



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

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS
ADOLESCENTES DE 14 – 19 AÑOS SECTOR 4 DEL AA.HH. SAN
SEBASTIÁN.PIURA.MARZO. JUNIO. 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: SÁNCHEZ JIMÉNEZ GIULLIANA LISBETH

**PIURA – PERU
2017**

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE
LOS ADOLESCENTES DE 14 – 19 AÑOS SECTOR 4 DEL AA.HH.
SAN SEBASTIÁN.PIURA.MARZO. JUNIO. 2014**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los conocimientos y actitudes sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastian.Piura.Agosto.Diciembre.2013. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 40 Adolescentes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Conocimientos, actitudes, infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 13,42 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo.

PALABRAS CLAVES: *Conocimientos, actitudes, Sexualidad, Adolescentes de 14 a 19 años, infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos.*

ABSTRACT

The objective of the present research was: To determine the knowledge and attitudes about Sexuality of Adolescents from 14 to 19 years old AH. San Sebastian. Piura. Agosto. December. 2013. A cross - sectional descriptive research was carried out with a sample of 40 adolescents. A multiple choice questionnaire of 18 items was used to collect the information, organized by the following dimensions: knowledge, attitudes, sexually transmitted infections, contraceptives. The validity of the instrument was performed by the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0.871); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 13.42 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of knowledge and attitudes about sexuality among adolescents aged 14 to 19 years AH. Saint Sebastian. Piura, is Low.

KEYWORDS: *Knowledge, attitudes, Sexuality, Adolescents 14 to 19 years old, sexually transmitted infections, contraceptives.*

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	I
ABSTRAC	II
ÍNDICE	III
INTRODUCCIÓN	V
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivos generales	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación del estudio	4
1.5 Limitaciones y alcances de la investigación	5
CAPITULO II: EL MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos	34
2.4 Hipótesis	36
2.5 Variables	37
2.5.1 Definición conceptual de la variable	37
2.5.2 Definición operacional de la variable	40
2.5.3 Operacionalización de variables	43

CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y nivel de investigación	46
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	46
3.3 Población y muestra	48
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	49
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	49
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
CAPÍTULO V: DISCUSION	57
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	
Matriz	

INTRODUCCIÓN

La sexualidad exige a las personas cualidades de inteligencia y de generosidad. Ambas están ligadas al desarrollo pleno e integral de la personalidad del adolescente que amerita ser tratado bien en el ámbito familiar, social y cultural. Con fines de crear en los adolescentes una sexualidad saludable, armoniosa y con responsabilidad siendo capaz de desenvolverse satisfactoriamente en el medio en que se desarrolla.

La elección de este tema ha sido de mucho de interés y de gran importancia porque nos permite conocer y valorar las diferentes situaciones de riesgo que manifiesta los adolescentes con relación a la sexualidad así como el desconocimiento del tema.

La investigación tiene como Objetivo: El Conocimiento Y Actitudes Sobre Sexualidad De Los Adolescentes De 14 – 19 Años Sector 4 Del AA.HH. San Sebastián. Piura. Marzo - Junio 2014, define la salud sexual, como “la integración de elementos somáticos-emocionales del ser humano por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos. Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

Resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos

CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la organización mundial de la salud(OMS),La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. su rango de duración varía según las diferentes fuentes y posiciones médicas, científicas y psicológicas pero generalmente se enmarca su inician entre los 10 y 12 años y su finalización a los 19 y 20 años.

A nivel internacional, estudios realizados demuestran que la actividad sexual entre los adolescentes se ha ido incrementando en los últimos años. Por la falta de información, en los adolescentes, como el desconocimiento de la anatomía y fisiología reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos adecuados. Como consecuencia de esto, el número de adolescentes que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando.

El Perú cuenta con una importante proporción de población joven, correspondiendo a los adolescentes el 22,3% de la población total. En el año 2006, los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años alcanzan los 7 millones 636 mil habitantes (28,1%), de los cuales el 10,4% vive en

condiciones de extrema pobreza, desde luego, dichas condiciones de pobreza extrema implican la falta de oportunidades en el desarrollo personal y laboral, una pobre y deficiente comunicación familiar, desintegración familiar, así como la generación de conductas y/o comportamientos de riesgo-(pertenencia a pandillas, práctica de la violencia, abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias).

De acuerdo a la encuesta demográfica y de salud familiar 2009 ENDES, la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 20 a 49 años es a los 19 años. Debe considerarse de esta misma fuente que en las mujeres sin educación o con instrucción primaria, este indicador ocurre a los 17 años. De otro lado existen estudios que señalan que el inicio de la vida sexual es a los 13 años en varones y a los 15 años en mujeres. Mientras que el 10,3% de las adolescentes que están unidas o casadas, el 11,5% es sexualmente activo, esto quiere decir que han tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas.

En el departamento de Piura la problemática sexual del adolescente cada vez se torna preocupante en nuestra región aún persiste un creciente incremento de estos males, debido a la falta de conciencia de la población, sobre todo en los jóvenes. Según estadísticas el 66% de los infectados de sida en nuestro país tiene entre 20 y 39 años, lo que significa que la mitad de los casos fueron infectados antes de los 25 años.

El AAHH San Sebastián, sector 4 habitan adolescentes de 14 a 19 años, donde se ha podido observar y escuchar que no cuentan con la información adecuada, desde muy temprana edad existen embarazos, jóvenes sin ocupación alguna y también que los jóvenes no asisten a la escuela. Lo que haría presumir que no existe una orientación sobre una sexualidad responsable. Siendo preocupante ante esta situación descrita la atención a las necesidades de los adolescentes dados a ello se requiere saber qué actividades tienen los jóvenes para de allí partir y establecer estrategias para intentar mejorar la información que tienen los jóvenes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Qué conocimientos y actitudes sobre sexualidad tienen los adolescentes de 14 a 19 años sector 4 del AAHH. San Sebastián. Piura. Marzo.Junio.2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar el conocimientos y actitudes sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastian.Piura.Agosto.Diciembre.2013.

1.3.2 . Objetivos específicos

- Determinar el conocimiento sobre sexo, y sexualidad de los adolescentes de 14 - 19 años sector 4 -AA.HH. San Sebastián. Piura. marzo .junio .2014.
- Determinar las actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 -19 años sector 4 - AA.HH. San Sebastián.Piura.marzo.junio.2013.
- Determinar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 14 a 19 años sector 4 AA.HH. San Sebastián.Piura.marzo.junio.2014.
- Determinar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes de 14 a 19 años sector 4 - AA.HH. San Sebastián.Piura.marzo.junio.2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El proyecto surge como alternativa de solución a problemas en adolescentes, es por ello que se adoptará un enfoque abierto y múltiple de formación, donde el adolescente será el protagonista del desarrollo de dicho proyecto.

Al referirnos a los adolescentes con problemas no entendemos que todos los adolescentes sean difíciles, o que esta sea una etapa en la que esos problemas sean normales o típicos sino que concebimos los mismos como señales de que el adolescente está en dificultades y necesita ayuda.

En consecuencia, todo indica que hay conductas observables en la adolescencia que por la frecuencia particular de aparición en esta edad y porque las necesidades del desarrollo de los adolescentes no siempre son canalizadas adecuadamente en los espacios de socialización (familia-escuela) ni se producen los cambios en los sistemas de actividad (estudio, tiempo libre, tareas en las organizaciones, etc.) y ni de comunicación (con los adultos y los padres) obstaculizando y frenando de esta manera la necesidad de autonomía, independencia y generando inseguridad ante la nueva posición social que ocupa el adolescente.

Por lo tanto, dicha investigación pretende identificar y describir los conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes, con el objetivo de contribuir a esclarecer los puntos más vulnerables del adolescente, relacionadas con su escasa o nula comunicación con sus padres o con los hermanos mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo y contacto con “nuevas experiencias.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tiene como limitación, el factor tiempo, por lo que algunos participantes no pueden estar disponibles en el momento de evaluación de esta investigación, así como la negativa que puede surgir por Parte de los adolescentes.

También se encuentra limitado en que está determinada en un solo sector Del AA.HH san Sebastián.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS

2.1.1. Antecedentes internacionales

Herney A. Rengifo-Reina , Alexandra Córdoba-Espina y Mayerlin Serrano-Rodriguez realizaron la tesis Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano 2011, 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. Se exploraron variables en tres áreas o categorías: sociodemográficas, de conocimiento y de prácticas. 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 practicas 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. Palabras Clave: Salud sexual, salud reproductiva, adolescentes (fuente: DeCS, BIREME).

Shirley Díaz Cardenas Katherine Margarita Arrieta Vergara Eduardo Antonio De La Parra Hayes Liliana Muñoz Martinez Maria Fernanda Ordoñez Otero Realizaron La Tesis, Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Relacionadas Con La Salud Sexual Y Reproductiva En Estudiantes De Odontología De La Universidad De Cartagena 2013 OBJETIVOS: El presente estudio tuvo como finalidad estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con salud sexual y reproductiva en los estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena. MÉTODOS: El presente estudio fue de tipo descriptivo. La población estuvo formada por 191 estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena escogidos aleatoriamente. En este estudio se obtuvo la información a través de la aplicación de la encuesta donde se indagó acerca de los comportamientos, las prácticas y las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva. Los datos fueron analizados a partir de estadística descriptiva, análisis univariado y bivariado para ello se utilizó el programa Microsoft Excel 2010® y el programa para software STATA 11.1 RESULTADOS: La media de edad de los estudiantes evaluados en el presente estudio fue de 20,04 años y el estrato socioeconómico más prevalente fue el bajo (81,2%)se observó mayor prevalencia del sexo femenino. Respecto a las prácticas quienes presentaron resultados más favorables fueron

las mujeres; No obstante, el 80,5% de los individuos con vida sexual activa independientemente del género, aseguró no emplear nunca preservativo durante el sexo oral; por otro lado, se observó que, en términos generales, la población estudiada asume actitudes adecuadas con respecto a la salud sexual y reproductiva, deduciéndose además que las mujeres son quienes presentan actitudes relativamente más acertadas que los hombres; por otro lado, respecto a los conocimientos en el tema, se evidenció que aunque existe un importante porcentaje de aciertos en la totalidad de la población, es evidente que existen falencias en la muestra de estudiantes tales como el desconocimiento general acerca de ETS como la Sífilis y la Clamidia. **CONCLUSIONES:** La mayoría de los estudiantes encuestados adoptan actitudes y prácticas acertadas en salud sexual y reproductiva. Por otro lado, la mayor parte ~ 10 ~ de la muestra presenta falencias evidentes en el conocimiento referente a estas temáticas, lo cual nos puede indicar que los conocimientos científicos no son el único aspecto que influye en la asunción de la sexualidad de estos, es probable que el factor socio-cultural intervenga de forma acentuada en las conductas sexuales de los jóvenes universitarios. **PALABRAS CLAVE:** Estudiantes de Odontología; educación sexual; conocimientos, actitudes y prácticas

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Arias, R. y Col. 2009. Estudios cuantitativos y cualitativos realizados con jóvenes de la Costa, Sierra y Selva peruana muestran el bajo uso del condón en el inicio sexual. Podemos agregar que ser sexualmente iniciado no es lo mismo que ser sexualmente activo/a y que la frecuencia de actividad sexual adolescente no es comparable a la adulta y requiere de diferentes medidas de protección, ya que es usualmente casual, oportunista, esporádica, no planeada y con parejas simultáneas o sucesivas.

Hay importantes diferencias genéricas y etáreas, ya que mientras 25% de los adolescentes peruanos afirma tener actividad sexual, sólo lo reporta un 3% de las adolescentes; lo mismo sucede en jóvenes, los varones reportando ser sexualmente activos en un 56% contra sólo un 11% de las jóvenes. Estas cifras pueden representar sesgos de deseabilidad social pero las brechas son consistentes entre países de la región y también se encuentran en estudios con muestras de escolares en Lima o estudios cualitativos con jóvenes de las tres regiones del Perú. Sin embargo, ser sexualmente activo no es lo mismo que actividad sexual frecuente; un estudio a nivel nacional evidenció que sólo un 10% de las y los adolescentes solteros había tenido actividad sexual coital en el último mes.

Eche, L. 2009. Realizo un estudio sobre “Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años AA.HH. Vicente Chunga Aldana-Distrito de Sechura – Piura”, obtuvo como resultado: que en un 98,33% presentaron un nivel de conocimientos bajos sobre su sexualidad. Por otro lado los adolescentes mostraron el 98,33% actitudes sexuales desfavorables, que los conlleva a comportamientos y situaciones de riesgo, solo un 1,67% de adolescentes tuvieron una actitud hacia su sexualidad favorable, y viven una sexualidad responsable y segura. El 63,33% habían iniciado su actividad sexual en ambos sexos, mostrándose que el 28,33% fueron adolescentes varones, y el 35% fueron adolescentes mujeres.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas

Desde que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio ha generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. Varios teóricos se dieron a la tarea de clasificar el comportamiento humano en diferentes etapas del desarrollo desde diferentes perspectivas de la vida. De este esfuerzo por categorizar el desarrollo se han establecido las teorías más conocidas hoy día, entre ellas se encuentran las siguientes perspectivas: Perspectiva psicoanalítica; Perspectiva social; Perspectiva cognoscitiva; Perspectiva moral. Se debe tomar en consideración que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano existentes. Pero, son éstas las más conocidas a nivel mundial.

Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. Los teóricos han tomado su tiempo en considerar a la adolescencia en sus estudios. Los mismos han dedicado sus esfuerzos en determinar cuáles son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo y cada uno de ellos tiene sus propios estatutos al respecto. Tomando en cuenta las perspectivas antes mencionadas la siguiente tabla muestra de manera sencilla las relaciones que cada una de ellas expone y si utiliza o no etapas como método de medición para establecer patrones de conductas, se presenta el resumen en el cuadro N° 1

Cuadro Nº 1

Teoría / Exponente	Perspectiva de la adolescencia	Uso de las etapas
Teoría psicosexual de Freud	Cambios físicos que despiertan la sexualidad.	Sí (Oral, Anal, Fálica, Latente y Genital)
Teoría psicossocial de Erickson	Búsqueda del yo	Sí (8 etapas de confianza vs desconfianza)
Teoría aprendizaje social de Bandura	Imitación moral y búsqueda del yo.	No (Cree que el desarrollo depende del conocimiento mediante modelaje)
Teoría Cognoscitiva de Piaget	Conocimiento mediante operaciones formales.	Sí (Sensorio motriz, pre operacional, operación concreta y operación formal)
Teoría desarrollo moral de Kohlberg	Imitación moral y búsqueda del yo.	Sí (pre convencional, convencional y pos convencional)
Teoría razonamiento moral de Hostos	Uso de la razón mediante la inducción.	Sí (infantil, adolescencia, juvenil y adultez)
Teoría motivacional o de jerarquía de necesidades de Maslow	Cambios físicos, búsqueda del yo, despertar de la sexualidad, pensamiento abstracto y razonamiento.	No (Cree en el desarrollo de las potencialidades mediante el alcance de metas)

2.2.2. La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia período de transición entre la pubertad y el estadio adulto.

La palabra Adolescencia deriva del latín “adoleceré”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer, Sin embargo cabe mencionar que en nuestra cultura es considerada simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud.. Así pues, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas.

2.2.3. Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. En este recorrido la **sexualidad** tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución.

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad, aceptación y seguridad. Caso contrario, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.

Por otro lado La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

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

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos.

Para los fines del presente estudio nos centraremos y profundizaremos en una de las etapas a fin con la investigación planteada, nos referimos a la etapa de la “Adolescencia propiamente dicha”.

La Adolescencia propiamente dicha:

a. Desarrollo Cognoscitivo: La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas.

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas.

Es también la edad de los ideales. Aunque estos hechos no afectan a todos los adolescentes depende de la formación recibida.

b. Desarrollo motivacional: Según cita a Schneiders, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos: Necesidad de seguridad, Necesidad de independencia, Necesidad de experiencia, Necesidad de integración (de identidad), Necesidad de afecto.

c. Desarrollo afectivo: Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su

originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, el adolescente es variado en su humor.

d. Desarrollo social: Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar.

A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad tiene mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social

Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas.

La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

e. Desarrollo sexual: La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico - fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y

comportamiento psicosexual. Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza.

En la adolescencia comienzas las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico.

f. Desarrollo moral: La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales.

g. Desarrollo religioso: En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente son afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente. El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás.

2.2.4. Bases teóricas de la Sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de

salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios. Aquí mencionamos las principales teorías de la sexualidad.

a. Teoría del Aprendizaje

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. Esta teoría también sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales a los que el niño se halla expuesto. En los primeros años de vida los modelos a observar e imitar son ante todo los padres.

b. Teoría Cognitivo-Evolutiva

Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general ya que hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género.

c. La interacción biosocial

Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural.

Además hay quienes definen la sexualidad como la combinación de: género, deseo sexual, sentimientos, experiencias sexuales, orientación sexual, influencia cultural, historia familiar, características físicas y espiritualidad. La mayoría de estas cosas influyen en la propia percepción sexual de una persona y como otros ven y actúan hacia él/ella como un ser sexual.

Desde el **enfoque psicobiológico**: El concepto de "sexualidad" sería una "construcción cultural". Correspondería a la amalgama subjetiva del comportamiento erótico y la problemática de reproducción. La característica neurobiológico que explicaría la aparición de este fenómeno cultural sería el extremo desarrollo en el ser humano.

Como vemos existen diversidad de teorías que definen a la sexualidad, así tenemos ésta, que se refiere a las manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales del ser hombre y del ser mujeres es decir abarca el conocimiento, creencias, actitudes, valores y comportamientos de los individuos a nivel sexual. Sus dimensiones incluyen la anatomía, psicología y bioquímica del sistema de respuesta sexual; la identidad, orientación, funciones y personalidad; y los pensamientos, sentimientos y relaciones. Los valores éticos, espirituales, culturales y morales influyen en la expresión de la sexualidad. Sabiendo que la sexualidad es parte fundamental de la salud sexual y reproductiva e involucra sensaciones, emociones, sentimientos y el mundo subjetivo desde las cuales se toman decisiones y condicionan los comportamientos; resulta necesario que las personas asuman su vida sexual y reproductiva de manera saludable y responsable, ya que es de suma relevancia para su desarrollo integral, siendo preponderante en la niñez y adolescencia, ya que son las etapas más importantes de la vida pues aquí es donde se interiorizan hábitos valores , prácticas y se consolida la personalidad.

b. Teorías de la consistencia cognitiva.-

Según las teorías de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

c. Teoría de la disonancia cognitiva.-

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.

Otras situaciones serían aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado.

Teoría del Conocimiento

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (Cuerpo sistematizado de ideas sobre una materia) a cerca del conocimiento.

El Conocimiento Humano

Desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Es importante distinguir entonces que la naturaleza y los acontecimientos que en ella suceden, así como el conjunto de hechos y objetos y sus

relaciones dadas en el mundo, tienen la posibilidad de ser averiguadas e identificadas por nuestro procesador principal de información: el cerebro. Pero nuestro almacén y procesador de información operan limitadamente y no desde un cálculo total.

Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano

Cada vez que se estudia un tema tan complejo como es el del conocimiento, muchas veces hay que desmenuzar sus partes integrantes con el fin de comprenderlas, aun sabiendo que aquel funciona, vitalmente, como un todo.

Podemos analizar su funcionamiento o funcionalidad, sus productos (conductas mentales y sus consecuencias), alguna de sus partes en particular o también la finalidad del conocimiento y su continuismo adaptativo. Estos niveles de análisis también pueden ofertarse como conocimientos cotidianos, conocimientos científicos, conocimientos experienciales, etc. O puede ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas, etc. Sugerente nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad. Obsoleto, nos queda el concepto de paradigma desde un punto de vista epistemológico, pues a fin de cuentas, se trata de una definición, más o menos extensa, de un sistema y su estructura funcional; es decir, una teoría o un esquema de la misma. Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles de como el enfoque estructural, el Enfoque conexionista, Enfoque integral, Enfoque procedimental, Enfoque procesal, Enfoque relacional, Enfoque asociacionista, Enfoque dinámico, entre otros

Sin embargo para el presente estudio del conocimiento sobre sexualidad del adolescente partimos del Enfoque **constructivista**,

la cual asegura que el individuo es un agente activo a la hora de codificar, elaborar o transferir información; luego reconstruye' cognitivamente el mundo, haciendo sus propias teorías acerca del mismo, generando hipótesis y siguiendo cursos de acción particulares.

Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva

A.1 Los genitales femeninos externos:

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.

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. Poseen abundante terminaciones nerviosas, las que los hacen muy sensibles.

Clítoris: Ubicado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Es órgano eréctil del tamaño de un guisante, con una estructura muy parecida a la del pene, pues está formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas. Asimismo, tiene un glande cubierto por un prepucio. Tiene como función la de ser un órgano altamente sensitivo al estímulo físico y que sirve para enviar al cerebro las sensaciones de placer.

Meato uretral: Pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal.

A.2. Órganos internos Femeninos

La vagina. Órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. Tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. Es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual.

El Útero o Matriz

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

1. **Trompas de Falopio:** son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.
2. **Ovarios:** tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas

(estrógenos y progesterona), A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo.

B. Órganos Sexuales Masculinos

B.1. Genitales Externos.

Pene Tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande. En la corona del glande existen glándulas que producen blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales.

Los Testículos y Escroto. El escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos. Los testículos son las gónadas o glándulas reproductoras del varón, tal como los ovarios lo son en la mujer. En tal medida tienen dos funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoide) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona.

B.2. Órganos Internos Masculino

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

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

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

Fisiología sexual reproductiva

a. Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un ovocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo. A partir de la pubertad,

comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros se llaman folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular.

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.

b. Ciclo uterino o menstrual

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

Chirino R. Profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neoformado.

c. La Fecundación

También llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células, para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas.

d. El embarazo

Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas y la mayoría de las cuales se revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia.

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto. La vagina aumenta su elasticidad la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de la lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas.

e. Menarquia

Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede

volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. La mayoría de veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días. Es normal que haya cambios que sucedan de mes a mes. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada. La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una "X" los días que sangran. Para la mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días.

Ciclo de Respuesta Sexual Humana

La Respuesta Sexual Humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos cuyo fin es el adecuado desempeño de la actividad sexual. Para que ésta sea posible, los órganos genitales han de experimentar cambios importantes en su forma y su función a través de un proceso de excitación, de tal modo que el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado. Conviene destacar que el coito vaginal no es el fin del proceso de respuesta sexual. Aunque así suceda en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales, los procesos fisiológicos denominados respuesta sexual acontecen igualmente en cualquier otra forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta alcanza alguna o algunas descargas orgásmicas.

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin límites entre el deseo y el orgasmo. Como consecuencia de ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad

clínica, sin diferenciar entre eyaculación precoz o disfunción eréctil y anorgasmia. El hombre incapaz de desempeñar la actividad sexual, con independencia del origen del problema, era incluido dentro del grupo de hombres con problemas de impotencia. Lo mismo ocurría con las mujeres, cuyos problemas sexuales se englobaban dentro del grupo que padecía frigidez, denominados respuesta sexual.

Fase de deseo

Es una fase "mental". Para excitarse sexualmente hay que estar interesado en el sexo: pensar en ello, sentir curiosidad y, en general, desearlo

Fase de excitación

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

En la Mujer Comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande. Los labios mayores se abren y crecen. Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto. Los pezones también pueden hincharse y quedar erectos.

La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se produce tensión muscular.

En el Hombre La Afluencia de sangre al pene, provocando su erección. Aumento de tamaño de los testículos, que se elevan, quedando pegados al abdomen. Los genitales se oscurecen por la afluencia de sangre. Erección de los pezones, aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco y tensión muscular, igual que en la mujer.

Meseta

Los cambios de la fase anterior alcanzan un máximo y se mantienen así durante un tiempo, para luego dar paso a algunos cambios: En la mujer el clítoris se esconde y apenas se palpa, en el hombre las glándulas de Cowper segregan un líquido que puede contener espermatozoides, llamado líquido preseminal.

Orgasmo

Es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas. Es difícil de describir, porque hay muchos tipos diferentes. Cada persona es diferente y vive el placer de una forma distinta. Aunque es más intenso, el orgasmo no dura tanto como las otras fases de la excitación, que pueden ir de unos minutos a unas horas. Un orgasmo, por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan.

En la Mujer, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio, como una corriente de sensaciones cálidas. En el Hombre, se expulsa el semen, gracias a las

contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación.

Fase de resolución

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

En el Hombre, tras el orgasmo, pasa un tiempo (periodo refractario) durante el cual no es capaz de tener otro orgasmo.

La Mujer, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada.

Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.

Sífilis: Es causada por una bacteria llamada “treponema pallidum”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana. Se encuentra dentro de las primeras enfermedades de transmisión sexual descritas. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva.

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

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

Tricomonirosis: Es causada por un parásito llamado “trichomonas vaginales o trichomonas” y se transmite por el contacto sexual, aunque ocasionalmente es transmitido por medio del contacto de toallas altamente contaminadas. Esta enfermedad también se presenta en los niños a causa de las violaciones.

Candidiasis: Es producida por hongos generalmente el “Cándida Albicans”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.

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

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

Chancroide: Es producida por una bacteria llamada “Haemophilus Ducreyi”. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla.

SIDA: Enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre

y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

TEORICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACION

DOROTHY JOHNSON

Influencias: Johnson dijo que su teoría es un producto de las ideas filosóficas, la investigación, discusión y muchos años de pensar, y escribir (Johnson, 1978), y sus experiencias clínicas. Johnson identificó que su trabajo fue inspirado por Nightingale, Seyle (Fue gracias al trabajo Seyle sobre el estrés que Johnson fue capaz de ampliar el estrés dentro de su teoría. Johnson se centró en la respuesta de la persona al estrés de la enfermedad y cómo iban a reaccionar a estas tensiones; otras influencias fueron Grinker, Buckley, Chin y lo más importante, los estudiantes, profesores y colegas con quienes ha trabajado. La teoría de Johnson se basa en un paradigma de los sistemas, tal como la percibe desde una perspectiva sociológica (Melesis, 2007)

La teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson se refiere a una meta paradigma ya que estudia un conjunto de teorías; persona, salud, cuidado y entorno.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de forma eficaz y eficiente. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales y funcionales.

➤ **NOLA PENDER "MODELO CONCEPTUAL DE CONDUCTA PARA LA SALUD PREVENTIVA"**

La Dra. Pender ha revolucionado los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de su investigación, su docencia, sus comunicaciones y sus escritos.

Pender experimentó una desviación en su pensamiento que la llevó a definir el objetivo de la enfermería como la salud óptima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender en su modelo de atención de enfermería en relación a la Promoción de la Salud, en este artículo nos dice que identificó factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

Los resultados publicados de estos estudios apoyan el modelo de promoción de la salud, al que Pender se refiere como un modelo "en evolución". (36)

➤ **TEORIA DE KING**

La teoría del logro de objetivos de Imogene King (1971-1981, 1987) se centra en 3 sistemas dinámicos que interactúan entre sí: personal, interpersonal y social (King, 1997). Se establece una relación personal entre el cliente y la enfermera. La relación enfermera – cliente es el vehículo para proporcionar los cuidados enfermeros, que es un proceso dinámico interpersonal en el que la enfermera y el cliente están influidos por el comportamiento del otro, así como por el sistema sanitario (King, 1971, 1981). El objetivo de la enfermera es utilizar la comunicación para ayudar al cliente a restablecer o mantener una adaptación positiva al entorno.

➤ **JEAN WATSON, "TEORIA DEL CUIDADO HUMANO"** la salud tiene que ver con la "unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma". Esta asociada con el grado de coherencia entre el yo

percibido y el yo experimentado” y la enfermería esta centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson, la enfermería es una arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.(37)

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente y responde a la condición del ser de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. Entre tanto el cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

Conocimientos sexuales de los adolescentes

Conjunto de ideas conceptos y enunciados verdaderos o falsos, producto de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.

Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva

Referida a los conocimientos que tiene el adolescente sobre anatomía de los órganos reproductores internos y externos de ambos sexos, ciclo menstrual, fecundación y embarazo.

Ciclo de Respuesta Sexual Humana

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

Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA

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

métodos anticonceptivos (MAC):

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

Actitud Sexual del Adolescente

Es la forma de respuesta alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente.

Responsabilidad y prevención del Riesgo Sexual

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

Libertad para decidir y actuar

Entendida como el sentir del adolescente para saber responder a las circunstancias favorables o adversas relacionadas con su sexualidad y sin presión alguna, es decir, saber decir no ante la presión de grupo, debe

decidir ella o el cuándo iniciar su actividad sexual, informarse y utilizar MAC, utilizar preservativos.

Autonomía

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

Respeto Mutuo y Reciprocidad

Es una variable que cobra importancia por los altos índices de violencia que se presenta hoy en día, por ello la definición está relacionada al respeto mutuo que se deben los adolescentes, respeto a no tener sexo forzado, a no ser agredidos físicamente por su pareja, a no ser tocado por ninguna persona.

Sexualidad y Amor

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

Sexualidad como Algo Positivo

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

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. H1: El nivel de Conocimiento y actitudes de los Adolescentes de 14 -19 Años Del AA.HH .San Sebastián. Piura. Es Bajo.

2.4.2. H0: El nivel de Conocimiento y actitudes de los Adolescentes de 14 -19 Años Del AA.HH .San Sebastián. Piura. No es bajo.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de la variable

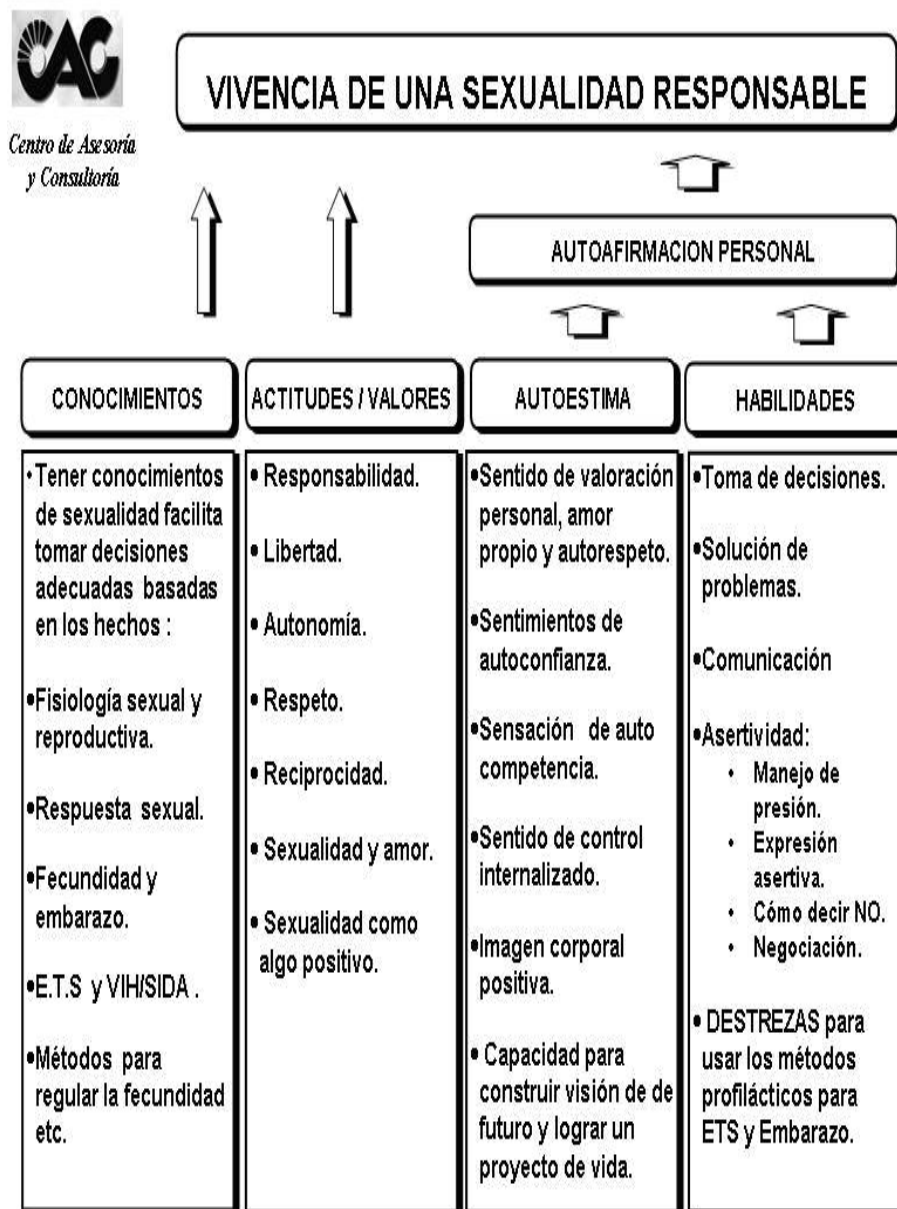
El marco conceptual considerado para la presente estudio y vista la sexualidad en la diversidad de enfoques tiene múltiples abordajes desde las diferentes perspectivas, una de ellas es la trabajada por el Centro de Consultoría y Asesoría del Adolescente de Colombia, la misma que nos servirá de modelo para realizar el estudio en los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH San Sebastián (ver cuadro N° 2)

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son:

- La persona se hace cargo de los propios y decisiones.
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre sí mismo y los demás.
- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para sí mismo y otras personal.
- Decide libre, consciente y autónomamente.

Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa. La responsabilidad será el producto de un largo y complejo proceso de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima.

CUADRO N° 2



Desde esta propuesta se ha tomado los tópicos referidos a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convertirán en las variables principales que en adelante denominaremos variable conocimientos y variable actitudes.

Este 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, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores.

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos sobre sexualidad del adolescente del AA.HH San Sebastián del distrito de Piura:

- Conocimiento de Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva: ciclo menstrual, fecundación y embarazo.
- Conocimiento del ciclo de Respuesta Sexual.
- Conocimiento de las enfermedades de la transmisión sexual VIH/SIDA.
- Conocimiento de los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal Actitudes Sexuales del adolescente del AA.HH San Sebastián del distrito de Piura:

- Responsabilidad y prevención de riesgo sexual.
- Libertad para decidir y actuar.
- Autonomía.
- Respeto mutuo.
- Sexualidad y amor.
- Sexualidad como algo positivo

2.5.2. Definición operacional de las variables en estudio

A. Variables principales

1. Conocimiento de sexualidad del adolescente

Es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad en las siguientes dimensiones:

1.1. Dimensión Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva

Referida a los conocimientos que tiene el adolescente sobre anatomía de los órganos reproductores internos y externos de ambos sexos, ciclo menstrual, fecundación y embarazo.

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

1.3. La Dimensión Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA

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

1.4. Dimensión métodos anticonceptivos (MAC):

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

2. Actitud Sexual del Adolescente

Es la forma de respuesta ante las siguientes Dimensiones:

2.1. Dimensión: Responsabilidad y prevención del Riesgo Sexual

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

2.2. Dimensión Libertad para decidir y actuar,

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

2.3. Dimensión Autonomía

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

2.4. Dimensión Respeto Mutuo y Reciprocidad,

es una variable que cobra importancia por los altos índices de violencia que se presenta hoy en día, por ello la definición está relacionada al respeto mutuo que se deben los adolescentes, respeto a no

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

2.5. Dimensión Sexualidad y Amor: Entendida si las relaciones sexuales del adolescente han sido producto de una unión sentimental, que tipo de relación de pareja llevan.

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

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sexuales de los adolescentes	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva:	<ul style="list-style-type: none"> Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer. Conoce ciclo menstrual Conoce la Fecundación Conoce el proceso de Embarazo 	nominal	Si conoce No conoce
		Respuesta sexual,	- Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual		Si conoce No conoce
		Prevención de Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA	Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA - Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. - Medidas de protección y prevención		Si conoce No conoce
		Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	Conoce los diferentes métodos anticonceptivos Utiliza los métodos Se protege y previene el embarazo		Si conoce No conoce

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitudes sexuales de los adolescentes	Una - Forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente.	Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.	Inicio de actividad sexual Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos	Ordinal	Favorable Desfavorable
		Libertad para decidir y actuar	Tiene capacidad para tomar voluntariamente sus decisiones y actúa sin presión		Favorable Desfavorable
		Autonomía	Realiza y decide solo por sus tareas Toma decisiones independientemente.		Favorable Desfavorable
		Respeto mutuo y reciprocidad	Respeto a su pareja No ha sido agredido físicamente Demuestra interés en los problemas de su pareja		Favorable Desfavorable

		Sexualidad y amor.	<p>Tiene relación estable con su pareja</p> <p>Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de la relación de ambos</p> <p>Que sentimiento tienes después de una relación coital.</p> <p>Que sentimientos te aflora después de la masturbación</p>		<p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>
		Sexualidad como algo positivo	<p>La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores</p> <p>La relación sexual debe llevarse , respetando las normas sociales</p> <p>Cuando tienes relaciones sexuales son producto del amor, la comunicación y respeto.</p> <p>Te siente bien después de realizar el acto sexual</p>		<p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

El presente estudio por el grado de cuantificación reúne las Condiciones de una investigación cuantitativa.

Nivel de la Investigación

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por Su nivel, las características de un estudio descriptivo.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental:

Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un

tratamiento, una condición o un estímulo bajo determinadas circunstancias, para después evaluar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o tal condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se “construye” una realidad. En cambio, en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. La investigación no experimental es un parteaguas de varios estudios cuantitativos, como las encuestas de opinión (surveys), los estudios ex post-facto retrospectivos y prospectivos, etc. Para ilustrar la diferencia entre un estudio experimental y uno no experimental consideremos el siguiente ejemplo. Claro está que no sería ético un experimento que obligara a las personas a consumir una bebida que afecta gravemente la salud. El ejemplo es sólo para ilustrar lo expuesto y quizá parezca un tanto burdo, pero es ilustrativo.

Transversal:

Es un estudio estadístico y demográfico, utilizado en ciencias sociales y ciencias de la salud —estudio epidemiológico—. Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado. Los estudios transversales, frente a los estudios longitudinales, confunden los efectos de edad y de cohorte, pueden no diferenciar si la causa de un cambio está en las diferencias de edad o en las diferencias en el momento del nacimiento.¹

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estará constituida por el total de adolescentes (40) De 14 a 19 años que radican en el sector 4 AA.HH San Sebastián del Distrito de Piura. Información obtenida de los registros estadísticos Poblacionales de la misma comunidad.

Muestra

Se utilizará el muestreo no probabilístico

Unidad de análisis

Las unidades de análisis serán cada uno de los jóvenes

Adolescentes de 14 a 19 años que viven en sector 4 AA.HH San Sebastián del Distrito de Piura.

Posteriormente se visitará cada uno de los hogares donde residen

Cada uno de los jóvenes.

Criterios de Inclusión:

1. Adolescentes hombres y mujeres de 14 a 19 años cumplidos, que viven o residen con permanencia por lo menos un año en el AA.HH San Sebastián del Distrito de Piura.
2. No interesa la condición civil.
3. Puede o no tener hijos.
4. Aceptación escrita de participar en el estudio

Criterios Exclusión:

5. Adolescentes transeúntes
6. Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse
7. Adolescentes minusválidos
8. Edad menor a 14 años y mayor de 19 años
9. Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

Principios éticos

Para la realización del estudio se tendrá en consideración:

- ❖ La autorización de la institución y el consentimiento informado.
- ❖ Ninguna persona será obligada a participar en la investigación.
- ❖ A cada investigado/a se le explicara las razones del estudio.
- ❖ La encuesta entregada será de carácter anónimo y la confidencialidad de los resultados.
- ❖ Todos los datos recolectados se utilizaran con fines exclusivos de investigación.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnica

Se utilizará la técnica de la encuesta

Instrumentos

Los instrumentos serán aplicados a los adolescentes que se Encuentran entre las edades de 14 a 19 años que conforman la Muestra.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

El instrumento a utilizar será validado mediante Juicio de Expertos haciendo uso del coeficiente de proporción de rango, La confiabilidad se obtendrá mediante una prueba piloto equivalente al 20% de la población muestral, en población con características similares que no participaran en el estudio.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El proceso de ejecución de la investigación será llevado cumpliendo la programación establecida según cronograma de trabajo, se tratará de cumplir los tiempos especificados, para tal efecto Inicialmente se realizará coordinaciones con las autoridades locales: teniente gobernador, secretario comunal del AAHH San Sebastián del distrito de Piura. Se

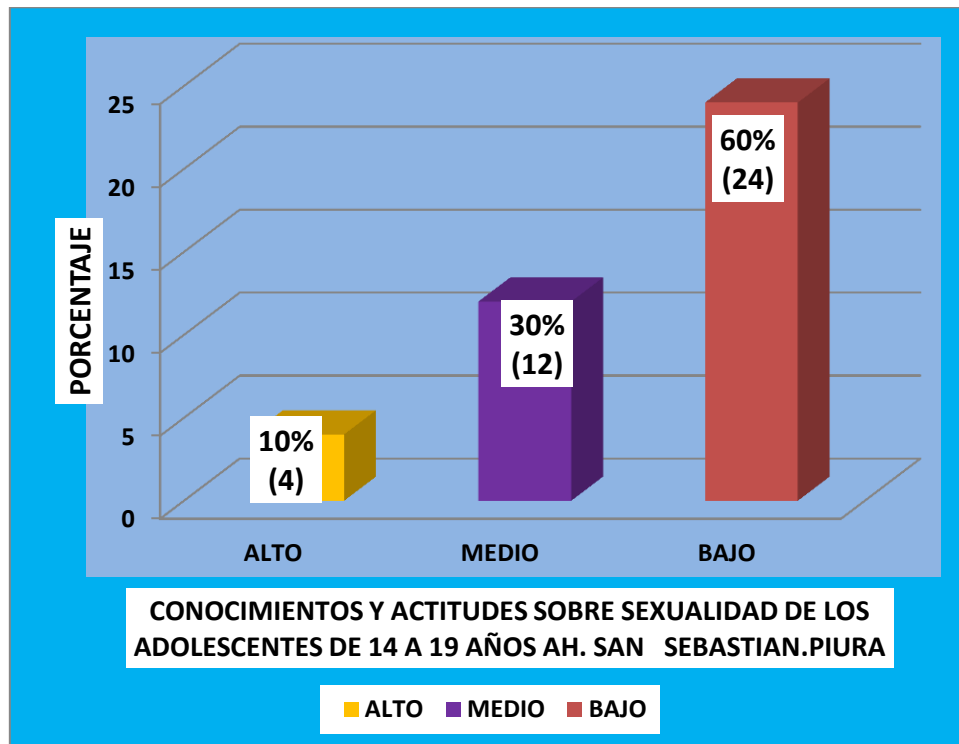
programará la aplicación del cuestionario durante dos semanas, con una duración promedio de 30 minutos.

Para cumplir con la investigación de manera objetiva y dentro de un marco ético, el día de la toma de la muestra se les invitará a participar en forma voluntaria a los adolescentes del AAHH San Sebastián, posteriormente se le explicará de forma breve y concisa el desarrollo del cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales; para luego despejar cualquier duda que tuvieran los adolescentes en el momento de la aplicación de la encuesta.

**CAPITULO IV
RESULTADOS**

GRAFICA 1

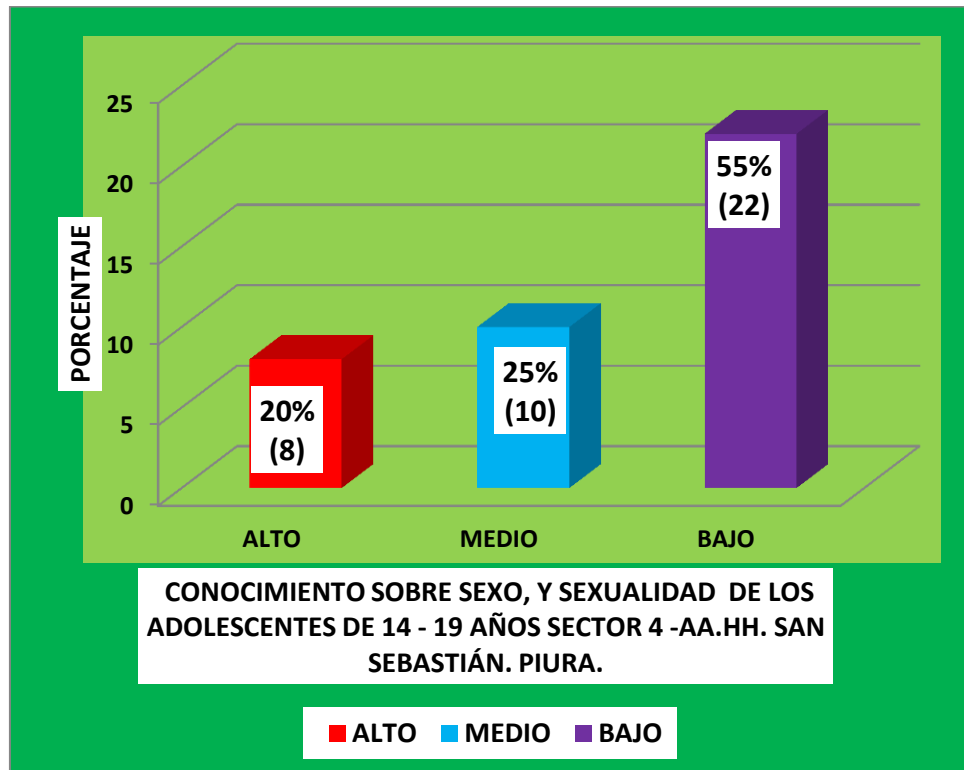
**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS AH. SAN
SEBASTIAN.PIURA.AGOSTO.DICIEMBRE.2013**



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastian. Piura, es Bajo en un 60%(24), Medio en un 30%(12) y Alto en un 10%(4).

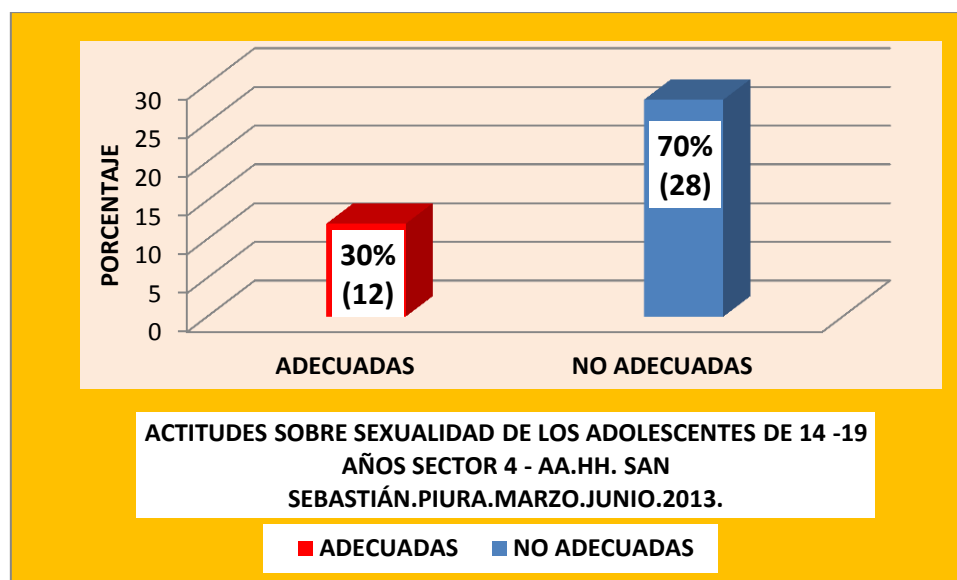
GRAFICA 2

CONOCIMIENTO SOBRE SEXO, Y SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE 14 - 19 AÑOS SECTOR 4 -AA.HH. SAN SEBASTIÁN. PIURA. MARZO .JUNIO .2014



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimientos sobre sexo y sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastian. Piura, es Bajo en un 55%(22), Medio en un 25%(10) y Alto en un 20%(8).

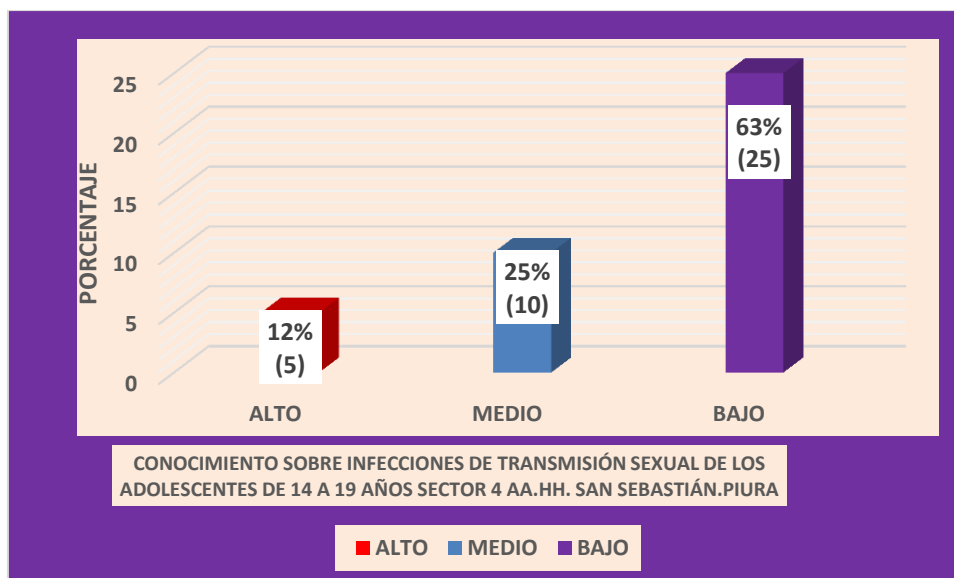
GRAFICA 3
ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE 14 -19
AÑOS SECTOR 4 - AA.HH. SAN SEBASTIÁN. PIURA. MARZO. JUNIO.
2013.



Según los resultados presentados en la Grafica 3, las actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastian. Piura, es No adecuadas en un 70%(28) y Adecuadas en un 30%(12).

GRAFICA 4

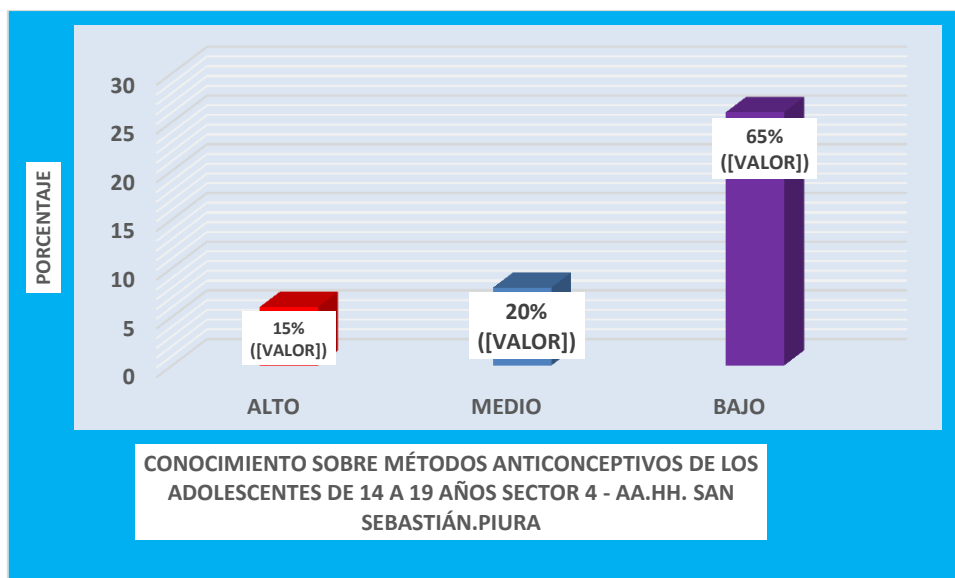
CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS SECTOR 4 AA.HH. SAN SEBASTIÁN.PIURA. MARZO. JUNIO. 2014.



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastian. Piura, es Bajo en un 63%(25), Medio en un 25%(10) y Alto en un 12%(5).

GRAFICA 5

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS SECTOR 4 - AA.HH. SAN SEBASTIÁN.PIURA.MARZO.JUNIO.2014



Según los resultados presentados en la Grafica 5, el nivel de conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo en un 65%(26), Medio en un 20%(8) y Alto en un 15%(6).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: El nivel de Conocimiento y actitudes sobre sexualidad de los Adolescentes de 14 -19 Años Del AA.HH .San Sebastián. Piura. Es Bajo.

Ho: El nivel de Conocimiento y actitudes sobre sexualidad de los Adolescentes de 14 -19 Años Del AA.HH .San Sebastián. Piura. No Es Bajo.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	4	12	24	40
Esperadas	13	13	14	
$(O-E)^2$	81	1	100	
$(O-E)^2/E$	6,2	0,08	7,14	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 13,42; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: El nivel de Conocimiento y actitudes sobre sexualidad de los Adolescentes de 14 -19 Años Del AA.HH .San Sebastián. Piura. Es Bajo.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo en un 60%(24), Medio en un 30%(12) y Alto en un 10%(4). Coincidiendo con Herney y Otros (2011) 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.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de conocimientos sobre sexo y sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo en un 55%(22), Medio en un 25%(10) y Alto en un 20%(8). Coincidiendo con Díaz y Otros (2013) CONCLUSIONES: La mayoría de los estudiantes encuestados adoptan actitudes y prácticas acertadas en salud sexual y reproductiva. Por otro lado, la mayor parte ~ 10 ~ de la muestra presenta falencias evidentes en el conocimiento referente a estas temáticas, lo cual nos puede indicar que los conocimientos científicos no son el único aspecto que influye en la asunción de la sexualidad de estos, es probable que el factor socio-cultural intervenga de forma acentuada en las conductas sexuales de los jóvenes universitarios.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Las actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es No adecuadas en un 70%(28) y Adecuadas en un 30%(12).

Coincidiendo con Arias y Col. (2009) Podemos agregar que ser sexualmente iniciado no es lo mismo que ser sexualmente activo/a y que la frecuencia de actividad sexual adolescente no es comparable a la adulta y requiere de diferentes medidas de protección, ya que es usualmente casual, oportunista, esporádica, no planeada y con parejas simultáneas o sucesivas. Hay importantes diferencias genéricas y etáreas, ya que mientras 25% de los adolescentes peruanos afirma tener actividad sexual, sólo lo reporta un 3% de

las adolescentes; lo mismo sucede en jóvenes, los varones reportando ser sexualmente activos en un 56% contra sólo un 11% de las jóvenes. Estas cifras pueden representar sesgos de deseabilidad social pero las brechas son consistentes entre países de la región y también se encuentran en estudios con muestras de escolares en Lima o estudios cualitativos con jóvenes de las tres regiones del Perú. Sin embargo, ser sexualmente activo no es lo mismo que actividad sexual frecuente; un estudio a nivel nacional evidenció que sólo un 10% de las y los adolescentes solteros había tenido actividad sexual coital en el último mes.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

El nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo en un 63%(25), Medio en un 25%(10) y Alto en un 12%(5). Coincidiendo con Eche (2009) obtuvo como resultado: que en un 98,33% presentaron un nivel de conocimientos bajos sobre su sexualidad. Por otro lado los adolescentes mostraron el 98,33% actitudes sexuales desfavorables, que los conlleva a comportamientos y situaciones de riesgo, solo un 1,67% de adolescentes tuvieron una actitud hacia su sexualidad favorable, y viven una sexualidad responsable y segura. El 63,33% habían iniciado su actividad sexual en ambos sexos, mostrándose que el 28,33% fueron adolescentes varones, y el 35% fueron adolescentes mujeres.

OBJETIVO ESPECIFICO 4

El nivel de conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo en un 65%(26), Medio en un 20%(8) y Alto en un 15%(6).

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 13,4 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimientos sobre sexo y sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo.

TERCERO

Las actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, son no adecuadas.

CUARTO

El nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo.

QUINTO

El nivel de conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos de los adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, es Bajo.

RECOMENDACIONES

1. Promover estrategias para proveer conocimientos sobre sexualidad estimulen actitudes y comportamientos favorables en adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastián. Piura, así como la prevención de infecciones de transmisión sexual.
2. Se dará cuenta a las autoridades locales, instituciones educativas, docentes, alumnos, líderes comunales etc., sobre el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años, considerando que la base de conocimientos sigue siendo limitada; también es imprescindible desagregarlos a un nivel más profundo y realizar un análisis causal.
3. Afianzar la escuela de padres como estrategia para propiciar la comunicación entre padres e hijos.
4. Elevar los resultados de la presente investigación a la UGEL (unidad de gestión educativa local), y a las autoridades pertinentes para que se tomen las acciones correspondientes referidas a la prevención de actitudes sexuales no adecuadas de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gala y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. Tomo I disponible en: <http://Uladech.edu.pe>
2. Sáez G. y Col. Una ventana hacia la atención integral de la salud Adolescente, 1era de, Venezuela. 1994.
3. Gladis R. La adolescencia en el Perú " 2005 [serie de internet] [citado 2014 mayo16]disponible en: [http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20congreso/adolescencia .pdf](http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20congreso/adolescencia.pdf)
4. Ponce A. y col. (1995) Nuestra sexualidad. Mis abuelos, mis padres y yo. Lima: Lluvia Editores.
5. OPS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de adolescente y Jóvenes en América latina y el Caribe 1997-2000. Washington: OPS; 1998.
6. Pick, S. (1998). Planeando tu vida, 7ª ed., México: Editorial Planeta.4
Menkes, Catherine. (2006). *Op. Cit.* P. 2 justificación
7. PROMESA-USAID-ICA. Conocimientos, actitudes y prácticas en Salud reproductiva en adolescentes no escolarizados de zonas más vulnerables del área Metropolitana.CAPSR`02. Asunción: USAID; 2002.
ONUSIDA. Informe Mundial sobre la epidemia de SIDA 2004: el VIH y los jóvenes: la amenaza para la juventud de hoy. Ginebra: ONUSIDA; 2004.
8. Noticias locales, edición electrónica, Diario El Regional de Piura
Copyright 2010[serie de internet] [citada 2014 abril16] Disponible en: <http://www.elregionalpiura.com.pe>
9. Vera, J. y Col. (1999). "Tamizaje de los determinantes de riesgo en adolescentes en una comunidad rural", *Psicología y Salud*
10. SANTIAGO C. y Col." Desarrollo Personal Social", 1era Edición, Piura, BRASA 1999.

11. Acosta P. Propuesta de un taller de educación sexual dirigido a Alumnos del 6to grado A del turno de mañana de la segunda etapa de Educación básica de la unidad de educación nacional, República de Panamá [trabajo para optar el título de licencia en educación integra] Caracas. Universidad Nacional Abierta. 2003.
12. Barella M. Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del Distrito de Mollepata. [Tesis doctoral] Cuzco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco; 2002.
13. Calero G, y Col. Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de la ciudad de Punto Fijo.
14. Oyague M. (1993). Nivel de conocimientos, actitudes y actitudes sexuales en adolescentes de sectores populares. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
15. Aramburu C. y Col. (1999). Uno empieza a alucinar: percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos. Lima, Redes Jóvenes
16. Alfaro J. Planificación Familiar y algunas perspectivas de embarazo En adolescentes. [Tesis para optar el título de especialista en gineco Obstetra]. Nicaragua: 2002[citado 2012 junio 14]. Disponible en: http://www.minsa.gob_ni/bns/monografias/full_text_gineco_obstetricia/Planifica%F3n%familiar.PDF
17. Miras M. Actitudes de los adolescentes ante las relaciones sexuales. [Monografía en internet]. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2001 [Citada 2014-05-21]. Alrededor de 21 Hojas. Disponible desde: <http://www.ual.es/revistas/riotp/fulltext/riotp0007.pdf>
18. Gastón J. Comportamiento sexual de los adolescente en la Ciudad de Córdoba [monografía en Internet]. Aten primaria 2003. Alrededor de 6 hojas. Disponible: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=

13052714&pident_usuario=0&pcontatid=&pident_revista=27&v32n06a
13052714pdf001.pdf&ty=113&acción=L&origen=elsevier&web=www.el
Sevier.es&lan=es

19. Juárez F. y Col. (2005). Salud Sexual Y Reproductiva De Los Adolescentes En México: Un Nuevo Marco De Análisis Para La Evaluación Y Diseño De Políticas. Papeles de Población, julio-septiembre. Número 045, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, p.187 (Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana) Nueva Época, 13, 29, 40. ISSN: 1405-1109.
20. Oyague (1993). actitudes y prácticas sexuales en los adolescentes sobre SIDA a escolares en Venezuela. [Serie en internet]. [Citado 2012-06- 23]. Alrededor de 5 pantallas. Disponible en:
<http://indexvenezuela.com/publicaciones/journals/cardon/edición3/adolescencia.htm>.
21. Arias S. y Col. Sexualidad y salud reproductiva entre jóvenes Andinos, Lima: REDESS Jóvenes/ISRRRA-Population Concern, 2002.
22. Quispe M. Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosa de los Adolescentes de la institución educativa Isaías Ardiles del distrito de Pachacamac. 2005. Disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/quispe_mr/html/index-frames.html
23. Mendoza, P. conocimientos de la salud reproductiva de los estudiantes de enfermería [trabajo para optar el título en licenciada de enfermería]. Piura; universidad católica los Ángeles de Chimbote 2006 [citada 2012-05-24] Disponible en:
<http://revistaciencias.com/publicaciones/eezkezykvgznyydfp.pnp>
24. Eche L. conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH Vicente Chunga Aldana del distrito de Sechura- Piura [Trabajo para optar el título de licenciatura en obstetricia] Piura: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2009
25. Norman J, *La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico, 2005, Lugar de*

publicación:<http://www.psicovision.com/lic%20deibem.htm>.

26. Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [Serie en Internet]. 1998; [citado 2012 mayo 25]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en:http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html

27. Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, Tomo I

29. Salinas GT, Nociones de Psicología. Lima: edic. Adunk SRL; 2003

ANEXOS

ANEXO 1-A

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Estimada y estimado adolescente:

Buenos días soy la alumna: **Giulliana Sánchez Jiménez**

Me encuentro desarrollando un proyecto de investigación en el área de la salud sexual y la salud reproductiva, con el objetivo de conocer cuál es el nivel de conocimiento y las actitudes, la misma que nos ayudará a identificar necesidades específicas de información, educación y comunicación, Para tal efecto, estamos solicitando tu participación en esta investigación a través de la respuesta al cuestionario.

A continuación. Toda la información que nos brindes será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación.

Instrucciones:

1. No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir.
3. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
4. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.
5. Responda a las afirmaciones de forma individual. Por favor, no consulte con nadie.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por: Marque con una X solo la respuesta correcta Los labios mayores y menores (), el clítoris (), orificio de la uretra () y la abertura de la vagina ()		
2. ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo?		
3. El embarazo comienza con la fecundación		
4. Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas		
5. Los genitales externos del hombre está conformado por : El pene, los testículos y las bolsas escrotales		
6. ¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?		
7. ¿Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero?		
8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +-		

3 días		
9. El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
Marque con una X, solo la respuesta o respuestas que a su parecer son correctas		
1. Las fases en la respuesta sexual son : Deseo () excitación() meseta() orgasmo() resolución ()		
2. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual)		
3. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA , y métodos de planificación familiar		
4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad		
5. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación		
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad		
Marca con una X las respuesta que creas correcta;		
7. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los : besos abrazos () caricias () masturbación()		
8. La persona es quien controla su propio comportamiento sexual		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		
¿Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida?		
Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA está dada por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo		
Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer		
El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA		
El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas (-)		
Las ITS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales		
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de transmisión sexual		
El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las ITS		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		
En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada		
Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales		
La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos		
Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra		
El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones		

coitales durante los días fértiles de la mujer		
El preservativo es un método de planificación familiar		
Conoces los métodos de barrera ,menciónalos : los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas		
Conoces los métodos hormonales? menciónalos: la píldora (), los inyectables () y el norplant ().		
Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente menciónalos Marca con una X el que menciona: el preservativo (), el diafragma (), las píldoras (), los inyectables (), el DIU ().		

VALIDACION DE LA ENCUESTA
(USANDO COEFICIENTE DE PROPORCION DE RANGO)

Nº de ítem	jueces			nR _i	PR _i	CPR _i	P _E	CPR _{ic}
	1	2	3					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
						Sumatoria CPR _{ic}		
							CPR _t	
							CPR _{tc}	

Con:
 Coeficiente de proporción de rango: CPR_t=
 Coeficiente de proporción de rango corregido: CPR_{tc}
 Se valida el cuestionario en mención

**MATRIZ DE CONSISTENCIA: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE 14 – 19 AÑOS SECTOR 4 DEL AA.HH. SAN SEBASTIÁN.
PIURA.MARZO. JUNIO. 2014**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIIMENSIONES
<p>¿Qué conocimientos y actitudes sobre sexualidad tienen los adolescentes de 14 a 19 años sector 4 del AAHH. San Sebastián. Piura. Marzo.Junio.2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar el conocimientos y actitudes sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14 a 19 años AH. San Sebastian.Piura.Agosto.Diciembre.2013.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar el conocimiento sobre sexo, y sexualidad de los adolescentes de 14 - 19 años sector 4 -AA.HH. San Sebastián. Piura. marzo ,junio .2014.</p> <p>Determinar las actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de 14 -19 años sector 4 - AA.HH. San Sebastián.Piura.marzo.junio.2013.</p> <p>Determinar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 14 a 19 años sector 4 AA.HH. San Sebastián.Piura.marzo.junio.2014.</p> <p>Determinar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes de 14 a 19 años sector 4 - AA.HH. San Sebastián.Piura.marzo.junio.2014.</p>	<p>El nivel de Conocimiento y actitudes de los Adolescentes de 14 -19 Años Del AA.HH .San Sebastián. Piura. Es malo.</p> <p>2.4.2. H0: El nivel de Conocimiento y actitudes de los Adolescentes de 14 -19 Años Del AA.HH .San Sebastián. Piura. No es malo.</p>	<p>Conocimiento sexuales de los adolescentes</p> <p>Actitudes sexuales de los adolescentes</p>	<p>Anatomía y fisiología sexual y reproductiva:</p> <p>Respuesta sexual,</p> <p>Prevención de Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA</p> <p>Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.</p> <p>Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.</p> <p>Libertad para decidir y actuar</p> <p>Autonomía</p> <p>Respeto mutuo y reciprocidad</p> <p>Sexualidad y amor</p> <p>Sexualidad como algo positivo</p>

--	--	--	--	--