

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA FLORIDA.
CAJAMARCA, 2020**

Para optar el título profesional de

OBSTETRA

Presentado por:

Bachiller: Xiomara Milagros Ruiz Rojas

Asesora

Dra. Obsta. Rosa del Pilar Uriarte Torres

Cajamarca-Perú

2022

Copyright © 2020 by
Xiomara Milagros Ruiz Rojas
Derechos reservados

“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”

(Nelson Mandela)

Se dedica a:

Dios por haber guiado mi camino hasta aquí y a mis padres y hermanos por haberme impulsado a ser la persona que soy ahora, y apoyarme en todo momento.

Se agradece a:

A mis docentes por compartir sus conocimientos para poder desarrollarme profesionalmente, y en especial a mi asesora la Dra. Obsta. Rosa del Pilar Uriarte Torres, por guiarme en la elaboración de la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos.....	5
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Teorías sobre el tema	13
2.3. Hipótesis.....	42
2.4. Variables.....	42
2.4.1. Operacionalización de variables	43
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	44
3.1. Tipo y Diseño de estudio.....	44
3.2. Área de estudio.....	45
3.3. Población	45
3.4. Muestra y muestreo	45
3.5. Unidad de análisis.....	47
3.6. Criterios de inclusión y exclusión	47
3.7. Técnicas de recolección de datos	47
3.8. Descripción del instrumento.....	48
3.9. Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de los datos.....	48
3.10. Aspectos éticos.....	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	63

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Población	45
Tabla 2. Muestreo	47
Tabla 3. Educación en sexualidad recibida por los adolescentes en la Institución Educativa La Florida Cajamarca, 2020	50
Tabla 4. Persona que brindó información en educación sexual a los adolescentes de la Institución Educativa La Florida Cajamarca, 2020	52
Tabla 5. Comportamiento sexual de los adolescentes de la institución educativa La Florida Cajamarca, 2020	53
Tabla 6. Relación de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual en adolescentes de Institución Educativa La Florida. Cajamarca,2020	56

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual en adolescentes de la institución educativa La Florida. Cajamarca, 2020. Estudio corresponde a un diseño no experimental de corte transversal, tipo descriptivo, correlacional y enfoque cuantitativo; la muestra estuvo conformada por 267 adolescentes del primer al quinto año de educación secundaria cuyas edades oscilan entre los 12 y 16 años. Los datos se recolectaron por medio de una encuesta que fue validada, para lo cual, la confiabilidad se realizó a través de una prueba piloto (cuyo coeficiente de Alfa de Cronbach es 0,90). Obteniendo como resultado que el 94% de los adolescentes encuestados sí recibieron información sobre sexualidad en su centro educativo. El 85% de los adolescentes recibieron información sobre: aparato reproductor femenino, enamoramiento y embarazo adolescente. Respecto a los temas en los que menos información han recibido corresponde a: comportamiento sexual (52,4%); riesgo de inicio precoz de relaciones coitales (56,2%) y derechos sexuales y reproductivos (67,8%).

La información mayormente fue proporcionada por el profesor de aula (92,1%) en todos los años de estudio.

Analizando el comportamiento sexual en relación a la educación en sexualidad recibida, el resultado obtenido respecto al inicio de relaciones coitales es el siguiente: el 62,9% de los adolescentes encuestados respondió que NO ha iniciado su actividad coital; Respecto a los adolescentes encuestados que SI iniciaron su actividad coital, el 4,9 % respondió haber iniciado entre los 15 y 17 años y solo el 28.4% indicó haber iniciado entre los 12 y 14 años. Respecto al uso de métodos anticonceptivos el 7,8% de los adolescentes encuestados no utiliza ningún método; 4,2% usa píldora anticonceptiva y el mayor porcentaje 20.5% usa el preservativo; al indagar sobre el número de parejas coitales obtuvimos como resultado que el mayor porcentaje de los adolescentes encuestados (21.3%) sólo tuvo una pareja coital y el 19.4% refirió haber mantenido relaciones coitales casuales.

En conclusión, se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre la educación en sexualidad y conductas sexuales en los adolescentes.

Palabras claves: Adolescencia, educación en sexualidad, comportamiento sexual en adolescentes

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the effects of sexuality education on sexual behavior in adolescents from the La Florida educational institution. Cajamarca, 2020. Quantitative, correlational and cross-sectional study; The sample consisted of 267 adolescents from the first to the fifth year of secondary education whose ages range between 12 and 16 years. The data was collected through a survey for which reliability was performed through a pilot test (whose Cronbach's Alpha coefficient is 0.90). Obtaining as a result that 94% of the adolescents surveyed did receive information on sexuality in their educational center. 85% of adolescents received information on: female reproductive system, falling in love and teenage pregnancy. Regarding the topics in which they received less information, it corresponds to: sexual behavior (52.4%); risk of early initiation of coital relations (56.2%) and sexual and reproductive rights (67.8%).

The information was mostly provided by the classroom teacher (92.1%) in all the years of study.

Analyzing sexual behavior in relation to the sexuality education received, the result obtained regarding the beginning of coital relationships is as follows: 62.9% of the adolescents surveyed answered that they had NOT started their coital activity; Regarding the adolescents surveyed who DID start their coital activity, 4.9% answered having started between the ages of 15 and 17 and only 28.4% indicated having started between the ages of 12 and 14. Regarding the use of contraceptive methods, 7.8% of the adolescents surveyed do not use any method; 4.2% use the contraceptive pill and the highest percentage 20.5% use the condom; When inquiring about the number of coital partners, we obtained as a result that the highest percentage of the adolescents surveyed (21.3%) had only one coital partner and 19.4% reported having had casual coital relations.

In conclusion, it was found that there is a statistically significant association between sexuality education and sexual behavior in adolescents.

Keywords: Adolescence, sexuality education, sexual behavior in adolescents

INTRODUCCIÓN

La OMS define a la adolescencia como la etapa de vida que va desde los 10 hasta los 19 años, durante este tiempo, los adolescentes establecen pautas de comportamiento, entre éstas las relacionadas con la actividad sexual (1). Por el hecho de que el adolescente atraviesa una etapa de diversos cambios, éstos lo convierten en un ser vulnerable de las presiones de grupo, la influencia de pares, redes sociales, entre otros, que los confunden y obligan a actuar de manera impulsiva, ignorando los riesgos a los cuales se someten, es por esto que la educación sexual debe cumplir una función importante de apoyo para afrontar todos estos cambios y comportamientos que son propios de esta etapa.

La educación integral en sexualidad, es indispensable para la salud y el bienestar. Una educación en sexualidad de calidad incluye una educación sobre los derechos humanos basados en el respeto a las personas, la sexualidad humana, la igualdad de género, las relaciones sexuales y la salud reproductiva. Además, permite a los adolescentes aprender a protegerse de abusos sexuales, proporcionando los conocimientos y herramientas necesarias para responder asertivamente ante dichos casos, ya que, al tener mayor información sobre sexualidad, los adolescentes expanden sus conocimientos sobre su cuerpo, sus emociones y su salud, lo que les permite tomar decisiones informadas y pensadas sobre el tema (2).

La práctica de conductas sexuales de riesgo en adolescentes como lo es, el inicio precoz de relaciones coitales, múltiples parejas coitales, actividad coital sin protección, consumo de drogas (incluido el alcohol) constituyen un problema de salud pública en el mundo entero, pese a la existencia de programas educativos, campañas de prevención, el fácil acceso a medios de comunicación, no se ha producido a la fecha el efecto esperado. La mayoría de los adolescentes inicia las relaciones sexuales precozmente, aproximadamente el 50% de las mujeres entre 15 a 24 años, en algunos países de Centroamérica, ha iniciado las relaciones sexuales a los 15 años de edad o antes (3); el porcentaje es mayor en las zonas rurales y entre la población adolescente con menor nivel educativo. En América Latina y el Caribe cerca de 90% de los adolescentes reportan conocer al menos un método anticonceptivo, pero entre el 48% y 53% de los adolescentes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos, y entre aquellos que sí lo utilizaron, aproximadamente 40% de ellos no lo hacía regularmente (4).

El presente estudio pertenece a la línea de investigación Educación Sexual, del área de Salud y Comportamiento Sexual. Se desarrolló, con el propósito de tener información que contribuya en los programas educativos dirigido a los adolescentes.

Los resultados obtenidos en la presente investigación se pueden tomar como base para nuevas investigaciones, y recomendar implementar en las instituciones educativas programas de educación sexual para adolescentes, dirigidos por profesionales obstetras capacitados y especialistas en el tema.

La investigación tuvo por objetivo analizar los efectos de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual de los adolescentes de la I.E. La Florida. Cajamarca. 2020.

La estructura de la presente investigación consta de cuatro capítulos que se detallan a continuación:

CAPÍTULO I: se plantea el problema de investigación, la formulación del problema del estudio, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: se describen los antecedentes, bases teóricas, hipótesis, variables, conceptualización y operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: lo conforma el diseño metodológico en el que se describen el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, control de calidad de datos, procesamiento y análisis de la investigación.

CAPÍTULO IV: se considera los resultados obtenidos con su respectivo análisis y discusión.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La educación sexual integral ayuda a mejorar la salud sexual y reproductiva, lo que a su vez resulta en una reducción de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y los embarazos no deseados. La Educación sexual integral no sólo propicia la igualdad de género y las normas sociales equitativas, sino que además influye positivamente sobre la conducta sexual, al hacerla más segura, ya que aplaza el inicio de las relaciones sexuales y contribuye favorablemente al uso del preservativo (5).

En el contexto mundial, podemos ver cómo funciona la educación sexual en 3 países principales. En Francia desde 1973 se imparte educación sexual a estudiantes de 6 a 16 años abordando temas como función biológica, orientación sexual, cambios sociales, sexuales y emocionales ligados a la adolescencia, también se incluyen temas de anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Este país europeo, no registra datos sobre abuso sexual a menores según UNICEF, y respecto a embarazos adolescentes, registra de cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años se producen 23 embarazos al año. En Estonia la educación sexual representa el 18% de su plan de estudios obligatorio dirigido a estudiantes entre 7 y 14 años, en las que se incide en la prevención de los comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales. Un informe de la Unesco sobre beneficios de impartir educación sexual en Estonia indica que los índices de embarazos no deseados en menores de edad se han reducido en promedio un 60 % desde su implantación. A diferencia de Francia y Estonia que tienen un buen sistema de educación en sexualidad, en la India donde no existe un currículo de educación sexual nacional, se vio en un informe de la ONG Human Rights Watch, que en este país se denuncian 7.200 casos de abuso sexual infantil al año, aunque existe un subregistro ya que, en la mayoría de los casos, se esconden para proteger el honor de la familia. En cuanto a los embarazos adolescentes, entre el 30 y el 47 % de las menores de edad en la India tienen un hijo antes de cumplir los 18 años (6).

En Latinoamérica en las evaluaciones de programas de educación sexual y prevención de ITS/VIH a nivel escolar de 27 países con población objetivo de 6 a 18 años de edad han arrojado resultados diversos. Por un lado, indican que las intervenciones a nivel escolar pueden aumentar el conocimiento sobre ITS y la anticoncepción, pero pese a esto otro hallazgo fue el escaso uso de preservativos en relaciones sexuales de riesgo (7).

La situación de la educación sexual en el Perú se evaluó mediante un estudio realizado en colegios de nivel secundario de tres ciudades diferentes del Perú (Lima, Ayacucho y Ucayali). Aunque una minoría (6%) de las mujeres entrevistadas tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años, el 31% del total de las adolescentes de 15 a 19 años había tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. Los hombres inician la vida sexual más temprano que las mujeres, a la edad de 16.8 años, comparada con 18.6 años para mujeres (8).

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes peruanas es relativamente baja. Mientras todas las adolescentes, independientemente de su estado conyugal, conocen o han tenido referencia respecto de un método anticonceptivo, solo el 43% de las que están en unión y el 63% de las adolescentes no unidas y sexualmente activas utilizan un método moderno; y solo el 6% de las adolescentes en unión y 38% de las sexualmente activas y unidas, usaron condón en su última relación sexual. El uso de anticonceptivos aumenta con el nivel de ingreso económico y de educación; y es más bajo en Ayacucho (sierra) que en Ucayali (selva) y Lima (costa) (8).

Cajamarca, no es ajena a esta situación, por el contrario, se informa que en el año 2018 el 19,9% de las adolescentes de entre 15 a 19 años de edad fueron madres (9); lo que significa que iniciaron sus relaciones coitales a edades tempranas, con escaso o nulo conocimiento respecto a educación sexual y al uso de métodos anticonceptivos, esto, en nuestro contexto es una realidad ya que se puede evidenciar que en los establecimientos de salud atienden a un gran porcentaje de este grupo etario que acuden a consulta obstétrica y que pertenecen a una institución educativa.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual en adolescentes de Institución Educativa La Florida. Cajamarca, 2020?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual en adolescentes de la institución educativa La Florida. Cajamarca, 2020

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la educación en sexualidad recibida por los adolescentes en la institución educativa La Florida.

Establecer el comportamiento sexual de los adolescentes de la Institución Educativa La Florida.

Analizar la relación de la educación sexual en el comportamiento sexual de los adolescentes de la I.E. La Florida.

1.3. Justificación de la investigación

Actualmente en Cajamarca, existen muy pocos estudios que analicen la relación de la educación sexual en el comportamiento sexual de los adolescentes.

La educación sexual integral impartida en los colegios debe promover la elaboración y ejecución de programas educativos que mejoren los conocimientos de los adolescentes para que puedan asumir conductas responsables, mejorar su capacidad de análisis, de comunicación y otras capacidades útiles para la vida con miras a garantizar la salud y el bienestar en términos de sexualidad.

En mi condición de estudiante de la carrera profesional de Obstetricia, he podido evidenciar durante mis prácticas pre profesionales la afluencia de estudiantes adolescentes que acuden a los diferentes establecimientos de salud para control prenatal, consultas por infecciones de transmisión sexual, etc.

Todo lo anteriormente expuesto, despertó en mí, el interés para la realización del presente estudio que fue cuantitativo, correlacional y de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación de la educación sexual en el comportamiento sexual de los adolescentes de 1ro a 5to año de educación secundaria de la I.E. La Florida, los cuales son de edades comprendidas entre 12 a 16 años.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos proporcionará las herramientas necesarias para trabajar en permanente comunicación con los docentes de este nivel de estudios y éstos a su vez, con los padres de familia, siendo los principales beneficiados los adolescentes, ya que el único objetivo es aportar una educación sexual integral que contribuya para que éstos puedan ejercer su sexualidad libre, sana y responsablemente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

García-Vázquez J, Quintó L, Agulló-Tomás E. (España, 2022) En el artículo titulado: Impacto de un programa de educación sexual en los conocimientos, actitudes y conductas sexuales de los adolescentes de Asturias (España). Se examinó un programa de secundaria llamado Ni ogros ni princesas, que educa a los alumnos durante cuatro años con profesorado capacitado y talleres externos, este estudio tuvo por objetivo examinar si este programa mejoró el conocimiento, las actitudes y las habilidades sexuales de los adolescentes, y aumentó el uso de condones. Se realizó una encuesta cuasiexperimental, con brazo de comparación, con un pretest en primer año de secundaria (12 a 13 años), y dos posttest: después de la intervención (15 a 16 años) y dos años después (17 a 18 años). Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas, de conocimientos, actitudes, habilidades y comportamiento sexual. Y como resultado se observó que hubo un mayor incremento de conocimientos en el brazo de intervención en ambos postests, y un incremento de habilidades en el primer posttest. Los adolescentes del brazo de

intervención reportaron menos prácticas con penetración y mayor uso de condón la primera vez (10).

Gonzalez E. y Molina T. (Chile, 2019). En su estudio titulado: Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Tuvo como objetivo analizar la asociación entre inicio sexual en contexto de sexo casual y comportamientos de riesgo en la salud sexual y reproductiva en adolescentes. Estudio transversal y analítico en una población adolescente de ambos sexos. Se analizó la asociación entre edad inicio relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de método anticonceptivo y variables personales y familiares seleccionadas. Las variables personales y familiares asociadas al inicio sexual en un contexto de sexo casual fueron: tener escolaridad básica, menor mediana de notas, antecedente de repitencia, proyectos académicos futuro solo terminar enseñanza media o secundaria, malas relaciones familiares, y disfunción familiar. Los comportamientos de riesgo en salud sexual en adolescentes de ambos sexos, que iniciaron actividad sexual en un contexto de relación de sexo casual fueron: inicio sexual más temprano, no uso de métodos anticonceptivos y mayor número de parejas sexuales (11).

Wolf H. et al (Uganda, 2018), en su trabajo de investigación titulado: La eficacia de una intervención de educación sobre salud reproductiva para adolescentes en Uganda. Cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa educativo para aumentar y retener el conocimiento sobre las ITS y los métodos anticonceptivos entre los adolescentes ugandeses, aplicado a 129 adolescentes (de 15 a 19 años), tuvo como resultado que al inicio del estudio, los puntajes promedio de las pruebas de conocimiento sobre las ITS y los métodos anticonceptivos eran del 72% y el 44%, respectivamente, los cuales mejoraron después de la sesión educativa , y el conocimiento se retuvo 3 semanas después, concluyendo que los adolescentes ugandeses no tienen una educación adecuada con respecto a las ITS y a los métodos anticonceptivos y que la implementación de módulos de salud reproductiva por un tercero puede ser efectiva para mejorar el conocimiento (12).

Alfonso L. y col. (Cuba, 2017), en su investigación titulada: Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Estudio realizado en base a revisiones bibliográficas de artículos científicos actualizados. Encontraron como un denominador común que las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes se convierten en determinantes de su salud, que a su

vez están determinadas por factores intrínsecos y extrínsecos que pueden generar falta de control de la situación que se pueda presentar, infecciones de transmisión sexual, entre ellas al VIH, así como embarazos no deseados. Concluyendo que es vital realizar prevención temprana de conductas sexuales de riesgo en adolescentes a través de programas de intervención con énfasis en el fortalecimiento de la Educación Integral de la Sexualidad a partir de la promoción de conductas sexuales saludables (13).

Heredia A. y Rodríguez A. (México, 2017). En su estudio titulado: La educación sexual escolar... ¿Funciona? Tiene como objetivo hacer una comparación de cómo se imparte la educación sexual en México y en otros países, en especial, en las últimas décadas. En la que se evidenció que la educación ofrecida a los adolescentes en la escuela, reduce, grandemente, la sexualidad al coito, y por ese motivo, se focaliza en los genitales y en la prevención de embarazos y de infecciones, que tampoco se ha logrado en México, además de que lleva a comportamientos de alto riesgo y a perpetuar creencias como la idea de que no es posible quedarse embarazada durante la menstruación; o que no es posible quedarse embarazada la primera vez que se practica el coito; o la de basar la masculinidad en el desempeño sexual y ostentar una gran variedad de parejas sexuales (14).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (Francia, 2017). En este país desde 1973 se imparte educación sexual a estudiantes de 6 a 16 años abordando temas como función biológica, orientación sexual, cambios sociales, sexuales y emocionales ligados a la adolescencia, también se incluyen temas de anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Este país europeo, no registra datos sobre abuso sexual a menores y respecto a embarazos adolescentes, registra de cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años se producen 23 embarazos al año (6).

Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación. (Estonia, 2017). En este país la educación sexual representa el 18% de su plan de estudios obligatorio dirigido a estudiantes entre 7 y 14 años, en las que se incide en la prevención de los comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales. Un informe de la Unesco sobre beneficios de impartir educación sexual en Estonia indica que los índices de embarazos no deseados en menores de edad se han reducido en promedio un 60 % desde su implantación (6).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Fernández M. (Lima, 2020). En su tesis titulada: Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú, análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020. Que tuvo como objetivo Analizar los factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú. Se determinó que el embarazo adolescente se encuentra asociado significativamente al sistema educativo, existiendo 7,9 veces mayor probabilidad de ocurrir un embarazo adolescente si no se asiste al sistema educativo. En adolescentes entre 12 a 19 años, la prevalencia de embarazo en el Perú fue de 1,2%, de ellas 19,3% residían en la selva y 29,7% de zona rural. Los factores sociales fueron no asistir al colegio (81%), estar casada o conviviendo (58,2%) y consumo de alcohol (8,9%). Los factores obstétricos fueron no recibir información sobre MAC por el centro de salud (26,1%), e iniciar MAC siendo madre (3,8%) (15).

Gutiérrez M. y Purguaya D. (Arequipa, 2018). Realizaron un trabajo de investigación titulado: Efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Mariscal Orbegoso, provincia La Unión departamento de Arequipa, 2017. Cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento de los adolescentes antes y después de la intervención, la cual fue aplicada a 47 adolescentes. Los resultados de dicho estudio mostraron que antes de la intervención el 76,6% presentó un nivel de conocimiento medio, y después de ésta, el 61,7% presentó un nivel de conocimiento alto, concluyendo que dicha intervención tuvo un efecto positivo porque presento una diferencia estadística significativa ($P < 0.05$) (16).

Ministerio de salud (Lima, 2017). El 19,7% de los alumnos de secundaria refirieron haber tenido sexo en algún momento en su historia. En medio de éstos alumnos, 46,7% tuvo su primera interacción sexual previo a los 14 años, dichos porcentajes son más elevados entre los varones 28,3% tuvieron sexo y de ellos 50,9% previo a los 14 años, que en medio de las damas 11,1% tuvieron sexo y 36,1% previo a los 14 años. Según Dichos datos, el 9,2% de los estudiantiles de secundaria han tenido su primera interacción sexual previo a los 14 años de edad, el 14,4% de los varones y el 4,0% de las damas. Es fundamental nombrar que 9,1% refieren haber tenido sexo con 2 o más personas en su historia, este porcentaje es 7 veces más grande

en varones que en damas (15,6% y 2,6% respectivamente). Asimismo, solo el 64,3% de los que han tenido sexo, en los últimos 12 meses, usaron condón, aunque un 38,9 % refieren haber usado otro procedimiento anticonceptivo (17).

Quispe M. (Lima, 2017). En el estudio de investigación los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en las gestantes adolescentes que acuden al servicio de adolescencia en el Instituto Nacional Materno Perinatal (231 encuestadas), se encontraron entre Medio (79%) a Alto (15%), acerca de los conocimientos sobre la fisiología reproductiva, el reconocimiento de los días fértiles en una mujer, un 82,7% de las gestantes adolescentes respondieron incorrectamente, con respecto a los métodos anticonceptivos un 58,4% de las gestantes adolescentes respondieron correctamente, en el presente estudio se halló que, en lo que respecta a las conductas sexuales, las gestantes adolescentes iniciaron relaciones sexuales menor igual a 16 años en un 80,1%, El número de parejas sexuales encontrado en las gestantes adolescente fue de dos a más parejas sexuales en un 58% (18).

Andrade A. y Zena A. (Lima, 2017). En su tesis titulada: Conocimientos y Prácticas Sobre Sexualidad de los Adolescentes del CLAS “Laura Caller” de Los Olivos, 2016, cuyo objetivo fue evaluar la relación que existe entre los conocimientos y prácticas sobre sexualidad que tienen los adolescentes del CLAS “Laura Caller” de Los Olivos, 2016. Un estudio de tipo cuantitativo no experimental, con un diseño descriptivo correlacional, transversal, con una población de 71 adolescentes de 12 a 17 años, seleccionados por muestreo aleatorio simple, adolescentes usuarios que acuden al Servicio de Obstetricia del CLAS “Laura Caller” de los Olivos, se aplicó un instrumento de tipo cuestionario que incluyen 20 ítems con respuestas dicotómicas (Si, No). Como resultados se obtuvo que el 42,3% tuvo un conocimiento alto sobre educación sexual, 45,1% un nivel medio y 12,7% un nivel bajo, de estos el 57,7% refirió tener un comportamiento sexual adecuado, el 31% u comportamiento sexual regular, y el 11,3% un comportamiento sexual inadecuado (19).

Antecedentes locales

Linares B. y Mantilla L. (Cajamarca, 2021). En su estudio, Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 14 a 17 años del distrito de Cajamarca, 2021, se determinó un nivel medio de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de acuerdo con el 5,2% de adolescentes de 14 a 17 años, se

determinó, también, las características generales de los adolescentes; hallándose que la edad mayoritaria es de 17 años, son en un 55% mujeres, el 71% tiene enamorado el 60% ha tenido o tiene relaciones sexuales, el 70% son católicos y el 50% señala informarse a través de medios de comunicación, se determinó, también, un nivel medio de conocimientos en anatomía, fisiología sexual y reproductiva de acuerdo con el 57,7% de adolescentes, un nivel medio de conocimientos en prevención de infecciones de transmisión sexual de acuerdo con el 52,6% de adolescentes, y un nivel medio de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de acuerdo con el 55,1% de adolescentes. (20)

Pérez L. (Cajamarca, 2019). En su estudio, Nivel de conocimiento sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 4° y 5° de educación secundaria, según características socioculturales en la institución educativa san juan bautista - San juan -Cajamarca -2019, determinó que del 100% de adolescentes, la gran mayoría (90,0%) a iniciado su vida sexual. Las edades de inicio de vida sexual oscilan entre los 15 y 17 años (adolescencia media) con un 50,0%. Asimismo, cabe mencionar que una cifra elevada (49,0%) tubo su inicio de relaciones sexuales teniendo una edad menor a los 14 años (adolescencia temprana), de los cuales el 91,0% fue con consentimiento, no obstante, cabe recalcar que existe un 9,0% que fue sin su consentimiento. En relación a la frecuencia de las relaciones sexuales se obtuvo que 51,0% de adolescentes mantienen a veces dichas relaciones, 50,0% mantiene relaciones sexuales con una sola pareja y la otra mitad (50,0%) mantiene relaciones con más de una pareja sexual, (21).

Teorías sobre el tema

1.1. EDUCACIÓN SEXUAL

1.1.1 Sexualidad

Entendemos la sexualidad desde una visión integral, como consustancial al ser humano, propulsora de los vínculos afectivos y la socialización, en la cual se articulan las dimensiones biológica reproductiva, socio-afectiva, ética y moral; todas ellas relacionadas plena, formando una unidad dinámica durante la vida de las personas. Asimismo, la sexualidad se expresa mediante los afectos, la identidad, la intimidad, el amor, la reproducción, la familia, el bienestar, las relaciones con los demás y los papeles.

1.1.2. Educación Sexual Integral (ESI)

La ESI, es una acción formativa presente a lo largo del proceso educativo, que coopera al desarrollo de conocimientos, habilidades y reacciones para que las y los alumnos valoren y asuman su sexualidad, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes con los otros. Tiene como finalidad primordial que la población de alumnos tenga aprendizajes significativos para el ejercicio de una sexualidad sana, placentera y responsable en el entorno de interrelaciones interpersonales democráticas, equitativas y respetuosas. Esto involucra que el personal docente efectúe ocupaciones pedagógicas pertinentes para el autoconocimiento, la autoestima, el respeto recíproco, la soberanía y la toma de elecciones, en la formación integral de las y los alumnos. En este sentido, la ESI procura contestar correctamente a las necesidades variables de las y los alumnos, tanto hombres como mujeres, fortaleciendo su soberanía, aspecto necesario para el logro de un desarrollo integral pleno. Asimismo, pertenece a la enseñanza ciudadana que concibe a todo individuo, en particular, a todo infante, niña, joven y chico, como individuo de derechos, capaz de aceptar progresivamente responsabilidades, tomar elecciones y entablar comunicaciones eficaces con los individuos de su ámbito. En ese sentido, la ESI promueve que las y los alumnos desarrollen conocimientos, reacciones y valores que les permitan crecer como personas y reforzar sus vínculos solidarios y equitativos con los otros, para contribuir activamente a la obra de ámbitos democráticos e inclusivos, en las colaboraciones que instituye en el marco social y cultural en el cual permanecen inmersos.

Al final, es fundamental señalar que, la ESI enfoca su atención en el desarrollo sexual sano de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, teniendo presente las particularidades de cada fase de desarrollo. Al respecto, se estima que ellas y ellos manifiestan un desarrollo sexual sana una vez que:

- a) Hallan en su sexualidad una fuente de confort y placer por medio de la expresión auténtica de sentimientos y afectos.
- b) Valoran y cuidan su cuerpo humano, así como, la salud y la paz de los individuos que los rodean.
- c) Expresan en su comportamiento las propiedades propias de la sexualidad correspondientes a la fase del periodo esencial que les toca vivir.
- d) Son agentes de su propio cuidado y desarrollo sexual, habiendo fortalecido componentes de custodia que les permitan anticiparse y evadir comportamientos y situaciones de peligro.
- e) Poseen comportamientos causantes, libres de prejuicios y toman elecciones de forma autónoma.
- f) Son conscientes de sus actos y anhelos, aceptando una reacción crítica y reflexiva ante las prácticas y representaciones sociales que sus entornos socioculturales establecen con en interacción a la sexualidad.
- g) Buscan y reciben información actualizada y científica con en relación a temas de enseñanza sexual.
- h) Construyen espacios de relación democrática y de respeto a los derechos humanos.

La iniciativa pedagógica de ESI hace viable que las y los alumnos adquieran aprendizajes básicos que permitan la expresión de una sexualidad sana. Dichos aprendizajes básicos para la ESI se fundamentan en las magnitudes biológicareproductiva, socio-afectiva, ética y moral. Para el logro de dichos aprendizajes, se tienen que implementar tácticas pedagógicas innovadoras, importantes y pertinentes que respondan a la verdad socio-cultural de las y los alumnos.

1.1.3. Dimensiones de la sexualidad

Los aprendizajes a conseguir por las y los alumnos, para la expresión de una sexualidad sana, responsable y placentera, necesitan tener en cuenta las próximas magnitudes, las mismas que siendo parte de una unidad dinámica e integradora, por causas didácticas, expondremos después de manera separada.

1. Magnitud biológica- reproductiva: Comprende todos los puntos involucrados con la anatomía y fisiología que permiten la expresión de la sexualidad, incluye el razonamiento del desempeño de los órganos corporal que intervienen en la contestación sexual humana. Se unen en esta magnitud las preguntas en relación con el desarrollo sexual en las diversas fases del periodo esencial. Forman parte de esta magnitud los puntos involucrados con la reproducción humana, que comprende: la actividad sexual coital, los procedimientos de idealización familiar, la fertilización, la gestación, el parto, entre otros. El razonamiento de esta magnitud de la sexualidad por los alumnos, hombres y féminas, es necesaria para que comprendan el desempeño de su cuerpo humano, sepan cómo cuidarlo y valorarlo para mantenerlo sana, así como para prevenir el embarazo en la juventud, y la compra de infecciones de transmisión sexual, que tienen la posibilidad de impedir el desarrollo de una vida estable.
2. Magnitud socio-afectiva: Involucra los vínculos afectivos y emocionales que se establecen en el proceso de relación con otras personas, y que ofrecen el sello característico a la expresión de la sexualidad humana. de esta forma, puesto que, la magnitud socio – emocional de la sexualidad integra componentes psicológicos (emociones, sentimientos, reacciones personales) con componentes socio – culturales (características del ámbito social y cultural). El razonamiento de esta magnitud de la sexualidad por las y los alumnos es necesario para entender la variedad de expresiones de la vida emocional y emocional de una sexualidad sana y plena, así como el valor de edificar espacios parientes de convivencia democrática que favorezcan el ejercicio de los derechos.

3. Magnitud ética y moral: Comprende la meditación sobre los valores y las reglas que ofrecen sentido a la interacción que el o la alumno instituye con las demás personas. Esto involucra el reconocimiento, asentimiento y valoración del otro. Involucra además el desarrollo del juicio crítico, con el objetivo de poder orientar la conducta en una dirección beneficiosa para sí mismo y para otros. El razonamiento por el o la alumno de esta magnitud de la sexualidad, es primordial para que comprenda el valor de aceptar la responsabilidad de las elecciones que tome sobre el ejercicio de su sexualidad. Asimismo, esta magnitud alude al respeto por la pluralidad de creencias, como además por el ejercicio de una independencia de conciencia conforme con los derechos humanos.

1.1.4. Enfoques de la Educación Sexual Integral

La ESI se desarrollará teniendo en cuenta los siguientes enfoques.

1. Los derechos humanos como marco axiológico y ético de la sexualidad

Los derechos humanos se definen como facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tienen las personas, y se basan en el desarrollo pleno de sus potencialidades. Son universales, inalienables, interdependientes, indesligables e indivisibles. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos constituyen un aspecto central de los derechos humanos y, desde su especificidad, comprometen la responsabilidad pública e individual de las personas de alcanzar una educación integral, bienestar, autonomía, capacidad de tomar decisiones libres y responsables; así como planificar y decidir sobre los aspectos que conciernen a su sexualidad.

2. Desarrollo humano como campo de integración entre lo individual y social

El desarrollo humano integral implica el desarrollo físico, socio-afectivo, emocional, intelectual, ético, moral y sexual de las personas. Nos refiere al desarrollo de los individuos a través de las etapas de su ciclo vital, es decir, alude a los cambios cualitativos y cuantitativos que ocurren en la persona desde el momento de la concepción, hasta el de su muerte. Cabe señalar que este desarrollo individual siempre está enmarcado en procesos de carácter histórico, social y cultural.

En ese sentido, el desarrollo humano nos refiere al proceso de expansión de capacidades y derechos de las personas, dentro de un marco de igualdad de oportunidades, en el cual, todas y todos pueden progresar con plenitud y en libertad. Esta concepción de desarrollo implica una comprensión de las personas como portadoras de necesidades y de potencialidades, metas y derechos que deben ser atendidos; no sólo en lo referido a la subsistencia y la protección sino también en cuanto a las necesidades y capacidades de libertad, creatividad, afecto, identidad, trascendencia y sentido.

3. Interculturalidad, diversidad y encuentro

La ESI de calidad, reconociendo la complejidad social y cultural de nuestro país, y partiendo de un marco de respeto a los derechos humanos, adopta una perspectiva intercultural que toma en cuenta y valora las diferentes cosmovisiones, costumbres y prácticas referentes a la sexualidad, y constituye una estrategia formativa para el desarrollo integral de las personas, con espacios de diálogo, convivencia y encuentro.

La interculturalidad, como concepto, permite abordar críticamente la diversidad de los procesos culturales y la modalidad de sus intercambios, adoptando el paradigma de la relación intersubjetiva, es decir, del diálogo. Se trata de una relación que coloca a los interlocutores en un mismo nivel de valoración y reconocimiento, involucrándolos en un diálogo mutuamente gratificante y enriquecedor y se orienta a generar actitudes de respeto recíproco e interacciones mutuamente enriquecedoras.

En ese sentido, una propuesta intercultural bien entendida intenta eliminar las actitudes y conductas etnocéntricas y racistas que caracterizan a la sociedad peruana en su conjunto, y ofrece pautas que preparan a los individuos y grupos sociales para desarrollar una valoración positiva de la diversidad cultural y para entender y manejar adecuadamente los conflictos que surjan del contacto entre culturas, apuntando a superar la discriminación y la exclusión. “La educación intercultural asume la diversidad cultural y el mecanismo de la interacción dialógica como recursos potentes para la construcción de sociedades realmente democráticas y para el desarrollo de procesos educativos pertinentes y significativos”.

4. Equidad de género, igualdad desde la diversidad

La noción de género refiere a la construcción social cultural –que define valoraciones, comportamientos, funciones, oportunidades y cuotas de poder para mujeres y hombres–, basada en las diferencias sexuales. Dichas percepciones y prácticas socioculturales organizan las relaciones sociales y de poder en un grupo humano en un determinado contexto y época.

La equidad es la ausencia de disparidades implicando la misma oportunidad para mujeres y varones de gozar de condiciones de vida similares. La equidad de género trata de eliminar las brechas entre varones y mujeres que impiden la igualdad de oportunidades económicas, políticas, de acceso a la educación, a los recursos y a los servicios básicos de una sociedad. En consecuencia, las acciones de la Educación Sexual Integral deben contribuir a garantizar que mujeres y hombres ejerciten sus derechos en igualdad de condiciones, teniendo las mismas oportunidades, empoderándolos, desde la niñez, con el fin de desarrollar competencias, habilidades y actitudes que les permitan el desarrollo pleno, en todas sus dimensiones, disminuyendo las desigualdades que afectan en especial a la mujer, y potenciando relaciones armoniosas entre ambos géneros.

OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

1. Objetivo general

Conseguir a lo largo del proceso formativo correspondiente a la Enseñanza Elemental que las y los alumnos se desarrollen como personas autónomas y causantes, con conocimientos, habilidades, reacciones y valores que les permitan ejercer su derecho a la sexualidad integral, sana, responsable y placentera, que estima las magnitudes biológica-reproductiva, socio-afectiva, ética y moral, en el entorno de colaboraciones particulares democráticas, equitativas y respetuosas.

2. Objetivos específicos

Desarrollar habilidades, reacciones y valores en las y los alumnos, que les permitan:

- Conocer e detectar los puntos biológicos, fisiológicos y reproductivos involucrados con la sexualidad humana.

- Reconocer, examinar y manifestar afectos y emociones como parte de su desarrollo sexual sana.
- Tomar elecciones autónomas, con responsabilidad y asertividad, respecto de su sexualidad como agentes de su propio cuidado y desarrollo sexual. Respetar y ver su sexualidad como parte del ejercicio de sus derechos, y de los otros, que incluye el respeto a los valores particulares.

Aprendizajes Básicos para la Educación Sexual Integral

Los aprendizajes básicos que a continuación presentamos han sido propuestos para orientar a las y los docentes en su práctica pedagógica, de manera tal, que puedan contribuir a que las y los estudiantes del nivel de educación primaria y secundaria, se formen como personas autónomas, respetuosas de los derechos de los demás y, por tanto, responsables en el ejercicio de su sexualidad. Estos aprendizajes pueden ser diversificados a partir del diagnóstico de cada Institución Educativa, en concordancia con la realidad institucional, local y regional.

Nivel	Aprendizajes básicos
Educación secundaria	Reconoce, acepta y valora sus cambios corporales, en el marco de su identidad sexual y de género.
	Comprende y valora la importancia de las relaciones equitativas en las interacciones con la pareja, familia y comunidad.
	Analiza críticamente mitos, creencias, tabúes y estereotipos de género construidos en torno a la sexualidad.
	Reflexiona sobre la importancia del vínculo afectivo-emocional en el enamoramiento y toma de decisiones saludables para la vida en pareja.
	Comprende la importancia de una vida saludable evitando situaciones y comportamientos de riesgo que pueden afectar el desarrollo de una sexualidad saludable.
	Reflexiona sobre sus capacidades y expectativas, planteándose un proyecto de vida, con autonomía y seguridad en su propia elección.
	Valora su condición de ciudadano y ciudadana, ejerciendo sus derechos y deberes en los diferentes ámbitos de participación social: familia, escuela y comunidad

Aprendizajes Básicos por Ciclo de Estudio y según Dimensiones

Dimensiones Aprendizaje	CICLOS	BIOLÓGICA- REPRODUCTIVA	SOCIO-AFECTIVA	ÉTICA Y MORAL
Reconoce, acepta y valora sus cambios corporales, en el marco de su identidad sexual y de género.	VI	Identifica los cambios físicos, biológicos y fisiológicos que ocurren en la adolescencia	Expresa sentimientos positivos en relación a sus cambios corporales. Reconoce su identidad sexual y de género. Expresa una actitud positiva hacia el cuidado de su cuerpo.	Respeta a sus compañeras y compañeros, sin distinción de género ni a causa de su condición física.
	VII		Establece su identidad sexual en un marco de relaciones equitativas. Construye una imagen corporal de sí misma o sí mismo, aceptando los cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos en la adolescencia.	Reconoce su condición de ser adolescente y se valora como sujeto de derechos.
Comprende y valora la importancia de las relaciones equitativas en las interacciones con la pareja, familia y comunidad.			Establece relaciones asertivas con las personas de su propio sexo y del sexo opuesto, en las interacciones que establece con ellos. Comparte roles en el marco de relaciones equitativas en el hogar, escuela, trabajo y comunidad.	Acepta y valora la importancia de promover relaciones equitativas entre varones y mujeres. Valora la importancia de las normas para la convivencia en el seno de las relaciones familiares y de pareja. Respeta a sus pares, familiares y comunidad en las relaciones interpersonales que establece.

Dimensiones Aprendizaje	CICLOS	BIOLÓGICA- REPRODUCTIVA	SOCIO-AFECTIVA	ÉTICA Y MORAL
Analiza críticamente mitos, creencias, tabúes y estereotipos de género construidos en torno a la sexualidad.	VII		Toma conciencia de la importancia de promover relaciones equitativas entre varones y mujeres.	Valora la importancia de los roles de género para promover relaciones familiares democráticas.
	VI		Analiza y cuestiona los mensajes sobre la sexualidad que difunden los medios de comunicación. Expresa su punto de vista en relación a la masturbación, en el contexto de las creencias, sentimientos, actitudes y prejuicios existentes al respecto en su medio.	Emite juicio sobre los estereotipos de género que propician actitudes de violencia hacia la mujer. Asume una posición crítica reflexiva frente a los mitos y creencias que dificultan una relación mutuamente satisfactoria y en equidad, en la pareja. Analiza críticamente los estereotipos de género

				y el ejercicio de la sexualidad en diferentes contextos culturales.
	VII	Conoce los fundamentos científicos que sustentan el ejercicio de una sexualidad saludable. Conoce las características biológicas y fisiológicas de las relaciones sexuales, y su relación con mitos y tabúes.	Acepta la integración de la afectividad en el ejercicio de la sexualidad. Se expresa libremente en relación a los mitos y tabúes existentes en su medio, asociados a las relaciones sexuales.	Examina críticamente el impacto que tiene en la sexualidad la existencia los estereotipos de género, mitos y creencias asociados a la sexualidad.
Comprende y valora la importancia de las relaciones equitativas en las interacciones con la pareja, familia y comunidad.	VI	Identifica la relación existente entre los cambios fisiológicos en la adolescencia y el enamoramiento. Identifica las repercusiones corporales negativas del maltrato físico y el abuso sexual.	Comparte vivencias, sentimientos y opiniones en torno al enamoramiento. Reconoce las consecuencias emocionales negativas que genera la violencia en las relaciones de pareja y, en general, con las demás personas de su entorno.	Reflexiona sobre la toma de decisiones en forma autónoma y responsable respecto a la sexualidad. Rechaza el maltrato físico y el abuso sexual considerándolos como violación de los derechos. Valora la importancia de asumir compromisos para erradicar todo tipo de violencia, en especial, el abuso sexual y la violencia basada en género.

Dimensiones	CICLOS	BIOLÓGICA- REPRODUCTIVA	SOCIO-AFECTIVA	ÉTICA Y MORAL
Aprendizaje		Conoce los métodos de planificación familiar y sus efectos en el organismo.	Asume una posición responsable frente a la maternidad y paternidad. Expresa su opinión con relación a los diferentes métodos de planificación familiar. Manifiesta la importancia de la comunicación asertiva y respetuosa con su pareja, en aspectos de su sexualidad.	Reflexiona con respecto al inicio de las relaciones sexuales, fortaleciendo la responsabilidad en la toma de decisiones en los adolescentes.
Comprende la importancia de una vida saludable evitando situaciones y comportamientos de riesgo que pueden afectar el desarrollo de una sexualidad saludable.		Discrimina señales de alarma relacionadas con el funcionamiento del cuerpo, en situaciones de abuso sexual y otras formas de violencia.	Asume una posición reflexiva frente a la iniciación sexual en la adolescencia. Conoce pautas para enfrentar situaciones de acoso, hostigamiento y abuso sexual. Manifiesta su rechazo contra todas las formas de violencia que afectan a las personas.	Cuestiona toda forma de maltrato y violencia contra las niñas, niños y adolescentes como una vulneración de sus derechos. Establece compromisos de lucha contra el abuso sexual y explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.
		Conoce el riesgo y el daño a la salud de las infecciones de transmisión sexual.	Expresa la importancia de la construcción de vínculos afectivos y de responsabilidad con el otro, en la relación de pareja.	Valora el respeto, la ayuda mutua y el cuidado del otro en la relación de la pareja. Establece compromisos de promoción de estilos de vida saludable relacionados con la sexualidad.
Reflexiona sobre sus capacidades y expectativas, planteándose un proyecto de vida, con autonomía y seguridad en su propia elección.	VI		Acepta el desarrollo de sus habilidades personales como expresión de su autonomía, y explica sus expectativas de vida a las demás personas.	Valora sus habilidades y capacidades personales que contribuyen al bienestar y desarrollo de su familia y comunidad.

	VII		Plantea su proyecto de vida, sobre la base del diálogo de sus intereses y metas, con autonomía y proyección social.	Valora el desarrollo de una visión de futuro que favorezca su propia vida y la de los demás. Toma decisiones responsables sobre su sexualidad, que favorezcan al desarrollo de los objetivos de su proyecto de vida.
Valora su condición de ciudadano y ciudadana, ejerciendo sus derechos y deberes en los diferentes ámbitos de participación social: familia, escuela y comunidad.	VI		Manifiesta la importancia del respeto a sus derechos, que incluye el derecho a una vida sexual plena y saludable. Desarrolla una actitud positiva hacia las diferencias entre las personas, y las ubica en el marco de los derechos humanos.	Reconoce y respeta los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos
	VII			

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PEDAGÓGICAS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

La implementación de una ESI con calidad científica, ética y con equidad, requiere tener claridad respecto a los aprendizajes que se quieren desarrollar en cada miembro de la sociedad educativa. Con tal fin, debe partir del análisis de la situación de la educación sexual en las instituciones educativas. Los cuadros que siguen luego presentan ciertos de los problemas localizados para la implementación de la educación sexual integral en los directivos, docentes, estudiantes, padres y madres de familia. Además, presentan una idea de aprendizajes a desarrollar con la implementación de la Educación Sexual Integral e indicadores que permiten evaluar el logro de dichos aprendizajes. Los cuadros son referenciales, cada centro educativo deberá hacer su propio diagnóstico, entablar los aprendizajes que requieren desarrollar, así como los indicadores para su evaluación (22).

Condiciones para el desarrollo de la Educación Sexual Integral en las instituciones educativas

1. Clima institucional positivo

Un clima institucional correcto es condición elemental para la utilización y triunfo de la iniciativa de enseñanza sexual integral. Este clima debería ser capaz de impulsar una convivencia democrática, donde las y los alumnos, las autoridades y las y los maestros reflejen de forma directa en sus reacciones y comportamientos, los valores enunciados en el ideario de las II.EE. No debemos

olvidar que la enseñanza sexual se realiza tanto por el currículo explícito como por el currículo “oculto”, o sea, el de los códigos no verbales en las relaciones y la comunicación diaria.

2. Liderazgo democrático

Esta iniciativa requiere disponer de una dirección; o sea, con un director o una directora que lidere la administración democrática. El liderazgo pedagógico debería ser visible; la autoridad moral debería ser incuestionable; la rendición de cuentas debería ser transparente y no dejar espacios a las especulaciones y los malos comprendidos.

3. Equipo profesor bien conformado

Otro requisito para el desarrollo conocido de un programa de ESI es la conformación de un equipo maestro “bien formado”, no sólo “bien capacitado”. Esto necesita un trabajo que involucre puntos involucrados a la personalidad del profesor, así como sus competencias didácticas y sus conocimientos sobre la sexualidad. Asimismo, un óptimo equipo maestro suele ser un grupo de expertos suficientemente motivados, que gozan de su trabajo.

4. alumnos motivados e relacionados

Es fundamental ver a las y los alumnos participando activamente en el proceso pedagógico en el marco del ejercicio del derecho a la información y formación en sexualidad, afectividad e interrelaciones humanas. Asimismo, empoderados para la autoprotección, el cuidado de su salud y la toma de elecciones con asertividad sobre sus comportamientos sexuales. Este proceso además está diseñado para apoyarse en el interaprendizaje o “aprendizaje entre pares”. Todo lo dicho debería construirse sobre la base de un clima institucional democrático.

5. Papás y madres de familia involucrados

Es de esencial trascendencia estrechar las interacciones con los papás y madres de familia, hacer que las interrelaciones de la I.E. con ellos y ellas sean más cercanas, participativas y cálidas. La colaboración de los papás y madres de familia en asuntos que competen a la enseñanza de los hijos e hijas es importante, muchísimo más una vez que hablamos de la enseñanza sexual, labor que comparte con el colegio (22).

1.2. COMPORTAMIENTO SEXUAL

1.2.4. DEFINICIÓN:

El comportamiento es el modo en el cual se actúa, la manera de tener relación. El comportamiento es la manera en que se realizan las cosas, se trata a los otros, se resuelve la vida cotidiana, se dictamina sobre cualquier tema.

Un comportamiento o comportamiento dádivoso es ese en el cual el individuo que lo declara muestra interés por lo que pasa a su alrededor, actuando debido a lo cual, movilizándose para agradar, saciar o solucionar un problema a otra(s) persona(s).

Todo comportamiento tiene sus raíces en las reacciones y creencias que dicha persona ha desarrollado y adoptado para manejarse en la vida. Pese a que un comportamiento logre ser casi automático, pues apenas es necesario pensar en lo cual se desea hacer, bastando unos segundos para reaccionar, no obstante, detrás de él existe una reacción y una religión que lo motivan.

La conducta sexual se nutre además de toda una gama de reacciones y creencias respecto del sexo. Si se estima que las colaboraciones coitales son sanas, simpáticas, divertidas, enriquecedoras y que satisfacen, posiblemente se adoptará una reacción proactiva y positiva, y paralelamente va a ser un comportamiento de manera abierta, extrovertida, curiosa y alegre en relación a ellas.

No hay ningún comportamiento sexual que no tenga detrás una razón actitudinal que lo explique. Los comportamientos pasivos, falsos, insatisfactorios, insanos, conflictivos e inclusive delictivos, permanecen involucrados con reacciones y creencias de las mismas propiedades. El comportamiento es el modo en el cual se actúa, la manera de tener relación. El comportamiento es la manera en que se realizan las cosas, se trata a los otros, se resuelve la vida cotidiana, se dictamina sobre cualquier tema.

Un comportamiento o comportamiento dádivoso es ese en el cual el individuo que lo expone muestra interés por lo que pasa a su alrededor, actuando por lo cual, movilizándose para agradar, saciar o solucionar un problema a otra(s) persona(s).

Todo comportamiento tiene sus raíces en las reacciones y creencias que dicha persona ha desarrollado y adoptado para manejarse en la vida. Pese a que un

comportamiento logre ser casi automático, ya que apenas es necesario pensar en lo cual se desea hacer, bastando unos segundos para reaccionar, no obstante, detrás de él existe una reacción y una religión que lo motivan.

La conducta sexual se nutre además de toda una gama de reacciones y creencias respecto del sexo. Si se estima que las interacciones sexuales son sanas, simpáticas, divertidas, enriquecedoras y que satisfacen, posiblemente se adoptará una reacción proactiva y positiva, y paralelamente va a ser un comportamiento de manera abierta, extrovertida, curiosa y alegre en relación a ellas.

No hay ningún comportamiento sexual que no tenga detrás una razón actitudinal que lo explique. Los comportamientos pasivos, equivocados, insatisfactorios, insanos, conflictivos e inclusive delictivos, permanecen involucrados con reacciones y creencias de las mismas propiedades (23).

1.2.5. Desarrollo psicosexual

Es el Psicoanálisis, con Freud como indicador, el que ha propuesto que la sexualidad surge a partir del origen y que a lo largo de las continuas fases de la niñez que diferentes regiones corporales dan gratificaciones especiales al sujeto, puesto que permanecen dotadas de una energía que busca placer, la libido.

Freud dice que la sexualidad genital madura es el resultado de un desarrollo sexual infantil que llamó pregenitalidad.

Para el psicoanálisis la libido es la energía sexual que realza con placeres específicos varias funcionalidades vitales como el ingerir, la regulación intestinal y el desplazamiento del cuerpo. "Solamente luego de haber resultado con éxito una determinada sucesión de aquellos usos pregenitales de la libido, la sexualidad del niño(a) alcanza una breve genitalidad infantil, que rápido se vuelve cada vez más latente, transformada y desviada, puesto que la maquinaria genital todavía es inmadura y los primeros objetos del quierro sexual inmaduro permanecen prohibidos para toda la vida por el tabú mundial del incesto" (24).

La sexualidad infantil es un proceso que se lleva a cabo gradual y paulatinamente y no posee las propiedades que le proveemos los adultos.

Al referirnos a sexualidad infantil se pretende reconocer la vida, en este periodo de la vida, de excitaciones o necesidades genitales precoces, así como además la mediación de otras regiones corporales (zonas erógenas) que buscan el placer (por ejemplo, la succión del pulgar) independientemente del ejercicio de una funcionalidad biológica (la nutrición). Es por ello que el psicoanálisis habla de sexualidad oral, anal, fálica, genital.

Es fundamental tomar en consideración que la sexualidad infantil se diferencia de la sexualidad joven y el maduro en que la primera tiene diversos metas sexuales y regiones erógenas que le sirven de soporte, sin que se instaure en modo alguno la primacía de una de ellas o una elección de objeto, en lo que la sexualidad muchacho y adulta se organiza bajo la primacía genital.

Todo ser humano pasa por las distintas etapas del desarrollo de la sexualidad, por lo cual en la adultez se hallan conductas que son vestigios y pruebas del paso por todas éstas.

A continuación, pasaremos a describir brevemente todas ellas.

Fase oral

Esta es la primera etapa de la evolución de la libido que va de los 0 a los 2 años de edad.

Esta etapa se puede dividir en 2:

En la primera, el niño(a) pasa la mayoría del tiempo durmiendo. Los períodos de atención consciente quedan limitados a vivencias de nutrición como apetito, lactación, saciedad, ruidos internos. Una vez que no se sacia alguna necesidad emergen emociones desagradables, lo cual produce las primeras vivencias de ansiedad en el recién nacido. Ansiedad por la carencia de provisiones vitales.

En esta etapa el placer sexual está ligado predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que sigue a la ingesta de alimentos.

Al nacer el niño(a) es privado de la simbiosis que mantenía con el cuerpo humano de su mamá, esto provoca que se ponga funcionando la capacidad y el fin del pecho, de la mamá y de la sociedad de alimentarlo. En esta etapa el niño(a) vive y ama por medio de la boca y la mamá lo transmite mediante los senos.

De esta coordinación entre mamá e hijo(a) resulta una alta recompensa en términos de placer libidinal. Por medio de la boca y el pezón se produce una atmósfera de calor y mutualidad que los dos, mamá e hijo(a), gozan plenamente y responden con la relajación (24).

El modo de acercamiento o de interacción con el otro es la adhesión, puesto que el recién "nacido" es dependiente de la entrega de sustancias de manera directa en la boca.

Inicialmente, la pulsión sexual se sacia mediante una funcionalidad fundamental, la ingesta de alimentos, empero más adelante consigue soberanía y por medio del chupeteo se sacia en forma auto erótica.

Entonces en este periodo la fuente de satisfacción es el área oral, el objeto de satisfacción está en estrecha interacción con el de la ingesta de alimentos, el fin u objetivo de esta etapa es la unión.

En la segunda parte de esta etapa "... la capacidad para aceptar una reacción más activa y dirigida, y el placer derivado de ella, se desarrollan y maduran (en el niño). Aparecen los dientes, y con ellos el placer inherente a morder cosas duras, que no ceden a la presión, en morder objetos blandos y en destrozarse con los dientes..."

Para Freud en esta primera etapa la libido está asociada con la necesidad de seguir estando vivo por medio de la succión de líquidos y la masticación de firmes. Sin embargo, no solo la ingestión de alimentos sacia la necesidad de respirar y crecer mediante la absorción. Estas maneras de erotismo oral permiten el desarrollo de maneras de interacción social: la función de obtener y tomar. Estas son maneras de autoconservación fundamental para la gente en este periodo de la vida (24).

Fase anal

La etapa anal es la segunda etapa de la evolución de la libido y puede posicionarse de los 2 a los 4 años de edad.

En esta etapa la libido se encuentra cerca del sector erógena anal, el objeto de satisfacción está ligado con la capacidad de defecación (expulsión – retención) y al costo simbólicos de las heces.

Para el niño(a) remover orines o heces es algo usual, natural y placentero, lo estima inclusive como una especie de "obsequio" que ofrecen al maduro, esto pues para él (ella) es como desprenderse a causa de su cuerpo humano y entregarlo a madre y a padre. Para el niño(a), las heces representan su construcción y le agrada su olor, textura y color.

El niño(a) debería aprender a coadyuvar con una persona más poderosa lo cual produce vivencia novedosas de satisfacción y ansiedad. La satisfacción procede de llevar a cabo los quiero de sus papás, avisar y mantener el control de. La ansiedad nace de la vergüenza y la desaprobación de los otros.

La funcionalidad autoconservadora del erotismo anal está dada por el proceso de evacuación de los intestinos y la vejiga y por el placer que produce el haberlo hecho bien. Este sentimiento de confort compensa, al principio de esta etapa, los recurrentes malestar y tensiones padecidos por el niño(a), a medida que sus intestinos aprenden a hacer su funcionalidad diaria.

Esta etapa se inicia, pues en el niño(a) aparecen excrementos mejor formados, el sistema muscular, se ha desarrollado y el medio social le demanda control de sus evacuaciones, introduciéndose de esta forma la magnitud de que él o ella tienen la posibilidad de bajar voluntariamente y que poseen la funcionalidad de alternar a voluntad los actos de guardar y expulsar.

El niño(a) obedece en esta etapa a fomento contradictorios que van a caracterizar su forma de actuar y de tener relación con los otros. Dichos son la retención y la supresión. Su aparición va a alternarse. El desarrollo del sistema muscular le da más grande poder al niño(a) sobre el medio ambiente que le circunda, puesto que consigue la capacidad para conseguir y tomar, para lanzar y empujar, para tomar posesión de cosas y para mantenerlas a cierta distancia. Esta fase se caracteriza por la contienda del niño(a) por su soberanía, comienza a ver el planeta como yo – tú, mí, mío. Es un niño(a) simple de convencer si él (ella) ha decidido hacer lo cual se espera de él (ella), sin embargo, es complicado de descubrir la manera de que quiera claramente aquello. El niño(a) simultáneamente desea acercarse y soltarse, juntar y descartar, aferrarse y lanzar. Por consiguiente, las interacciones sociales permanecen marcadas por la antítesis soltar – aferrarse.

Estas 2 primeras etapas de la sexualidad infantil se centran en el autoerotismo, en las etapas siguientes surge ya un objeto sexual externo al sujeto. Para Freud la entrada al objeto libidinal se da en forma sucesiva que va a partir del autoerotismo, el narcisismo, la votación homosexual y la votación heterosexual (24).

Fase fálica

Es la "etapa de organización infantil de la libido que sigue a las etapas oral y anal y se caracteriza por una unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales, sin embargo, a diferencia de la organización genital puberal, el infante o la niña no reconocen en esta etapa más que un solo órgano genitales, el varonil, y la contraposición de los sexos equivale a la contraposición fálico – castrado..."

En esta etapa es vivido el Complejo de Edipo, más o menos entre los 3 y 5 años de edad, su declinación muestra el principio del lapso la latencia. Este Complejo ejerce un papel importante en la estructuración de la personalidad y en la orientación del quierro sexual.

El Complejo de Edipo es el "grupo organizado de anhelos amorosos y hostiles que el infante experimenta en interacción a sus papás. En su forma llamada positiva, el complejo se muestra como en la histórica de Edipo Monarca: quiero de muerte del contrincante que es el personaje del mismo sexo contrario. En su forma negativa, se muestra, al contrario: amor hacia el progenitor del sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo contrario. Por cierto, estas 2 maneras se hallan, en diferentes grados, en la manera llamada completa del complejo de Edipo".

El infante se enamora de su mamá y abriga anhelos de muerte hacia el papá a quien ve como adversario y teme ser castigado con la castración por querer que éste desaparezca. La niña se enamora del papá y desea que la mamá se valla y se estima castigada por no tener miembro viril. Los dos quieren excluir a todos los otros de la interacción que poseen con el papá que es objeto de su amor.

Dichos anhelos de muerte o desaparición del papá del sexo contrario ocasionan un profundo sentimiento de culpa. Culpa por haber cometido un crimen que no

ocurrió y que biológicamente es imposible de hacer. Esta culpa inconsciente y la prohibición del incesto hacen que la persona desplace su idea y curiosidad hacia ideales deseables y metas prácticas e inmediatas, hacia la ejecución de cosas. De esta forma se olvida el Complejo de Edipo y el niño(a) entra en la latencia.

La persona experimenta una reviviscencia del Complejo de Edipo a lo largo de la pubertad y es superado, con más o menor triunfo con la votación de un objeto sexual.

Freud le asigna al Complejo de Edipo 3 funcionalidades primordiales que son:

La votación del objeto de amor, la cual está condicionada, luego de la pubertad, por la libido depositada en el objeto y las identificaciones llevadas a cabo a lo largo del Complejo de Edipo y la prohibición del incesto.

La entrada a la genitalidad que es dada por la resolución del Complejo de Edipo por medio de la identificación.

Efectos sobre la estructuración de la personalidad.

Freud estima que en esta etapa existe una organización bastante parecida a la del maduro, por lo cual la ubica como genital. El niño(a) escoge un objeto sexual externo y lidera hacia este objeto sus tendencias sexuales. Lo cual la diferencia de la organización sexual madura es que solamente reconoce como órgano genital el varonil.

A esta edad los niños(as) inician una actividad masturbatoria. Pasan mucho rato tocando sus genitales, no solo por el placer que les otorga, sino pues lo han descubierto y anhelan explorarlo y conocerlo.

Otra de las propiedades relevantes de esta fase es el hallazgo de que hay diferencias sexuales entre los individuos y que el niño(a) forma parte de un sexo definido. Este hallazgo ha podido haberse gestado en la interacción que el niño(a) poseía con sus papás y se profundiza ahora que se relaciona más con niños(as) de diferentes sexos y de su misma edad.

A esta edad, la sexualidad infantil se refiere a cómo hallan su pertenencia a definido sexo, cómo adquieren propiedades, conductas y comportamientos que

son distintivos de su sexo y de cómo reaccionan frente a las sensaciones de placer que brotan de su cuerpo humano.

El niño(a) encuentra que forma parte de un sexo ya que ha logrado un dominio suficiente sobre su cuerpo humano, que le posibilita explorar puntos de la vida que implican a los demás, por el momento no se le limita únicamente a él. Además, ya que la implementación del lenguaje le posibilita preguntar, mirar y pensar. El lenguaje le posibilita un diálogo interno que le lleva a averiguar y explorar.

Sin embargo, el desarrollo de su sabiduría le permite hacer comparaciones en medio de las cosas y clasificarlas. Puede distinguir entre un genital y otro y agrupar en una misma categoría a todos los que poseen miembro viril y diferenciarlos de los que poseen vagina. Comienza a clasificar a hombres y damas y él (ella) se incluye en uno u otro por comparación. El hallazgo del sexo lleva al niño(a) a explorar y conocer más. Esto lo hace por medio de 2 maneras:

PREGUNTAR: El niño(a) pregunta ya que quiere conocer más. Esto puede provocar ansiedad en los papás. De las respuestas que los adultos le den al niño(a) es dependiente que éste se forme una iniciativa adecuada o errónea de la sexualidad.

Los niños(as) buscan respuestas que no sean complejas, solo un poco de información, puesto que volverán sobre el asunto constantemente.

MANIPULAR: Es en este periodo una vez que el niño(a) comienza a tocar sus genitales por el placer que resulta de esto y con una forma de conocer más. Esta iniciativa de que el niño(a) se masturba puede provocar sensaciones incómodas en ciertos adultos.

En esta edad, el infante además puede ofrecer muestra de exhibicionismo (exhibición de los genitales), de voyerismo (mirar los genitales de otros) y de una curiosidad persistente por la anatomía de las personas del sexo contrario o del mismo. Estos comportamientos son típicos y no poseen las connotaciones que le da el maduro.

Al hallar el niño(a) que forma parte de un sexo definido, comienza a emular al progenitor de su mismo sexo. El infante se fija en el modelo varonil que tiene

más próximo, el papá y la niña en el femenino, la mamá. Ellos desean parecerse a sus padres.

Esta capacidad para emular es adquirida por el infante y la niña no solo pues encuentran que pertenecen a un sexo sino pues es una manera de entrar al papá del sexo contrario. En su preparación del Complejo de Edipo el infante y la niña "se proporcionan cuenta" de que pareciéndoseles al papá del mismo sexo tienen la posibilidad de conseguir que el papá del sexo contrario se "enamore" de él o ella. Una vez que surge la prohibición del incesto en la interacción papá – hija o mamá – hijo y la castración como castigo, el (la) reprime su quiero que el progenitor, para ya las propiedades culturales y comportamentales que caracterizan a cada sexo fueron adquiridas por el infante por medio de la imitación.

Entonces, el niño(a) aprende a actuar según su sexo, ya que la imitación le posibilita comprender aquellas conductas. El (ella) requieren emular las ocupaciones que hacen los papás ya que debería probar los diferentes comportamientos para aprender reglas de conducta adecuados para su sexo.

Por esta razón no se necesita forzar a los chicos (as) a que aprendan a ser hombres o damas. Ellos mismos, en su proceso de imitación irán aprendiendo a realizarlo sin necesidad de exigencias o imposiciones innecesarias. Lo fundamental es que los modelos por emular sean lo suficientemente adecuados.

Como en los periodos anteriores, la genital además añade una modalidad de relación social que es la conquista. El niño(a) aprende a conquistar, a competir, a insistir para conseguir una meta y esto le crea placer (24).

Período de latencia

Este lapso se halla entre la etapa fálica y la etapa genital, se inicia más o menos entre los 5 y 6 años de edad. Es un considerado como una fase en la que se detiene la evolución de la sexualidad, debido a que existe una disminución de las ocupaciones sexuales, se desexualizan las interrelaciones de objeto y de las emociones (predomina la ternura sobre los anhelos sexuales), aparecen sentimientos como pudor y asco y pretensiones morales y estéticas, se intensifica la represión, lo cual produce una amnesia al principio del lapso, se transforma la libido hacia los objetos en identificación con los papás y se dirige

la energía sexual hacia otras ocupaciones no sexuales como el análisis, el deporte, etcétera.

Esta canalización de la energía sexual le posibilita conseguir nuevos conocimientos y capacidades.

Pese a que existe una disminución de la actividad sexual constantemente los(as) niños(as) hablan de tener novio o novia y manifiestan sus preferencias al respecto.

Este lapso se inicia con la declinación del Complejo de Edipo.

Fase genital

Es la cuarta etapa del desarrollo, que se caracteriza por la organización de la libido cerca de las regiones genitales. Está formado de 2 tiempos, separados por el lapso de latencia: uno la etapa fálica (u organización genital infantil) y el segundo, la organización genital propiamente esa, que inicia en la pubertad.

Con la organización genital, las posibilidades de satisfacción libidinales de las etapas anteriores se unen y jerarquizan de manera definitiva, en los órganos genitales y el placer inherente a las regiones erógenas pregenitales se tornan preliminar al orgasmo. Esta adhesión de las 3 etapas pregenitales llega a tal punto que luego de la pubertad posibilita la reconciliación de:

El orgasmo genital y las necesidades sexuales extragenitales.

El amor y la sexualidad.

De los patrones sexuales, los procreadores y los productivos (sublimación).

Nos vamos a centrar en el segundo tiempo de la etapa genital, primordialmente en lo cual tiene interacción con la sexualidad del púber. En esta etapa se prepara la identidad sexual del sujeto.

La identidad sexual tiene interacción con la diferenciación y localización sexual que todos nosotros mismos hace según seamos hombre o dama. A lo extenso de la juventud se configuran las emociones que el y la adolescente poseen relacionadas con el sexo al que pertenecen. Se van a ensayar una secuencia de conductas tanto hacia el mismo sexo como hacia el sexo contrario.

"La identidad sexual es producto de un largo proceso de preparación que se genera a partir de la infancia. En este lapso influyen cuáles fueron las interrelaciones con los papás del mismo sexo, cuál fue la relación de la pareja parental, cuáles reglas culturales le tocó vivir, que se aprobó o desaprobó en los comportamientos del infante".

En la juventud temprana los contactos son que predominan con adolescentes del mismo sexo como una forma de reafirmar su identidad. Conforman conjuntos del mismo sexo que les posibilita compartir experiencias, ensayar y comentar conductas relacionadas con el sexo contrario y atenuar sus temores e inseguridades relacionadas con dichos contactos. Varias conductas presentadas por los jóvenes en este periodo tienen la posibilidad de aparecer de corte homosexual, sin embargo, en verdad no lo son.

Las interrelaciones amorosas se inician con interés en el sexo contrario, que va a ser seguido por un interés inconsciente o consiente de serle atractivo(a) a éste. "Más adelante el joven se enamora, primero de individuos más grandes a ellos y no accesibles..." Dichos amores no disponibles le dan al muchacho la estabilidad de que va a poder explorar en la fantasía todo lo cual quiera y sin que deba hacer frente al individuo amado en la verdad... Si los adultos se delegan de hacer que dichos objetos amados se tornen disponibles, tienen la posibilidad de suceder una secuencia de relevantes desórdenes psicológicos."

Al llegar a la juventud media, él y la adolescente empiezan a sentirse más confortables con personas del sexo contrario y de su edad. Aquí las interacciones amorosas son, generalmente, de corta duración y es el principio de la investigación sexual. Con la época él y la joven se liga a una persona específica en interacciones más duraderas, donde surge una más grande inquietud por las emociones y anhelos del otro, así como por una interacción sexual genital.

Como parte de la sexualidad joven la masturbación es una actividad usual, que es practicada más que nada por los varones. Esta preponderancia en los varones se debería a que, tanto hombre como féminas, aprenden una contestación distinta hacia sus impulsos sexuales impuesta por la cultura, donde la dama debería guardar sus genitales puros e intactos, mientras tanto que el ser humano debería ser experimentado en lo sexual.

A esta diferencia además auxilia la distinta conformación de los genitales masculinos y femeninos. El ser humano está familiarizado con su miembro viril y se siente orgulloso del, experimenta orgasmos enteros con eyaculación. La dama no conoce bien sus genitales y son las propiedades secundarias sexuales las que les muestra que ha iniciado un nuevo lapso, el orgasmo está habitualmente ausente por un largo tiempo sin embargo la adolescente siente un erotismo difuso a lo largo del cuerpo humano.

La masturbación posibilita que el y la joven conozca la anatomía y desempeño de sus genitales, que liberen las tensiones sexuales acumuladas y que se preparen para las colaboraciones genitales en pareja.

La masturbación puede transformarse en un problema sí provoca que él o la joven se aísle, que no establezca interacciones íntimas con otro(a), una vez que su práctica no se realice a grado privado, una vez que sea una práctica desmesurada o se abstenga plenamente de ella.

Para concluir el psicoanálisis a comprobado que los individuos, todavía las sanas psicológicamente, permanecen trabadas en sus ciclos sexuales. En su intimidad, en sus colaboraciones de pareja y en el coito se prueban las huellas que ha dejado su paso por las etapas pregenitales. No obstante, estas huellas no constantemente son conscientes y se proporcionan en más grande o menor nivel en cada individuo. Bastantes personas "... Prefieren integrar o retener, remover o intrusar, anteriormente que gozar de la mutualidad de los patrones genitales. Varios otros prefieren ser independientes o tener a alguien que dependan de ellos, eliminar o ser eliminados, anteriormente que idolatrar con madurez... No cabe duda de que un juego sexual pleno es el mejor recurso para solucionar los residuos pregenitales..." (24).

1.2.6. Desarrollo fisiológico y psicológico

La juventud es una época en el cual se van a crear intensos cambios físicos y psicosociales que empieza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y acaba una vez que cesa el incremento.

Todo este lapso pasa, generalmente, en la 2ª década de la vida. A medida que la pubertad es un evento fisiológico de las personas y de los mamíferos, la juventud es un criterio socio-cultural. El 60% de las comunidades preindustriales no poseen un término para conceptualizar la juventud. Además, se conoce que

los inconvenientes “de la adolescencia” en estas comunidades ocurren una vez que empiezan a aparecer en ellas influencias de la sociedad occidental.

La juventud es, realmente, una época de aprendizaje que se extiende en la época para la compra de los cada vez más complicados conocimientos y tácticas para encarar la edad adulta y es una construcción de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha creado dicha probabilidad de enseñanza prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. La indudable trascendencia de este “adiestramiento” tiene un problema y es que la enseñanza muchacho pasa lejos de todo el mundo de los adultos, no comparten con ellos sus vivencias, no hay una interacción de maestro-aprendiz; los jóvenes viven un mundo de jóvenes separado de todo el mundo de los adultos y esta división crea conflictos. Pese a todo, la más grande parte de los jóvenes poseen en esta etapa un comportamiento común, es una fase de enorme riqueza emocional, con incremento de la fantasía y creatividad, se vive el instante de mayor esplendor físico y psicológico: mayor fuerza, velocidad, memoria y capacidad cognitiva, lo cual posibilita que la mayor parte logren transitar por esta fase, indudablemente compleja, como una de las más relevantes y felices de su historia (25).

1.2.6.1. La pubertad. Desarrollo sexual y crecimiento pondo-estatural

La juventud surge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. A partir del principio de este lapso van a suceder cambios hormonales que producen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, incremento en longitud, cambios en la estructura del cuerpo y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos dichos cambios poseen una cronología que no coincide en todas las personas y es más tardía en los hombres que en las damas (26).

Cambios hormonales: el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal

La adrenarquia precede a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es libre de él.

Adrenarquia

Entre los 6 y 8 años se genera la adrenarquia, que precede a la aparición de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es libre de él. Hay un incremento de las hormonas secretadas en la capa reticular de la corteza suprarrenal, la dehidroepandrosterona (DHEA), la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS) y la androstendiona. Estas hormonas trabajan como precursoras de potentes hormonas, como la testosterona y la dehidrotestosterona. Las protestas físicas dependientes de esta secreción hormonal se van a traducir en incremento del vello axilar y púbico, desarrollo de olor del cuerpo y aumento de la secreción sebácea. En las chicas además son causantes de una pequeña aceleración del incremento prepuberal y aceleración de la edad ósea.

Hay mecanismos de retroalimentación que persisten a lo largo de toda la vida, empero es el cambio de la sensibilidad de las diversas regiones del eje lo cual comporta estas diferencias en la infancia, juventud y en el maduro. Los esteroides sexuales inhiben la producción de GnRH, FSH y LH (retroalimentación de asa larga), la LH y FSH inhiben, paralelamente, la producción de la GnRH (retroalimentación de asa corta) y al fin la GnRH actúa de forma negativa sobre su propia producción (retroalimentación de asa ultracorta).

¿Qué pasa a lo largo de la pubertad? Por mecanismos no bien conocidos se crea:

Una reducción de la sensibilidad del hipotálamo e hipófisis a la retroalimentación negativa de los esteroides sexuales, testosterona y estradiol, con lo cual las gonadotropinas FSH y LH empiezan a incrementar y esto se genera por una supuesta maduración del SNC y parece depender de las influencias neuronales excitatorias (glutamato) y de el decrecimiento de las influencias neuronales inhibitoras (ácido gamma-amino-butírico). Actualmente, se proponen además otros potenciales reguladores que tienen la posibilidad de estar implicados en el despertar del sistema.

GPR54/KiSS-1: una G-proteína derivada del gen KiSS-1.

Conexiones astrogliales-neuronales: células gliales neuroendocrinas que tienen la posibilidad de influenciar a neuronas para la producción de LHRH de una forma autocrina/paracrina utilizando prostaglandinas E (PGE2).

El crecimiento de la secreción pulsátil de FSH y LH conduce al crecimiento de la secreción de las hormonas sexuales. En la dama, la FSH se incrementa la producción de estradiol y estimula los folículos primarios, generando la maduración del óvulo y la aparición de la ovulación. La LH u hormona luteinizante estimula las células de la teca ovárica para la producción de andrógenos y corporal lúteo para la producción de progesterona. En el ser humano, la FSH estimula la gametogénesis y la LH estimula las células de Leyding para la producción de testosterona.

Desarrollo sexual secundario

Los letras y números sexuales secundarios son la manifestación del desarrollo y maduración sexual de los jóvenes. De su investigación concluimos el nivel de maduración y su correspondencia con la edad cronológica.

El desarrollo del vello pubiano y incremento de los testículos, miembro viril y desarrollo de las mamas son los hechos más destacados de los cambios en la morfología del cuerpo de los jóvenes: una preparación para el futuro reproductor. Debido a Tanner poseemos hoy un procedimiento objetivo para evaluar el estado de desarrollo de su maduración sexual.

Estos estadios son los siguientes:

Varones. Tamaño testicular y pene:

Estadio genital

(G1). Teste de <4 ml, pene infantil.

(G2). Testes de 4-6 ml, escroto enrojecido, pene sin cambios.

(G3). Testes de 6-12 ml, escroto gran aumento, pene aumento de longitud.

(G4). Testes 12-20 ml, escroto más aumentado y tono más oscuro.

(G5). Testes >20 ml, escroto y pene adultos.

Mujeres.

Estadio mamario:

(M1). Mama prepuberal; no hay tejido glandular.

(M2). Botón mamario, pequeña cantidad de tejido glandular.

(M3). Mama más saliente se extiende por debajo de la areola.

(M4). Mama mayor y más elevada. Areola y pezón se proyectan sobre el contorno de la mama.

(M5). Mama adulta (tamaño variable). Areola y mama en el mismo plano; pezón sobresale.

Hombres y mujeres:

Vello púbico

(VP1), no existe.

(VP2). Pequeña cantidad de vello fino y largo, levemente pigmentado en base de escroto y pene (varones) y labios mayores (mujeres).

(VP3). Vello más espeso y grueso y más rizado.

(VP4). Vello rizado parecido al adulto sin extenderse a cara interna de los muslos.

(VP5). Tipo adulto, extendiéndose a cara interna de los muslos.

En el varón el inicio del desarrollo sexual es entre los 9,5 y 13,5 años (media: 11,6 años). El incremento del tamaño de los testes es el primer símbolo físico de su principio en el 98%. La eyaculación pasa generalmente en el estadio IMS 3. La era promedio para terminar la pubertad es de 3 años.

En las chicas el botón mamario es el primer símbolo de inicio puberal y puede pasar entre los 9 y 13 años (media de 11,2 años). La menarquia pasa en el estadio IMS 3 ó 4 y está relacionada con la edad de la menarquia de la mamá y las condiciones socioeconómicas. La edad de la menarquia tiende a descender en todas las naciones una vez que las condiciones socioeconómicas son buenas. Influyen escasamente el clima y la raza. La media de edad de la menarquia está cerca de los 12,4 años.

También hay cambios a grado de ovario y tamaño del útero (26).

Crecimiento y estructura del cuerpo

El eje GHRH-GH es responsable de la aceleración del aumento longitudinal en la pubertad (estirón). Otras hormonas influyen en la talla, rapidez de aumento y mineralización ósea.

Fisiología del aumento

El aumento involucra una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo. La GH, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el incremento de la talla y la rapidez de aumento. Otras hormonas, como la paratohormona, 1,25 dehidrocoleciferol y calcitonina influyen en la mineralización ósea. La GH es la hormona clave en el aumento longitudinal; está secretada bajo la predominación del componente de liberación GHRH y la somatostatina. Las somatomedinas o componentes de aumento de tipo insulínico son estimuladas por la GH y trabajan sobre el incremento óseo. La maduración ósea parece depender de las hormonas tiroideas, los andrógenos adrenales y esteroides gonadales sexuales. Una vez que empieza la pubertad, tanto la GH como los esteroides sexuales participan en la puesta en marcha del estirón puberal (26).

Crecimiento en elevación

A lo largo de el estirón puberal se genera un incremento de talla que representa en torno al 25% de la talla adulta. El estirón rígido entre 2 y 2,5 años y cambia de unos individuos a otros, La rapidez de aumento puede variar entre 5 a 11 centímetros en chicas y 6 a 13 centímetros en niños. El principio del estirón puberal en las chicas precede en alrededor de 2 años a los varones, siendo el pico a los 12 años en las chicas y a los 14 en los muchachos. Cerca de los 14 años las damas son más altas por término medio que sus compañeros varones empero, como además se detiene previamente su aumento, los varones alcanzan una más grande elevación final. A lo largo de este tiempo las chicas crecen entre 20 a 23 centímetros y los niños de 24 a 27 centímetros (26).

Crecimiento ponderal

El incremento ponderal viene a representar el 50% del peso ideal maduro. La máxima rapidez ponderal cambia entre 4,6 a 10,6 kilogramo en chicas y 5,5 a 13,2 kilogramo en niños. La más grande masa muscular de los varones provoca que sean más pesados con interacción a las damas a igual volumen.

Otros cambios

Incremento del tejido graso en las damas, con una más grande proporción que en los varones y más grande desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenil se remodela e incrementa en anchura; mientras tanto que, en el varón se incrementa el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual característico de ambos sexos. La masa ósea cambia al unísono con los tejidos blandos. La edad ósea es un índice de maduración fisiológico que nos posibilita aprender la función de incremento de un sujeto con una RX de mano.

1.2.6.2. Cambios psicosociales

Las trasformaciones físicas poseen un correlato en la esfera psico-social, comprendiendo 4 puntos: la contienda dependencia-independencia, el valor de la imagen del cuerpo, la interacción con sus pares y el desarrollo de nuestra identidad.

El cerebro joven

Los estudios de imagen cerebral a partir de los 5 hasta los 20 años revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa a partir de las zonas posteriores del cerebro hacia la zona frontal, estas zonas que maduran más tardíamente permanecen similares con funcionalidades de elevado grado, como la idealización, el conocimiento y el control de impulsos.

Varios de los inconvenientes involucrados con determinadas conductas de peligro en la juventud podrían estar relacionadas con esta tardía maduración de determinadas funcionalidades cerebrales. No obstante, el joven de 12 a 14 años principalmente ha sustituido el raciocinio concreto por una más grande capacidad de abstracción que lo va capacitando cognitiva, ética y conductualmente para saber diferenciar con claridad los peligros que puede correr al tomar varias elecciones arriesgadas, otra cuestión es que el quiero y la probabilidad de experimentar supere a la prudencia. Con todo, el joven más chico, por dicha restricción del pensamiento abstracto complejo, tiende a tener problemas para evaluar peligros a extenso plazo para la salud (hipertensión, colesterol en la dieta, etcétera (26).

2.2 Hipótesis

Hi: La educación en sexualidad tiene relación con el comportamiento sexual de adolescentes retrasando el inicio de relaciones coitales, disminuyendo el número de parejas sexuales y disminuyendo las prácticas coitales de riesgo.

H0: La educación en sexualidad no tiene relación con el comportamiento sexual de adolescentes retrasando el inicio de relaciones coitales, disminuyendo el número de parejas sexuales y disminuyendo las prácticas coitales de riesgo.

2.3 Variables:

Variable independiente: Educación en sexualidad en el adolescente

Variable dependiente: Conducta sexual del adolescente

2.4.1 Conceptualización y operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Educación en sexualidad en el adolescente</p>	<p>Conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en la edad adolescente (OMS)</p>	<p>El conocimiento en educación en sexualidad que tuvo cada uno de los adolescentes, fue medido por el cuestionario diseñado y validado por la investigadora del presente estudio. (ANEXO 1)</p>	<p>Temas desarrollados en el modelo de educación sexual:</p> <p>Aparato reproductor femenino y masculino</p> <p>Género</p> <p>Sexo e identidad sexual</p> <p>Sexualidad</p> <p>Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Orientación sexual</p> <p>Relaciones sexuales</p> <p>Relaciones coitales</p> <p>Comportamiento sexual</p> <p>Embarazo en adolescentes</p> <p>Riesgos del inicio precoz de relaciones coitales</p> <p>Infecciones de transmisión sexual</p> <p>Enamoramiento</p>	<p>Dicotómica</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Conducta sexual del adolescente</p>	<p>Todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual o incluso en grupo.(OMS)</p>	<p>La conducta sexual que posee cada adolescente, fue medido a través del cuestionario, validado y aplicado por la investigadora del presente estudio. (ANEXO N°1)</p>	<p>Edad de inicio de relaciones coitales</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>Prácticas sexuales de riesgo</p>	<p>Intervalo</p> <p>Ordinal</p> <p>Dicotómica</p>

CAPÍTULO III

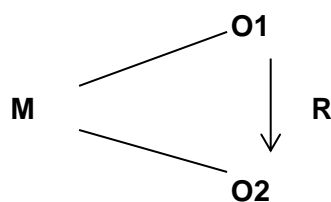
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo; diseño no experimental, correlacional causal, de corte transversal y enfoque cuantitativo.

No experimental; por qué el investigador observó los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo; cuantitativa, por qué se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías; descriptivo, debido a que se buscó recoger información relacionada con el objetivo de estudio; correlacional causal, por qué se estableció el grado de influencia de una variable independiente sobre la variable dependiente; y de corte transversal, por qué la recolección de datos fue en un solo corte en el tiempo. (Sampieri)

Esquema:



M: Alumnos de secundaria del colegio La Florida

O1: Educación sexual en el adolescente

O2: Conducta sexual del adolescente

3.2. Área de estudio

La Institución Educativa La Florida que se encuentra en el barrio La Florida, a 10 Minutos de la Plaza de Armas de Cajamarca, institución mixta, que brinda servicio educativo a estudiantes en el contexto de educación básica regular, en los niveles de primaria y secundaria, contando con 7 secciones por grado en el nivel secundaria.

3.3. Población

La población está delimitada por 875 alumnos de secundaria de la institución educativa La Florida, muchos de ellos procedentes de zonas rurales.

Tabla N° 1: Población

Número	Año de estudios	N° de Alumnos
1	1° de secundaria	162
2	2° de secundaria	189
3	3° de secundaria	175
4	4° de secundaria	176
5	5° de secundaria	173

3.4. Muestra y muestreo

La presente investigación empleó para el cálculo de la muestra la fórmula para variable cualitativa población finita, con un nivel de confianza del 95%, Proposición de éxito del 50%, proporción de fracaso del 50%, la población será de 875 alumnos.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 875}{(0.5)^2 (875 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 267.16$$

Donde:

Z= nivel de confianza (1.96)

p= proporción de éxito (0.5)

q= complemento de p (0.5)

N= población (875)

E= margen de error (0.05)

n= muestra

Muestreo

Para la selección de la muestra se empleó el muestreo aleatorio estratificado y aleatorio simple.

Para la estratificación se aplicó la fórmula:

$$nh = \frac{Nh}{N} (n)$$

Donde:

Nh = Sub población o grupo

N = Población total (875)

n = muestra total (267)

nh = muestra de los grupos

Tabla N°2: Muestreo

Año de estudios	Número de alumnos por año de estudios	Muestra por año de estudios
1	162	50
2	189	58
3	175	54
4	176	53
5	173	52

3.5. Unidad de análisis

Cada uno de los alumnos de la secundaria del colegio La Florida

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1. Criterios de inclusión

Adolescentes matriculados en la secundaria del colegio La Florida

Adolescentes que estén presentes el día de la aplicación del instrumento

3.6.2. Criterios de exclusión

Adolescentes que no estén matriculados en la secundaria del colegio La Florida

Adolescentes que no cuenten con las autorizaciones solicitadas

Adolescentes que no hayan asistido del día de la aplicación del instrumento

3.7. Técnicas de recolección de datos

Para la realización de esta investigación se solicitó el consentimiento al director y del coordinador de secundaria de la institución de forma verbal por ser los encuestados menores de edad

Para el recojo de información se empleó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario, la resolución del cuestionario tendrá un tiempo de 20 minutos, los cuales

serán tomados de su horario académico dentro de su institución educativa.

3.8. Descripción del instrumento

El instrumento que se utilizó para la investigación es la encuesta, y esta constó de dos partes para poder evaluar a las variables por separado, en la primera parte se evaluó la educación sexual con 3 preguntas de opción múltiple, con el fin de conocer la procedencia de la información y la calidad de esta, tomando en cuenta los principales temas de los módulos de educación sexual para nivel secundario establecidos por el Ministerio de Salud, descritos en el marco teórico; y en la segunda parte de la encuesta se evaluó el comportamiento sexual de los adolescentes, con 10 preguntas también de opción múltiple, donde se consideró las principales conductas sexuales de riesgo en los adolescente, como edad de inicio de relaciones coitales, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, relaciones coitales homosexuales y relaciones coitales casuales.

La validez de los instrumentos fue determina mediante el juicio de expertos, donde se contó con 3 profesionales del área de obstetricia, luego de la corrección de las observaciones, se aplicó un prueba piloto en la Institución Educativa “Toribio Casanova López” en la cual se consideró a 30 participantes, por poseer características similares a la población de estudio se pudo realizar la prueba piloto a fin de analizar las preguntas y su grado de fiabilidad. Y en la prueba estadística se utilizó la escala de fiabilidad con el SPSS y a través de la prueba de Alfa de Cronbach se obtuvo un valor de 0,984.

Procesamiento de los datos: El control de calidad de los datos se basó en la revisión inmediata de los cuestionarios luego de la aplicación de éstas, para corroborar el correcto llenado y evitar perdida de información.

Para la interpretación de los datos se utilizó:

Tablas de frecuencia: cuando la información presentada necesita ser desagregada en categorías o frecuencias.

Para el análisis de los datos se utilizó:

Prueba de hipótesis: Para la prueba de hipótesis se aplicó el método de chi cuadrado.

3.9. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía. El adolescente encuestado tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciado por parte de otras personas o de la investigadora, el respondía de acuerdo a sus propios conocimientos y sus actos vividos.

No maleficencia. La información se obtuvo luego de que el director de la institución educativa brindara el consentimiento para la encuesta. Luego el adolescente fue informado en forma clara y precisa el propósito y modalidad de investigación.

Privacidad. Se respetó en todo momento el anonimato del adolescente entrevistado, desde el inicio de la investigación hasta el final.

Confidencialidad. La información referida por el adolescente

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 3. Educación en sexualidad recibida por los adolescentes en la Institución Educativa La Florida Cajamarca, 2020

		Año de estudios										Total	
		Primero		Segundo		Tercero		Cuarto		Quinto		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Ha recibido información sobre sexualidad en tu colegio	NO	4	1,5	4	1,5	2	,7	4	1,5	2	,7	16	6.0
	SI	49	18,4	49	18,4	51	19,1	51	19,1	51	19,1	251	94.0
Aparato reproductor femenino y masculino	NO	8	3,0	6	2,2	7	2,6	8	3,0	5	1,9	34	12.7
	SI	45	16,9	47	17,6	46	17,2	47	17,6	48	18,0	233	87.3
Género	NO	12	4,5	14	5,2	12	4,5	16	6,0	12	4,5	66	24.7
	SI	41	15,4	39	14,6	41	15,4	39	14,6	41	15,4	201	75.3
Orientación sexual	NO	21	7,9	20	7,5	19	7,1	23	8,6	21	7,9	104	39.0
	SI	32	12,0	33	12,4	34	12,7	32	12,0	32	12,0	163	61.0
Relaciones sexuales	NO	12	4,5	12	4,5	9	3,4	11	4,1	12	4,5	56	21.0
	SI	41	15,4	41	15,4	44	16,5	44	16,5	41	15,4	211	79.0
Relaciones coitales	NO	27	10,1	26	9,7	24	9,0	24	9,0	27	10,1	128	47.9
	SI	26	9,7	27	10,1	29	10,9	31	11,6	26	9,7	139	52.1
Enamoramiento	NO	9	3,4	8	3,0	6	2,2	8	3,0	9	3,4	40	15.0
	SI	44	16,5	45	16,9	47	17,6	47	17,6	44	16,5	227	85.0
Infecciones de transmisión sexual	NO	21	7,9	19	7,1	21	7,9	19	7,1	22	8,2	102	38.2
	SI	32	12,0	34	12,7	32	12,0	36	13,5	31	11,6	165	61.8
Riesgo del inicio precoz de relaciones coitales	NO	32	12,0	30	11,2	28	10,5	28	10,5	32	12,0	150	56.2
	SI	21	7,9	23	8,6	25	9,4	27	10,1	21	7,9	117	43.8
Embarazo adolescente	NO	9	3,4	8	3,0	6	2,2	8	3,0	9	3,4	40	15.0
	SI	44	16,5	45	16,9	47	17,6	47	17,6	44	16,5	227	85.0
Comportamiento sexual	NO	29	10,9	28	10,5	27	10,1	27	10,1	29	10,9	140	52.4
	SI	24	9,0	25	9,4	26	9,7	28	10,5	24	9,0	127	47.6
Sexualidad	NO	17	6,4	18	6,7	15	5,6	18	6,7	17	6,4	85	31.8
	SI	36	13,5	35	13,1	38	14,2	37	13,9	36	13,5	182	68.2
Derechos sexuales y reproductivos	NO	36	13,5	36	13,5	35	13,1	37	13,9	37	13,9	181	67.8
	SI	17	6,4	17	6,4	18	6,7	18	6,7	16	6,0	86	32.2
Sexo e identidad sexual	NO	14	5,2	16	6,0	13	4,9	15	5,6	14	5,2	72	27.0
	SI	39	14,6	37	13,9	40	15,0	40	15,0	39	14,6	195	73.0
Otros	NO	39	14,6	39	14,6	38	14,2	42	15,7	38	14,2	196	73.4
	SI	14	5,2	14	5,2	15	5,6	13	4,9	15	5,6	71	26.6

Fuente: encuesta aplicada a estudiantes de Institución Educativa La Florida

En la tabla 3 se encontró que el 94% de adolescentes de primer a quinto año recibieron información sobre sexualidad en su centro educativo; registrándose los porcentajes más elevados en los temas sobre aparato reproductor femenino, enamoramiento y embarazo adolescente con aproximadamente el 85%; este resultado obtenido guarda relación con la investigación de Heredia A. y Rodríguez A. (México, 2017) donde menciona que la educación ofrecida a los adolescentes en las escuelas se focaliza en los genitales y en la prevención de embarazos (8). Y también con lo encontrado en el estudio de Quispe M. (Lima, 2017) donde se encontró que las adolescentes encuestadas tenían conocimiento de Medio (79%) a Alto (15%), sobre la fisiología reproductiva. Resultados que guardan relación con las dimensiones de la educación en sexualidad, donde se prioriza y se toma como base de la educación en sexualidad el conocimiento de la anatomía y fisiología del adolescente, ya que estos permiten la expresión de la sexualidad, incluye el razonamiento del desempeño de los órganos corporal que intervienen en la contestación sexual humana. En cambio el estudio de Linares B. y Mantilla L. (Cajamarca, 2021), se determinó, un nivel medio de conocimientos en anatomía, fisiología sexual y reproductiva de acuerdo con el 57,7% de adolescentes, demostrando que el nivel de educación en sexualidad en los colegios de Cajamarca no tienen el mismo alcance.

En los temas en los que ha recibido menos educación el adolescente fue en: relaciones sexuales (21%), género (24,7%); sexo e identidad sexual (27%), orientación sexual (39%), sexualidad (31,8%), infecciones de transmisión sexual (38,2%) y relaciones coitales (47,9). Que se relaciona también con la investigación de Linares B. y Mantilla L. (Cajamarca, 2021) donde menciona que los adolescentes tienen un nivel medio de conocimientos en prevención de infecciones de transmisión sexual de acuerdo con el 52,6% de adolescentes. (15)

Finalmente, en los temas en los que más de la mitad de adolescentes no ha recibido educación sexual fueron comportamiento sexual 52,4%; riesgo de inicio precoz de relaciones coitales 56,2% y derechos sexuales y reproductivos 67,8%.

Tabla 4. Persona que brindó información en educación sexual a los adolescentes de la Institución Educativa La Florida Cajamarca, 2020

		Año de estudios										Total	
		Primero		Segundo		Tercero		Cuarto		Quinto			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Profesor de aula	NO	5	9,4	3	5,7	4	7,5	4	7,3	5	9,4	21	7.9
	SI	48	90,6	50	94,3	49	92,5	51	92,7	48	90,6	246	92.1
Personal de salud	NO	51	96,2	51	96,2	50	94,3	52	94,5	51	96,2	255	95.5
	SI	2	3,8	2	3,8	3	5,7	3	5,5	2	3,8	12	4.5
Otro	NO	49	92,5	51	96,2	49	92,5	53	96,4	49	92,5	251	94.0
	SI	4	7,5	2	3,8	4	7,5	2	3,6	4	7,5	16	6.0

Fuente: encuesta aplicada a estudiantes de Institución Educativa La Florida

En la tabla 4 se halló que en todos los años de estudio fue el profesor de aula quien se encargó de brindar la educación en sexualidad (92,1%); dato muy importante puesto que esta actividad requiere de una preparación profesional especializada pues intervienen muchos conocimientos sobre anatomía y fisiología del cuerpo humano, que una persona ajena al área de salud desconoce. Se observó también que sólo el 4,5% de estudiantes recibe educación por parte del personal de salud y 6% reciben información de otras fuentes, las mismas que generalmente brindan información errada cargada de tabúes y prejuicios.

Tabla 5. Comportamiento sexual de los adolescentes de la institución educativa La Florida Cajamarca, 2020

Comportamiento sexual	Año de estudios										Total		
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto		Quinto		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Inicio de relaciones coitales	NO	47	17,6	33	12,4	33	12,4	32	12,0	33	12,4	178	66,7
	SI	6	2,2	20	7,5	20	7,5	23	8,6	20	7,5	89	33,3
Edad de inicio de relaciones coitales	No ha iniciado relaciones coitales	47	17,6	33	12,4	33	12,4	32	12,0	33	12,4	178	66,7
	12 a 14 años	5	1,9	20	7,5	20	7,5	18	6,7	13	4,9	76	28,4
	15 a 17 años	1	0,4	0	,0	0	,0	5	1,9	7	2,6	13	4,9
Número de compañeros sexuales	No ha iniciado relaciones coitales	47	17,6	33	12,4	33	12,4	32	12,0	33	12,4	178	66,7
	Uno	2	0,8	15	5,6	13	4,8	16	5,9	12	4,5	62	21,7
	Dos	2	0,8	3	1,1	5	1,9	2	,8	1	,4	13	4,9
	Tres	0	0,0	0	,0	0	,0	1	,4	2	,8	3	1,1
	Cuatro o más	1	0,4	1	,4	0	,0	4	1,5	5	1,9	11	4,1
	Datos perdidos	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	1,5
Utiliza método anticonceptivo	No ha iniciado relaciones coitales	47	17,6	33	12,4	33	12,4	32	12,0	33	12,4	178	66,7
	Ninguno	1	,4	5	1,9	3	1,1	6	2,2	6	2,2	21	7,8
	Preservativo	3	1,1	11	4,2	13	4,9	14	5,3	12	4,4	53	19,8
	Ampolla de tres meses	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	0,0
	Ampolla mensual	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	0,0
	Anticonceptivo oral de emergencia	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	0,0
	Píldora	1	,4	3	1,1	2	,8	3	1,1	2	,8	11	4,2
	Datos perdidos	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	1,5
Frecuencia de uso de método anticonceptivo	No ha iniciado relaciones coitales	47	17,6	33	12,4	33	12,4	32	12,0	33	12,4	178	66,7
	Nunca	3	1,1	12	4,4	13	4,9	15	5,6	13	4,9	56	20,9
	A veces	2	,8	7	2,7	5	1,9	8	3,0	7	2,7	29	10,9
	Siempre	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	0,0
	Datos perdidos	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	1,5
Relaciones coitales con personas del mismo sexo	No ha iniciado relaciones coitales	47	17,6	33	12,4	33	12,4	32	12,0	33	12,4	178	66,7
	NO	3	1,5	15	6,1	15	6,5	18	6,8	15	5,7	62	26,2
	SI	2	,8	4	1,5	3	1,1	5	1,9	5	1,9	19	7,1
	Datos perdidos	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	1,5
Encuentros coitales casuales	No ha iniciado relaciones coitales	47	17,6	33	12,4	33	12,4	32	12,0	33	12,4	178	66,7
	NO	2	,8	6	2,3	8	3,0	8	3,0	7	2,7	31	11,6
	SI	3	1,1	13	4,9	10	3,7	15	5,7	13	4,9	54	20,2
	Datos perdidos	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	1,5

Fuente: encuesta aplicada a estudiantes de Institución Educativa La Florida

En la tabla 5 se presentan los datos sobre el comportamiento sexual del adolescente; ante la interrogante sobre el inicio de relaciones coitales 66,7% respondió que NO y 33,3% indicó que SI. Al revisar la edad de inicio se observó que el mayor porcentaje (28,4%) lo ha hecho muy joven (entre 12 y 14 años) y sólo un 4,9% manifestó que fue entre los 15 y 17 años. Otro dato resaltante se visualiza en el primer año donde 2,2% indicó que ya ha tenido relaciones coitales; cifra que se incrementó en aproximadamente cinco puntos para el segundo año; pero que se mantiene similar hasta el quinto año lo que concuerda con los datos del Ministerio de Salud (Lima, 2017) donde dice que el 19,7% de los alumnos de secundaria refirieron haber tenido sexo en algún momento en su historia. En medio de éstos alumnos, 46,7% tuvo su primera interacción sexual previo a los 14 años. Dichos porcentajes son más elevados entre los varones (28,3% tuvieron sexo y de ellos 50,9% previo a los 14 años), que en medio de las damas (11,1% tuvieron sexo y 36,1% previo a los 14 años). Según dichos datos, el 9,2% de los estudiantiles de secundaria han tenido su primera interacción sexual previo a los 14 años de edad, el 14,4% de los varones y el 4,0% de las damas. (10) y también lo encontrado en el estudio de Pérez L. (Cajamarca, 2019). En el que sus resultados fueron que una cifra elevada de adolescentes (49,0%) tubo su inicio de relaciones sexuales teniendo una edad menor a los 14 (14). Por ultimo en el estudio de Quispe M. (Lima, 2017) se halló que, en lo que respecta a las conductas sexuales, las gestantes adolescentes iniciaron relaciones sexuales menor igual a 16 años en un 80.1%, (11).

En el siguiente punto se indagó sobre el número de parejas sexuales, donde el 10% de adolescentes manifestó tener entre dos, tres o más de cuatro parejas (siendo este último un 4,1%); llama la atención visualizar que un adolescente del primer año y otro de segundo año respondieron tener 4 o más parejas considerando que es muy corta la edad de los escolares que cursan estos grados, concordando con lo determinado por el Ministerio de Salud (Lima, 2017) donde refiere que 9,1% manifiesta haber tenido sexo con 2 o más personas en su historia (10). Desde luego, el mayor porcentaje manifiesta haber tenido una sola pareja (21.7%). Lo que difiere con el estudio de Quispe M. (Lima, 2017) donde el número de parejas sexuales encontrado en las gestantes adolescente fue de dos a más parejas sexuales en un 58%.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos 7,8% no utiliza ningún método; 4,2% usa píldora y 19,8% el preservativo; lo que concuerda con los datos del Ministerio de Salud

(Lima, 2017) donde se indica que el 64,3% de los que han tenido sexo, en los últimos 12 meses, usaron condón, y un 38,9% refieren haber usado otro procedimiento anticonceptivo. Y al indagar sobre la frecuencia de uso, se tuvo que 20,9% nunca los usa y 10,9% a veces los utiliza; en este caso también se registra un desfase entre ambos registros con una diferencia de 5,1 puntos a favor de la frecuencia de uso, lo que implica que en algún momento estos adolescentes han utilizado método anticonceptivo.

Sobre el comportamiento homosexual (tener relaciones coitales con el mismo sexo) se halló que 7,1 manifiesta haberlos tenido; entre ellos se encuentran los adolescentes de primer y segundo año (0,8% y 1,5% respectivamente). En cuanto a las relaciones coitales casuales, es sorprendente que en todos los grados la mayor proporción de escolares (20,2%) refiere haberlas tenido y, para el caso del primer y segundo año es más de la mitad de adolescentes que lo afirma.

Tabla 6. Relación de la educación en sexualidad con el comportamiento sexual en adolescentes de Institución Educativa La Florida. Cajamarca,2020

Conducta sexual		Ha recibido información sobre sexualidad en tu colegio				Prueba de regresión lineal
		NO		SI		
		N°	%	N°	%	
Inicio de relaciones coitales	NO	10	3,7	168	62,9	0,002
	SI	6	2,2	83	31,2	
Edad de inicio de relaciones coitales	No ha iniciado relaciones coitales	10	3,7	168	62,9	0,011
	12 a 14 años	6	2,2	70	26,2	
	15 a 17 años	0	,0	13	4,9	
Utiliza método anticonceptivo	No ha iniciado relaciones coitales	10	3,8	171	65,0	0,274
	Ninguno	6	2,3	11	4,2	
	Preservativo	0	,0	54	20,5	
	Ampolla de tres meses	0	,0	0	,0	
	Ampolla mensual	0	,0	0	,0	
	Anticonceptivo oral de emergencia	0	,0	0	,0	
	Píldora	0	,0	11	4,2	
Frecuencia de uso de método anticonceptivo	No ha iniciado relaciones coitales	10	3,8	164	62,4	0,01
	Nunca	3	1,1	57	21,7	
	A veces	3	1,1	26	9,9	
	Siempre	0	,0	0	,0	
Número de compañeros sexuales	No ha iniciado relaciones coitales	10	3,8	164	62,4	0,120
	Uno	6	2,3	56	21,3	
	Dos	0	,0	13	4,9	
	Tres	0	,0	3	1,1	
	Cuatro o más	0	,0	11	4,2	
Relaciones coitales con personas del mismo sexo	No ha iniciado relaciones coitales	10	3,8	164	62,4	0,000
	NO	3	1,1	67	25,5	
	SI	3	1,1	16	6,1	
Encuentros coitales casuales	No ha iniciado relaciones coitales	10	3,8	164	62,4	0,000
	NO	0	,0	32	12,2	
	SI	6	2,3	51	19,4	

Fuente: encuesta aplicada a estudiantes de Institución Educativa La Florida

En la tabla 6 se tiene la prueba de hipótesis para determinar la relación de la educación sexual con el comportamiento sexual de los adolescentes, en el primer caso se observa que del total de adolescentes que recibieron educación en sexualidad 62,9% no ha iniciado las relaciones coitales y 31,2% ya ha iniciado, al aplicar la prueba de regresión lineal se obtiene un valor $p=0,002 < 0,05$ lo que indica que sí hay relación de la educación en sexualidad con el inicio de las relaciones coitales. Estos resultados los podemos relacionar con el estudio

de Linares B. y Mantilla L. (Cajamarca, 2021). Donde se determinó que los adolescentes que tenían un nivel medio de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, el 60% ha tenido o tiene relaciones sexuales,

En el segundo caso, de los adolescentes que han iniciado su vida sexual 28,1% tiene entre 12 y 14 años y han recibido educación sexual, de otro lado 4,9% ha iniciado entre 15 a 17 años y todos han recibido educación sexual. Al realizar la prueba de regresión lineal se tuvo un valor $p=0,011<0,05$ lo que indica que si hay relación de la educación sexual con la edad de inicio de relaciones coitales.

En cuanto a la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos del total de adolescentes que ha iniciado su vida sexual, 21,7% refiere nunca utilizarlos y 9,9% a veces lo usa; todos ellos han recibido educación sexual y la prueba de hipótesis tuvo un valor $p=0,01<0,05$ lo que indica que si hay relación de la educación sexual con la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos.

La otra dimensión estudiada fue el tener relaciones coitales con el mismo sexo; en este caso el mayor porcentaje que si recibió educación manifiesta no tener estas prácticas sexuales y la prueba de hipótesis tuvo un valor de $p=0,000<0,05$ lo que indica que si hay relación de la educación sexual con las relaciones coitales homosexuales.

La última dimensión en la que la educación sexual tiene efecto en la otra variable al obtener un valor $p=0,000<0,05$ es el tener relaciones coitales casuales; pero en este caso el porcentaje de adolescentes que refieren realizar esta práctica y además ha recibido educación sexual; es mayor que el caso contrario alcanzando un 19,4% frente al 12,4%.

De otro lado, las dimensiones que no tienen relación con la variable educación sexual son uso de método anticonceptivo donde sólo 2,3% no recibió educación y tampoco utiliza algún método; obteniéndose un valor $p=0,274>0,05$; de igual forma el número de compañeros sexuales, que también 2,3% no recibió educación y refieren haber tenido una pareja, con un valor $p=0,120>0,05$

Se pueden relacionar los anteriores resultados con lo encontrado por Andrade A. y Zena A. (Lima, 2017) donde su estudio presento como resultados que el 42,3% tuvo un conocimiento alto sobre educación sexual, 45,1% un nivel medio y 12,7% un nivel bajo, de estos el 57,7% refirió tener un comportamiento sexual adecuado, el 31% u comportamiento sexual regular, y el 11,3% un comportamiento sexual inadecuado. Reafirmando la hipótesis de que a mayor educación en sexualidad recibida por los adolescentes mejor es su comportamiento sexual.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los adolescentes de la I.E. La Florida en su gran mayoría sí recibieron educación en sexualidad.
2. Los adolescentes de la I.E. La Florida tienen en su mayoría comportamientos sexuales de riesgo.
3. Los adolescentes de la I.E. La Florida que recibieron educación en sexualidad tuvieron un mejor comportamiento sexual, y el grupo de adolescentes que no recibió educación en sexualidad tuvieron un comportamiento sexual de riesgo.
4. Estadísticamente existe relación significativa entre la educación en sexualidad y el comportamiento sexual de adolescentes de la I.E. La Florida ($p=0.000$) comprobándose de esta manera la hipótesis general de la investigación.

RECOMENDACIONES

Al finalizar el estudio se llegó a las siguientes sugerencias:

- Al director de la I.E. La Florida, Cajamarca, debe plantear estrategias educativas para atender las necesidades de los adolescentes y poder mejorar sus conocimientos los cuales van a repercutir en sus comportamientos sexuales.
- Se recomienda que el Ministro de Educación incorpore a personal obstetra a las instituciones educativas para el mejor desarrollo de sesiones educativas, ya que el personal de salud cuenta con mayor conocimiento sobre salud sexual y reproductiva del adolescente.
- Para los estudiantes, internos y profesionales de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia entender esta realidad y mejorar las estrategias de intervención para prevenir las conductas de riesgo en adolescentes que pueden traer graves repercusiones en su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020. Ginebra: OMS; 2020.[citado 01 Abril 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.[INTERNET]. Perú: Ministerio de Economía y Finanzas; 2018 [revisado 2019; citado 01 de Marzo 2022]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_lo_s_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington; 2021 (citado 17 de abril del 2022) Disponible desde: https://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas. Santiago de Chile: CEPAL; 2020 (citado 17 de abril 2022) Disponible desde: https://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp
5. UNESCO. Por una educación sexual integral en los colegios.[Internet] 2020 [citado 17 abril 2022]. Disponible en: <https://es.unesco.org/fieldoffice/lima/educacionsexualintegral>
6. Semana. ¿Cómo se enseña sexualidad en otros países? [Internet] 2016 [citado 01 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.semana.com/educacion/articulo/modelos-de-educacion-sexual-en-el-mundo/494703/>
7. DeMaria L, Galárraga O, Campero L, Walker D. Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe [Internet] 2008 [citado 01 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n6/485-493/>
8. Motta A, Keogh S, Prada E et al. De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú. Guttmacher Institute [Internet] 2017 [citado 01 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/report/de-la-normativa-la-practica-la-politica-de-educacion-sexual-y-su-implementacion-en-el-peru>
9. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.Lima - Perú. 2017 [citado 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1643/li_nbbro.pdf
10. García J, Quinto L, Agulló E. Impacto de un programa de educación sexual en los conocimientos, actitudes y conductas sexuales de los adolescentes de Asturias (España) [Internet] 2019 [citado 01 de Mayo 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/31797718/>

11. Gonzalez E. Molina T. Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet] 2019 [citado 1 Mayo 2022] Vol.84 No.1. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100007
12. Wolf H, Teich H, Halpern B, Murphy R, Anandaraja N, Stone J, et al. The effectiveness of an adolescent reproductive health education intervention in Uganda. Int J Adolesc Med Health [Internet]. [17 de abril de 2022];29(2). Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/ijamh.2017.29.issue-2/ijamh2015-0032/ijamh-2015-0032.xml>
13. Alfonso L, Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet]. 2017 abril 17; 21(2). [Citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020
14. Ana Lis Heredia Espinosa y Adriana Rodríguez Barraza “La educación sexual escolar... ¿Funciona?” Vol. 22, Núm. 4, julio-agosto 2021 Revista Digital Universitaria. Disponible en: https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v22_n4-a12.pdf
15. Fernández M. Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú, análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020.[Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia] Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17476/Fernandez_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Gutiérrez M, Purguaya D. “Efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Mariscal Orbegoso, provincia La Unión departamento de Arequipa, 2017” [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2018. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7885/63.0739.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. MINSA. Documento técnico situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Lima - Perú.2017 [citado 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
18. Quispe M. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y la exposición a factores de riesgo en gestantes adolescentes que acuden al servicio de adolescencia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo 2017 . [citado 12 de marzo de 2022]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6884/Quispe_hm.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
19. Andrade A, Zena A. Conocimientos y Prácticas Sobre Sexualidad de los Adolescentes del CLAS “Laura Caller” de Los Olivos, 2016.[Tesis para optar el grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud] Lima: Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8301/Andrade_AZ_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Linares B y Mantilla L. Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 14 a 17 años del distrito de Cajamarca, 2021. Cajamarca.2021 [citado 13 de Marzo de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/2076/Tesis%20lesly%20y%20benny%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Pérez C. Nivel de conocimiento sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 4° y 5° de educación secundaria, según características socioculturales en la institución educativa San Juan Bautista - San Juan -Cajamarca -2019. [Internet] Tesis de grado. [Acceso 22-09-2021] Universidad Nacional de Cajamarca. 2019 <http://190.116.36.86/bitstream/handle/UNC/3727/tesis%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. MINEDU. Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral. Perú. 2012 [citado 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://tutoria.minedu.gob.pe/assets/lineamientos-educativos-y-orientaciones-pedagogicos-para-educacion-sexual-integral.pdf>
23. Conducta sexual - EcuRed. [citado 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Conducta_sexual
24. Guevara V, Villalobos A. Desarrollo psicosexual. Adolesc Salud. enero de 1999;1(1):73-9.[citado 19 de diciembre de 2019] Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011
25. Iglesias J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Santiago - Chile.2013 [citado 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
26. Diz JLI. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. 2013 [citado 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011

ANEXOS

ENCUESTA SOBRE LA RELACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES

Nos dirigimos a usted para solicitarle colaboración en la aplicación de la encuesta sobre la relación de la educación sexual en el comportamiento sexual en adolescentes como parte del proyecto de investigación de la escuela académico profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca. Por lo que garantizamos total confiabilidad de los datos obtenidos y agradezco su participación.

I. DATOS GENERALES:

1. N° de encuesta:	2. Año de estudios: 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/>	I.E. La Florida
-----------------------------	--	-----------------

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS VARIABLES

A. EDUCACIÓN SEXUAL

1. ¿Ha recibido información sobre sexualidad en tu colegio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Marque con un aspa los temas de los que usted has recibido información en su colegio	<input type="checkbox"/> Aparato reproductor femenino y masculino <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Sexo e identidad sexual <input type="checkbox"/> Sexualidad <input type="checkbox"/> Derechos sexuales y reproductivos <input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Relaciones coitales <input type="checkbox"/> Comportamiento sexual <input type="checkbox"/> Embarazo en adolescentes <input type="checkbox"/> Riesgos del inicio precoz de relaciones coitales <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Enamoramiento <input type="checkbox"/> Otros
3. ¿Quién le proporcionó la información?	<input type="checkbox"/> Profesor de aula <input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Otro.....

B. COMPORTAMIENTO SEXUAL

4. ¿Ha iniciado ya tu vida sexual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SI LA RESPUESTA ES SÍ CONTINÚA CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SI ES NO. TERMINA EL CUESTIONARIO.	

5. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuviste relaciones sexuales (relaciones coitales)?	12 - 14 <input type="checkbox"/> 15-17 <input type="checkbox"/>
6. Hasta la fecha, ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más <input type="checkbox"/>
7. ¿Usa algún tipo de método anticonceptivo?	() Ninguno () Preservativo () Ampolla de tres meses () Ampolla mensual () Anticonceptivo oral de emergencia () Pildora
8. ¿Marque con un aspa con qué frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?	() Siempre () A veces () Nunca
9. ¿Alguna vez ha tenido contacto sexual con personas de tu mismo sexo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido "encuentros coitales casuales"?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
Cajamarca- Perú

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



Exp. N° 034 Fotos: 03
Fecha: 10-03-2022

SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENCUESTAS PARA DESARROLLO DE TESIS

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°82019 "LA FLORIDA"

Yo, Xiomara Milagros Ruiz Rojas egresada de la E.A.P. de Obstetricia, identificado(a) con DNI N°72970971, con código ARN N°2013020041, con domicilio legal en Jr. Leguía 282, Celular N° 972052131, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, por haber culminado satisfactoriamente con todas las asignaturas de mi Plan de Estudios y en cumplimiento a las normas académicas de la Universidad Nacional de Cajamarca y con la finalidad de finalizar mis estudios superiores; solicito a Ud. se sirva aceptar mi solicitud de aplicación de encuestas a estudiantes de secundaria, para culminar con el desarrollo de la tesis "EFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES"

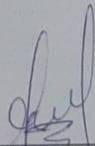
Para tal efecto adjunto:

- ✓ Encuesta sobre los efectos de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual en adolescentes

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Usted, señor Director, tenga a bien acceder a mi solicitud.

Cajamarca, 10 de Marzo del 2022



Xiomara Milagros Ruiz Rojas
72970971



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ: Nancy Vásquez Rardales

2. PROFESION: Obstetra

TITULO Y JO GRADO ACADÉMICO OBTENIDO: Maestro en Ciencias

ESPECIALIDAD: Promoción y Educación para la Salud

EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años): 15 años

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: UNIC

CARGO: Docente Contratado

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectos de la educación sexual en el comportamiento sexual en adolescentes de la Institución Educativa La Florida. Cajamarca. 2019

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Xiomara Milagros Ruiz Rojas

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Explicar los efectos de la educación sexual en el comportamiento sexual en adolescentes de la institución educativa La Florida. Cajamarca. 2019

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento que se utilizará para la investigación es la encuesta, y esta constará de dos partes para poder evaluar a las variables por separado, en la primera parte se evalúa la educación sexual y constará de 3 preguntas de opción múltiple y en la segunda parte de la encuesta se evaluará el comportamiento sexual de los adolescentes con 10 preguntas también de opción múltiple.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	✓		✓			✓	✓		✓		
2	✓		✓			✓	✓		✓	✓	Falta Otro...
4	✓		✓			✓	✓		✓		
5	✓		✓			✓	✓		✓		
6		✓		✓		✓	✓		✓	✓	Ha la fecha. Buena para un...
7		✓		✓		✓	✓		✓	✓	Al final relaciones sexuales (coital)
8		✓		✓		✓	✓		✓	✓	
9...	✓		✓			✓	✓		✓	✓	Algunas vez...
10		✓		✓		✓	✓		✓	✓	Hay temas "encuentros con otros casales?"

Aspectos Generales	Sí	No
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir		

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento.

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 2-05-10-19 Firma: [Firma] E mail: nvasquez@unc.edu.pe Telefono: 976602270

Elaborado por Corral Y (2009)



ENCUESTA SOBRE LOS EFECTOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES

Nos dirigimos a usted para solicitarle colaboración en la aplicación de la encuesta sobre los efectos de la educación sexual en el comportamiento sexual en adolescentes como parte del proyecto de investigación de la escuela académico profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca. Por lo que garantizamos total confiabilidad de los datos obtenidos y agradezco su participación.

I. DATOS GENERALES:

1. N° de encuesta:	2. Año de estudios: 1* <input type="checkbox"/> 2* <input type="checkbox"/> 3* <input type="checkbox"/> 4* <input type="checkbox"/> 5* <input type="checkbox"/>	I.E. La Florida
-----------------------------	--	-----------------

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS VARIABLES

A. EDUCACIÓN SEXUAL

1. ¿Has recibido información sobre sexualidad en tu colegio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Marque con un asterisco los temas de los que usted ha recibido información en su colegio	<input type="checkbox"/> Aparato reproductor femenino y masculino <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Sexo e identidad sexual <input type="checkbox"/> Sexualidad <input type="checkbox"/> Derechos sexuales y reproductivos <input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Relaciones coitales <input type="checkbox"/> Comportamiento sexual <input type="checkbox"/> Embarazo en adolescentes <input type="checkbox"/> Riesgos del inicio precoz de relaciones coitales <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Enamoramiento <input type="checkbox"/> Otro
3. ¿Quién le proporcionó la información?	<input type="checkbox"/> Profesor de aula <input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Otro

B. COMPORTAMIENTO SEXUAL

4. ¿Has iniciado ya tu vida sexual?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SI LA RESPUESTA ES SÍ CONTINÚA CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SI ES NO, TERMINA EL CUESTIONARIO.	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



5. ¿Qué edad tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales (relaciones coitales)?	12 - 14 <input type="checkbox"/>	15-17 <input type="checkbox"/>		
6. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales? (relaciones coitales)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 o más <input type="checkbox"/>
7. ¿Usas algún tipo de método anticonceptivo?	() Ninguno () Preservativo () Ampolla de tres meses () Ampolla mensual () Anticonceptivo oral de emergencia () Píldora			
8. ¿Marca con un asterisco con qué frecuencia utilizas algún MAC?	() Siempre () A veces () Nunca			
9. ¿Has tenido algún contacto sexual con personas de tu mismo sexo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
10. ¿Has tenido "encuentros casuales"?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		