



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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
ALUMNOS DEL 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO JOSÉ DE SAN
MARTÍN DE PISCO – OCTUBRE 2016”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

AUTORA:

BCH. YUCRA VASQUEZ DHAYANNA ISABEL

ASESORA:

LIC. SILVIA YOLANDA BOZA PAREJA

ICA – PERU

2016

DEDICATORIA:

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí. A mi hermana, por ser mi mejor compañía y cómplice a la vez.

AGRADECIMIENTO:

A Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado y haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre Luisa Vásquez, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis fallas y celebrando mis triunfos.

A mis ángeles, Martín y Sabina, quienes desde el cielo guían y bendicen cada paso que doy.

A mi padrino Santos, quien con su ayuda, cariño y comprensión ha sido parte fundamental de mi vida.

A la Universidad Alas Peruanas por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A la Lic. Silvia Yolanda Boza, asesora de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

A mis docentes, les agradezco por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

A Mis compañeros de estudios de la UAP.

ÍNDICE

CARATULA -----	i
DEDICATORIA-----	ii
AGRADECIMIENTO-----	iii
INDICE -----	iv
RESUMEN -----	vi
ABSTRACT -----	vii
INTRODUCCIÓN -----	viii

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **Pág.**

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA -----	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN-----	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA-----	12
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL-----	12
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS-----	12
1.4. OBJETIVOS-----	12
1.4.1. OBJETIVO GENERAL -----	12
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	13
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN-----	13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN-----	15
2.2. BASES TEÓRICAS -----	21
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS-----	39
2.4. HIPÓTESIS -----	42
2.5. VARIABLES-----	42
2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES -----	43

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	44
3.1.3. MÉTODO	44
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.2.1. POBLACIÓN	44
3.2.2. MUESTRA	45
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.3.1. TÉCNICAS	45
3.3.2. INSTRUMENTOS	45
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS	45

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS-----46

CAPITULO V: DISCUSION ----- 53

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

RESUMEN

En el Perú se promueve la educación sexual está influenciada por determinados contenidos religioso-católicos sesgando la educación. Es así, que la sexualidad suele ser asociada a "culpa y pecado", estando plagada de tabúes, prejuicios, mitos, miedos y vergüenzas. Esto revela un escenario de derechos restringidos para adolescentes, vulnerando derechos fundamentales como su derecho a la educación, a la libre determinación, a la igualdad y su derecho a la salud.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – Octubre 2016.

Material y métodos: Estudio no experimental, descriptiva, prospectiva y transversal, sobre 162 alumnos de ambos sexos tomados como muestra del colegio José de San Martín de Pisco.

Resultados: El 35.8% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre la sexualidad, en el Colegio José de San Martín; el 43.2% tienen nivel medio y el 21% tiene nivel alto. El 40.7% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, en el Colegio José de San Martín; el 41.4% tienen nivel medio y el 17.9% tiene nivel alto. El 25.3% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en el Colegio José de San Martín; el 37% tienen nivel medio y el 37.7% tiene nivel alto. El 25.3% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva, en el Colegio José de San Martín; el 39.5% tienen nivel medio y el 35.2% tiene nivel alto. El 19.1% de alumnos ya iniciaron sus relaciones sexuales en ambos sexos. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 14.55 años la moda es 15 años, el alumno que tuvo menor edad al inicio de sus relaciones sexuales fue a los 12 años y la mayor fue a los 16 años.

PALABRAS CLAVE: CONOCIMIENTOS, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ALUMNOS DE SECUNDARIA.

ABSTRACT

In Perú promotes sex education is influenced by certain content-Catholic religious education skewing. Thus, sexuality is often associated with "guilt and sin" being riddled with taboos, prejudices, myths, fears and embarrassments. This reveals a scenario of restricted rights for adolescents, violating fundamental rights such as the right to education, to self-determination, equality and the right to health.

Objective: To identify the level of knowledge about sexual and reproductive health in students of 4th and 5th year of secondary school José de San Martín de Pisco - October 2016.

Material and methods: non-experimental, descriptive, prospective and cross-sectional study on 162 students of both sexes sampled school José de San Martín de Pisco.

Results: 35.8% of students have low level of knowledge about sexuality, at José de San Martín; 43.2% have medium level and 21% are high. 40.7% of students have low level of knowledge about sexually transmitted infections in the Colegio José de San Martín; 41.4% have medium level and 17.9% is high. 25.3% of students have low level of knowledge about contraception at José de San Martín; 37% had medium level and 37.7% is high. 25.3% of students have low level of knowledge on Sexual and Reproductive Health in the Colegio José de San Martín; 39.5% have medium level and 35.2% is high. 19.1% of students have already started their sexual relationships in both sexes. The average age of onset of sexual intercourse is 14.55 years, the student who had lower age at first sexual intercourse was 12 years old and the largest was 16 years.

KEYWORDS: KNOWLEDGE, SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, HIGH SCHOOL STUDENTS.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un rasgo de la personalidad que tiene su inicio biológico en la vida fetal y se desarrolla en el contexto social, desde los primeros estadios de la vida extrauterina, evidenciado por la connotación de género que impone la sociedad y afianzada durante el desarrollo de la etapa fálica.

Los estilos de vida de la gente joven muestran comportamientos más riesgosos que la población de mayor edad. La mayoría de los jóvenes alcanzan la madurez sexual mucho antes de alcanzar la madurez emocional, cognitiva o social, lo que se asocia frecuentemente con inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad y no uso de anticonceptivos, lo cual incide en la alta tasa de ITS Infecciones de Transmisión Sexual y de embarazos no deseados que tanto se presentan en la sociedad actual.

Los resultados de la encuesta nacional de salud sexual y reproductiva muestran que la edad de la primera relación sexual en todos los grupos de edad está ocurriendo a edades más tempranas, en el área urbana la primera relación sexual ocurre un año más tarde que en la zona rural y señala que las mujeres sin ninguna educación inician relaciones sexuales a una edad mediana de 16 años, edad esta que se incrementa en la misma medida en que aumenta el nivel educativo hasta llegar a los 20 años entre las mujeres que tienen educación superior.⁽¹⁾

Según recomendación del Centro para Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, el nivel educativo medio y superior, donde se encuentran los colegios y Universidades, es un espacio importante para desarrollar programas de promoción y prevención en salud y establecer servicios especializados para la población estudiantil. Esta investigación fue diseñada para obtener información en tiempo real del nivel de conocimiento que tienen los alumnos del 4° y 5° año de secundaria de un Colegio de Pisco sobre la salud sexual y reproductiva en sus principales dimensiones.

LA AUTORA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Hace ya más de un siglo que se viene hablando en Occidente del problema de la educación sexual y en concreto de su siempre aplazada implantación en sistemas educativos como el nuestro. Pero, aunque la educación sexual siga siendo más un deseo que una realidad, lo cierto es que como idea ha alcanzado una considerable legitimidad social y profesional.

Organismos internacionales y nacionales la contemplan en sus normas, recomendaciones, acuerdos, etc., adquiriendo ésta un reconocimiento que al menos sirve para respaldar las diversas iniciativas que se van desarrollando, aunque se trate de acciones casi siempre efímeras que responden más bien a las sensibilidades y urgencias de cada momento —SIDA, embarazos no deseados, violencia de género, abusos sexuales, etc.

En consecuencia, la salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida satisfactoria y sin riesgos de procrear, así como la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. En el Perú, según el INEI basada en la Encuesta Demográfica y de Salud

Familiar (ENDES) en el año 2014, informó que, de cada 100 adolescentes peruanas, 12.7% eran madres o estaban embarazadas, algo menos que en el año 2008.

La mayoría, sin haber deseado el embarazo en ese momento, truncando su proyecto de vida y desarrollo, por ejemplo, dejando los estudios. Además, en las menores de 15 años lo más probable es que ese embarazo haya sido resultado de una violación.

La educación es la clave para discontinuar la transmisión de la pobreza de una generación a la siguiente. Pero, los estudios indican que los pobres tienen más probabilidades de no finalizar sus cursos escolares, en consecuencia, se ven privados de educación sobre salud reproductiva y sexualidad, que se imparte en los grados superiores. (Ramos Manuela ORG, 2008).

Actualmente en América Latina según UNICEF 2011 existe un aumento en la actividad sexual de adolescentes a edades cada vez más tempranas, alrededor del 50% de las y los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos; siendo la edad promedio de inicio los 13 años. Como consecuencia de este inicio sexual precoz, la tasa de fertilidad en mujeres adolescentes es mayor a 50 por 1000 en varios países. ⁽²⁾

En el Perú, según INEI - ENDES 2014; el 19,3% de la población total son adolescentes y la edad de inicio de la primera relación sexual se manifiesta antes de los 15 años en mujeres (8,1%) y en varones (20,8%); se distingue antes de 18 años en mujeres (40,6%) y en varones (66,4%) y finalmente se presenta antes de los 20 años en mujeres (63%) y varones (84,9%).

De los datos señalados, pese a que la edad de iniciación sexual temprana, solo un 12,7% de adolescentes mujeres usa algún método anticonceptivo y con ello, existe exposición a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, donde un 68,2% de las mujeres menores de 20 años tuvieron embarazos no planeados. En efecto, en un estudio realizado por el "Movimiento Manuela Ramos - 2010" en 4

regiones del Perú (Lima, Ayacucho, Ucayali y Huancavelica) se concluye que el 79% de los adolescentes mayores de 14 años han tenido relaciones sexuales voluntarias o consensuales; indicando, además, curiosidad y deseo como las razones de la iniciación.

En el Perú no se promueve la educación laica, como corresponde a un estado democrático, sino más bien está siendo influenciada por determinados contenidos religioso-católicos sesgando la educación. Es así, que la sexualidad suele ser asociada a "culpa y pecado", estando plagada de tabúes, prejuicios, mitos, miedos y vergüenzas. Esto revela un escenario de derechos restringidos para adolescentes, vulnerando derechos fundamentales como su derecho a la educación, a la libre determinación, a la igualdad y su derecho a la salud.⁽³⁾

Es por ello que se hace urgente conocer la realidad del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de nuestros adolescentes que se encuentran en los colegios por lo que se realizó esta investigación en un colegio prototipo de los que ocurre en la población sin que este signifique que sean iguales, pero puede dar una idea de los que ocurre en los demás colegios de la región.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

DELIMITACIÓN ESPACIAL. - El estudio se desarrolló en el colegio José de San Martín ubicado en Calle José Balta 769 - Pisco

DELIMITACIÓN TEMPORAL. - Se encuestó a los alumnos del 4° y 5° año de secundaria de dicho colegio en el mes de octubre.

DELIMITACIÓN SOCIAL. - Se estudió a los alumnos del 4° y 5° año de secundaria.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL. - La investigación evalúa el estado actual del nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los alumnos de este colegio.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco - octubre 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre sexualidad en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco - octubre 2016?

¿Cuál es la frecuencia de alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016, que iniciaron sus relaciones sexuales?

¿Cuál es la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en los alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE.1. Determinar el nivel de conocimientos sobre sexualidad en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016

OE.2. Determinar el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016.

OE.3. Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016.

OE.4. Determinar la frecuencia de alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016, que iniciaron sus relaciones sexuales.

OE.5. Determinar la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en los alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Si nos referimos al área específica de Salud Reproductiva esta es definida por la OMS como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad en el proceso de la reproducción. El principal objetivo es evitar no sólo que la madre y el producto mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y del padre, que permita la obtención de un recién nacido saludable y que incluya el derecho que toda persona tiene de ejercer plenamente su sexualidad sin temor a un embarazo no deseado o a contraer una enfermedad. Los esfuerzos dirigidos para el logro de tal fin exigen la participación de equipos multidisciplinarios que trabajen en forma coordinada entre sí, teniendo objetivos que conduzcan al logro del fin propuesto.

Es necesario identificar las necesidades de información y conocimiento en materia sexual y reproductiva que tienen los adolescentes, al igual que la forma de sentir y expresar la sexualidad a través de sus actitudes. El conocer qué saben y cómo se sienten los adolescentes de una determinada institución educativa permite establecer el punto de partida para el diseño de intervenciones efectivas y eficaces enfocadas en la promoción del autocuidado en salud sexual y reproductiva que permitan afrontar los problemas derivados del accionar sexual de este importante componente poblacional adolescente, mejorando así la expectativa de desarrollo de los adolescentes.

El desconocimiento de la sexualidad y las actitudes negativas pueden llevar a una conducta sexual irresponsable, las cuales, en mayor o menor grado, estimulan o determinan el inicio sexual temprano de un porcentaje de los adolescentes. Este inicio les puede significar prejuicios y situaciones conflictivas, difíciles para ellos de enfrentar, por no estar adecuadamente preparados y capacitados, pudiendo así frustrar tempranamente sus proyectos de vida, tanto en el ámbito personal como profesional con consecuencias tales como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual o abortos provocados.

Es importante la presente problemática por ser una etapa importante de la vida y la base de formación del individuo, donde se presentan riesgos específicos, en especial en las y los adolescentes, por lo tanto, esto motivó la presente investigación, ya que es importante determinar los conocimientos con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual, así como de los métodos anticonceptivos en los adolescentes, problemática aún vigente y de gran preocupación para el país en general.

Es de necesidad conocer el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes a fin de poder trazar metas en la enseñanza de este tema, así como monitorizar periódicamente el avance en este tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Vásquez Munive M. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual entre estudiantes de los primeros semestres de enfermería. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, entre 67 estudiantes de los primeros cinco semestres de enfermería, porque aún no han cursado la materia que dentro del currículo aborda la sexualidad. Para recoger la información se llevó a cabo una encuesta que abarca los aspectos más relevantes en cuanto a conocimientos, las actitudes con las que enfrentan la sexualidad y la forma cómo la ejercen. Entre las encuestadas predominan los buenos conocimientos sin grandes diferencias de un semestre a otro, la actitud hacia el sexo es mayoritariamente mala en todos los semestres y las prácticas están viciadas por hábitos poco saludables. ⁽⁴⁾

Vargas-Barrantes E. (2012). Influencia de las condiciones socio-demográficas en las actitudes y el comportamiento en sexualidad que expresan los y las jóvenes de noveno año provenientes de un colegio público del cantón Central de Alajuela, Costa Rica. Objetivo: analizar las

condiciones socio-demográficas en jóvenes de noveno año provenientes de un colegio público del cantón Central de Alajuela, Costa Rica, para determinar cómo influyen estas condiciones en las actitudes y comportamiento en sexualidad que ellos expresan. Se seleccionó una muestra simple aleatoria de 33 estudiantes de un total de 181 activos hasta noviembre de 2011. Resultados: se confirmó que los jóvenes prefieren a sus familiares cercanos como principal fuente para aclarar sus dudas sobre el tema de sexualidad. Además, se corroboró que con una edad promedio de 15,5 años, el 24 % de los jóvenes han iniciado relaciones sexuales coitales. La mayoría de estos jóvenes usan las pastillas como método anticonceptivo. Conclusiones: Ellos siguen apostando por sus padres como principal medio para hacer sus consultas, la televisión y los amigos en la calle representan opciones importantes en cuanto al tiempo que ellos dedican como pasatiempo. ⁽⁵⁾

Rengifo Reina H. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Objetivo Identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda - Cauca en Colombia. Métodos Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 406 adolescentes. Resultados Se presentaron conocimientos en niveles altos y muy alto, donde 90,5 % de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5%). Para el 26,7% (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. En cuanto a las prácticas en sexualidad: 42% expresaron haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años. El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. El uso de sustancias psicoactivas o licor para intensificar las experiencias sexuales fue afirmativo en 12,5%; 87,7% afirman que en caso de tener una infección de transmisión sexual (ITS) buscarían consejo o tratamiento en el hospital o centro de salud sin acudir a sus padres. Conclusiones Los

adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más éste conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.⁽⁶⁾

Gómez Camargo D. (2013) Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. Objetivo Investigar en una universidad estatal del Caribe colombiano el estado de la salud sexual y reproductiva especialmente conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), fertilidad, sexualidad, embarazo y violencia. Métodos Estudio transversal tipo encuesta. Se seleccionaron estudiantes matriculados en el segundo período de 2010 que llenaron voluntariamente la encuesta. Resultados La población tenía alrededor de 20 años de edad, provenía de la zona urbana (57,9%; IC95 %=54,7-61,1), predominantemente heterosexual (89,7%) con edad de inicio de vida sexual antes de los 18 años, con 11,8% de promiscuidad que usaba principalmente el preservativo como Método de Planificación Familiar (MPF) (55%). Aunque poseían información previa sobre salud sexual, MPF y ETS, no se comportaban acorde con ello, por la desinformación sobre formas de transmisión del VIH, bajo nivel de realización de pruebas serológicas para ETS, así como conductas de riesgo (sexo/alcohol/drogas). El 12,3% tuvo antecedente de embarazo, violencia física (21,6%) y sexual (4,6%) con un predominante silencio de las víctimas de abuso sexual (61,8%).⁽⁷⁾

Mendoza L.(2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Objetivo: Evaluar el impacto sobre la fecundidad, planificación familiar y lesiones de cuello uterino en una población de adolescentes y jóvenes, que iniciaron actividad sexual en la adolescencia. Método: Estudio de cohorte retrospectiva. Incluyó 845 adolescentes y jóvenes que iniciaron actividad sexual en la adolescencia y que consultaron a una Institución Prestadora de Servicios de Salud en

Tuluá, Colombia. El análisis incluyó estadísticas descriptivas, análisis de riesgo relativo (RR) y atribuible a la exposición (RAexp) expresado en porcentaje, como indicadores de asociación. Resultados: Hubo 203 adolescentes y 642 jóvenes. El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años ($\pm 1,6$ años). El 49% no realizaba PF, 34,7% tenía ≥ 1 hijo y 6,9% alguna lesión en cuello uterino. Hubo asociación entre actividad sexual en la adolescencia temprana y tener un hijo, al compararlo con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia media (RR: 1,6; IC 95%: 1,2-2,1. RAexp%: 35,7%; IC 95%: 13,3-52,4%) y tardía (RR: 2; IC 95%: 1,5-2,6. RAexp%: 49%; IC 95%: 31,7-62%). Conclusiones: Nuestros resultados confirman el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos y el riesgo de lesiones cervicales. Programas educativos conducentes al retraso del inicio de la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos efectivos y de barrera, permitirán reducir las cifras encontradas en este estudio. ⁽⁸⁾

Vaillant Correoso M. (2012). Prevención del embarazo en adolescentes La Habana. Revista Cubana de Enfermería. Objetivo: identificar los conocimientos de las adolescentes sobre la prevención del embarazo en esta etapa de la vida. Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de tipo observacional, de corte transversal, en el periodo comprendido de Julio/ 2010 a Octubre/ 2011. Se trabajó con un universo de 125 adolescentes que asistieron a la consulta de regulación menstrual, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó un cuestionario, donde se obtuvo la información que permitió conocer el conocimiento de las adolescentes con respecto al tema objeto de estudio, los datos obtenidos se reflejaron en tablas adecuadas a cada variable analizada. Resultados: La mayor frecuencia de las adolescentes encuestadas comenzó sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Las vías a las que más acceden son los familiares, seguidos de la TV y amigos. En cuanto a la connotación social que le atribuyen los adolescentes al embarazo se observó que identifican

las complicaciones en el embarazo o el parto como uno de los problemas que trae consigo el embarazo a edades tempranas.⁽⁹⁾

Luengo Charath M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. Objetivo: Identificar entre adolescentes estudiantes beneficiarios del sistema público de salud, conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva (SSR). Paciente y Método: Muestra estratificada, 368 adolescentes de comunas de bajos ingresos y elevados nacimientos en adolescentes, en Santiago-Chile. Resultados: 52,9% de los encuestados sabía de la atención de SSR y, de ellos, 22,1% había consultado. Variables predictivas para utilización de los servicios fueron: ser mujer, haber estado saliendo con un novio/a, haber recibido educación sexual en la familia y no vivir con los padres. La mayoría de los consultantes evaluó positivamente la atención de SSR. Razones porque no solicitaron atención de SSR fueron: no tener necesidad, vergüenza de consultar y falta de información sobre disponibilidad de este tipo de atención. Conclusiones: Escaso porcentaje de adolescentes escolares demanda atención de SSR. La atención recibida en el sistema público es bien evaluada. Adolescentes que demandan atención profesional para resolver necesidades de SSR son: mujeres, aquellos que están en relación de pareja y los que han recibido educación sexual en la familia. No necesitarla, vergüenza y falta de información, son factores que afectan la consulta.⁽¹⁰⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Navarro García J. (2012). Conocimiento y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de relaciones sexuales en adolescentes de secundaria de la I. E. Jorge Martorell Flores de Tacna 2011-2012. Objetivos: Determinar los conocimientos y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en los adolescentes. 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. 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% usan preservativo, el 32,4% se masturban, el 21,6% tuvieron abrazos y besos con ropa. El motivo para el inicio de relaciones sexuales (IRS) es obtener afecto 20,3%, la elección de la pareja para IRS es el enamorado 71,2%. El valor moral más predominante es el amor 38,3% y el motivo más predominante para no tener actividad sexual son las infecciones de transmisión sexual 47,7%; 77,9% tienen actitud desfavorable y 22,1% tienen actitud favorable con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual. Conclusiones: Los conocimientos de los adolescentes en sexualidad es deficiente y las actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual es desfavorable. Por lo cual, no toda información que tenga el adolescente sobre temas de sexualidad indica que tenga una actitud favorable, sino que esto se relaciona con la parte afectiva que tenga el adolescente. ⁽¹¹⁾

Álvarez Carrillo J. (2015). Conocimientos, actitudes e implicancias biopsicosociales y éticas de la Ley 28704 en la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes residentes del distrito La Esperanza de Trujillo – Perú. Objetivo: determinar los conocimientos, actitudes e implicancias biopsicosociales y éticas de la ley N° 28704 en la salud sexual y reproductiva previa orientación clara, precisa y sencilla, se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal y correlacional en estudiantes mujeres de 10 a 19 años de edad, en una muestra poblacional de 378 adolescentes. Los hallazgos mostraron que las adolescentes presentaron un conocimiento deficiente de la ley 28704 (42.41%), mayormente presentaron una actitud de rechazo a dicha ley (63.5%) y las implicancias involucradas fueron biológicas (40%), psicológicas (30.83%), sociales (18.75%) y éticas (10.42%). ⁽¹²⁾

ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEFINICIÓN

LA SEXUALIDAD es “la forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que tienen los seres humanos y que tiene que ver con los procesos biológicos, psicológicos, culturales y sociales del sexo”.

2.2.2. COMPONENTES DE LA SEXUALIDAD

Algunos de los componentes de la sexualidad son los siguientes:

BIOLÓGICOS: La sexualidad y la capacidad reproductiva dependen de diferentes factores propios del cuerpo, entre ellos los órganos sexuales y reproductivos y la presencia de ciertas hormonas.

PSICOSOCIALES: Se refiere a cómo el individuo se relaciona con otras personas en torno a su medio ambiente.

AFECTIVOS: Casi siempre existen en la sexualidad un vínculo afectivo, generalmente, se trata de un lazo o unión entre dos personas. Muchos consideran el amor como el lazo más fuerte. ⁽¹³⁾

SOCIOCULTURALES: Existen pautas y normas socioculturales para vivir la sexualidad y muchas veces varían para cada género y en diferentes culturas y países.

COMUNICATIVOS: La sexualidad incluye proceso para relacionarnos, como la comunicación verbal y la no verbal que puede incluir gesto, señas, caricias y besos.

EROTISMO: Se entiende por la capacidad para experimentar placer sexual, es una potencialidad que los seres humanos pueden desarrollar en la práctica responsable de su sexualidad. ⁽¹⁴⁾

2.2.3. LA EDUCACIÓN SEXUAL COMO DERECHO

La educación sexual como derecho humano es una idea ampliamente reconocida por distintos organismos y tratados internacionales. Ésta suele ser concebida como parte del mismo derecho a la educación o, más a menudo, como garantía y condición para el cumplimiento de otros derechos humanos fundamentales como son el derecho a la libertad, la vida, la salud, los derechos sexuales y reproductivos, de no discriminación, información, etc. (ONU, 2010).

El mismo recurso al lenguaje de los Derechos humanos es un argumento cada vez más presente en los debates sobre la educación sexual o la sexualidad en general a nivel académico y profesional (Miller, 2009).

Diversas organizaciones internacionales apelan a los llamados Derechos sexuales universales para justificar sus ideas (IPPF, 2009; WAS, 1999), defendiendo propuestas como el derecho a una “información basada en el conocimiento científico” o a una “educación sexual comprensiva” (WAS, 1999).

Una lectura detallada de estos textos permite hacerse una idea de cuál es la fundamentación filosófica que manejan estos organismos y organizaciones. Por su actualidad y contenido, vale la pena detenerse en un informe del Relator especial de Naciones Unidas dedicado exclusivamente al Derecho a la educación sexual integral (ONU, 2010). En él se comienza señalando que “el derecho a la educación sexual está fundado en la dignidad humana y en las normas internacionales de derechos humanos” (ONU, 2010), añadiendo la obligatoriedad de los Estados para asegurar el acceso a la información y los servicios necesarios sobre la salud sexual y reproductiva, además de la responsabilidad de los adultos de proporcionar a los estudiantes “la apropiada dirección y guía en materia sexual y reproductiva” (ONU, 2010).

El derecho a una educación sexual de calidad y universal en una sociedad democrática y plural, no debería verse obstaculizado por creencias religiosas (ONU, 2010) ni tampoco por una ideología “patriarcal” que discrimina a las mujeres y que, además de estereotipar los modelos de masculinidad y feminidad, entorpece la educación en los valores de igualdad y diversidad sexuales.⁽¹⁵⁾

En este sentido, se defiende que la llamada educación sexual integral debe promover una imagen positiva del placer sexual, evitando una visión culpable del erotismo o su restricción a la mera función reproductiva (ONU, 2010).

La principal justificación de este derecho va a ser la llamada salud sexual y reproductiva. Siguiendo una definición previa (ONU, 2004b), se entiende la salud sexual en un sentido muy amplio, calificándola como el “estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente la ausencia de afecciones, disfunciones o enfermedades; la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de gozar de experiencias sexuales agradables y seguras, exentas de coacción, discriminación y violencia” (ONU, 2010).

Junto a la salud sexual, estaría la salud reproductiva como una dimensión diferente (ONU, 2004b) pero que en el informe aquí analizado es manejado de forma conjunta.

Vemos aquí cómo la conocida definición de salud elaborada por la OMS (1946) es aplicada a la sexualidad, equiparando la “salud sexual” no sólo a la ausencia de enfermedad sino a un bienestar general que implica una determinada concepción de la sexualidad y las relaciones sexuales —positiva y respetuosa— y la capacidad de acceder al placer erótico en condiciones de seguridad, libertad y justicia.

Para alcanzar este bienestar sexual, es preciso recibir una adecuada educación sexual que favorezca el cuidado de la salud, así como la

vivencia positiva, responsable y respetuosa de la sexualidad propia y ajena (ONU, 2010). Y si bien el informe advierte del peligro de reducir la educación sexual a la prevención sanitaria (ONU, 2010), lo cierto es que la prevención del SIDA es un argumento omnipresente y poderoso. La no censura por parte de los Estados de toda información y educación sexual es justificada mediante el derecho a adquirir los conocimientos necesarios para protegerse de dicha infección (ONU, 2010).

Sin perjuicio de lo que serían otras acciones a través de la educación de adultos, medios de comunicación, familia, etc., el informe defiende la introducción de la educación sexual en los programas oficiales que rigen en cada país como “parte esencial de un buen currículum” (ONU, 2010). Esto, dice, mejoraría la educación en general y permitiría una formación explícita que compense o complemente la que se recibe a través de otras fuentes de influencia e información.⁽¹⁶⁾

Se trata, sobre todo, de reducir los a menudo perniciosos efectos de lo que se llama el currículum oculto, con frecuencia cargado de prejuicios, inexactitudes, reduccionismos, miedos, etc. (ONU, 2010). El informe defiende que esta educación sexual ha de contar con una “sólida perspectiva de género” (ONU, 2010), idea que impregnará el conjunto del documento. Aunque no aclara qué quiere decir con esta expresión, sujeta a interpretaciones diversas (Consejo de Estado, 2009; Llano, 2010), entendemos que se refiere a la idea de la igualdad entre los sexos en cuanto a “normas, roles y relaciones” (ONU, 2010).

Esta perspectiva, que buscaría relaciones más igualitarias, así como identidades sexuales menos rígidas y estereotipadas, deberá contemplar en su diseño curricular a ambos sexos por igual sin limitarse a las mujeres. Y es que la educación sexual, contribuyendo al cambio cultural en pro de los derechos humanos, contaría entre sus finalidades con la de “construir los afectos y desarrollar un papel

transformador en los hombres, yendo más allá de lo estrictamente genital y físico” (ONU, 2010). No obstante, al margen de estas referencias a los hombres, queda patente el mayor protagonismo de los derechos de las mujeres y las niñas y sus problemas a la hora de justificar y orientar una educación sexual (ONU, 2010).

Por otro lado, está la cuestión de la diversidad sexual, suscribiendo el informe distintas declaraciones regionales e internacionales sobre la materia (ONU, 2010) como los llamados Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de los derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género y en especial el principio 16 relacionado con el derecho humano a la educación (ONU, 2006b).

Con escasa relevancia en el conjunto, estarían las justificaciones basadas en el derecho general a la educación y la formación intelectual del individuo. En este sentido, la escuela “debe fomentar el pensamiento crítico del alumnado en torno a las diversas expresiones de la sexualidad humana y de las relaciones interpersonales, sin reducir el tema a un abordaje biológico de la reproducción.” (ONU, 2010).

Finalmente, si bien califica de “educación sexual” la realizada por otros agentes, el informe de la ONU se refiere sobre todo a la escuela donde se sobreentiende que se trabaja con contenidos que unos han de enseñar y otros aprender, aunque no se hacen referencias claras a cuáles serían éstos. No obstante, por su defensa de lo que llama métodos “interactivos” en detrimento de los “métodos convencionales de enseñanza” (ONU, 2010), interpretamos su simpatía por metodologías que evidentemente favorecen o toleran mejor el desarrollo de un tipo de contenidos frente a otros.⁽¹⁷⁾

2.2.4. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ANATOMÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS Y MASCULINOS

1. LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

- **GENITALES EXTERNOS FEMENINOS.**

Llamados también vulva. Tiene las siguientes estructuras.

MONTE DE VENUS: Tiene forma triangular, con la base en la parte superior. Está constituida en su interior por un abundante tejido graso y exteriormente por una piel que se cubre de vello a partir de la pubertad.

LOS LABIOS MAYORES: Son pliegues carnosos cubiertos de vello, localizados a cada lado de la abertura vaginal.

LOS LABIOS MENORES: Localizados por dentro de los anteriores, son dos pliegues sin vello, ubicados al borde de la entrada de la vagina, los labios mayores y menores en conjunto conforman la vulva. Tienen abundantes terminaciones nerviosas, por lo que son muy sensibles.

CLÍTORIS: Está situado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Está formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas. Tiene como función la de ser un órgano altamente sensitivo al estímulo físico y que sirve para enviar al cerebro las sensaciones de placer.

MEATO URETRAL: Es un pequeño orificio donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal.

- **GENITALES INTERNOS FEMENINOS.**

LA VAGINA: Órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo, es la vía de paso de la menstruación y del feto durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza

con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero.

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

LAS TROMPAS DE FALOPIO: Son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el óvulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual.

LOS OVARIOS: Tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona).

2. LOS ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS

- **GENITALES EXTERNOS MASCULINOS**

PENE: Órgano muscular eréctil, situado en la parte inferior del abdomen, que actúa en la micción y en la copulación.

LOS TESTÍCULOS Y ESCROTO: El escroto es una bolsa de piel y músculos que almacena los testículos. Los testículos son las gónadas o glándulas reproductoras del varón. En tal medida tienen dos funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoides) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona.

- **GENITALES INTERNOS MASCULINOS**

LOS CONDUCTOS DEFERENTES: En número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del

conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.

LAS VESÍCULAS SEMINALES: Son glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen. La próstata se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta.

LA GLÁNDULA DE COWPER: Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal.

FISIOLOGÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CICLO OVÁRICO: Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200,000 por ovario). A partir de la pubertad comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Aproximadamente, a los 14 días del inicio de la menstruación, el folículo maduro se rompe y expulsa el óvulo a la trompa de Falopio, lo que se conoce como ovulación. El óvulo viaja por la trompa hasta el útero, a menos que no haya ocurrido fecundación. Tras la ovulación el folículo se llena de grasa y se transforma en el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, que segrega estrógenos y progesterona. Si no ha habido fecundación, el cuerpo lúteo degenera poco antes de la siguiente menstruación y da lugar al cuerpo albicans. ⁽¹⁸⁾

CICLO UTERINO O MENSTRUAL: El ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y que depende de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona). El ciclo menstrual se cuenta en días, y se ha decidido llamar día 1° de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar. ⁽¹⁹⁾

2.2.5. LA ADOLESCENCIA

DEFINICIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo de la vida que se inicia con los cambios biofisiológicos que experimentan los adolescentes, luego de finalizada la niñez y termina con la madurez sexual reproductiva. La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente se diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Periodo pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Periodo adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Periodo adolescencia tardía de 19 a 24 años.

DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA

DESARROLLO BIOLÓGICO

La respuesta en la mujer es a nivel de los ovarios, se da inicio a la producción de una gran cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos y en el varón, los testículos comienzan la producción de hormonas masculinas llamadas andrógenos (testosterona) (33). En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este período hacia los 9 o 10 años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 o 14 años. La edad promedio para que los chicos entren en la pubertad es a los 12, alcanzando su madurez sexual a los 14 años.

PRINCIPALES CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA:

A. CRECIMIENTO REPENTINO DEL ADOLESCENTE: En ambos sexos el crecimiento súbito del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares.

B. CARACTERÍSTICAS SEXUALES DEL ADOLESCENTE:

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS: Son todas aquellas donde está la presencia de los órganos necesarios para

la reproducción. El principal signo de la madurez sexual en las niñas es la menstruación, en los varones la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y escroto donde el principal signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, siendo éste fértil tan pronto exista la evidencia de esperma.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS: Son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluye el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en el varón, etc.

LA MENARQUÍA: Es el signo más evidente de la madurez sexual de una niña; es la primera menstruación. La menarquía se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino, los primeros períodos menstruales no incluyen la ovulación. Sin embargo, en ocasiones la ovulación se puede presentar en los primeros meses, en las niñas que han comenzado a menstruar y si las mismas mantienen relaciones sexuales pueden quedar embarazadas.⁽²⁰⁾

DESARROLLO PSICOLÓGICO

La mayoría de adolescentes experimenta características emocionales como:

INTENSIFICACIÓN DE LA VIDA EMOCIONAL: Se caracteriza por un incremento de la emotividad ya que existe una experiencia de emociones.

LABILIDAD EMOCIONAL: Es frecuente que los y las adolescentes experimenten cambios repentinos de estados de ánimo. Por ejemplo: la alegría y la tristeza, la euforia y la melancolía.

AMBIVALENCIA AFECTIVA: Los adolescentes están en una continua lucha entre la independencia y la dependencia, el aislamiento y la necesidad de pertenecer a un grupo, su mundo interno y las demandas del mundo externo. Desarrollo social: El contexto social del adolescente es más amplio y complejo que del

niño. El fenómeno más social del adolescente durante esta etapa es la aparición de un grupo de pares de gran importancia para él, llega a apoyarse mucho en sus iguales para obtener apoyo, seguridad y guía ya que para él solo otros que pasan por la misma transición parecen como confiables para comprender sus experiencias.⁽²¹⁾

DESARROLLO PSICOSEXUAL

Está marcada por un principio biológico que es la aparición de la menarca en la niña y las poluciones nocturnas en el varón, hecho que va a producir profundos cambios en la totalidad del organismo y por lo tanto, también a nivel de la conducta.

Blos y Erikson plantean 4 etapas en el desarrollo psicosexual:

A. PRIMERA ETAPA “AISLAMIENTO”: El profundo y acelerado cambio en los aspectos físicos hace que el adolescente se sienta un desconocido para sí mismo y determina que se vuelque hacia su interioridad. Luego del período de latencia hay un resurgir de los intereses sexuales. El impulso sexual presenta distintas formas en ambos sexos.

EN EL VARÓN: La tensión sexual lidera indiscriminadamente y cualquier estímulo puede tomar un carácter sexual. La única actividad liberadora es la masturbación.

EN LA MUJER: Las fantasías en torno a la búsqueda de pareja heterosexual sirven de vía de descarga para la tensión.

B. SEGUNDA ETAPA “ORIENTACIÓN INCIERTA HACIA LA SEXUALIDAD” 14 –15 AÑOS: Al tiempo que va adaptándose a los cambios corporales, el adolescente intenta romper con la dependencia familiar, por lo que trata de identificarse con otras personas. Es esta la etapa del amigo íntimo, que representa su ideal del yo. La masturbación es una actividad frecuente y a veces puede haber conductas homosexuales como parte del proceso de elaboración de la identidad sexual.

C. TERCERA ETAPA “APERTURA A LA HETEROSEXUALIDAD” 15-17 AÑOS: En esta etapa hay mayor paralelismo entre la

evolución de los adolescentes de ambos sexos. Las relaciones entre ellos se caracterizan por ser efímeras, intensas y con un cambio rápido del objeto amoroso. El enamoramiento tiene un fuerte componente romántico.

D. CUARTA ETAPA “DE CONSOLIDACIÓN” 17-19 AÑOS: Hay una definición y consolidación de la identidad. Una mayor estabilidad emocional que permite realizar elecciones a largo plazo. Llegamos así alrededor de los 18-19 años en que si el desarrollo psicosexual se ha cumplido en forma adecuada se habrá logrado una cierta madurez emocional que posibilite una inserción amorosa en el mundo adulto.⁽²²⁾

2.2.6. EL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES

ACTIVIDAD SEXUAL

Se considera actividad sexual a todas aquellas expresiones eróticas que se dan entre las personas. Aunque en algunas ocasiones estas expresiones hacen parte del juego sexual que precede al coito (porque conducen a la excitación y al orgasmo) (Denmark, Rabinovitz y Sechzer, 2000).

Una de las características de la actividad sexual es que en ella se puede reconocer una marcada progresión que va de menores grados de intimidad y estimulación hasta grados de intensa compenetración y máxima estimulación.

- Los niveles más bajos de esa progresión son susceptibles de ser interpretados como parte del trato afectuoso convencional (tomarse de las manos)
- El nivel más alto corresponde a la penetración.

Brown y cols., (2001) refiere que tal progresión puede tener lugar de muy diversas formas, respecto a su oportunidad de ocurrencia a lo largo de la adolescencia. Así, por ejemplo, algunos autores señalan que mientras unos adolescentes inician su actividad sexual

penetrativa a edades muy tempranas otros logran posponer hasta alcanzar una relación romántica relativamente estable.

“La iniciación es más que una penetración”

Según Jones, 2010: Cuando se estudia la iniciación sexual suele pensarse exclusivamente como un evento: algo que sucedió una vez, en un momento determinado e identificable por una práctica específica (la penetración de un pene en una vagina). De ahí que se use la expresión “la primera vez”, que connota su carácter único y puntual. Sin embargo, la primera relación sexual se encuentra enmarcada en un recorrido progresivo previo al coito vaginal.⁽²³⁾

2.2.7. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR LOS ADOLESCENTES

Según OPS (2000), dado que el cuerpo del adolescente es sexual y reproductivamente maduro, es apto para la mayoría de los métodos existentes. Sin embargo, como son pocos los jóvenes que mantienen relaciones estables y duraderas, y lo usual son los múltiples encuentros fortuitos, debe tenerse presente que el método anticonceptivo los proteja, además, del riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Algunos de los métodos anticonceptivos más usados por los adolescentes son: condón, método del ritmo, coito interrumpido, píldoras e inyectables.

Según INEI ENDES 2014 el uso de métodos anticonceptivos en el Perú en adolescentes (15-19 años) no usa Métodos anticonceptivos 87,2%, usa métodos anticonceptivos modernos 9,1% y métodos tradicionales 3,6%; en el grupo de adolescentes en unión no usa métodos anticonceptivos 39,3%, usa métodos anticonceptivos modernos 44,4% y métodos tradicionales 16,3% y en cuanto al uso de condón: usan 3,4% de adolescentes y adolescentes en unión 7,8%.⁽²⁴⁾

CONSECUENCIAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

En relación con las consecuencias de la actividad sexual durante la adolescencia estas pueden ser:

CONSECUENCIAS FÍSICAS

A. EMBARAZO NO DESEADO: Macías y Tamayo (2000) refieren que cuando los adolescentes se enfrentan a un embarazo no deseado una de las posibles maneras de resolver sus consecuencias es mediante el aborto; este método plantea nuevos problemas de tipo familiar y social, sin mencionar sus implicancias morales, religiosas y legales.⁽²⁵⁾

Según ENDES, 2014; en el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están embarazadas por primera vez; y el 40 por ciento de adolescentes tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años. Ha incrementado el embarazo adolescente en 8 departamentos: Puno (+5), Tacna (+5), Tumbes (+5), Huánuco (+4), Ucayali (+4), Pasco (+3), Junín (+3) e Ica (+2).

B. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): Cortes et al., (1999) explican que las ITS, son un grupo de enfermedades trasmisibles que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, y son muy frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas riesgosas, como tener más de una pareja sexual, practicar el sexo de forma no segura (no usar preservativo) y utilizar hábitos sexuales riesgosos (ora-genital y genito-anal) sin protección. Nadie está exento de riesgo y el adolescente inexperto menos aún; y si para un adulto, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un drama, para un joven que inicia su vida social y sexual es una verdadera tragedia, esto lo refieren Macías y Tamayo (2000).

Según INPPARES, 2011 en el Perú del total de casos de SIDA en el país (año 2011: 28 671 casos), un número significativo corresponde a jóvenes entre 25 y 29 años de edad (hombres: 4 377 casos y mujeres: 1 292 casos) y adultos entre 30 y 34 años de edad (hombres: 4 221 casos y mujeres: 1 168 casos), quienes pudieron adquirirlo durante su adolescencia y/o juventud. De acuerdo con estudios desarrollados en ciudades del Perú con alta prevalencia de VIH y SIDA, hombres y

mujeres inician las relaciones sexuales entre los 13 y 15 años de edad.

C. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN LAS ADOLESCENTES: Tirado et al., 2005 Al empezar una vida sexual activa antes de los 20 años tienen mayor actividad sexual y por consiguiente más tiempo de exposición y probabilidades de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma o bien tener mayor cantidad de inóculo.⁽²⁶⁾

La mujer adolescente tiene, además, factores biológicos que predisponen a la infección, como: la inmadurez del sistema inmunológico, una gran eversión glandular en el cuello uterino (ectropión) con una metaplasia escamosa muy activa, la inadecuada producción de moco cervical favorecida por los ciclos anovulatorios, etc., que permiten la replicación viral. Además, estas células son más susceptibles a desarrollar alteraciones genéticas inducidas por el virus; y si la infección viral persiste, puede desarrollarse una lesión de alto grado.⁽²⁷⁾

2.2.8. ACCESO DE LOS ADOLESCENTES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

El impacto desfavorable en el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva: En vista de que el Código Penal tipifica como delito toda relación sexual de los adolescentes, sean consentidas o no, todas las atenciones de salud sexual y reproductiva que no están orientadas a la abstinencia sexual son ilegales, entre ellos los servicios de prevención del embarazo y de prevención de infecciones de transmisión sexual.

La resolución 257-2007.DSDJL-MP-FN, Destaca la obligación de los responsables de los establecimientos de salud privados y públicos, de comunicar a las fiscalías la atención o el ingreso a nosocomio de niñas y adolescentes menores de dieciocho años en estado de gestación. Señala que estas comunicaciones deben hacerse por

escrito, en el plazo máximo de 72 horas y que no solo involucra a los fiscales de familia o mixtos, sino a los fiscales de prevención del delito⁽²⁸⁾

INFORMACIÓN ACERCA DE LA SEXUALIDAD

EDUCACIÓN SEXUAL FAMILIAR INEFICIENTE: La familia tiene un papel fundamental en la enseñanza sexual, además de brindar la confianza y naturalidad necesaria para abordar el tema con los adolescentes. La dificultad que se presenta es que hay mucha ignorancia en los padres y la sexualidad sigue siendo un tema prohibido, por lo tanto, en la mayoría de los casos, delegan la educación sexual a los establecimientos educativos.

FALTA DE EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS COLEGIOS: A pesar de existir los "lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral", 2008 por el Ministerio de Educación del Perú y otras normativas, la cual contempla como obligatoria la educación sexual, el plan piloto solo se encuentra en algunas regiones del Perú.

FACTORES SOCIOCULTURALES: Las bajas condiciones socioeconómicas, con una baja escolaridad y la falta de madurez psicológica de los jóvenes, que son poco comprometidos con sus responsabilidades, acentúa la falta de conocimiento e interés acerca de la sexualidad.⁽²⁹⁾

2.2.9. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Si bien es cierto que la educación sexual tiene una función preventiva, su función primordial es la formativa. La mayor parte de las familias y las escuelas educan basadas en la "pedagogía del NO", los métodos típicos en la educación sexual tradicional han sido señalar "todos los males" y "peligros" que pueden ocurrir si se tiene relaciones sexuales coitales. Los adolescentes son objeto muchas veces de frases intimidatorias: "cuidado te me embarazas", "como me traigas un embarazo te mato", "mira lo que haces", etc. La pedagogía del NO y el

terrorismo sexual han sido el fundamento de una educación sexual centrada en la postergación y la abstinencia sexual alimentada, por supuesto, de una concepción negativa, represiva y condenatoria de la sexualidad.

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

Según: Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral – MINEDU Perú 2008: Es importante señalar que, la Educación Sexual Integral enfoca su atención en el desarrollo sexual saludable de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta las particularidades de cada etapa de desarrollo. La propuesta pedagógica de educación sexual integral hace posible que las y los estudiantes adquieran aprendizajes básicos que permitan la expresión de una sexualidad saludable. Estos aprendizajes básicos para la educación sexual integral se basan en las dimensiones: biológica-reproductiva, socio-afectiva, ética y moral.⁽³⁰⁾

2.2.10. DESARROLLO SEXUAL SALUDABLE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL – MINEDU PERÚ 2008

- Encuentran en su sexualidad una fuente de bienestar y placer a través de la expresión auténtica de sentimientos y afectos.
- Valoran y cuidan su cuerpo, así como, la salud y el bienestar de las personas que los rodean.
- Manifiestan en su comportamiento las características propias de la sexualidad que corresponden a la etapa del ciclo vital que les toca vivir.⁽³¹⁾

- Son agentes de su propio cuidado y desarrollo sexual, habiendo fortalecido factores de protección que les permitan anticiparse y evitar comportamientos y situaciones de riesgo.
- Tienen comportamientos responsables, libres de prejuicios y toman decisiones de manera autónoma.
- Son conscientes de sus actos y deseos, asumiendo una actitud crítica y reflexiva frente a las prácticas y representaciones sociales que sus contextos socioculturales establecen con respecto a la sexualidad.
- Buscan y reciben información actualizada y científica con respecto a temas de educación sexual.⁽³²⁾

2.2.11. LEGISLACIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL EN EL PERÚ

-Normatividad nacional que sustenta la educación sexual integral

Según la Constitución Política del Perú. Artículo 13: "La educación tiene como finalidad el desarrollo integral de la persona humana".

-Ley de Igualdad de oportunidades – Artículo 6 Inciso L "Promover el desarrollo pleno y equitativo de todos los niños, niñas y adolescentes; asegurándoles una educación sexual integral con calidad científica y ética".⁽³³⁾

En el 2008, el Ministerio de Educación (MINEDU) publicó "Los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral", publicación para la cual jugó un rol importante la vigilancia realizada desde la Alianza por la Educación Sexual Integral "Sí Podemos", como sociedad civil organizada. Los lineamientos están en proceso de implementación (Plan piloto MINEDU) en 8 regiones del país: SJL, Callao, Ica, Ucayali, Puno, Ayacucho, Amazonas y Junín, principalmente al financiamiento de la cooperación internacional y no del tesoro público. Esto se combina con otros problemas estructurales de debilidades en la formación y capacitación docentes, poca inversión en educación, entre otras. Es evidente la falta de voluntad política para invertir en educación sexual

integral que merma los derechos de las niñas(os) y adolescentes del país.⁽³⁴⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CONOCIMIENTO: De acuerdo a Free On-Line Dictionary of Computing (FOLDOC, 1994), conocimiento son los objetos, conceptos y relaciones que se supone que existen en un área de interés.

ACTITUD: Merani (1977) refiere que es como una disposición determinada por la experiencia sobre la conducta. Océano (1982) propone que la actitud es una disposición de ánimo del sujeto ante un objeto concreto, dictada sobre la conducta por la experiencia a los valores adquiridos.

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD: Delgado, A. (2008). Es el conjunto de información que refieren poseer los adolescentes sobre sexualidad, relacionado a la forma de expresión o de comportamiento que tiene el ser humano de acuerdo al género, vinculados a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, que puede ser expresada a través del lenguaje oral o escrito.

EDUCACIÓN SEXUAL: Gorguet Pi I. (2008). La educación sexual es una educación para la sexualidad. El objetivo de esta es la preparación del individuo para ejercer el derecho a: sexualidad plena y responsable, equidad de género, salud sexual, planificación familiar y la familia.

EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL: OMS (2007). La educación sexual forma parte de la educación integral que brinda el sistema educativo, y que está relacionada con contenidos de sexualidad humana. El sistema educativo peruano adopta una visión afirmativa de la sexualidad que se expresa a través de los afectos, la identidad sexual, la intimidad, el amor, la reproducción, la familia, el bienestar, las relaciones con los demás y los roles.

EDUCACIÓN LAICA: Educación laica es aquella que hace referencia al tipo de educación que no se basa en ninguna doctrina religiosa o credo y que, por el contrario, queda usualmente en manos del Estado. La función

principal de la educación laica es la de igualar los conocimientos y las posibilidades, sin discriminar a los jóvenes y niños por credo o creencia religiosa.

EROTISMO: Generalmente se refiere a todo tipo de expresión real o simbólica del deseo sexual y de los afectos más íntimamente relacionados con él. Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos, como deseo sexual, excitación y orgasmo, y que en general, se identifican con placer sexual.

EROTOFÍLIA: Actitud positiva hacia la sexualidad. Tendencia a responder positivamente al erotismo y la sexualidad. Forma parte del constructo erotofobia – erotofilia. Las personas que tienden a la erotofilia consideran que la sexualidad en general y el erotismo en particular son un valor positivo que debe ser protegido, desarrollado y vivido con intensidad.

EROTOFÓBIA: Actitud negativa hacia la sexualidad. Tendencia a responder negativamente al erotismo y a la sexualidad. Las personas que tienden a la erotofobia consideran que la sexualidad en general y al erotismo en particular son una cuestión delicada y peligrosa que debe ser controlada.

PUBERTAD: Sugu (1993). La pubertad se refiere, solo a los procesos de maduración biológica, que tiene que ver con la aparición de los caracteres secundarios y la capacidad de reproducción. En general, estas transformaciones ocurren entre los 10 y 15 años de edad.

ADOLESCENTE: Faur E. (2003). Persona que se encuentra en transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta.

SEXUALIDAD: Valdez T. et al (1997). Es el modo de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer. Es una función normal del ser humano y un elemento constitutivo de los seres humanos, que se expresa

como un lenguaje que posibilita una comunicación plena, total y trascendente.

SEXO: Gironella L. (2012). Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales y el aparato reproductor. Se nace con él, es universal y no es sinónimo de sexualidad.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA SEXUAL: Gonzales, A. et al, (2007). Es el conocimiento que integra el conjunto armónico de órganos, aparatos y sistemas coordinados entre sí para producir la respuesta sexual.

IDENTIDAD SEXUAL: Es la conciencia particular de ser una persona sexuada. Es el resultado del proceso de sexuación que es personal, único e irreplicable. Es la conjunción del desarrollo biológico de diferenciación sexual y la conformación psicológica que se produce en un ambiente de socialización fuertemente estereotipado en razón de las atribuciones culturales respecto a la realidad “sexo”.

SALUD SEXUAL: Gorguet Pi I. (2008). Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

INICIO SEXUAL: Momento en la vida de una persona en que por primera vez sostiene una relación sexual coital, seguridad o no de actividad sexual posterior al evento. Tal experiencia puede darse con personas del sexo opuesto o del mismo sexo.

INICIO SEXUAL PRECOZ: Aunque existen variaciones para cada realidad, en términos generales se llama precoz a la iniciación sexual coital cuando esta se produce antes del proceso de consolidación, el cual implica identidad emocional lograda, mayor estabilidad, ubicación del objeto amoroso único, capacidad para el intercambio amoroso (dar y recibir), capacidad de elegir utilizando criterios a largo plazo.

CONDUCTA SEXUAL: Zubarew (1997). Es una gama completa de comportamientos en sexualidad: besos, caricias, masturbación, no se refiere solamente a la realización sexual coital.

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SEXUAL: Slupick (1994). Son las condiciones, circunstancias o características que favorecen un aumento en la probabilidad de que ocurra un daño en el adolescente de acuerdo a su conducta sexual.

2.4. HIPÓTESIS

El estudio es descriptivo por lo que no se consideraran hipótesis, pero generaran parámetros que pueden ser tomados para hipótesis de estudios futuros.

2.5. VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO

- Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

- Conocimientos sobre sexualidad
- Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual
- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos
- Relaciones sexuales
- Edad de inicio de relaciones sexuales

2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Indicadores	Valor final	Escala
Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Variable de Estudio	Conocimientos	Alto Medio Bajo	Ordinal
Conocimientos sobre sexualidad	Variables de Caracterización	Conocimientos	Alto Medio Bajo	Ordinal
Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual		Conocimientos	Alto Medio Bajo	Ordinal
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos		Conocimientos	Alto Medio Bajo	Ordinal
Relaciones sexuales		Sexualmente activa	Si No	Dicotómica
Edad de inicio de relaciones sexuales		Edad	Edad	Razón

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental porque no se intervinieron en las variables y solo se observó la manifestación de la variable de forma nativa, descriptiva pues solo cuenta con una sola variable, prospectiva pues los datos fueron tomados a propósito de la investigación y transversal pues solo se midió la variable una sola vez.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva. - Se describe las variables tal como se manifiestan.

3.1.3. MÉTODO

Inductivo pues el análisis empieza por los problemas específicos y se determina en una conclusión general.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. POBLACIÓN

Alumnos del 4° y 5° año de secundaria del Colegio José de San Martín de Pisco que son 280 alumnos de ambos sexos.

3.2.2. MUESTRA

Se aplicará la fórmula de una proporción con población conocida

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * Q}$$

$$N = 280$$

p = 0.5 proporción de alumnos que conocen de salud sexual y reproductiva

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{280 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (280 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{268.912}{1.6579}$$

$$n = 162$$

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

Encuesta pues previo permiso de las autoridades del colegio se procedió a aplicar el cuestionario a los alumnos en número de 20 alumnos por cada salón a fin de evitar perder la privacidad en las respuestas del cuestionario.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Cuestionarios elaborados para la obtención de datos, las que cuentan con validez de contenido pues cada pregunta tiene sustento en la teoría.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvo los estadísticos descriptivos como frecuencias absolutas, porcentajes y promedios las que fueron analizados para ser presentados en forma de tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

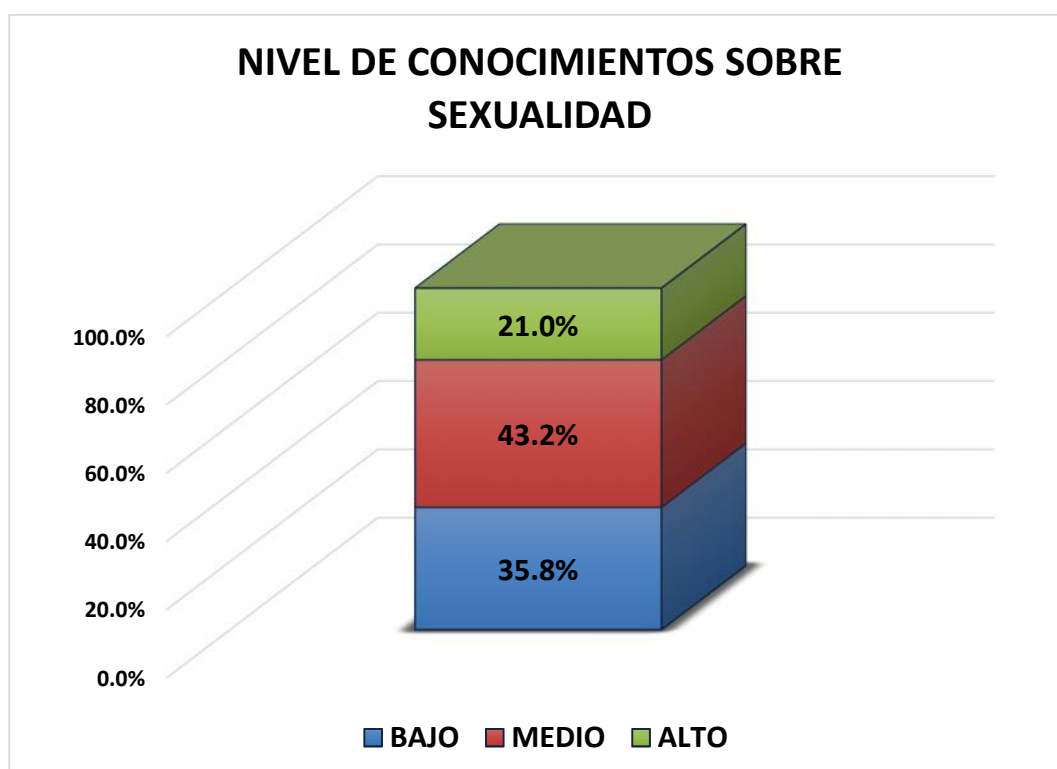
TABLA N° 1
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

Conocimientos sobre sexualidad	Frecuencia absoluta	Porcentaje
BAJO	58	35.8%
MEDIO	70	43.2%
ALTO	34	21.0%
Total	162	100.0%

Fuente: Colegio José de San Martín

Se observa en la tabla que el 35.8% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre la sexualidad, en el Colegio José de San Martín; el 43.2% tienen nivel medio y el 21% tiene nivel alto.

GRÁFICO N°1



Fuente: Colegio José de San Martín

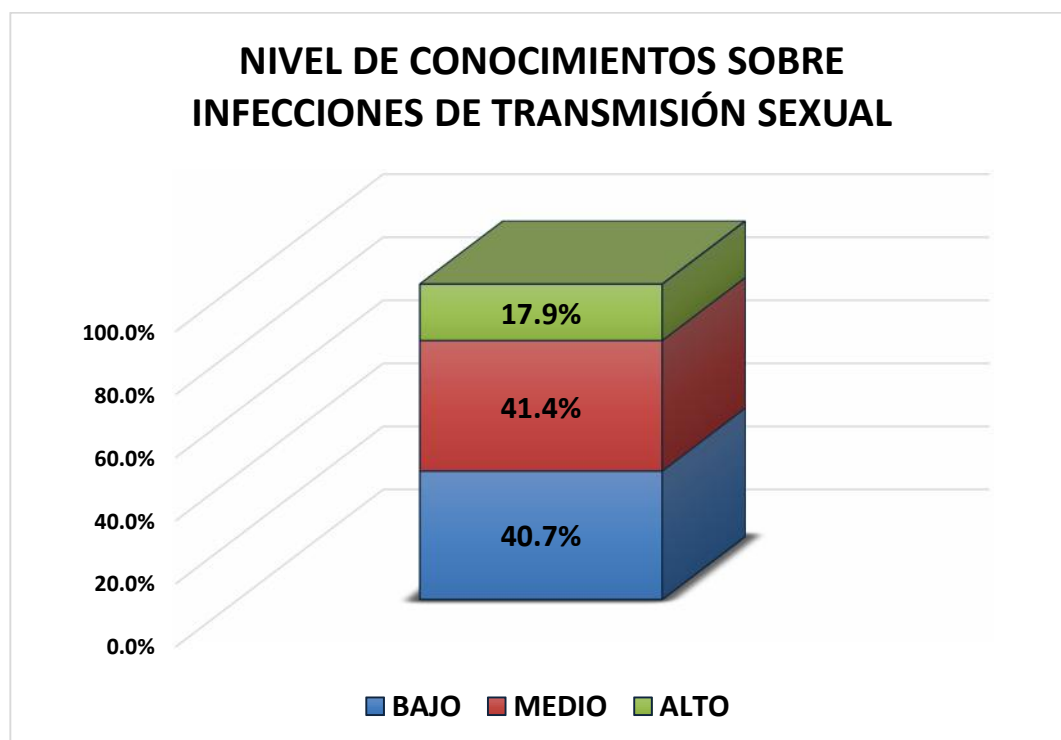
TABLA N° 2
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL

Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual	Frecuencia absoluta	Porcentaje
BAJO	66	40.7%
MEDIO	67	41.4%
ALTO	29	17.9%
Total	162	100.0%

Fuente: Colegio José de San Martín

Se observa en la tabla que el 40.7% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, en el Colegio José de San Martín; el 41.4% tienen nivel medio y el 17.9% tiene nivel alto.

GRÁFICO N°2



Fuente: Colegio José de San Martín

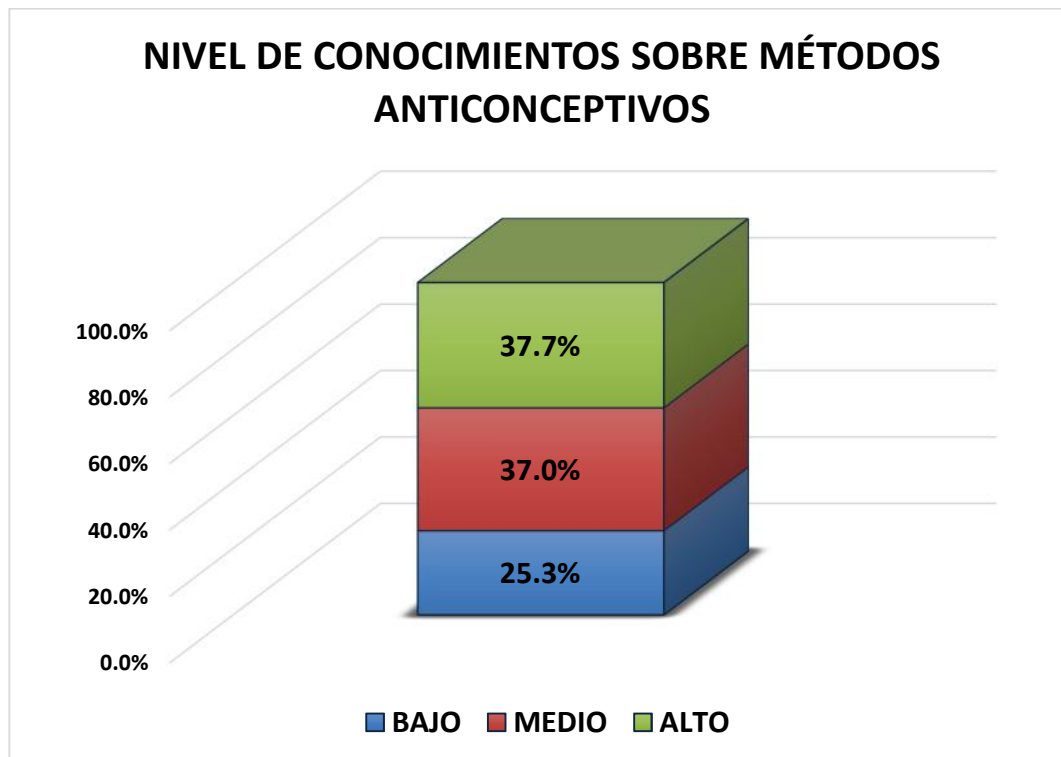
TABLA N° 3
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Frecuencia absoluta	Porcentaje
BAJO	41	25.3%
MEDIO	60	37.0%
ALTO	61	37.7%
Total	162	100.0%

Fuente: Colegio José de San Martín

Se observa en la tabla que el 25.3% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en el Colegio José de San Martín; el 37% tienen nivel medio y el 37.7% tiene nivel alto.

GRÁFICO N°3



Fuente: Colegio José de San Martín

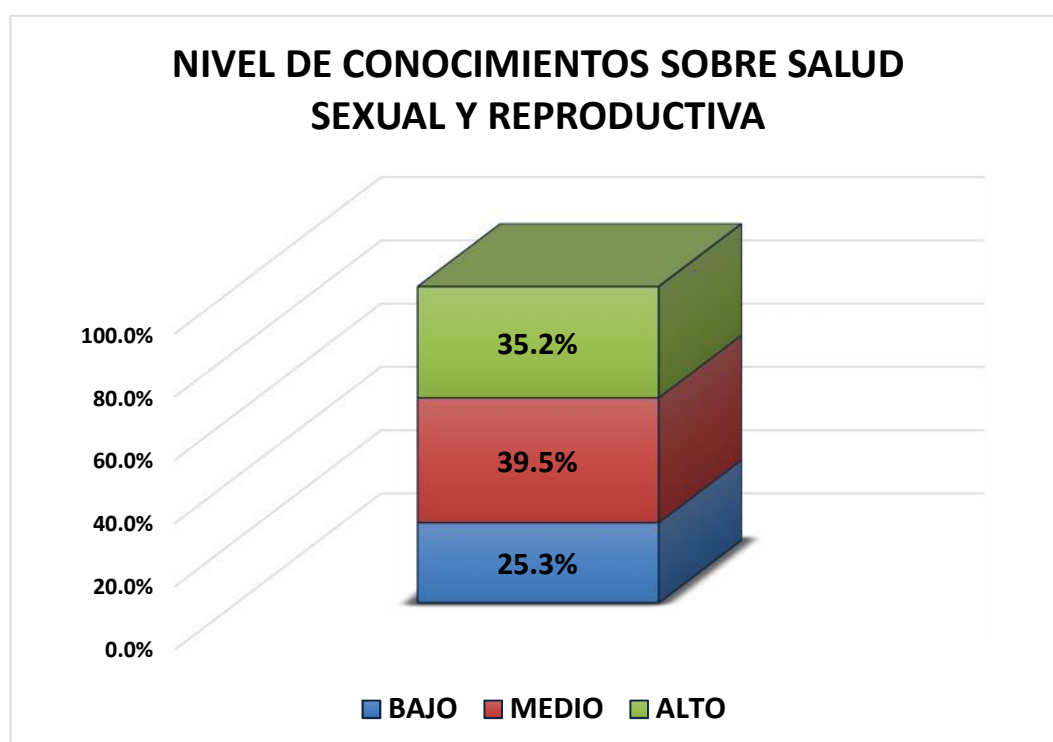
TABLA N° 4
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Frecuencia absoluta	Porcentaje
BAJO	41	25.3%
MEDIO	64	39.5%
ALTO	57	35.2%
Total	162	100.0%

Fuente: Colegio José de San Martín

Se observa en la tabla que el 25.3% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva, en el Colegio José de San Martín; el 39.5% tienen nivel medio y el 35.2% tiene nivel alto.

GRÁFICO N°4



Fuente: Colegio José de San Martín

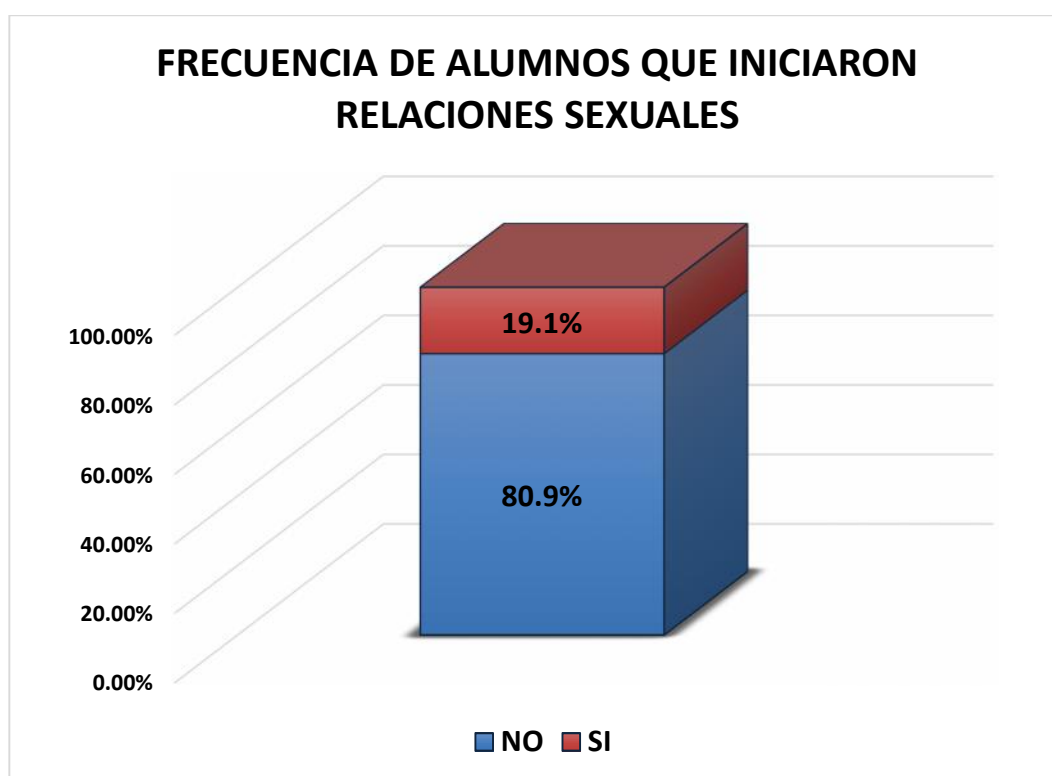
TABLA N° 5
FRECUENCIA DE ALUMNOS QUE INICIARON SUS RELACIONES
SEXUALES

Alumnos que iniciaron relaciones sexuales	Frecuencia absoluta	Porcentaje
SI	31	19.1%
NO	131	80.9%
Total	162	100.0%

Fuente: Colegio José de San Martín

Se observa en la tabla que el 19.1% de alumnos ya iniciaron sus relaciones sexuales en ambos sexos y el 80.9% aún no lo hicieron.

GRÁFICO N°5



Fuente: Colegio José de San Martín

TABLA N° 6
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Edad de inicio de las relaciones sexuales	Frecuencia absoluta	Porcentaje
12 años	2	6.4%
13 años	4	12.9%
14 años	7	22.6%
15 años	11	35.5%
16 años	7	22.6%
Total	31	100.0%

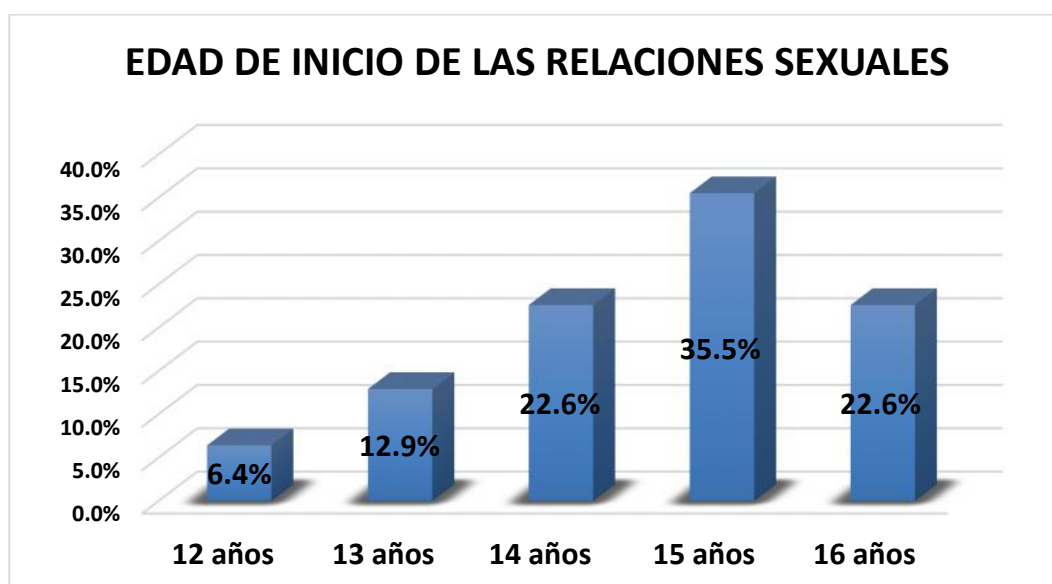
Fuente: Colegio José de San Martín

Media	14.55 años
Mediana	15 años
Moda	15 años
Mínimo	12 años
Máximo	16 años

Fuente: Colegio José de San Martín

Se observa en la tabla que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 14.55 años la moda es 15 años, la menor fue 12 años y la mayor fue 16 años.

GRÁFICO N°6



Fuente: Colegio José de San Martín

CAPITULO V

DISCUSION

Se empezó por evaluar el nivel de conocimientos sobre sexualidad de los alumnos del Colegio José de San Martín de Pisco encontrando que el 35.8% de los alumnos tiene bajo nivel en este ítem, 43.2% tiene nivel medio y solo un 21% tienen nivel alto, en este ítem se trata temas sobre conocimientos de los órganos sexuales, menstruación, ciclo ovárico, pubertad, fecundación, entre otros que son conocimientos básicos que todo alumno debe conocer y conocerse tanto de su sexo como del sexo opuesto a fin de que pueda tomar medidas responsables. Al respecto, Vásquez Munive M. encontró en su estudio niveles altos de conocimientos sobre salud sexual en estudiantes de enfermería. También Rengifo Reina H. en Colombia encuentra que presentaron conocimientos en niveles altos y muy alto, donde 90,5 % de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo, pero el 42% de los alumnos ya se encontraban sexualmente activas, porcentaje más alto que el encontrado por nosotros que es de 19.1%, y su edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 13 años mucho menor a los 15.5 años encontrado por nosotros.

Se evaluó luego el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual encontrando que el 40.7% presentan bajo nivel de conocimientos en este tema, el 41.4% tienen nivel medio y un 17.9% tienen nivel alto, lo que

demuestra el alto riesgo que están expuestos los adolescentes a presentar infecciones de transmisión sexual incluyendo el SIDA, pues al mostrar poco conocimiento en el tema le hace más vulnerable a presentarlos con el riesgo de infectar a sus parejas con consecuencias severas e incluso la muerte.

Algo similar ocurre con el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, pues el 25.3% de los alumnos tienen bajo nivel sobre los mismos, el 37% tienen nivel medio y el 37.7% tienen nivel alto. Estos resultados revelan la poca intervención del sector salud sobre los colegios, que albergan una gran parte de los adolescentes que se encuentran a la luz de estos resultados en alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, los que muchos terminarían en abortos, arriesgando sus propias vidas.

Al evaluar de una manera global la salud sexual y reproductiva se encuentra que el 25.3% de ellos tiene bajo nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva, el 39.5% tienen nivel medio y el 35.2% nivel alto, lo que hace necesario una intervención urgente en este colegio que por sus características son similares a los colegios del estado por lo que la intervención debe ser a nivel de todos los colegios de la región. Navarro García J. en Tacna encuentra que el conocimiento sobre sexualidad 40,5% fueron aprobados y 59,5% desaprobados, el 21,2% tienen relaciones coitales, el promedio de edad en inicio de relaciones sexuales es 15 años similar al encontrado por nosotros.

Se determinó además el porcentaje de alumnos que se encuentran en actividad sexual, encontrándose que el 19.1% de ellos ya iniciaron sus actividades sexuales, lo que evidencia que toda esta población estudiantil se encuentra en riesgo de tener problemas que trae la condición de sexualmente activa.

Se determinó también la edad de inicio de la relación sexual en este grupo de alumnos siendo 15.5 años la edad promedio, la edad moda fue 15 años, el rango de inicio de relaciones sexuales fue desde 12 a 16 años, la moda fue 15 años es decir la edad que tuvo mayor frecuencia; todo ello solo

magnifica el problema pues existen alumnos que desde los 12 años ya se encuentran sexualmente activas y en completo riesgo de embarazos no deseados, abortos, complicaciones del embarazo por su condición de inmadurez biológica, y de abandono precoz de sus actividades académicas, entre otras, dentro de ella el SIDA tanto para ella como para su pareja e hijos. Al respecto las estadísticas mostradas por investigaciones anteriores y en otras realidades son variadas, así, por ejemplo, Vargas-Barrantes, E. en Costa Rica encuentra que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 15.5 año similar a lo encontrado por nosotros, sin embargo, el 24% de los alumnos ya se encontraban sexualmente activas en el colegio cantón Central de Alajuela, Costa Rica. Mendoza L. en Colombia en una población de adolescentes encuentra que la edad de inicio promedio de las relaciones sexuales fue 16 años, estos resultados divergentes en mismo Colombia revelan que las intervenciones sobre salud sexual y reproductiva es variable según la zona. Algo similar en Cuba encuentra Vaillant Correoso M. donde la mayor frecuencia de las adolescentes encuestadas comenzó sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años.

CONCLUSIONES

1. El 35.8% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre la sexualidad, en el Colegio José de San Martín; el 43.2% tienen nivel medio y el 21% tiene nivel alto.
2. El 40.7% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, en el Colegio José de San Martín; el 41.4% tienen nivel medio y el 17.9% tiene nivel alto.
3. El 25.3% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en el Colegio José de San Martín; el 37% tienen nivel medio y el 37.7% tiene nivel alto.
4. El 25.3% de alumnos tienen bajo nivel de conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva, en el Colegio José de San Martín; el 39.5% tienen nivel medio y el 35.2% tiene nivel alto.
5. El 19.1% de alumnos ya iniciaron sus relaciones sexuales en ambos sexos.
6. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 14.55 años la moda es 15 años, el alumno que tuvo menor edad al inicio de sus relaciones sexuales fue a los 12 años y la mayor fue a los 16 años.

RECOMENDACIONES

1. Educar a los docentes sobre temas de salud sexual y reproductiva.
2. La obstetra debe permanecer en los colegios de nivel secundaria para asesorar a los adolescentes.
3. Mostrarles la realidad de las infecciones de transmisión sexual a los alumnos de los colegios de la región a fin de tomar conciencia de la gravedad de los mismos y los riesgos que trae en la salud de ellos y de sus parejas e hijos.
4. Realizar actividades preventivas promocionales en el uso correcto del condón, así como orientarles sobre los beneficios de cada anticonceptivo y donde adquirirlos.
5. Educar a los padres de familia sobre educación sexual y reproductiva para que ellos sirvan de efecto multiplicador con sus hijos..
6. Promover actividades deportivas, a los adolescentes a fin de alejarles de malos hábitos y de actividades que aún no son para su edad.
7. Identificar a los alumnos que se encuentran en actividad sexual activa a fin de focalizar la intervención en ellos (as) pues son las que en mayor riesgo se encuentran.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
- 2.- INPPARES–Louvain Development. (2011) Decidiendo con Libertad: Ejercicio pleno, seguro y responsable de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes, jóvenes y mujeres en Bolivia, Perú y Ecuador -Sección Perú.
- 3.- Naciones Unidas. (2013). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL
- 4.- Vásquez Munive M. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual entre estudiantes de los primeros semestres de enfermería. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud 2010. Vol. 7 N° 2
- 5.- Vargas-Barrantes E. (2012). Influencia de las condiciones socio-demográficas en las actitudes y el comportamiento en sexualidad que expresan los y las jóvenes de noveno año provenientes de un colegio público del cantón Central de Alajuela, Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 10, número 1, informe técnico 1, jul - dic 2012
- 6.- Rengifo Reina H. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. Salud Pública. 14 (4): 558-569, 2012
- 7.- Gomez Camargo D. (2013) Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. Rev. salud pública. 16 (5): 660-672, 2014
- 8.- Mendoza L. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev chil obstet ginecol 2012; 77(4): 271 - 279
- 9.- Vaillant Correoso M. (2012). Prevención del embarazo en adolescentes La Habana. Revista Cubana de Enfermería. 2012;28(2):125-135

- 10.- Luengo Charath M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Pediatr* 2012; 83 (6): 540-551
- 11.- Navarro García J. (2012). Conocimiento y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de relaciones sexuales en adolescentes de secundaria de la I. E. Jorge Martorell Flores de Tacna 2011-2012
- 12.- Álvarez Carrillo J. (2015). Conocimientos, actitudes e implicancias biopsicosociales y éticas de la Ley 28704 en la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes residentes del distrito La Esperanza de Trujillo – Perú. “Ciencia y Tecnología”, Año 11, N° 1, 2015, 99-112
- 13.- Grajales IC, Cardona D. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). *Invest Educ. Enferm.* 2012;30(1):77-85.
- 14.- Parra Villarroel J, Pérez Villegas R. Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Medigraphic.* 2010; 24 (1): 7-19.
- 15.- Moral de la Rubia J. Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología.* 2010;19(1):45-59.
- 16.- Abad S. (2011) Informe sobre la inconstitucionalidad del inciso 3 del artículo 173 del Código penal peruano, PROMSEX, Editorial Lettera Grafica S.A.C. primera edición Lima – Perú.
- 17.- Comité Ejecutivo Nacional Mesa de Concertación para la lucha contra la Pobreza. (2012) Temática: Prevención del embarazo adolescente en el Perú. Por una mejor calidad de vida de las y los adolescentes, Seguimiento Concertado entre estado y Sociedad Civil. Lima, 10 de mayo.
- 18.- Mantilla Uribe B. (2013). Programas de educación sexual y reproductiva: significados asignados por jóvenes de cuatro municipios de Santander, Colombia *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 18, No.1, enero - junio 2013.

- 19.- Campero Cuenca L. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*. 2013;149:299-307
- 20.- Rodriguez Cabrera A. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(1) 161-174
- 21.- Pascual González Y, Pérez Avilán GT, Puentes Vásquez SM, Avilán Rovira JM. Relaciones sexuales en adolescentes y fuentes de información para su educación sexual. *Acta Científica Estudiantil*. 2010; 8 (3): 72-7.
- 22.- Corona Lisboa J. (2013). Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. *MEDISAN* 2013; 17(1):78
- 23.- Niño L, Hakspiel MC, Rincón AY, Aragón D, Roa ZM, Galvis DC, Luna A. Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander - Colombia. *Revista Salud UIS*. 2012;44(2):21-33.
- 24.- Larrañaga I. (2014). Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28(S1):109–115
- 25.- Loja K. (2011) Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del P. J. El porvenir Sector II Chimbote, 2011. [Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia], ULADECH – Chimbote – Perú.
- 26.- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2010. Madrid. 2012. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en:
<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/01/2013-9221d7165e>
- 27.- Lidia Pino M. (2016). Incidencia de cervicitis en trabajadoras sexuales en la unidad de atención médica periódica. *Chincha Alta*.

- 28.- Pretell-Zárate EA. Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):487-93.
- 29.- Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):455-60.
- 30.- Malon Marco A. (2012). ¿El derecho a una educación sexual? Entre los discursos de salvación y la ausencia del conocimiento. Educatio Siglo XXI, Vol. 30 n° 2 • 2012, pp. 207-228
- 31.- Galvez Niño m. (2013). Nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud en una urbanización Callao-Perú, 2013. UNMSM – Facultad de Medicina Humana de San Fernando – E.A.P. Medicina Humana
- 32.- Pérez-Lu JE, Iguñiz Romero R, Bayer AM, García PJ. Reduciendo las inequidades en salud y mejorando la salud materna mediante la mejora de los sistemas de información en salud: Wawared Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(2):373-7.
- 33.- Diéguez M. (2011) Hacia una política de estado de educación sexual integral”. Movimiento Manuela Ramos Coordinadora Alianza por la Educación Sexual Integral Sí Podemos, Revista N° 17 Educación.
Disponible:http://www.bajolalupa.org/index.php?option=com_content&view=article&id=128:hacia-una-politica-de-estado-deeducacionsexual-integral&catid=74
- 34.- Comisión de la Mujer y Familia, Periodo anual de sesiones 2011-2012; dictamen recaído en los proyectos de ley 476/2011-CR y 651/2011-CR. Recibido por el Congreso de la República el 19 de junio del 2012.

ANEXOS

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **MODELO DE CUESTIONARIOS**
- **FOTOS DE ENCUESTA**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016?	Identificar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016	<p>1.- Determinar el nivel de conocimientos sobre sexualidad en alumnos del 4° y 5° año de secundaria</p> <p>2.- Determinar el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en alumnos del 4° y 5° año de secundaria</p> <p>3.- Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en alumnos del 4° y 5° año de secundaria</p> <p>4.- Determinar la frecuencia de alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco que iniciaron sus relaciones sexuales.</p> <p>5.- Determinar la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en los alumnos del 4° y 5° año de secundaria del colegio José de San Martín de Pisco – octubre 2016.</p>	<p>Variable Independiente Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva</p> <p>Variable Dependiente -Conocimientos sobre sexualidad -Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual -Conocimientos sobre métodos anticonceptivos -Relaciones sexuales -Edad de inicio de relaciones sexuales</p>	<p>Conocimientos</p> <p>Conocimientos</p> <p>Conocimientos</p> <p>Conocimientos</p> <p>Sexualmente activa</p> <p>Edad</p>	<p>Questionario</p>	<p>Alumno</p>



CUESTIONARIO

Conocimientos sobre sexualidad

Instrucciones: Debe marcar la respuesta correcta en cada una de las preguntas de acuerdo a la alternativa que Ud. crea correcto.

1. La sexualidad es: Marca la respuesta correcta

- a. Es mantener relaciones sexuales
- b. Son las diferencias entre el hombre y la mujer
- c. *Es un aspecto integrante de la personalidad que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales.*

2. Sobre la menstruación: Marca la respuesta correcta

- a. La primera menstruación en mujeres se llama menarquia
- b. Durante la menstruación las mujeres no pueden tener relaciones sexuales
- c. Las mujeres vírgenes no pueden usar tampones ya que estos rompen el himen

3. Sobre el himen: Marca la respuesta correcta

- a. Es una membrana elástica que cierra el cuello del útero
- b. *Presenta orificios por donde sale la menstruación y otras secreciones*
- c. Es símbolo de honestidad

4. Es un órgano sexual externo femenino: Marca la respuesta correcta

- a. Trompas uterinas
- b. Labios mayores y labios menores
- c. Útero
- d. Vagina
- e. Ovarios

5. Sobre los genitales femeninos: Marca la respuesta correcta

- a. La región más sensible de la mujer corresponde al fondo de la vagina
- b. La región más sensible de la mujer corresponde a la vulva, especialmente el clítoris
- c. Los ovarios intervienen en el placer sexual.

6. Sobre el ciclo sexual femenino: Marca la respuesta correcta

- a. La ovulación es la expulsión del óvulo desde el ovario
- b. El periodo fértil siempre ocurre exactamente inmediatamente de cesado la menstruación
- c. La ovulación ocurre durante la menstruación.

7. Todas las muchachas entran en la pubertad a los 13 años de edad: Marque la respuesta correcta

- a. V
- b. F

8. Los órganos sexuales externos masculinos son: Marca la alternativa correcta

- a. Conductos Deferentes
- b. Pene
- c. Próstata

9. Sobre los genitales masculinos: Marca la respuesta correcta

- a. *El glande se ubica en la extremidad anterior del pene es la zona más sensible.*
- b. Los espermatozoides se producen en la parte interna del pene
- c. Los espermatozoides se producen en la próstata

10. La pubertad masculina se caracteriza por: Marque la Respuesta correcta

- a. Los varones crecen una pulgada de altura por semana
- b. *Todo el cuerpo crece en forma pareja*
- c. Los testículos comienzan a aumentar de tamaño
- d. Todos los varones tienen el mismo índice de crecimiento.

11. Un solo espermatozoide es suficiente para embarazar a una muchacha: Marque la respuesta correcta

- a. V
- b. F

12. La masturbación: Marque la respuesta correcta

- a. *Es practicada por hombres y mujeres a toda edad*
- b. Es exclusiva de los jóvenes.
- c. si se realiza muy frecuente puede llevar a dificultades en el desarrollo de la sexualidad



CUESTIONARIO

Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual

Instrucciones: Debe marcar la respuesta correcta en cada una de las preguntas de acuerdo a la alternativa que Ud. crea correcto.

		Verdadero	Falso
	Una persona puede infectarse por ITS/ VIH al:		
1	Compartir agujas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Recibir la picadura de un mosquito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Si usa condón correctamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Por los alimentos, la respiración, y la piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Si el método anticonceptivo es el DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Una mujer puede transmitir el VIH a su hija/o...		V	F
6	durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	durante el parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	durante la lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	La saliva, la transpiración, el beso profundo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.- Si tienen secreción de pus por el pene, lo más probable es que tengas:

- a).- SIDA
- b).- *Gonorrea*
- c).- Chancro duro
- d).- Linfogranuloma venéreo

11.- Si tienes un bulto en la ingle dolorosa y grande los más probables es que tengas:

- a). - SIDA
- b). - Gonorrea
- c). - Chancro duro
- d). - *Linfogranuloma venéreo*

12.- Si tienes una úlcera en el pene de bordes duros lo más probable es que tengas:

- a). - SIDA
- b). - Gonorrea
- c). - *Chancro duro*
- d). - Linfogranuloma venéreo



CUESTIONARIO

Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos

Instrucciones: Debe marcar la respuesta correcta en cada una de las preguntas de acuerdo a la alternativa que Ud. crea correcto.

1. ¿Qué es un método anticonceptivo reversible de acción prolongada?

- a. *Es aquel que, una vez utilizado, elimina de manera permanente la posibilidad de un embarazo.*
- b. Es aquel que se administra menos de una vez por cada ciclo menstrual o mes.
- c. Es la píldora del día siguiente

2. Algunos de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada son:

- a. *Los implantes subdérmicos y los dispositivos intrauterinos.*
- b. Los parches hormonales y la píldora libre de estrógenos.
- c. Los condones

3. ¿Son más efectivos los métodos anticonceptivos de acción prolongada que los de uso diario?

- a. *Verdadero.*
- b. Falso.

4. ¿Los anticonceptivos de acción prolongada previenen las enfermedades de transmisión sexual?

- a. Verdadero.
- b. *Falso.*

5. ¿Todos los métodos anticonceptivos de acción prolongada contienen hormonas?

- a. Verdadero.
- b. *Falso.*

6. ¿La esterilización quirúrgica también puede ser considerada un método anticonceptivo reversible de acción prolongada?

- a. Verdadero.
- b. *Falso.*

7.- El método anticonceptivo que previene más efectivamente enfermedades de transmisión sexual es:

- a).- *Condón*
- b).- DIU
- c).- Parches
- d).- Píldora del día siguiente o de emergencia.

8.- La píldora del día siguiente o de emergencia

- a).- Se utiliza todos los días
- b).- *Se toma inmediatamente después de tener relaciones sexuales de riesgo para embarazo incluso hasta las 72 horas*
- c).- Se toma para evitar la menstruación

9.- Los óvulos vaginales:

- a).- Se colocan después de la relación sexual
- b).- Previene el SIDA
- c).- Se coloca 15 minutos antes de la relación sexual
- d).- No se puede utilizar si ya se está utilizando el condón

10.- ¿Con respecto a la vasectomía?

- a) *Solo se considera estéril después de 21 eyaculaciones*
- b) Consiste en extirpar un testículo al varón
- c) Es estéril inmediatamente
- d) Solo se practica en solo lado del varón

11. La píldora es un método anticonceptivo

- a) De barrera
- b) De esterilización
- c) *Químico*
- d) De abstinencia

12. El preservativo es un método anticonceptivo

- a) *De barrera*
- b) De esterilización
- c) Químico
- d) De abstinencia

Codificación:

De 0 a 4 Nivel de conocimiento bajo

De 5 a 8 Nivel de conocimiento medio

De 9 a 12 Nivel de conocimiento alto

1.- Has tenido relaciones sexuales

(SI) (NO)

2.- A qué edad fue tu primera relación sexual?

_____ años



