77,8% opinó lo contrario. Los adolescentes de etapa tardía opinaron positivamente en mayoría con respecto a este tema.

DISCUSIÓN

El total de los adolescentes encuestados, mitos sobre sexualidad en adolescentes del 3^o y 5^o año de secundaria de la I.E. Juana Infantes Vera, distrito el Agustino periodo 2016, fueron 69 adolescentes del rango de 14 años a 18 años de edad, siendo este el 100%; de los cuales el 50,7% son adolescentes mujeres y 49,3% adolescentes hombres.

La gran mayoría de los adolescentes aún no han iniciado sus relaciones sexuales y un 47,8% ya las han iniciado, siendo el promedio de edad 14 años. Resultado que se asemeja al obtenido por un estudio que se realizó por: **Flores ME.** en su trabajo “Conocimientos actitudes del adolescente hacia la sexualidad responsable y mitos sexuales, embarazo precoz. 2012”. Donde se tiene como resultado la gran mayoría de los adolescentes aún no tienen relaciones y un 30% ya las tiene siendo el promedio de edad entre 14-15 años.

Un 50,7% de los adolescentes que han recibido información sobre sexualidad fue por la familia y amigos, el 74,3% de ellos no programan su primera relación sexual, si se da se acuestan. Resultado que se asemeja al de **Rojas, RY.** en su trabajo “Relación entre conocimientos sobre salud sexual, mitos y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat. Lima 2011”. Donde se tiene como resultado el 65% tiene conocimiento acerca de salud sexual transmitidos por familia y amigos, el 75% de ellos no programan sus encuentros sexuales.

Respecto a la percepción de la sexualidad en el hombre el 38,2% cree que las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección. Dentro de las condiciones de la sexualidad en la mujer el 62,9% cree que el deber de la mujer es satisfacer al compañero. Resultado que se asemeja al de **Naranjo A.** en su trabajo “Incidencias de mitos y creencias de la sexualidad en el rendimiento escolar de los adolescentes del Ciclo Diversificado del Colegio “Ingeniero Federico Páez” de la Ciudad de Otavalo. Ecuador 2011”. Donde destaca que el alcohol ayuda a tener una buena relación sexual el 43,21% y el 49,38% cree que está bien fingir orgasmos para dejar contento al varón.

En cuanto a las sensaciones de la primera relación sexual el 68,6% cree que siempre es dolorosa; el 58,8% cree que los que se masturban se vuelven locos y antisociales; el 68,6% cree que ante la primera relación sexual la mujer debe sangrar y el 64,7% cree que si sangra en la primera relación sexual es virgen. Resultado que se asemeja al de **Fajardo CG; Gómez BS, Guerrero AC.** en su trabajo "Mitos y creencias sobre sexualidad en adolescentes de baños. Cuenca - Ecuador 2014". Donde destaca el 57,6% que la primera relación sexual es dolorosa; el 31,5% la masturbación es un problema social y 63,8% la mujer es virgen siempre y cuando sangre en su primera relación sexual.

En relación a la percepción de la sexualidad en el hombre, el 67,7% de los hombres no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer; el 51,4% cree que si ante la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada. El 55,9% cree que cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer. Ante los prejuicios de la sexualidad de la mujer el 77,1% cree que el lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo. Resultado que se asemeja al de **Osorio Jaramillo L y Cuello Vega K.** en su trabajo "Evaluación de mitos sexuales de acuerdo al género y nivel de formación en jóvenes universitarios y de educación media, Colombia 2013". Donde destaca el 73% de los hombres sienten menos placer con el condón; el 73% la primera vez que la mujer mantiene relaciones la mujer no puede quedar embarazada; el 88% cree que cuanto más grande es el pene es mejor y el 68% cree que si la mujer se lava bien después del sexo no queda embarazada.

CONCLUSIÓN

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

En la población femenina el mito con más prevalencia general es "Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales" con un 91,4% siendo este un mayor porcentaje presentado entre los adolescentes y en la población masculina el mito con más prevalencia es "El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo" con un 73,5%.

Los mitos con prevalencia según sexo de acuerdo a su clasificación; en la población femenina ante la primera relación sexual, el origen es "La primera relación sexual es necesario para demostrarle a él (ella) lo que siento" con un 71,4%, siendo este el mayor porcentaje presentado. En la población masculina el mito con más prevalencia es "La primera relación sexual no se programa, si se da me acuesto" con un porcentaje de 47,1%.

En Características de la primera relación sexual los mitos con más prevalencia en la población tanto femenina como masculina es "Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar, siendo el mayor porcentaje 68,6% y 67,6% respectivamente.

En sensaciones de la primera relación sexual los mitos con más prevalencia en la población tanto femenina como masculina es "La primera relación sexual siempre es dolorosa", siendo el mayor porcentaje 68,6% y 64,7% respectivamente.

En la sexualidad en la mujer el mito con más prevalencia en la población femenina es "Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación con un mayor porcentaje representativo de 60% y en la población masculina "Con la menstruación la mujer no puede embarazarse" con un porcentaje 52,9%. En condiciones de la sexualidad en la mujer el mito con más prevalencia en la población femenina como masculina es "El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo", siendo el mayor porcentaje en adolescentes femeninas con un 80% y 73,5% en masculino.

En prejuicios de la sexualidad en la mujer el mito con más prevalencia en la población femenina como masculina es "El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo, con el 77,1% siendo el mayor porcentaje en adolescentes femeninas y 67,6% en masculinas.

En sexualidad en el hombre; anatomía de la sexualidad en el hombre el mito con más prevalencia en la población femenina como masculina es "Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer", con el 48,6% y 55,9% en adolescentes masculinas siendo el mayor porcentaje representativo.

En condición de la sexualidad en el hombre el mito con más prevalencia en la población femenina como masculina es "Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales con el 91,4% siendo el mayor porcentaje en adolescentes femeninas y 70,6% en masculinas.

En percepciones de la sexualidad en el hombre el mito con más prevalencia en la población femenina es "La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima futura, para evitar un embarazo con un porcentaje de 54,3% y en la población masculina es "El no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad con un mayor porcentaje de 67,6%.

El mito con más prevalencia en la población femenina en cuanto a las características de la masturbación es "La masturbación es una práctica exclusiva de los hombres con un porcentaje de 48,6% y en la población masculina es "Los que se masturban se vuelven locos y antisociales. 58,8%

El mito con más prevalencia según etapa de la adolescencia temprana es "Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a)" con un porcentaje representativo mayor de 77,6% y en adolescencia tardía es "Los varones para ser más hombres, necesitan tener muchas relación sexuales con un gran porcentaje de 85%.

En cuanto a la primera relación sexual, el origen el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana es "Mi primera relación sexual tiene que ser con mi

primer enamorado(a) con un 77,6% y en adolescencia tardía es "La primera relación sexual no se programa, si se da me acuesto con un porcentaje representativo de 65%.

Los mitos con más prevalencia en la adolescencia temprana en cuanto a características de la primera relación sexual es "Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar" y "En la primera relación sexual no se contagia de una infección de transmisión sexual (ITS)" ambas con un porcentaje de 66,7%.

En adolescencia tardía el mito con más prevalencia es "Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar" con un porcentaje de 68,3%.

En sensaciones de la primera relación sexual el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana y tardía es "La primera relación sexual siempre dolorosa" con un mayor porcentaje de 68,3% en temprana y 55,6% tardía.

En cuanto a la sexualidad en la mujer el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana es "A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas" y "Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables" ambas con un porcentaje de 66,7%. En adolescencia tardía el mito con más prevalencia es "Con la menstruación la mujer no puede embarazarse" con un porcentaje de 55%.

En condiciones de la sexualidad en la mujer el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana es "El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo" y "Cuando una mujer dice "no" en realidad quiere decir "sí" porque le gusta que le insistan" ambas con un porcentaje de 66,7%. En adolescente tardía "El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo" con un porcentaje mayor de 78,3%.

En cuanto a prejuicios de la sexualidad en la mujer el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana y tardía "El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo" con un porcentaje de 55,6% y 75% respectivamente.

En Anatomía de la sexualidad en el hombre los mitos con más prevalencia en la adolescencia temprana es "Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer

obtiene la mujer" y "Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño" ambas con un porcentaje 33,3%. En adolescencia tardía el mito con más prevalencia es "Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer" con un porcentaje representativo de 55%.

En cuanto a condición de la sexualidad en el hombre el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana y tardía es "Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales" con un porcentaje de 55% en adolescencia temprana y 85% siendo un mayor porcentaje presentado.

En percepciones de la sexualidad en el hombre el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana y tardía es "El hombre no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer" con un porcentaje de 44,4% en adolescencia temprana y un mayor porcentaje en tardía con un 60%. En características de la masturbación el mito con más prevalencia en la adolescencia temprana es "Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara" con un mayor porcentaje de 66,7%. En adolescencia tardía el mito con más prevalencia es "La masturbación es una práctica exclusiva de los hombres" con un porcentaje de 46,7%.

RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar un estudio para conocer el punto de vista de las figuras educativas, tanto como docentes y directivos y así establecer necesidades y dificultades en lo de educación sexual y atención de salud se refiere (capacitando al personal de la I.E tanto docentes como directores, coordinar).
- ❖ Dar a conocer a los adolescentes sobre los espacios y profesionales especializados que existen en las entidades promotoras de salud donde pueden solicitar información confiable.
- ❖ Disponer de un equipo multidisciplinario dentro de las instituciones de educación para el apoyo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- ❖ Realizar alianzas estratégicas entre las instituciones educativas y las entidades de salud para facilitar el acceso de la comunidad adolescente a información segura y pertinente sobre sexualidad.
- ❖ Las entidades gubernamentales de Educación y Salud deben Gestionar planes educativos que contemplen dentro de su currículo de estudios de educación secundaria, el curso SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, acorde con la edad, permitiendo a los adolescentes participar de manera activa y que conlleve a superar con éxito los mitos sesgados; la que deberá estar dirigido, coordinado y gestionado por una Lic. En Obstetricia, por ser un profesional capacitado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Palacios Jaramillo D. Educación para la sexualidad: derecho de adolescentes y jóvenes, y condición para su desarrollo. Colombia: Ministerio de Educación.2011. Consultado el 20 de abril de 2016. Disponible en:<http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-173947.html>.
2. Anrango A. Incidencias de mitos y creencias de la sexualidad en el rendimiento escolar de los adolescentes del Ciclo Diversificado del Colegio “Ingeniero Federico Páez” de la Ciudad de Otavalo durante el año 2010 -2011. Propuesta Alternativa. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Educación de la Especialidad de Psicología Educativa y Orientación Vocacional] Ibarra-Ecuador: Universidad del Norte.; 2012. Consultado: el 13 de Abril de 2016. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1323/1/FECYT%201390%20TESIS.pdf>.
3. Osorio Jaramillo L y Cuello Vega K. Evaluación de mitos sexuales de acuerdo al género y nivel de formación en jóvenes universitarios y de educación media, Revista de Ciencias Sociales Humanas y artes, Colombia2013; 1(1),9-13. Consultado: 3 de Mayo de 2016 Disponible en: http://www.academia.edu/5871429/Evaluaci%C3%B3n_de_mitos_sexuales_de_acuerdo_al_g%C3%A9nero_y_nivel_de_formaci%C3%B3n_en_j%C3%B3venes_universitarios_y_de_educaci%C3%B3n_media
4. Cordón-Colchón J. Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. Matronas Profesión. 2011; 9(3): 6-12 Consultado el 17de Abril de 2016. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/249/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c9d>.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes. [Internet]. México, 2014. Consultado el 13 de Abril de 2016. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php.
6. Puentes E, Enríquez B, Rodríguez de Celis Y, Correa M. La sexualidad en adolescentes del preuniversitario Kim IISung. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. Consultado el 13 de Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sexualidad-adolescentes-preuniversitario-kim-il-sung/2/>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Consultado el 13 de Abril de 2016.
8. Portal de Educación en Perú. Guía completa de Educación en Perú, 2015. Consultado el 13 de Abril de 2016. Disponible en: <http://guia-lima.portaldeeducacion.pe/primaria/COLEGIO-1047-JUANA-INFANTES-VERA-el-agustino-lima-lima-i43516.htm>
9. Flores ME. Conocimientos actitudes del adolescente hacia la sexualidad responsable y mitos sexuales, embarazo precoz. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería] Lima-Perú: Universidad Particular Ricardo Palma. 2012. Consultado el 13 de Abril de 2016. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/287/1/Flores_me.pdf.
10. Hilrio N, Castillo KM. Comunicación entre padres e hijos y su relación con el nivel de conocimiento y mitos sobre sexualidad en adolescentes. institución educativa n°80010 Ricardo Palma. Trujillo, 2013, [Tesis para optar el título de: Licenciada en Enfermería,]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego 2013. Consultado: 20 de mayo de 2016. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/237/1/CASTILLO_KATHIA_COMUNICACION_CONOCIMIENTO_SEXUALIDAD.pdf
11. Navarro García YV. Mitos, conocimientos y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en adolescentes de secundaria de la I.E Jorge Martorell Flores de Tacna 2011- 2012, [Tesis para optar el título profesional en licenciatura de obstetricia] Tacna- Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2013. Consultado: 10 de mayo de 2016. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/212/97_2013_Navarro_Garcia_YV_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1
12. Rojas, RY. Relación entre conocimientos sobre salud sexual, mitos y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat. Lima 2011 [tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima-Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

13. Baccarat de Godoy Martins C. Sexualidad En La Adolescencia: Mitos Y Tabúes. Ciencia y Enfermería. Chile 2012, XVIII (3):.25-37. Consultado el 15 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300004&script=sci_abstract.
14. Fajardo CG; Gómez BS, Guerrero AC. Mitos y creencias sobre sexualidad en adolescentes de baños. Cuenca 2014. [Tesis para licenciatura de enfermería]. Consultado 20 de abril de 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20943/1/TESIS.pdf>
15. Centro de Formación Integral. Sexualidad y Educación sexual. Curso Taller "Educación Sexual en las Escuelas". Argentina 2011, Consultado 20 de abril de 2016. Disponible en: http://www.formacion-integral.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=29%3Ataller-de-educacion-sexual-integral&catid=7%3Asexualidad-y-educacion-sexual&Itemid=3.
16. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la Adolescencia. En: Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2016 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/e/.
17. Fundación LA 14. Sexualidad en la Adolescencia. 2007. Fecha de acceso: 20 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.pegandolealoseguro.com/sexualidad.html>.
18. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo, Una segunda oportunidad en la segunda década, Ginebra: OMS/MCA. Consultado el 2011. Disponible: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
19. Ministerio de Salud. Documento Técnico, Lineamientos De Política De Salud De Las/Los Adolescentes 2011. Lima: Ministerio de Salud / Dirección General de Salud de las Personas / Etapa de Vida Adolescente. Consultado el 2011. Disponible en: ftp://www.unfpa.org.pe/SALUD_REPRODUCTIVA/ANEXOS-PARA-LACROCMURGUIA/Lineamientos%20Salud%20Adolescentes%20MINS A%202011.pdf

20. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente N° 034-MINSA/DGAP.V.02. 2013. Lima: Ministerio de Salud.
21. Liga Española de Educación. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia, Madrid. 2013. Consultado el 15 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>).
22. Kusnetzoff JC. Sexualidad, Educación Sexual, Disfunciones Sexuales Consultado el 03 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.medicalsex.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=41.
23. Motero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia, Rev. méd. Chile; 2011;139 (10) Consultado el 03 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000001.
24. Idoneos.com. ¿Qué es un mito?, Biblioteca Online Educación Sexual. Consultado el 15 de mayo de 2016. Disponible en: <http://mitosyleyendas.idoneos.com/296267/>
25. Educación Sexual Argentina. Mitos y Tabúes Sobre La Sexualidad, Biblioteca Online Educación Sexual Argentina 2006-2012. Consultado el 30 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.educacionsexual.com.ar/biblioteca-online/mitos-y-tabues-sobre-la-sexualidad>.
26. Biblioteca Virtual biblioteca Luis Ángel Arango. El mito. Colombia: Banco de la República. 2015. Consultado el 02 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/literatura/mito>.
27. Carvajal M. La sexualidad y autoestima campaña grafica “Mitos sexuales”. 2012. Consultado el 02 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.fadp.edu.co/publicaciones/proyinvgraf-15.pdf>.
28. Crítica.com.pa. Mitos y tabúes sobre la sexualidad. 11 de julio de 2015. Consultado el 10 de mayo de 2016. Disponible

- en:<http://www.critica.com.pa/viva/mitos-y-tabues-sobre-la-sexualidad-398448>.
29. Girollet, C. Mitos en Sexualidad Adolescente 2011. Consultado el 27 de mayo de 2016. Disponible en:<http://www.amepsa.org/docs/trabajo32.pdf>
 30. Vida y salud en línea con la Dra. Aliza. 5 mitos de los adolescentes acerca del sexo 12 de mayo 2015. Consultado el 10 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.vidaysalud.com/diario/ninos-y-adolescentes/5-mitos-de-los-adolescentes-acerca-del-sexo/>.
 31. Brocado AM. Mitos y tabúes sobre la sexualidad. México. Consultado el 15 de mayo de 2016. Disponible en: <http://cmuch.mx/plataforma/lecturas/sexu/Mitos%20y%20tab%FAes%20en%20la%20sexualidad.pdf>.
 32. TuGuiaSexual.com. Sexualidad Femenina: La Magia de ser Mujer. Consultado el 02 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.tuguiasexual.com/sexualidad-femenina.php>.
 33. Meraz, LC. 10 mitos sexuales para principiante, Salud - televisa, México. 2014. Consultado el 02 de Mayo de 2016. Disponible en: <http://www2.esmas.com/salud/sexualidad/644246/10-mitos-sexuales-principiantes/>.
 34. Ponte, M. Mitos sexuales en jóvenes. Consultado el 2 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.marianponte.com/mitos-sexuales-en-jovenes/>.
 35. Facultad de Estudios Superiores –Acatlán. Mitos sobre la sexualidad Universidad Nacional Autónoma de México. México 2015. Consultado el: 30 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/sexualidad/15/>.
 36. Serrano R. 10 mitos sexuales masculinos, Salud y Medicinas Raúl Serrano, México. Consultado el 15 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/disfuncion-erectil/articulos-relacionados/10-mitos-sexuales-masculinos.html>.
 37. Escuela Normal Superior y Superior de Comercio .Nº46 "Domingo Guzmán Silva" Mitos y creencia acerca de sexualidad, educación sexual integral. Argentina: Proyecto Laboratorio Pedagógico. 2011. Consultado el 05 de agosto de 2016. Disponible en: <https://sites.google.com/site/edseducacionsexual/mitos-y-creencias-1>

38. Toro V. Descubre qué mitos sexuales son falsos. Consultado el 02 de mayo de 2016. Disponible en: <http://adolescentes.about.com/od/sexo/a/La-Primera-Relaci-On-Sexual-De-Los-Adolescentes.htm>
39. Los adolescentes, su sexualidad y sus mitos, Jóvenes Vanguardia, Colombia 2011. Consultado el 30 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/historico/41199-los-adolescentes-su-sexualidad-y-sus-mitos>.
40. Organización Mundial de la Salud 2016, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Consultado el 23 de abril de 2016. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
41. Editorial Espasa. Diccionario de la Lengua Española 2014, 23° ed. Madrid: Espasa Libros, S. L. U., 2014.
42. OMS-CFI Centro de Formación Integral. Salud Sexual. 2011. Consultado el 23 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.formacion-integral.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=18%3Aevolucion-de-este-concepto&catid=7%3Asexualidad-y-educacion-sexual&Itemid=3
43. Barb Pan M- Definición de sexo, género y sexismo. Consultado el 10 de mayo de 2016. Disponible en: <http://feminismo.about.com/od/conceptos/fl/Diferencia-entre-sexo-y-genero-y-otros-conceptos.htm>.
44. Velásquez L. Sexualidad responsable. En: Programa Institucional Actividades de Educación para un Vida Saludable 2011. México: Universidad Autónoma del Estado Hidalgo. Consultado el 12 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf.

ANEXOS

- Matriz de Consistencia
- Instrumento de recolección de datos
- Juicio de expertos
- Autorización Institucional

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL PROYECTO: MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ESTUDIANTES DEL 3° 4° Y 5°
AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. JUANA INFANTES VERA, DISTRITO EL AGUSTINO - 2016

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuáles son los mitos sobre sexualidad en adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera en el año 2016?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS:</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los mitos sobre sexualidad en adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I.E Juana Infantes Vera. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer los mitos con más 	<p>El proyecto de investigación es de tipo descriptivo por lo que no requiere de hipótesis.</p>	<p>Mitos sobre sexualidad</p>	<p>Primera relación sexual</p> <p>Sexualidad en la mujer</p> <p>Sexualidad en el hombre</p> <p>Masturbación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Origen Características Sensaciones Fisiología Condiciones Prejuicio Anatomía Condición Percepciones Características 	<p>TIPO DE INVESTIGACION: Descriptivo, transversal y retrospectivo</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACION: Aplicativo</p> <p>METODO: Cuantitativo</p> <p>POBLACION: Alumnos 3°,4° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juana Infantes Vera.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los mitos con más prevalencia en adolescentes según sexo? • ¿Cuáles son los mitos con más prevalencia en adolescentes según etapas de la adolescencia: Temprana y Tardía? 	<p>prevalencia en adolescentes según sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los mitos con más prevalencia en adolescentes según etapas de la adolescencia: Temprana y Tardía. 					
--	--	--	--	--	--	--



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Mitos sobre sexualidad en adolescentes

La siguiente encuesta es de carácter anónimo y confidencial. Los datos serán usados únicamente para fines de investigación dichos datos se mantendrán en absoluta reserva.

Instrucciones:

- a) No escribas tu nombre en ninguna parte de la encuesta.
- b) Recuerda que esto no es un examen por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
- c) Por favor, sé sincera(o) no dejes ninguna pregunta sin contestar, ni espacios en blancos.
- d) Responde a las afirmaciones de forma individual. Por favor, no consulte con nadie.

I. Datos socio demográficos

- a. Rellene los casilleros y espacios en blanco.
- b. Encierre en un círculo la letra que corresponda a tu respuesta

1. Edad Sexo Año que cursa

2. Procedencia (lugar de nacimiento)

3. ¿Qué tipo de familia tienes?

- a. Nuclear (padres e hijos)
- b. Extensa (padres, hijos y otros familiares)
- c. Monoparental (hijos con uno de sus padres)
- d. Mixta (2 o más familias en uno de sus padres)
- e. Disfuncional (padres separados)

4. ¿A qué religión pertenece tu familia?

- a. Católica
- b. Cristiana
- c. Testigo de Jehová
- d. Ateo
- e. Otros.....

5. ¿De qué fuente has recibido información sobre sexualidad? Puedes marcar una o varias alternativas.

- a. Padres
- b. Hermanos
- c. Profesores
- d. Amigos
- e. Medios de comunicación
- f. Otra fuente

Especifique

6. ¿Has iniciado tu vida sexual?

Sí edad de inicio

No, aún no inicio mi vida sexual.

7. ¿Con cuántos(as) enamorados(as) has tenido relaciones sexuales?

- a. Uno
- b. Dos
- c. Mayor de 3
- d. Ninguno

8. Enamorada/o actual: Sí No

II. Mitos sobre sexualidad según:

Instrucciones:

- a. Responder SI o NO según corresponda tu respuesta de acuerdo a la afirmación.
- b. No dejar ni una afirmación sin contestar, sé lo más sincera(o) posible.

1. Primera relación sexual

Origen de la primera relación sexual:

- a. Mi primera relación sexual tiene que ser con mi primer enamorado(a).
- b. Si no tengo mi primera relación sexual mis amigos van pensar que soy "raro(a)".
- c. La primera relación sexual es necesario para demostrarle a el(ella) lo que siento.
- d. La primera relación sexual no se programa, si se da me acuesto.

SI	NO

Características de la primera relación sexual:

- a. Durante la primera relación sexual la mujer debe sangrar.
- b. En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada.
- c. En la primera relación sexual no se contagia de una Infección de
- d. Transmisión Sexual (ITS)
- e. La edad ideal para la primera relación sexual es en la adolescencia.
- f. Tener relaciones sexuales me convierte en un adulto instantáneamente.
- g. Si sangra ante la primera relación sexual es virgen.

SI	NO

Sensaciones de la primera relación sexual:

- a. La primera relación sexual siempre es dolorosa.
- b. Estoy segura(o) que nada malo saldrá, lo malo le pasa a otros(as).

SI	NO

2. Sexualidad en la mujer

Fisiología de la sexualidad en la mujer:

- a. Con la menstruación la mujer no puede embarazarse.
- b. Con la menstruación no se puede duchar ni hacer deporte.
- c. Las mujeres durante la menstruación están sucias y son intocables.
- d. Durante la menstruación no pueden bañarse porque se le puede cortar la menstruación.
- e. A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se le arquean las piernas.

SI	NO

Condiciones sexualidad en la mujer:

- a. El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo.
- b. Relación sexual equivale sólo a coito vaginal.
- c. Cuando una mujer dice "no", en realidad quiere decir "sí" porque le gusta que le insistan.
- d. Es deber de la mujer satisfacer al compañero.

SI	NO

Prejuicios de la sexualidad en la mujer:

- a. Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una inmoral.
- b. El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo.

SI	NO

3. Sexualidad en el hombre

Anatomía de la sexualidad en el hombre:

- a. Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene la mujer.
- b. Un hombre con pene grande es más potente sexualmente que un pene pequeño.

SI	NO

Condición de la sexualidad en el hombre:

- a. Los hombres deben saber todo sobre sexo.
- b. Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales.
- c. Los hombres no pueden expresar sus emociones y afecto frente a los demás porque ponen en duda su hombría.

SI	NO

Percepciones de la sexualidad en el hombre:

- a. El hombre no utiliza condón en cada relación sexual porque pierde la sensibilidad del placer.
- b. La doble protección consiste en usar dos preservativos, uno encima de otro, para evitar un embarazo.
- c. Las bebidas alcohólicas mejoran el deseo sexual y la erección.

SI	NO

Masturbación

Características de la masturbación

- a. La masturbación es una práctica exclusiva de los hombres.
- b. La masturbación es malo para la salud.
- c. Practicar muchas veces la masturbación salen granos en la cara.
- d. Los que se masturban se vuelven locos y antisociales.
- e. La masturbación provoca ceguera.

SI	NO