

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**CONCEPCIONES DE SEXUALIDAD Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL
DE MUJERES Y HOMBRES ADOLESCENTES DE QUINTO DE
SECUNDARIA DE COLEGIOS PRIVADOS DE LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller:

ANDREA MARINA RODRIGUEZ MONTOYA

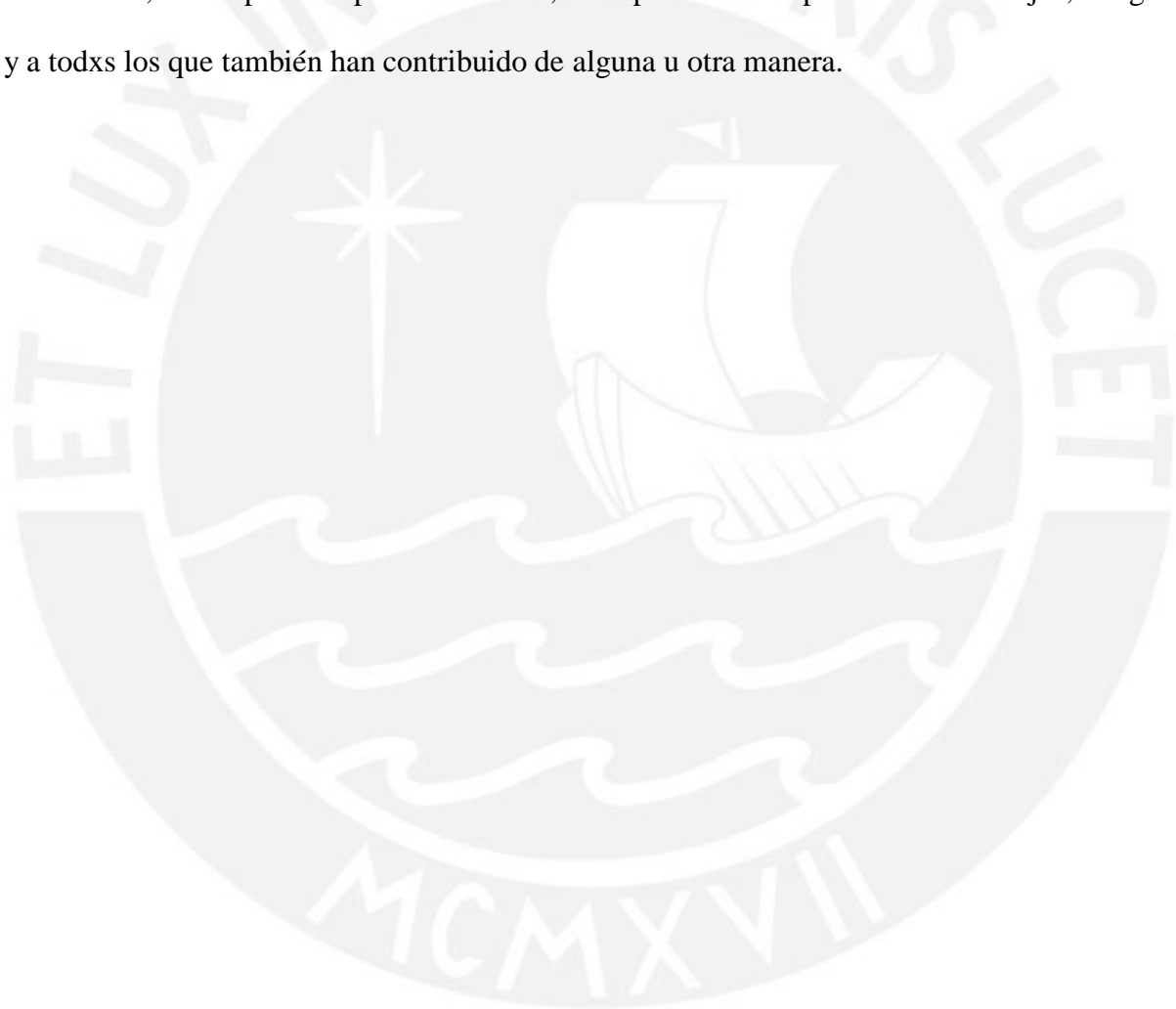
Asesora:

Sonia Natalie Meza Villar

Lima, Perú
2021

Agradecimientos

Quisiera agradecer en primer lugar a mi mamá, que me ha apoyado en todo este tiempo incondicionalmente. A los y las participantes de esta investigación, que tuvieron la disposición de conversar conmigo y darme parte de su tiempo. A Natalie, mi asesora, por el tiempo, la dedicación y por darme una oportunidad en un momento en que lo necesitaba. Finalmente, a Luis por siempre escucharme, acompañarme e impulsarme a ser mejor, a Ingrid y a todxs los que también han contribuido de alguna u otra manera.



Resumen

La presente investigación busca comparar en base al género las concepciones de sexualidad y las prácticas en salud sexual entre adolescentes de colegios privados de Lima Metropolitana. El estudio tuvo una metodología cualitativa, se realizaron seis entrevistas semi estructuradas a adolescentes entre 16 y 17 años (tres mujeres y tres hombres) en busca de temas en común y diferencias de acuerdo al género. Se encontró que los adolescentes tienen una concepción en común de la sexualidad como relacional, y difieren por género en cuanto a la expresión de ésta, pues se posiciona a la mujer como vulnerable al abuso. Asimismo, mantienen en común una visión de corte biomédico sobre la salud sexual, lo cual es reforzado por los mensajes de la escuela y la familia. A pesar de eso, llegaron a reconocer que pueden existir riesgos en el ejercicio de su vida sexual, estos se presentan de distinta forma por la diferencia en los roles de género. Las mujeres temían por el vínculo con la pareja sexual mientras que los hombres no consideraban sus emociones al involucrarse en un acto sexual. Por otro lado, existe una preferencia por el uso del condón en los varones, ya que culturalmente ellos dominan su uso. La influencia de la familia se encuentra marcada por los roles tradicionales de género, donde se niega libertad sexual a la mujer. La influencia familiar es considerada como importante en sus decisiones, sólo en el caso de las mujeres participantes. Finalmente, los y las participantes identifican carencias en la información impartida en la escuela.

Palabras clave: Salud Sexual, Sexualidad, Roles de género, Adolescencia

Abstract

The present research seeks to compare the conceptions of sexuality and the practices in sexual health among adolescents from private schools in Metropolitan Lima. The study had a qualitative methodology, six semi-structured interviews were conducted with adolescents between 16 and 17 years (three women and three men) in search of common themes and differences according to gender. It was found that adolescents have a common conception of sexuality as relational, and differ by gender in terms of its expression, since women are positioned as vulnerable to abuse. Likewise, they share a common biomedical vision of sexual health, which is reinforced by the messages from the school and the family. Despite this, they came to recognize that there may be emotional risks when having sexual acts, these are presented in different ways due to the difference in gender roles. Women feared for the bond with the sexual partner while men did not consider their emotions when facing a sexual act. On the other hand, there is a preference for the use of condoms in men, since culturally they dominate their use. The influence of the family is shown as marked by traditional gender roles, where women are denied sexual freedom.

The influence of the family is considered important in their decisions, only by the participating women. Finally, the participants recognize that there are shortcomings in the information given in the school.

Key words: Sexual Health, Sexuality, Adolescence, Gender Roles.

Tabla de contenidos

Introducción.....	6
Método.....	22
Participantes.....	22
Técnica de recolección de información.....	23
Procedimiento.....	25
Análisis de la información.....	26
Resultados y discusión.....	28
Conclusiones.....	50
Referencias.....	54
Apéndices.....	74
Apéndice A: Asentimiento informado para participantes.....	74
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos.....	77
Apéndice C: Guía de preguntas de la entrevista semi estructurada.....	79
Apéndice E: Esquema de categorías de sentido.....	80

Introducción

La presente investigación busca comparar las concepciones de sexualidad y las prácticas en salud sexual entre las y los adolescentes de quinto de secundaria de colegios privados de Lima.

Para ello se tiene en cuenta un enfoque biopsicosocial (Engel 1977) en el que la salud presenta dimensiones sociales y psicológicas, más que sólo la biológica. Este enfoque también empieza a considerar a la sexualidad como parte de la salud y resalta la subjetividad de la persona como clave en su cuidado. En este sentido, para revalorar esta subjetividad, resulta importante comprender las concepciones de salud sexual de las personas, así como sus propias prácticas. Estas serían influidas por los sistemas en los que, de acuerdo con el modelo ecológico (Bronfenbrenner 1971), estaría inserto el individuo; tales como la familia y los roles de género. Resulta importante sobre todo comparar cómo se dan estos fenómenos en una población femenina y masculina, y así visualizar la influencia de los roles de género, la escuela y la familia en temas de sexualidad y salud sexual.

En primer lugar, nos expandiremos en el concepto de salud. Se puede decir que este ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En un principio se basó en una visión mecanicista del ser humano, en la que se pensaban los conceptos de forma dicotómica y en oposiciones. El cuerpo se veía como separado de la mente, el individuo apartado de su sociedad y la enfermedad como opuesta a la salud. Así, se dio pie a una definición de la salud como ausencia de enfermedad, lo cual implicaba que para alcanzarla se buscaba curar enfermedades que se creía eran solo físicas y biológicas, separadas de otras dimensiones (Michaux, 2004).

Actualmente, en cambio, se busca adoptar un enfoque holístico para la salud, ya que se ha empezado a considerar al ser humano como un ser conformado por dimensiones interdependientes que funcionan como un todo al interactuar con su ambiente. De este modo, la concepción de salud pasó de ser vista como mera ausencia de enfermedad física a

representar algo más allá de eso: alcanzar el bienestar total, mental, social, espiritual y físico (Organización Mundial de la Salud, 2010). Este cambio se ha dado de manera relativamente reciente, por lo que la medicina occidental todavía conlleva rezagos del modelo biomédico, el cual ve a la salud de forma mecanicista y separada de sus otras dimensiones.

Por esta visión limitada que se tuvo de la salud, es que recién en 1974 la OMS empieza a considerar a la sexualidad como un concepto integral a la salud del ser humano (Vera-Gamboa, 1998). A su vez, tanto la consideración de este elemento, como su abordaje, ha ido reformulándose. En un principio se vio a esta dimensión desde un punto de vista higienista, donde se buscaba reducir tasas de natalidad y centrar los programas en la planificación familiar (Ramos, 2006). La sexualidad era vista con un único fin reproductivo. A partir de la Conferencia del Cairo (OMS, 1995) se dan cambios en esta visión y se reconoce a la sexualidad como algo central para el ser humano, incluyendo la identidad, el género, la orientación sexual y el erotismo; se ve también como influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales. Bajo este enfoque, la salud sexual ahora es considerada como un derecho humano, un estado físico, emocional, mental y social que requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad, a las relaciones sexuales y contempla la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras sin coerción ni discriminación (WHO, 2017).

Es decir, se piensa a la sexualidad desde un punto de vista biopsicosocial, no sólo por sus aspectos biológicos en cuanto a la fisiología y morfología del cuerpo sino como una construcción social que se relaciona de distintas maneras con nuestras emociones, deseos, relaciones y subjetividad individual (Montero, 2011).

Este concepto holístico de la salud fue inspirado en el modelo biopsicosocial de Engel (1977), quien parte de la crítica del modelo biomédico al que considera reduccionista y

simplista (Alonso, 2004). Las investigaciones que parten de este enfoque centran su atención en el entorno de la persona, su subjetividad, sus actitudes, motivaciones, hábitos, cómo viven y cuál es la problemática de su entorno (Natera, 2015).

Es así como este modelo busca humanizar la ciencia, dando lugar a los discursos del paciente, su padecimiento y su existencia, que en el modelo biomédico se ven como insignificantes ante lo objetivo de la enfermedad (Perdomo, Hernández & Izquierdo, 2016). Se pone así en relieve el poder conocer las necesidades y los valores del paciente para construir conocimiento compartido, posibilitar la toma de decisiones por parte de él, y cambiar la relación asimétrica en la asistencia médica (Dapueto, 2016).

Este modelo propone así una aproximación integradora que busca unir el conocimiento médico con una mejor comprensión de las necesidades individuales de los pacientes. Implica no sólo una filosofía sobre la atención clínica sino una aplicación práctica en el ámbito de la salud, en la atención médica y en la investigación científica (Tizón, 2007).

Al ser la salud sexual un derecho, este debe ser garantizado por políticas sociales y leyes que contribuyan a planificar y ofrecer servicios en intervenciones en salud sexual. Se debe promover que la población pueda informarse y adquiera lo necesario para proteger su salud sexual, con el fin de poder ejercitar su sexualidad libremente (Gruskin, Yadav, Castellanos, Khizanisvili & Kismodi, 2019).

Si esto no ocurre así y este derecho no es garantizado, se presentan problemáticas como las enfermedades de transmisión sexual, la mortalidad materna, el embarazo adolescente, la violencia sexual, y demás. Respecto a las enfermedades de transmisión sexual, estas conllevan consecuencias graves para la salud, ya que en caso de embarazo puede haber muerte fetal o transmisión al bebé, se asocian a la presencia de cáncer de cuello uterino y VIH y al ser asintomáticas no se diagnostican a tiempo, pudiendo derivar rápidamente en problemas como uretritis, úlceras genitales y vaginitis (Beltrán, 2016).

Por otro lado, el embarazo adolescente duplica las posibilidades de muerte materna durante el parto (Sam-Soto, Osorio-Caballero, Rodriguez-Guerrero & Pérez-Ramírez, 2014), así como de padecer anemia, preeclampsia y otras complicaciones. Además, los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de padecer malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental y deben enfrentarse a otra serie de adversidades sociales, legales, psicológicas, educativas y económicas debido a su condición (De Jesús & Gonzales, 2014; Oblitas, 2008).

Con el fin de evitar estas consecuencias negativas en la población, en el Perú se firma el acuerdo de la Conferencia del Cairo, aprobándose en 1996 el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. En este documento se establece promover el uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros, además de asegurar una tasa global de 2.5 hijos por mujer (Ramos, 2006). El programa se puso en marcha durante el gobierno de Alberto Fujimori, quien para cumplir con esta disminución de la tasa de natalidad adoptó medidas autoritarias que violaban los derechos humanos, como las esterilizaciones forzadas a miles de mujeres, sobre todo de bajos recursos y zonas rurales (Miranda & Yamin, 2008).

Posteriormente, en el gobierno de Alejandro Toledo, los grupos conservadores se posicionan en el Ministerio de Salud, lo que llevó a la desactivación del plan y al énfasis en la abstinencia en la educación sexual, lo que evitaba referirse a métodos anticonceptivos o al preservativo como una medida para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (Miranda & Yamin, 2008).

En los siguientes gobiernos, debido a la presión de organismos internacionales y a las demandas interpuestas por mujeres contra el estado peruano, se empezaron a tomar mayores medidas respecto a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva (Leiva, 2015). En el 2008 el MINEDU dispuso lineamientos para la educación sexual integral, del 2012 al 2017 se elaboró un Plan Nacional de Igualdad de Género, en el 2013 un Plan Multisectorial para la

prevención del embarazo adolescente, en el 2014 una Guía Técnica para la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica y en el 2016 se dispusieron normas técnicas respecto a la Planificación Familiar (Ávila, 2019; Leiva, 2015; Valdivieso, 2019).

No obstante, a pesar de todas estas normativas, ha habido irregularidades en su implementación; por ejemplo, en el protocolo de aborto terapéutico y en la distribución de Anticonceptivos Orales de Emergencia. Por esto, se puede decir que no ha habido avances significativos en el acceso a los servicios de salud reproductiva en la niñez y adolescencia (PROMSEX, 2017).

Estas políticas públicas que afectan la salud sexual podrían mejorar en su implementación con un enfoque distinto en las investigaciones, ya que estas suelen centrarse en problemas tradicionales relacionados a la reproducción, embarazo y maternidad, y menos en la sexualidad adolescente y su impacto en su vida y salud (Galvez, Rodriguez & Rodriguez, 2016).

Esto ocurre porque lo que es considerado saludable remite a relaciones de poder, en las cuales se legitiman unos tipos de conocimientos sobre otros (Foucault, 1990).

Actualmente, aunque se está empezando a considerar lo biopsicosocial, en la práctica el modelo biomédico sigue siendo el que se encuentra legitimado (Cuartas & Tamayo, 2016).

Investigar desde un modelo biopsicosocial contribuye a revertir esta visión y busca promover mayor agencia en la población, al no centrarse sólo en la enfermedad (Peñaranda, López & Molina, 2017). Desde este modelo se indaga también cómo es la estructura social o ideológica en la que se inscriben las creencias acerca de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento, etc.; y cómo esto puede promover o dificultar la mejora de la salud (Morales, 2016). Al conocer más sobre su contexto e historia, deja de ser una relación asimétrica, de un experto que educa al paciente, favoreciendo su autonomía y responsabilidad (Fábrega, 2015; Terenzi, Elías, Staeve & Junior, 2016).

Por estas razones es que en esta investigación se busca conocer las concepciones, como un modo de revalorar la subjetividad de las personas sobre sus propios procesos de salud y enfermedad. Muchas de las políticas e intervenciones realizadas carecen de esta dimensión por lo que no suelen funcionar (Campis, 2014).

Las concepciones son estructuras mentales que organizan un conjunto de creencias tomadas como verdaderas acerca de la realidad, influyen en la manera de pensar y actuar de un individuo, son personales y se elaboran a partir de las experiencias e interacciones en las que este participa (Remesal, 2009). De este modo, se puede decir que las concepciones de una persona van a influir directamente en sus prácticas y en sus actitudes ante determinado fenómeno, en este caso, en sus prácticas de salud sexual.

El desarrollo de estas concepciones y prácticas también estará influido por el entorno en el que se encuentra inserta la persona. Partiendo del modelo ecológico de Bronfenbrenner, se podría ver al entorno como una serie de sistemas que van más allá del propio individuo.

Según este modelo, existen cuatro sistemas que interactúan en el desarrollo de la persona, dependiendo de su proximidad a esta (Bronfenbrenner, 1971).

El sistema más cercano al individuo es el microsistema, donde se encontrarían su entorno familiar, escolar y la comunidad en la que se desenvuelve. El siguiente sería el mesosistema, que es donde más de un microsistema se encuentra en interacción, como cuando se da la comunicación entre padres y maestros. El tercer sistema sería el exosistema, que es el entorno donde el individuo no interactúa directamente, pero es influido por él, como el trabajo de los padres o el distrito en el que vive. Finalmente, el macrosistema es el contexto social más amplio en el que se desarrolla el individuo, es el complejo de sistemas seriados e interconectados en su sociedad y cultura, como las leyes, el estrato socioeconómico, las políticas públicas, etc. (Elia & Tokunaga, 2014; Griese et al., 2016; Pérez, 2004).

Con este enfoque se puede evidenciar cómo es posible que existan estereotipos, valores y actitudes dentro de la sociedad que influyen en la sexualidad y en la reproducción. Por eso aquello que se considera riesgoso o válido en estos aspectos varía según el contexto sociocultural pues se inscribe en redes de sentido determinadas por la historia personal y colectiva (Flórez, 2005; Suárez et al., 2008).

Un factor de este contexto sociocultural que forma parte del macrosistema del individuo y por lo tanto influye en estas prácticas y concepciones, es el estrato socioeconómico. Un elemento que refleja el estrato socioeconómico es el tipo de colegio al que se asiste, pues de acuerdo con el capital de los padres y madres, sus hijos e hijas participarán en determinados espacios sociales característicos de su clase (Suárez et al., 2008). Dependiendo de sus recursos disponibles, los padres y madres escogerán para la educación de sus hijos e hijas, colegios públicos o privados.

Esto repercute en los y las adolescentes de distinta manera; por ejemplo, se encontró que los y las adolescentes pertenecientes a instituciones privadas, comparados con adolescentes de instituciones públicas, reportan mayor acceso y recepción de información sobre sexualidad, siendo más proactivos en su búsqueda (Orcasita, Palma, Sadeghian, Villafañe, Sanchez, Sevilla, Torres & León 2018).

Otro aspecto que forma parte del macrosistema e influye del mismo modo, son los roles de género. Se incluye este elemento pues esta investigación parte de un enfoque de género, el cual resulta necesario para un adecuado abordaje de la salud sexual. La adopción de este enfoque implica identificar las desigualdades de género que afectan la salud para poder contribuir a su mejora a través de intervenciones adecuadas (Artilles & Rodríguez, 2011).

Estas desigualdades se encuentran mediadas por los roles de género, que son construcciones sociales caracterizadas por el reaprender constante de las formas de ser

hombre y de ser mujer (Butler, 2007). Nos asignan un sexo biológico al nacer pero los roles masculinos o femeninos es un status que se alcanza y debe ser aprendido (Lindsey, 2015). Este proceso conlleva la interiorización de las normas sociales para cada sexo (Butler, 2007), distintas formas de creencias, valores, pensamientos, actitudes y conductas que determinarán la propia identidad de género (Galet & Alzas, 2015).

Estos roles se aprenden durante la niñez, y son transmitidos durante el proceso de socialización en espacios como la familia, la escuela o a través de los mensajes de los medios de comunicación (Correa, Barragán & Saldívar, 2013).

Se ha reconocido internacionalmente que las relaciones de poder intrínsecas a los roles de género, no permiten que las mujeres puedan acceder a una vida saludable (García, Revilla & Hernández, 2015). Así, se interiorizan estos modos patriarcales, sexistas y jerárquicos que posicionan a la mujer en un rol subordinado, de sumisión ante las decisiones y privilegios masculinos (Manuela Ramos, 2006).

De este modo, al interiorizar por los discursos de la sociedad que es la mujer quien debe encargarse del rol de la maternidad, termina siendo ella la más perjudicada en un embarazo no deseado, pues se le encarga de todas las responsabilidades mientras que al padre se le exime de las suyas con facilidad (García, Revilla & Hernández, 2015).

La responsabilidad en cuanto a la anticoncepción también se le atribuye solo a ellas, son las que deben buscar información y a las que les advierten más sobre los riesgos de la actividad sexual (Pedone, 2014; Saeteros, Diaz, Sanabria & Pérez, 2015).

Por otro lado, a pesar de que fisiológicamente los hombres y las mujeres durante la adolescencia experimentan un mayor deseo sexual, se expresa de distinta manera debido a que los roles de género imperantes en la sociedad lo anulan en las mujeres, pero permiten que sea expresado por los hombres (Carpenter & Delamater, 2012).

De este modo, el género marca distintos significados de la sexualidad; mientras que

para los hombres la sexualidad es vista como goce y disfrute sin considerar la esfera reproductiva, las mujeres la asocian al cuidado y la prevención, el placer no es algo explorado ni válido en su caso (Saeteros et al., 2015).

Ello es reproducido por el sistema de salud, que a pesar de que contempla como objetivo a la población en general, realmente se dirige sólo a las mujeres, con discursos que buscan regular su reproducción, en temas de métodos anticonceptivos, maternidad y educación sexual (Brown, 2015). El centrarse en ese aspecto hace que se pierda de vista otros, como la falta de protección de las mujeres frente a enfermedades de transmisión sexual. Esto se da debido a que las mujeres no suelen exigir el uso del condón, el único que protege contra ellas, por tabúes socioculturales como el temor a generar desconfianza en su pareja (Bolaños 2018; Luces, Porto, Mosquera & Tizón, 2015).

Aunque la responsabilidad en la anticoncepción se le atribuye a las mujeres, estas no suelen tener autonomía en sus decisiones respecto a esta, debido a la dominancia masculina (García et al., 2015). Esta dominancia tampoco permite que las mujeres obtengan información adecuada para optar libremente sobre sus cuerpos y así regular su propia reproducción (Lafaurie, 2011). Tampoco controlan cuándo, cómo y con quién mantienen relaciones sexuales pues es normado en la sociedad que el hombre es quien busca el acto sexual y la mujer solo se resiste o cede (Pérez & Fiol, 2013).

Se puede decir entonces que, debido a la influencia de estos roles de género en las concepciones y prácticas en salud sexual, existe una mayor vulnerabilidad de las mujeres en esta dimensión de su vida.

Otro factor que influye en estas concepciones y prácticas es la etapa de desarrollo en la que se encuentra la persona. Se considera que una de las etapas más vulnerables para la salud sexual es la adolescencia, debido a que ocurren grandes cambios físicos, cognitivos y sociales que pueden determinar la manera de ser en la vida adulta (Martell, Ibarra, Contreras

& Camacho, 2018).

De acuerdo con la teoría de desarrollo psicosocial de Erick Ericsson (1971), a lo largo de la vida se dan crisis en el paso de un estadio a otro, esto implica una lucha entre dos fuerzas: una de potencialidad y otra de vulnerabilidad. En la adolescencia se da la lucha entre el potencial hacia la identidad y la vulnerabilidad hacia la confusión de roles (Bordignon, 2005).

Uno de los tres elementos importantes para construir el potencial de identidad, de acuerdo con este autor, es el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Esto quiere decir que la persona se debe reconocer como un ser sexuado, aceptar los cambios sexuales, reconocer su orientación sexual, y establecer vínculos románticos o sexuales (Anaya & Guerrero, 2017). De este modo, el desarrollo de la sexualidad pasa a formar parte central en el transcurso de esta etapa. Por ello, también en la adolescencia es donde se suele iniciar la vida sexual, que marcará las expresiones sexuales en adelante (Carpenter & Delamater, 2012).

Paralelamente, los y las adolescentes tienen que lidiar con muchos cambios a distintos niveles. A nivel biológico; mayor cantidad de vello corporal, la primera menstruación, incremento del deseo sexual, etc., lo cual lleva a una mayor conciencia a nivel social de lo que significan estos cambios, de lo que implica para la sociedad y para sus pares este despertar sexual. Esto es posible debido a las nuevas herramientas cognitivas que van adquiriendo, que les permiten pensarse a sí mismos y a los demás de manera abstracta, reflexionando de este modo sobre normas sociales, decisiones propias, sentimientos y actitudes respecto a su sexualidad (Carpenter & Delamater, 2012).

En consecuencia, es la primera vez que los y las adolescentes deben enfrentarse a una serie de decisiones en el cuidado de su sexualidad, lo cual tiene repercusiones importantes para su salud y la de sus parejas. Deben decidir si mantener relaciones sexuales o no, si

utilizar protección, si continuar con un embarazo o no. Decisiones que complejizan las otras tareas propias de esta etapa (Vargas et al., 2015)

Estas decisiones también son influidas por una serie de regulaciones sociales y mandatos culturales sobre cómo es que los y las adolescentes se deben desenvolver en este aspecto. Mandatos que suelen plantearse desde una perspectiva adulta, que les transmiten peligros, promoviendo un discurso preventivo y de abstinencia (Orcasita, Cuenca, Montenegro, Céspedes, Garrido & Hardelein, 2018)

Los padres y madres se niegan a aceptar que su hijo o hija adolescente pueda ser sexualmente activo (Rocha, Caniani, Perez, Burgos & Rivero 2014). Por este motivo, para los y las adolescentes, la familia no suele ser un espacio donde se discuta sobre salud sexual, ya que sienten que no tienen la suficiente confianza para hablar sobre este tema (Obach, Sadler & Jofré, 2017). Ello propicia que se niegue información a la población joven sobre las relaciones sexuales y la reproducción, o que dicha información sea sesgada (Mudhovozi et al., 2012).

Esto implica graves consecuencias para la salud sexual de los y las adolescentes, pues los expone a enfermedades de transmisión sexual y reduce su capacidad de agencia en la planificación de su reproducción, ya que se ha encontrado que la comunicación familiar es un factor protector ante conductas sexuales de riesgo (Uribe, 2016).

La calidad y el contenido de esta información también es importante, pues se ha evidenciado que una conversación profunda sobre distintos ámbitos de la sexualidad o sobre las medidas de seguridad a tomar ante un acto sexual, son más efectivas que las conversaciones donde se les incita a esperar para tener relaciones sexuales (Holman & Koenig Kellas, 2018).

En otro estudio (Reitz, Van de Bongardt, Baams, Doornwaard, Dalenberg, Dubas & Dekovic, 2015), se exploró la interacción entre prácticas parentales, internet y relaciones con

los pares para averiguar si es que éstas predecían cambios en la conducta sexual del adolescente, se encontró que una mala relación con los padres se relacionaba a un aumento de la experiencia sexual en los adolescentes.

Otra gran influencia es el rol de la escuela, ya que a través de la educación sexual se dociliza los cuerpos e influye en la construcción de género y sexualidad de los y las adolescentes (Abel & Rodrigues, 2016).

Sin embargo, su rol se ha identificado como ineficaz debido a la inadecuada educación sexual que se imparte en las escuelas. La mayoría de las intervenciones que se dan en ella tienen un carácter biologicista y psicoeducativo, donde se limitan a ver la sexualidad como el aparato reproductivo (Campis, 2014).

Además, suelen desarrollar estrategias de educación sexual diseñadas desde la perspectiva adulta sin tener en cuenta el contexto de los y las adolescentes, lo cual hace que la información que reciben no les sea útil en su vida diaria (Cárdenas, 2015).

Se evidencia también un reclamo de los y las adolescentes por la escasa información obtenida, la forma inadecuada de transmitirla, y la poca frecuencia con la que se da esta educación sexual (Obach, Sadler & Jofré 2017; Vela, 2016).

Esta situación resulta aún más preocupante en nuestro país, donde el 33,2% de mujeres tuvo su primer hijo antes de los 20 años (INEI, 2016), y sólo el 15% de los y las adolescentes entre 15 y 19 años sexualmente activos usa algún método anticonceptivo. Además, se ha demostrado en un estudio con adolescentes escolares peruanos, que a pesar de poseer un conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos, no suelen emplearlos ni en la primera o en la última relación sexual (Fernández, 2015).

Como se puede apreciar, es importante indagar sobre las concepciones y prácticas de los y las adolescentes, considerando factores como el género, el entorno familiar y escolar. Existen diversas investigaciones sobre estos fenómenos que permiten vislumbrar ello.

De acuerdo con Vargas et al. (2015), quienes identificaron estructuras cognitivas que guiaban la toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia en una ciudad de Colombia, la principal razón por la que un adolescente decide mantener relaciones sexuales tiene que ver con el deseo de experimentar.

La mayoría de las relaciones sexuales se dan de forma espontánea, no se suele conversar previamente debido a la incomodidad surgida por la sensación de ser sancionados socialmente y por la desaprobación social por mantener relaciones en la adolescencia. Ello conlleva a una poca planificación en cuanto al uso de métodos anticonceptivos. En cambio, cuando se conversa y ambos miembros de la pareja están interesados en cuidarse, el uso del preservativo es más frecuente.

En nuestro país se realizó una investigación en adolescentes de tres ciudades con las tasas más altas de embarazo adolescente, Lima, Huamanga e Iquitos; con el fin de contextualizar el inicio sexual y las barreras individuales del uso de anticonceptivos (Carmona, Beltran, Calderón, Piazza & Chavez, 2017). Este estudio fue de corte cuantitativo, se aplicaron encuestas y posteriormente entrevistas para profundizar en su realidad. Se encontró que el inicio sexual se suele dar entre los 14 y 16 años y suele estar marcado por el consumo de alcohol. Las razones por las cuales se da difieren por género, en los hombres se suele dar por deseo sexual y en las mujeres por presión de su pareja.

Se identificó como una barrera para el uso de anticonceptivos la limitada capacidad de negociación de la mujer, a la cual le cuesta comunicar sus deseos e inquietudes a sus parejas, ya que teme su abandono si exige el uso de anticonceptivos. Además, se encontró una influencia del componente virtual, ya que muchos varones mencionaron a la pornografía como influyente en el despertar de su curiosidad sexual.

Vemos que resulta importante en esta investigación el uso de la metodología cualitativa para adentrarse en las razones del contexto, mediadas por roles de género, que

impiden garantizar que exista un adecuado tratamiento de la salud sexual en nuestro país.

En otra región del Perú, Lambayeque, se realizó un estudio con adolescentes de secundaria sobre sus conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas al VIH/SIDA (Baca, Hidalgo, León, Jimenez & Malca, 2015). Este estudio fue de corte cuantitativo y la muestra pertenecía a colegios privados y públicos. La mayoría tenía un conocimiento medio sobre VIH/SIDA, y la principal fuente de este conocimiento fue el colegio, seguido por el internet en los colegios públicos y la televisión en los colegios privados. Asimismo, en los colegios privados hubo mayor conocimiento sobre las formas de prevención del VIH/SIDA, mientras que en los públicos poseían más información sobre los factores de riesgo.

También se encontraron diferencias respecto al género, las mujeres refirieron que recibían más información de parte de los amigos y los hombres presentaron mayor conocimiento de las vías de contagio del VIH/SIDA.

En Huancavelica, se realizó una tesis cuantitativa (Solano, 2018) que medía los conocimientos sobre salud sexual y su relación con los comportamientos sexuales de adolescentes entre 12 y 19 años del distrito de Lircay. Se encontró que la mayoría presentaba un conocimiento alto en salud sexual pero también hubo una mayoría que mantenía comportamientos sexuales de riesgo. Se concluyó que no hubo una relación entre el conocimiento sobre salud sexual y el comportamiento sexual de los y las adolescentes.

Se evidencia que en nuestro país la mayoría de investigaciones sobre salud sexual y sexualidad parten del enfoque cuantitativo y han sido realizadas por profesionales de disciplinas médicas, como la enfermería o la obstetricia.

Por otro lado, en otras partes de Latinoamérica, como en México; se exploraron, desde una metodología cualitativa, estereotipos de género en sexualidad y anticoncepción con jóvenes varones universitarios de clase media (Salguero, Soriano & Ayala, 2016). En esta investigación se encontró que existe una doble moral en sus vínculos sexuales, de acuerdo

con su estereotipo de mujer para relaciones formales e informales. En las relaciones informales los hombres se ven como “instintivos”, influidos por sus hormonas, y se identifican con el papel de “seductor” y “conquistador”. En estos casos son los amigos quienes suelen proveer los anticonceptivos, como una muestra de apoyo.

En cambio, en las relaciones formales se pasa del “hombre conquistador” a incluir la afectividad y la exclusividad. Se presenta una mayor negociación respecto al uso de anticonceptivos y en general en las decisiones respecto a las relaciones sexuales, sin embargo, el uso del condón y su compra sigue siendo única responsabilidad del hombre.

En una investigación cualitativa realizada en Chile se exploraron las concepciones sobre sexualidad en adolescentes de una escuela primaria. Se observó que sus concepciones se restringen a lo que se les enseña en el currículo escolar y carecen de un posicionamiento fuerte respecto a la autonomía y el placer en la sexualidad. Destacaron también la responsabilidad con los demás en la sexualidad, la importancia del uso de preservativos y el respeto por la decisión individual en la edad de inicio de las relaciones sexuales. Igualmente mostraron interés en temas como la homosexualidad, el embarazo y las ITS.

Por todo lo expuesto, la presente investigación se propone comparar las concepciones de sexualidad y las prácticas en salud sexual de adolescentes mujeres y hombres de quinto de secundaria, de colegios privados. Como objetivo específico, se plantea describir estas concepciones y prácticas de las y los adolescentes.

Para ello, se realizarán entrevistas a las y los adolescentes con el fin de discutir y explorar sus concepciones de sexualidad y sus prácticas en salud sexual.

Dado que para la exploración de las concepciones se busca revalorar el carácter subjetivo y es necesario inferirlas desde la conducta, verbalizaciones e intenciones de las personas (Ponte, 1999 citado por Frech La Rosa, 2015), se ha optado por un enfoque cualitativo. En este sentido, se analizará la información recolectada mediante el análisis

temático propuesto por Braun et al (2012).



Método

El presente estudio adoptó una metodología de investigación de enfoque cualitativo, la cual se fundamenta en una perspectiva centrada en entender el significado de las acciones de los seres humanos y de sus instituciones. Postula que existen varias realidades de acuerdo con los participantes, el investigador y su interacción, y estas se van transformando durante el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Se escogió este método pues se intentaba entender de forma más profunda las significaciones que se atribuyen en las realidades de los y las participantes, así como también en el grupo en su totalidad. En este sentido, este enfoque permite descubrir cómo es que las personas construyen el mundo a su alrededor, lo que realizan y les sucede en términos que sean significativos para ellos y ofrezcan una comprensión extensa de ello (Flick, 2007).

Participantes

El grupo que se abordó estuvo conformado por tres alumnas de sexo femenino y tres alumnos de sexo masculino que cursaban quinto de secundaria en un colegio privado de Lima metropolitana. Cuatro adolescentes tenían 16 años mientras que dos adolescentes mujeres tenían 17 años, refirieron ser mayormente del sector socioeconómico medio ($n = 4$) y del sector medio alto ($n=2$), residentes de los distritos de La Molina ($n=1$), Miraflores ($n=1$), San Isidro ($n=1$), Magdalena ($n=1$), Jesús María ($n=1$) y Callao ($n=1$). Los y las participantes reportaron no tener ninguna creencia religiosa, excepto por una mujer que era católica; respecto a estas creencias reportaron ser poco religioso/a ($n= 3$), nada religioso/a ($n=2$) y algo religioso/a ($n=1$). Del total de adolescentes, sólo un participante ya había mantenido relaciones sexuales. Asimismo, cuatro participantes vivían con ambos padres, mientras que dos, con alguno de ellos. Cabe notar que al menos uno de los padres o madres de todos los participantes tenía alguna carrera profesional. La orientación sexual de los participantes es

casi en su totalidad heterosexual, a excepción de una participante homosexual.

Se usó un muestreo por conveniencia, lo que implica que se escogió esta muestra debido a su accesibilidad mediante los contactos personales de la investigadora, si bien las personas que la conforman no están ligadas de forma inmediata a ella (Mejía, 2000). Una vez que los contactos de la investigadora comentaron sobre el estudio con sus conocidos y conocidas que cumplían con los criterios de inclusión, se hizo el contacto con cada participante de forma personal, se les envió un mensaje invitándoles a participar e informándoles brevemente sobre en qué consistiría la entrevista. Se aseguró el carácter voluntario de su participación antes de la realización de la entrevista mediante un consentimiento informado, en el que se mencionaba que podrían retirarse en cualquier momento de la investigación, así como el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada, la cual será usada sólo para fines de la investigación. Asimismo, se conversó con los padres y madres previamente a la entrevista para informarles sobre la investigación y obtener su aprobación en la participación de su hijos e hijas.

Los criterios de inclusión fueron ser estudiante de un colegio privado y cursar quinto grado de secundaria. De este modo, se obtuvo una muestra de tres mujeres y tres hombres, esto pues se buscaba comparar las diferencias en cuanto al género y de este modo mostrar las distintas perspectivas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Técnicas de recolección de datos

Con el fin de responder al objetivo de la investigación se consideró pertinente la realización de entrevistas semiestructuradas, debido a que esta técnica permite que exista una comunicación en la que se construye conjuntamente una serie de concepciones sobre un asunto (Janesick, 1998 citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Esta técnica se basa en una serie de preguntas que cubren distintas áreas, y permite la realización de

preguntas adicionales con el fin de obtener información personal detallada (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Antes de empezar con esta técnica, se pidió llenar una ficha de datos sociodemográficos (Apéndice B) donde se preguntó estrato socioeconómico, edad, personas con las que viven, lugar de nacimiento, distrito de procedencia, orientación sexual, creencias religiosas, así como la intensidad de las mismas. Se elaboró una guía de preguntas (Apéndice C) para la entrevista, de modo que se pudiera ahondar en las concepciones de sexualidad y prácticas en salud sexual. Asimismo, las preguntas buscaron visualizar los sistemas del modelo ecológico que pudieran estar influyendo, es decir, describir la influencia que han tenido distintos espacios, como el colegio y la familia, en la formación de estas concepciones y prácticas.

Es así como la guía de preguntas fue construida con el fin de indagar en cuatro áreas: Salud Sexual, Sexualidad, Familia y Colegio. Algunas de las preguntas de la guía fueron cambiadas de acuerdo con el género de los participantes para recoger las diferencias en los roles de género.

Las definiciones de las áreas se plantean de este modo:

Salud Sexual: Se buscó indagar las concepciones de este concepto, a través de su definición, así como concepciones sobre el riesgo y protección. Se preguntó además por las prácticas asociadas a la salud sexual.

Sexualidad: Se buscó indagar las concepciones de este concepto, a través de su definición, y cómo es que ello se expresa en personas de su edad, en qué situaciones se da y sus opiniones al respecto.

Familia: Se exploró los mensajes que dan las familias a los hijos e hijas adolescentes, así como su percepción del impacto de los mismos en las personas de su edad.

Colegio: Se exploró los mensajes que da esta institución, cómo es que los transmiten,

en qué contextos. Además, se preguntó sobre lo que ellos y ellas querían que les enseñen respecto a temas de educación sexual.

La guía de preguntas fue revisada por dos expertas en temas de sexualidad y género.

Asimismo, una vez obtenido el producto final de esta revisión, se hizo un piloto con una adolescente de quinto de secundaria de un colegio privado, la cual no formó parte del grupo final de participantes.

De este modo, se hicieron las correcciones necesarias en cuanto al lenguaje, las dificultades que se pudo observar durante la realización del piloto y los comentarios de la adolescente que participó en él.

Procedimiento

La investigación parte de un diseño fenomenológico descriptivo, el cual postula que se debe entender el fenómeno tal y como se presenta a la subjetividad de las personas. En este caso, se busca explorar, describir y comprender lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con determinado fenómeno y desde la visión construida colectivamente (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Esto se logró a nivel descriptivo, es decir, se usó el lenguaje para articular la intencionalidad de los objetos de la experiencia (Giorgi, 2012). Para ello, es necesario acercarse a las personas con plena disposición de escucha, comprensión y aceptación (Mari, Bo & Climent, 2010).

En cuanto al procedimiento empleado, se hizo el contacto mediante conocidos de la investigadora, quienes comentaban sobre la investigación a conocidos de ellos mismos que cursaban quinto de secundaria en un colegio privado. Si aceptaban, la investigadora los contactaba por vía telefónica para explicar más detalles sobre la investigación y coordinar la cita para la entrevista.

Antes de empezar con la entrevista, se estableció rapport con los y las participantes

mediante una conversación de aproximadamente 10 minutos, para posteriormente entregarles y leer un asentimiento informado, donde concederían permiso para grabar la sesión. Además, en el asentimiento se explicitaba el carácter anónimo y voluntario de su participación, así como su derecho a retirarse en cualquier momento si así lo deseaban.

Finalmente, se realizaron las entrevistas, que duraron en promedio de 30 a 60 minutos. Estas se hicieron en un lugar escogido por los participantes, que cumpliera con medidas de privacidad y comodidad. De este modo, la mayoría de las entrevistas se realizaron en espacios privados dentro de sus domicilios. Antes de empezar las entrevistas se hablaba con los padres o madres de los y las adolescentes, que se encontraban presentes en sus domicilios al momento de realizarlas, para explicarles el carácter de la investigación y obtener su aprobación a que sus hijos e hijas participaran de ella. Después, se procedió a transcribir todas las entrevistas, lo cual permitiría extraer categorías relevantes al propósito de la investigación.

Cabe acotar que, para asegurar la estandarización en la aplicación del instrumento, se trató de mantener el mismo horario para la realización de las entrevistas, usualmente en la tarde, después del horario de clases. Asimismo, para asegurar el criterio de veracidad se hizo anotaciones de todo lo acontecido antes, durante y después del transcurso de la entrevista.

Análisis de la información

En esta investigación se analizaron los datos obtenidos a través del método de análisis temático, el cual busca identificar y organizar los patrones comunes hallados en toda la muestra y a partir de ellos, responder al objetivo de la investigación, infiriendo qué es lo que pueden significar estos patrones de acuerdo con el marco teórico revisado (Braun et al., 2012). En este caso, se tuvo una aproximación más inductiva, ya que se codificó la información de acuerdo con el contenido de los datos mismos y no de acuerdo con una teoría

previa (Braun et al., 2012).

Para proceder con este método se transcribieron las seis entrevistas de la forma más literal posible, luego se realizó una familiarización con la información, en la que se escribían notas sobre las ideas que surgían al leer las entrevistas, teniendo en cuenta posibles categorías que vayan acorde al objetivo de la investigación. Finalmente se transfirieron las transcripciones al software del Atlas-Ti, el cual apoya en segmentar las unidades de significado y codificar los datos en categorías (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Con el producto final de este proceso se hizo una comparación permanente, es decir, se comparó entre sí cada categoría para agruparlas en temas y se buscó ejemplificar ello en un cuadro que permita una mejor visualización (Krause, 1995). Durante este proceso, se fueron integrando categorías para poder visualizar patrones más claros. Posteriormente, teniendo en cuenta las áreas que se buscó abordar en la entrevista, se ordenaron las categorías encontradas, para organizar mejor la información y obtener un esquema de categorías (Apéndice D). Con ayuda del software Atlas ti, se elaboraron tablas donde se pudo comparar la frecuencia de algunas categorías de acuerdo con el género de los y las participantes, encontrándose algunas categorías en común, como otras con mayor y exclusiva frecuencia en algún género. Cabe resaltar que se consideró toda la información transmitida por los y las participantes, así pudiera resultar contraria.

En cuanto a los criterios de rigor que se buscó cumplir en esta etapa, se aseguró la integridad del estudio a través de la consideración del diseño fenomenológico al momento de constituir las categorías.

Asimismo, para asegurar el criterio de veracidad, se documentó cada paso del proceso seguido en el análisis de datos en una bitácora de análisis. Finalmente, se debe tener cuidado en cuanto a la transferibilidad de los datos, ya que la interpretación y obtención de los resultados se realizó considerando con detalle el contexto de cada participante.

Resultados y Discusión

A través de los procedimientos explicados anteriormente, se obtuvieron cuatro unidades de análisis que corresponden al marco teórico propuesto (Sexualidad, Salud Sexual, Familia y Escuela). De estas cuatro unidades, con ayuda del análisis temático, se obtuvieron 10 categorías con temáticas de acuerdo con los patrones descubiertos en el análisis de las entrevistas. Dentro de estas categorías, se encontraron diferencias según el género de los y las participantes en cuatro de ellas y cuestiones en común en las otras seis categorías. De este modo, se pasará a explicar y discutir cada una de ellas desde un enfoque de género y del modelo ecológico.

Respecto a la primera unidad de análisis, se buscó explorar las concepciones de Sexualidad de modo que pudieran expresar las ideas y experiencias de los y las adolescentes sobre este tema (Remesal, 2009). Se encontró una categoría en común entre hombres y mujeres que sería la *Sexualidad como el acto sexual producto de la atracción*:

“La sexualidad...podría ser algo que como que todos poseemos pero que descubrimos a lo largo de ¿no? nuestro camino en la vida. Y que es algo intrínseco de la persona que no se puede suprimir ni nada de eso... Podría ser como que ¿la atracción hacia otras personas? O sea, hacia otras personas del mismo género o un género diferente” (Alonso, 16 años)

“Mantener relaciones sexuales en... en periodos y conocerte a ti mismo [...] a ti mismo y a tipo tu pareja en...de un modo sexual así ¿no? [...] situaciones en la que ambos estén disponibles y tengan ganas de descubrirse a sí mismos” (Sebastián, 16 años)

“Ay...es que...ay no sé...la sexualidad es...ay...no sé si sexualidad como también como relación entre las personas. No sé, la relación sexual que hay entre las personas [...] como el acto y también como en sí, en las relaciones que tienen” (Diana, 16 años)

Se puede ver que lo primero a lo que remite el concepto de sexualidad es al acto sexual en sí, que muchas veces se entiende como relaciones en las que entra el contacto

genital, aunque otro participante pudo incluir en este concepto actos más variados:

“En sí, coito, besos, hasta el abrazo puede llegar a ser considerado una actividad sexual.” (Sebastián, 16 años).

Esta noción de sexualidad parece no mencionar el aspecto individual de la misma, como conocer el propio cuerpo, resaltarlo o practicar conductas masturbatorias, a pesar de que actualmente son un poco más aceptables entre los y las adolescentes (López, Carcedo, Fernández, Blazquez y Kilan, 2011).

Como vemos, más que lo individual, se entiende la sexualidad como algo intrínseco al ser humano pero que implica la relación y atracción entre ellos y ellas. Todos los y las participantes la marcan como algo que existe ya en ellos y ellas, pero es descubierto, explorado, en relación con otra persona. Como si estuviera dormida y es despertada solo cuando se entra en contacto con otro u otra con el cual se mantiene algún tipo de relación.

Ello se entiende pues los y las adolescentes se encuentran en convivencia, generando vínculos entre ellos y ellas, sus pares cobran una mayor importancia en esta etapa, por lo que este aspecto relacional tiene un sentido especial, donde el acto sexual representa una forma de vincularse socialmente (Ortega, 2015; Uribe et al., 2008).

Es importante señalar que no existe en las definiciones una aclaración del tipo de relación que se establece con la persona con la que uno descubre su sexualidad. Los y las adolescentes se refieren de manera muy general a con quién se comparte este acto, es decir, no necesariamente unen la formalización de un vínculo, como tener un enamorado o enamorada, a la sexualidad, lo cual es una situación común hoy en día (Nicolo, 2013).

Esta visión de sexualidad separada de un vínculo emocional formalizado tiene sentido, ya que las nociones de curiosidad y atracción cobran mayor importancia dentro de lo que los y las adolescentes entienden por sexualidad. Se resalta esa ansia por descubrir, conocer, que es característica a su edad. Lo cual concuerda con lo hallado por otros estudios,

que afirman que la curiosidad es una de las principales razones por la que los y las adolescentes inician su vida sexual (Barceló & Navarro, 2013; Rincón, 2015; Vargas, Henao & Gonzales, 2007).

Cabe resaltar que la mayoría de los y las participantes aclaró que esta atracción y relación sexual se puede dar entre personas del mismo o distinto género. De este modo, se puede ver que existe un reconocimiento de la diversidad sexual, aunque no se podría afirmar si es una actitud de aceptación ante ella, pues es común que exista una elevada frecuencia de actitudes homofóbicas en adolescentes escolares (Pinos & Pinos, 2011).

Otro aspecto por considerar es que en ninguna definición de sexualidad se tomó en cuenta su dimensión de placer, o satisfacción. Ello puede deberse a que, como veremos más adelante, su entorno transmite mensajes que relacionan sexualidad con riesgo.

Dentro de la unidad de análisis de Sexualidad, se indagó sobre las prácticas que se asocian a este concepto, dando lugar a una segunda categoría que sería la *expresión de la sexualidad*. En esta categoría se encontraron distintos puntos de vista según el género de los y las participantes:

“Hay otras personas que son mucho más lanzadas para ser así, a decirle a una chica o una chica a un chico, este...cosas de ese tipo ¿no? ponte está guapo o cosas mucho este más fuerte para decirlo....Ofrecerles sexo en sí, por ejemplo, o sea ofrecerte, decirle si, este...prácticamente entregarte y ya, decirle sí que estaría contigo, o bueno...no sé si una mujer tal vez no haría eso, pero un hombre sí” (Fernando, 16 años)

*“Ah bueno en mi caso como yo soy mujer, cuando el hombre empieza a tomarse confianzas que a veces no le das, cuando te agarra la pierna u otras partes del cuerpo que son privadas para una mujer, en esos aspectos. **I: ¿Y en que situaciones pasa eso?***

Mayormente pasa, como te digo, en fiestas o cuando ponte sales tú sola con el chico” (Milagros, 17 años)

“En situaciones este...por ejemplo, a la hora de poder conocer a alguien a través de redes sociales, invitándola a salir y todo eso. Supongamos que el chico le dice que vaya a su casa, entonces su casa está sola, solamente está la chica y el chico, se podría decir que trata, podría tratar de abusar de la chica” (Lauren, 17 años)

Se puede ver que para los hombres existe una forma de expresar su sexualidad a través de hablar provocativamente a otra persona, incluso llegar a ofrecerle tener relaciones sexuales. Esto denota una mayor libertad para poder expresar sus deseos en la actividad sexual. Mientras que las mujeres creen que la sexualidad se expresa partiendo desde las acciones del varón; es él quien la invita a salir, le habla, e incluso a veces puede realizar acciones que representen una invasión a su privacidad, como es el caso de tocarle la pierna. Pareciera que las mujeres solo tienen la posibilidad de aceptar o rechazar lo que plantea el varón. Además, son conscientes de que están expuestas a que estas proposiciones puedan terminar en situaciones de abuso o acoso sexual.

Las situaciones descritas concuerdan con estudios anteriores donde se ve que los hombres son los que tienen que tomar la iniciativa para lograr actos sexuales (López et al., 2011; Salguero, Pérez, Ayala & Soriano, 2017; Vélez, Rentería, Basozabal & Loroño, 2010), ya que cada conquista es vista por ellos como un trofeo. Las mujeres, en cambio, tienen más dificultad para expresar su interés por miedo a ser juzgadas (Ortega, 2015).

Estas prácticas en la expresión de la sexualidad tienen como base una socialización distinta debido a los roles de género impuestos. En los hombres se fomenta comportamientos como prueba de su masculinidad, tales como violencia, agresividad y dominio, mientras que en las mujeres se favorecen comportamientos tendientes a la sumisión y pasividad. Dichas acciones posicionan a la mujer en un rol de víctima y favorecen que se acepte comportamientos violentos hacia ellas (Caricote, 2006; Pérez, 2016; Salguero et al., 2017). Es así como, en la expresión de su sexualidad, el hombre tiene que ser el dominante, puede

expresar su deseo sin tener en consideración a la mujer, quien es socializada para ser sumisa ante estos avances. Esto llevaría a una normalización de escenarios en los que sienten una invasión a su persona, o pueden llegar a sufrir formas de acoso.

Esto es respaldado por estudios (García- Vega, García & Fernández, 2005; Grimberg, 2002) en los que se encuentra que los hombres tienden a tener fantasías referidas a conductas sexuales violentas o a usar un lenguaje sucio, así como también en el análisis de su discurso se evidencia un rol más activo en la promoción de situaciones sexuales. En cambio, la mujer relata el acontecimiento como fuera de su control, sin apropiarse de su deseo o placer como sí lo hace el varón.

Asimismo, se puede ver su relación con otras investigaciones sobre masculinidad (Villaseñor-Farías, 2003), en las que los adolescentes varones encuentran difícil delimitar cuándo su comportamiento es violento y desestiman si una mujer dice que no. Como se ve en los relatos anteriores, los hombres podrían tomar como expresión de su sexualidad o parte del cortejo, actos violentos.

Por otro lado, en esa misma investigación, las mujeres respondían que muchas veces, por sentirse intimidadas ante los deseos del varón, les cuesta decir no abiertamente. Sobre todo, si, como mencionan las participantes, estas situaciones se suelen presentar cuando se encuentran solas, sin otras personas a las que pueden recurrir si necesitan ayuda.

Es así como las mujeres tienden a tener que esperar las proposiciones del varón y, como se evidencia en el testimonio, parecieran entender que, en el ejercicio de su sexualidad, las situaciones de abuso o acoso son comunes. Las adolescentes participantes relatan historias que les son transmitidas como advertencia, pues saben que les puede pasar a ellas o a las mujeres que conocen.

Entonces resulta preocupante que como mujeres no exista una expresión libre de su sexualidad, ya que no se pueden adueñar de su deseo porque son juzgadas, y están expuestas

a que alguien abuse de ellas en su intento por “seducirlas”. A pesar de que sí pudieron reconocer estas acciones como abuso propiamente, alarma que deban tener estas situaciones tan presentes en su concepción de expresión de la sexualidad.

Respecto a la segunda unidad de análisis, Salud Sexual, se trató de explorar las concepciones sobre la misma. De lo cual se desprendió, de acuerdo con discursos en común, la categoría de *Concepción biomédica de la salud sexual*:

“Yo creo que sería hacerlo con medidas que puedan prevenir el contagio de enfermedades venéreas que puedan como perjudicar tu salud” (Fernando, 16 años) “La salud sexual es...como protegerse a sí mismo, no solamente durante las relaciones, pero antes para no correr peligro de que te pase algo, por ejemplo, de contraer una enfermedad, ¿no?” (Alonso, 16 años)

“Cuidarte mientras tienes relaciones sexuales [...] O sea, tener intimidad con un otro de manera saludable [...] O sea no sabría decirte, si se cuidarán, no sería tan, tan malo porque lo que pasa es que tú tienes que cuidarte cuando tienes relaciones sexuales porque ponte que tú seas una persona de 16 años y no te cuides, saldrías embarazada [...] o que la otra persona tenga sida y te contagie,...este, enfermedades de transmisión sexual” (Milagros, 17 años)

Ante el pedido de una definición personal de salud sexual, los y las adolescentes se remiten a una concepción sobre riesgos de corte médico, ya sea enfermedades o embarazos. Desde esta visión se busca prevenirlos tomando las medidas del caso, perdiéndose de vista la salud como un estado de bienestar, de acuerdo con la propuesta de la OMS (2010), en la que no sólo es la ausencia de enfermedades sino una visión de bienestar y placer en su vida sexual.

Se puede evidenciar entonces que todavía se encuentra imperante una visión biomédica de la salud sexual, que ésta continúa siendo el saber hegemónico. Ello concuerda

con varios otros estudios sobre la visión de sexualidad y salud sexual en adolescentes de América Latina. (Beltrán, 2015; Oliva et al., 2010; Provenzano, 2017; Quaresma da Silva, 2013; Rincón, 2015; Rojas, Méndez & Montero, 2015)

Dicho modelo biomédico lo que busca es el manejo del cuerpo y su biología, reducir la sexualidad a la genitalidad, cuyo único fin es la reproducción. Por eso se piensa bajo categorías de riesgo, prevención y cuidado de enfermedades y embarazos (Brown, 2015; Linardelli, 2015). Entonces, se ve a la sexualidad como algo de lo que hay que temer, se dificulta así para ellos y ellas vivirla uniendo los afectos, o de manera positiva y placentera (Beltrán, 2015; Silva, Méndez & Barrientos, 2015). Esto se ejemplifica en sus discursos, donde predominan las calificaciones de “peligroso” o “malo” a la hora de hablar de salud sexual, y no se refieren a la vivencia placentera o amorosa que se podría considerar como saludable, dado que se encuentran en una etapa donde experimentan por primeras veces las relaciones sexo afectivas.

Veremos más adelante cómo es que estas concepciones son retroalimentadas por parte del entorno del adolescente, lo cual termina siendo una desventaja ya que se ignora otros riesgos de corte afectivo y social.

En un primer momento, en la concepción de riesgo, no fue tomado en cuenta el aspecto emocional. Sin embargo, indagando específicamente sobre este tema, los y las participantes llegaron a reconocerlo, dando pie a la segunda categoría de esta unidad, *Riesgo emocional*. Se entiende por riesgo emocional a las consecuencias negativas en el mundo afectivo de la persona, que se derivan de realizar actos de naturaleza sexual. En esta categoría se pueden evidenciar distintas perspectivas de acuerdo con el género:

“Está el caso de una persona que simplemente busca el acto y la otra persona sí siente afecto y es como que simplemente quiere eso, lo deja ahí, ya no quiere nada más porque ya tuvieron relaciones, y es como que la otra persona se siente afectada por eso”

(Lauren, 17 años)

“Ah emocionalmente te caga realmente, ponte que tengas relaciones, para una mujer o claro para una mujer que no tenga una autoestima buena podría, este...podría arruinarle completamente porque se deprimiría, se intentaría suicidar, varias cosas [...] porque ponte, un ejemplo, que salga embarazada, y el chico no se quiera hacer responsable de este niño.

La chica va a pensar que solamente fue una aventura, se va a intentar suicidar por obvias razones, porque siente que nadie la quiere” (Milagros, 17 años)

“O sea en caso de que alguien sea...o sea no sé, no esté preparado para ese tipo de cosas y como que se... que lo asuste o que lo traume, por ejemplo, no sé, antes...se acostumbraba a llevar a los hombres que no habían perdido como que su virginidad, a lugares para que la pierdan y algunas personas salían como que con miedo a hacerlo... Yo creo que porque se sentían como ultrajados o violados” (Fernando, 16 años)

“Tal vez no se sentía listo y simplemente por hormonas lo hizo ¿no? porque como te dije si te besan el cuello te va a gustar y va a seguir y va a seguir y va a seguir, hasta que pase. Pero tú no querías eso, por ejemplo, tu no querías que pase, tú simplemente pensaste que era un beso en el cuello y ya, pero fue un beso en el cuello y pasó al sexo, tú no querías eso, tú simplemente querías el beso y ya, porque te sentías querido, y cosas así.” (Sebastián, 16 años)

Se puede evidenciar como en el hombre existe una influencia externa que lo apresura a tener relaciones sexuales. Ya sea por los mandatos sociales o un incontrolable impulso sexual, el hombre se ve como víctima de su deseo. De este modo, no piensa en las consecuencias ni reflexiona si es que se encuentra emocionalmente preparado para el acto.

Esto se debe a que existe una exigencia para realizarlo como una manera de reafirmar su virilidad, como una prueba de madurez. De forma que la relación con el acto es desde la genitalidad, sólo es un deseo sexual que necesita liberarse sin tener en cuenta lo afectivo

(Uribe et al., 2008).

Se muestra entonces que permanece esta visión del hombre como dominado por su impulso sexual, referido en el discurso como “hormonal”, un impulso con base biológica que está fuera de su control. Lo cual tiene sentido en una percepción biomédica de la salud y la sexualidad.

Esta concepción también es avalada en el ámbito social, ya que en su rol como hombres la sociedad les exige tener este deseo sexual incontenible, como prueba de su masculinidad deben tener varias parejas sexuales y ser conquistadores (Pérez & Fiol, 2013). Es así como usualmente los hombres tienen relaciones sexuales por primera vez debido a la presión de los pares (Rivera & Proaño, 2017; Vilela Borges & Nakamura, 2009 citado por Banda, 2013). Esta presión puede provenir también de los padres que, como menciona un adolescente, solían llevarlos a “lugares” para deshacerse de la virginidad de sus hijos. Esto denotaría que existe una obligación social que se transmite generacionalmente. A pesar de que no se menciona como una práctica que continúan realizando los padres con los adolescentes, de alguna manera se encuentra en el imaginario como una exigencia de la sociedad, siendo particular a su vivencia como hombres, ya que no es algo que se realizara también con las hijas.

Además, en este discurso, el acto sexual no está unido al afecto, sólo importa “conseguirlo”, “lograrlo”, de modo que puedan ser aceptados por su experiencia. El no considerar la cuestión afectiva es lo que ocasiona el riesgo de enfrentarse a un acto para el cual no se encuentran preparados emocionalmente, lo cual les puede hacer sentir violentados.

“Porque en realidad es, como lo ven, como lo ven las personas que yo conozco, mis amigos, este...es más ya lo hiciste con tu enamorada, en sí es sexo, lo hiciste con otra persona, en sí es sexo, lo conseguiste simplemente, ¿entiendes? O sea, ya experimentaste, está bien” (Sebastián, 16 años)

A pesar de que hay estudios que demuestran que los hombres no consideran sus experiencias sexuales a edades tempranas, como los 14 años, como algo negativo (Rincón, 2015), en los participantes sí se pudo evidenciar que existía la noción de que podía haber un riesgo emocional si es que se mantiene relaciones sexuales sin estar preparado. Tal vez porque se hablaba en tercera persona se puede admitir que alguna experiencia sexual puede resultar no placentera para un hombre sin que eso atente contra su masculinidad.

Por otro lado, para las mujeres, el riesgo sería por el desarrollo de sentimientos románticos ante el acto sexual, que luego no serían correspondidos. Esto se debe a su socialización, pues se considera que la mujer da una gran importancia a las emociones, se le inculca la responsabilidad de priorizar sus vínculos sociales ya que serían esenciales para su felicidad, lo que sobredimensionaría las emociones en el amor romántico y, por consiguiente, el malestar cuando este fracasa (Caricote, 2006). Ello se ha encontrado en varios estudios donde las mujeres asocian la actividad sexual a intimidad, afectos y compromiso (Lameiras, Núñez, Rodríguez, Bretón & Agudelo, 2005; López et al., 2011).

Se le enseña así a amar para la fusión, pues su rol es estar al cuidado de otras personas olvidándose de ella misma (Rodríguez, Lameiras, Carrera & Vallejo, 2013). Esto también se relaciona con el mito del amor romántico, que se entiende como las ideas inculcadas como deseables respecto a una relación romántica, pero que son irracionales y difíciles de alcanzar (Yela, 2003). En diversas investigaciones se ha encontrado que en las mujeres hay una mayor interiorización de creencias como que en la relación debe haber una entrega y dedicación total, el dar sin esperar reciprocidad, o ideas de sacrificio, como el renunciar a su felicidad por la felicidad de la pareja (Caro & Monreal, 2017; Hernández, Gonzales & Regino, 2016; Rocha, Avendaño, Barrios & Polo, 2017). Tiene sentido entonces que las adolescentes piensen que después de que se haya accedido a un acto sexual que no concluyó en una relación romántica, que le ha sido presentada como medular para su identidad y bienestar,

una mujer se haría daño, se suicidaría, de algún modo se perdería sin el afecto de un otro.

Aunque una participante marca distancia, mencionando que tales acciones las haría una persona con baja autoestima, nos muestra esta situación como algo que puede ser común. El acto sexual sin una relación afectiva de por medio resulta entonces temido y amenazante. Incluso preferirían mantener una relación en la que no están conformes sólo por no sentir que el acto sexual es sólo eso (Rizo-Patrón, 2015).

Así también estos hallazgos tienen relación con un estudio realizado por Carmona, Beltrán, Calderón, Piazza y Chávez (2017) con adolescentes de distintas ciudades del Perú, incluida Lima urbana. En este estudio se encontró que los hombres suelen iniciar las relaciones sexuales por deseo sexual con parejas ocasionales, mientras que las mujeres por presión de la pareja sentimental. Entonces, vemos nuevamente como el riesgo emocional que representa el perder el compromiso afectivo las pone en una posición en la que su consentimiento no es respetado, promoviendo así escenarios de abuso.

Además, se menciona otro riesgo que tiene que ver con las consecuencias emocionales y sociales del embarazo adolescente, evidenciando que ellas son más perjudicadas que los hombres. Una participante expresa la dificultad de afrontarlo sola, una situación que se entiende como esperable, debido a que es común el abandono por parte de la pareja ante un embarazo no deseado. Ello también significa lidiar con el estigma social de ser madre soltera adolescente, lo que puede hacer surgir sentimientos de culpabilidad (Jiménez & Rangel, 2018). De modo que, en su discurso, el embarazo adolescente se muestra como algo devastador, con una carga emocional fuerte.

Dentro de esta unidad, también se pudo indagar sobre las prácticas de salud sexual de los y las adolescentes, en relación con las medidas de protección contra los embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Esto originó la categoría de *Preferencia en métodos anticonceptivos*. Igualmente, aquí se encontraron diferencias de género:

“O sea condón sobre todo porque, es como que un método preventivo, el más popular por así decirlo y como el más seguro también. Entonces, sería como que el más efectivo, y por eso es que todos lo usan, ¿no?” (Sebastián, 16 años)

“Porque yo creo que las pastillas anticonceptivas son más concretas, más que ponerse eh...ese...ese...este...mmm...ese producto ¿no? que a veces lo venden en la farmacia así...hay métodos que son más fáciles, hay otros métodos que no...en algunos casos el condón se rompe y no es más efectivo” (Milagros, 17 años)

Todos los hombres participantes de este estudio coincidieron en la predilección del condón como el método anticonceptivo más efectivo para la prevención de enfermedades y embarazos no deseados. Se resaltó sus características prácticas y que su uso ya se encuentra interiorizado en la mente de casi todos los varones de su edad. Las mujeres también reconocían su uso como eficaz y popular, sin embargo, se comentaba también que podía tener deficiencias, como que se podría romper, reportando con mayor frecuencia el uso de pastillas anticonceptivas como método predilecto.

Ello se debe a que se ha encontrado que las mujeres están más informadas sobre métodos anticonceptivos (Fernández, 2015), al ser ellas a quienes se le suele asignar la responsabilidad de la anticoncepción (De Jesús & Menkes, 2014). En este sentido, aunque las mujeres conocían sobre el uso de condón, estaban más informadas sobre otros métodos, así como los aspectos positivos y negativos de estos.

En cambio, los hombres participantes sólo contraponían el uso del condón con el uso de las pastillas orales de emergencia, no se refirieron en ningún momento a otros métodos más seguros que pueden ser utilizados por las mujeres, como las pastillas anticonceptivas o las inyecciones, las cuales sí fueron mencionadas por ellas.

La predilección del condón en la mente de los varones también se relaciona con que la dominación del uso de condón es algo que se adjudica culturalmente al hombre, son ellos los

que tienen que llevar siempre un preservativo, que es otorgado en ocasiones por los mismos padres, acción que no se realiza con las mujeres, la cual incluso podría ser mal vista por llevar uno (Uribe et al., 2008).

Además, se ha hallado que a pesar de que las mujeres presentan conocimiento sobre el uso de condón, tienen una mayor percepción negativa sobre su uso que los varones (Uribe et al., 2012).

Nuevamente la mujer se encuentra en una posición vulnerable, pues tiene la responsabilidad de conocer sobre los métodos anticonceptivos y usarlos, a pesar de que suele ser el hombre quien hegemoniza el uso del condón, el único método que protege ante enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo con el modelo ecológico del que parte esta investigación, se plantearon unidades de análisis referidas a factores del contexto que intervienen en la formación y mantención de las concepciones y prácticas en salud sexual y sexualidad. Una de estas unidades es la Familia, en esta se encontraron tres categorías de análisis. La primera tiene que ver con los *Mensajes sobre salud sexual y sexualidad*:

“Por lo menos a mí me dicen cuídate en caso de que hagas esas cosas, y o sea de que tengas una buena relación sexual, o sea cuídate, usa métodos de prevención para que después no estés como que pagando la cuenta, para que no te transmitan enfermedades, cosas así ¿no? Yo creo que te transmiten como que los riesgos y te dicen las medidas. Mis papás me dicen eso en general” (Fernando, 16 años)

“Pucha, cómo cuidarse y tanta cosa, que no sean tontos. Que no te apures, que aun eres joven, y que si lo haces te cuides para que no te pasen las cosas malas” (Diana, 16 años)

Como se puede apreciar en estos testimonios, la familia transmite mensajes a los y las adolescentes que muestran a la sexualidad como peligrosa, informando sólo sobre las

amenazas que puede traer el ejercerla, como las enfermedades venéreas o los embarazos no deseados. Es decir, se da un abordaje desde el enfoque médico, lo cual concuerda con otros hallazgos, en los que las familias que hablan con sus hijos e hijas lo hacen exclusivamente en base a las consecuencias negativas y la genitalidad (Gonzales et al., 2017; Provenzano, 2017).

Este enfoque no permite que haya una discusión con los y las adolescentes, que ellos se sientan cómodos de hacer preguntas sobre sexualidad o puedan abrirse sobre sus propias experiencias, ya que sus padres y madres parecen amenazarlos con este tipo de información, cuando en realidad es un tema delicado para ellos y ellas que debe ser abordado de manera gentil (Seloilwe et al., 2015). Además, nuevamente se omite el aspecto emocional de la salud sexual, por lo que no llega a ser una visión integral, sólo preventiva, y termina reproduciendo los sistemas hegemónicos.

De este modo, se encuentra que la comunicación entre padres y madres e hijos e hijas sobre sexualidad, a pesar de que se da y es importante, no es eficaz (Afanador, 2013; Luces et al., 2015; Pedone, 2014; Rojas, Méndez & Montero, 2015). Los y las adolescentes no sienten confianza para hablar con ellos y ellas sobre sus inquietudes, pues a través de estos mensajes evidencian que se trata todavía de un tema tabú dentro de la familia.

Cabe resaltar que todos los padres y madres de los participantes contaban con un nivel de educación superior, lo cual les otorgaría más información para ofrecer. Aunque, como mencionan, esta es principalmente sobre riesgos y medidas de protección. Ello no satisface al adolescente, pues la información no conlleva que realmente se realice la conducta (De Jesús & Menkes, 2014; Della Mora, 2005; Fierros, Rivera & Piña, 2011 citado por Bahamón, Viancha & Tobos, 2014) sobre todo si, como se mencionó antes, no hay una comunicación más abierta sobre la sexualidad.

La segunda categoría se refiere a las actitudes de los padres y madres respecto a las experiencias en salud sexual y sexualidad de sus hijos e hijas. Se nombró esta categoría como

Actitudes contrarias entre padres y madres:

“La mamá te puede dar un aspecto, el papá te puede dar otro, por ejemplo, si eres mujer tu papá no te va a hablar como le habla a un hombre, como le hablaría a su hijo, te va a hablar como la señorita que tú eres supuestamente. Por ejemplo, si yo le cuento a mi papá, papá ya tuvo relaciones sexuales, él me va a decir quién fue el maldito, lo iría a buscar a su casa y lo mataría. Pero si le cuento a mi mamá, me va a decir ¿Quién fue? ¿Cómo fue? va a ser diferente. Igual si mi hermano se lo cuenta a mi mamá va a ser de una manera, si mi papá...si mi hermano le cuenta a mi papá le va a decir bien hijo, chévere, un ganador, si yo le cuento me va a insultar” (Milagros, 17 años)

“Ehm...los hombres en sí de la familia...lo que piensan es...es como en sí tus compañeros de clase, ¿lo hiciste? Ah, chévere, bien, lo hiciste bien, que paja que lo hayas hecho [...] pero tus tías, tu abuela, tu mamá, cosas así, no van a pensar lo mismo, van a pensar en eh...no lo hagas hijito, todavía no estás en la edad, o este...o...opinan mal, se cierran mucho a eso de que, se cierran a que tú tengas sexo a esta edad” (Sebastián, 16 años)

Los y las adolescentes reportan que las actitudes que tienen sus papás son distintas a las de sus mamás y estas cambian dependiendo del género del adolescente. Más allá de las particularidades de las actitudes de cada padre y madre se puede decir que en general son distintas según el género. Por ejemplo, si la adolescente es mujer, la madre se tornará más comprensiva ante el relato o sus experiencias, mientras que el padre se tornará agresivo, buscando prohibirle el ejercicio de su sexualidad. En cambio, si el adolescente es hombre, el padre promoverá que empiece su vida sexual y será recompensado verbalmente si es que lo hace, mientras que la madre todavía lo ve como un niño que no debería tener relaciones sexuales.

Los y las adolescentes atribuían estas diferencias al pasado de sus padres y madres, en

el que los hombres usualmente iniciaban su vida sexual a temprana edad en tanto las mujeres tenían que mantenerse puras hasta el matrimonio. Es decir, los y las adolescentes perciben que existe una brecha generacional, lo cual también se ha encontrado en otros estudios como un impedimento para poder consultar sobre aspectos sexuales con sus padres y madres (Mondragón, 2016; Pedone, 2014).

No obstante, en su discurso no se evidenció una separación clara entre lo que ellos y ellas opinan, y lo que dicen sus padres y madres. Los y las adolescentes se limitaban a repetir lo que les transmitían sus padres y madres sin comentar sus opiniones respecto a ello, por ejemplo, si es que estaban de acuerdo o no con las prohibiciones de su padre o madre. Quizás porque la mayoría de los participantes todavía no ha experimentado su primera relación sexual ni ha formado un juicio propio sobre lo correcto respecto a esta.

Entonces, se aprecia también que en los roles de género que se transmiten generacionalmente, se refuerzan códigos morales diferenciados que fortalecen las asimetrías en las relaciones de género. Estos códigos morales se basan en que la actividad sexual es aceptada en los varones mientras que es sancionada en las mujeres, son los padres y madres los que transmiten este doble estándar respecto al comportamiento sexual de sus hijos e hijas (Vargas y Barrera, 2002). En un primer momento se niega la posibilidad de que sus hijas tengan relaciones sexuales, pero si se enteran de que esto es así, vienen las prohibiciones y amenazas como “mato al que te haya hecho eso” (Jones, 2010).

Esta transmisión se da de tal forma que las madres hablan más con las hijas y los padres con los hijos, así la madre transmite a su hija su rol como “mujer” y el padre su rol como “hombre”, ello igualmente se ha demostrado en otros estudios (Afanador, 2013; Blumenfeld & Andes, 2016; Seloilwe, 2015). Los y las adolescentes participantes en esta investigación también lo mencionan, los hijos le harán más caso al papá mientras que las hijas a la mamá y en sus relatos se evidencia que la madre se torna más comprensiva con la

hija, y el padre más comprensivo con el hijo.

Es así como la transmisión generacional de los roles de género termina siendo un obstáculo para una comunicación abierta sobre su sexualidad, pues los y las adolescentes perciben que, debido a esta brecha generacional, les transmiten posiciones conservadoras que pueden no adecuarse a las necesidades del adolescente.

La tercera categoría dentro de esta unidad se refiere al grado de influencia familiar en la sexualidad y salud sexual adolescente, se denomina, *Importancia otorgada a la influencia de la familia*:

“No creo que, no creo que tenga mucha influencia la verdad porque la mayoría de chicos siempre para en la calle con sus amigos así, yo creo que más depende de cómo tu círculo...yo creo que está en un 99% relacionado a tu círculo de amistades y...nada más...como que solo tu círculo y más o menos a los valores que te inculcaron cuando eras más niño pero eso ya no es como que muy...es relevante pero ya no es mucho... no creo que dependa mucho de eso ni de los valores que te inculcaron porque al final el que decide eres tú” (Fernando, 16 años)

*“Yo creo que, si es para el bienestar de su hijo y como se va a sentir ella más adelante, las consecuencias que quiere tomar ella, ya sea por la opinión de sus padres o amigos, eh...yo creo que sí, sí debería dar eh...como que sus padres eh...deberían inculcar ¿no? ese tema más. **I: ¿Y crees que los hijos les harían caso?** Eh...yo creo que sí, pero son pocos los chicos o adolescentes que se rebelan ¿no? ante ese tema ¿no? y quieren tener ellos la razón” (Diana, 17 años)*

Vemos que respecto a la influencia que los y las adolescentes creen que tiene sus familiares en sus decisiones y acciones sobre su sexualidad y salud sexual existe una diferencia de género. Los hombres creen que realmente no tiene mucha importancia pues es su decisión, que está más influido por lo que ellos deciden y su entorno que por las

recomendaciones de sus padres y madres. Por otro lado, las mujeres ven a sus figuras paternas y maternas como centrales en las decisiones que vayan a tomar porque confían que ellos y ellas velan por su máximo bienestar, y creen que sus acciones son reflejo de lo que inculcan los padres y madres. Esto concuerda con lo hallado por Rizo-Patrón (2015), donde las mujeres percibían una fuerte influencia parental en su decisión de inicio o postergación de las relaciones sexuales.

Estas consideraciones reflejan los roles de género que están a la base, ya que de acuerdo con los mandatos de la sociedad el hombre es un ser para sí (Lagarde, 2000 citado por Pérez y Fiol, 2013), es racional, autosuficiente, controlador, alguien que es seguro de sí mismo y por lo tanto no va a admitir que nadie influya en sus decisiones ni permitirá que mandatos jerárquicos como el de sus padres interfieran en sus deseos. Por el contrario, las mujeres son un “ser para otros” (Lagarde, 2000 citado por Pérez y Fiol, 2013), es decir que su papel se orienta más al cuidado de otros, ella toma importancia no por sí misma sino porque le “pertenece a otra persona”, ya sea a los padres en su adolescencia o a la pareja cuando se case. Se espera que la mujer desarrolle tareas de cuidado y tenga más en consideración las decisiones de otros, aunque contradigan sus deseos (Caricote, 2006).

Finalmente, la última unidad de análisis es la Escuela, de la cual se desprenden dos categorías. La primera se refiere a la aptitud de los profesores y profesoras para hablar de salud sexual y sexualidad, por lo que se denomina *Falta de capacitación en los profesores*:

“En mi colegio son como que un poco cerrados con el tema de hablarte sobre eso, porque no son tan experimentados, hasta un alumno puede saber más que un profesor, porque, por ejemplo, la diversidad sexual...este...en mi salón puede haber chicos que saben más que hasta un profesor, y no es como que estás muy comentado ni nada, no tienen supongo la base para hablar sobre esto” (Lauren, 17 años)

“No mucho, simplemente el profesor de PFRH, nadie más, los demás simplemente se

van a su curso, se cierran más, al de mate, el que es de comu, de comu y así, no te hablan de cosas. Y hasta ahorita, yo le puedo preguntar a mi profe de otro curso, ‘profesor, ¿cuándo fue su primera vez?’, cosas así, y ellos te van a decir, ‘cuando seas exalumno te voy a contar’, cosas así, me entiendes... o sea ponte los colegios se cierran a que si a esta edad no lo, no lo tienes que tener, o sea no puedes tenerlo a esta edad y cosas así.” (Sebastián, 16 años)

En estos testimonios se evidencia una queja por parte de los y las adolescentes ya que expresan sentir que sus profesores y profesoras no les hablan de la manera en la que quisieran que lo hagan, o no sienten que supieran suficiente de los temas que ellos y ellas quisieran saber más. Ello también se ha encontrado en otras investigaciones, los profesores y profesoras tienen una visión de la sexualidad como algo atemorizante que moviliza sentimientos de vergüenza o culpa, lo que se traduce en la evitación de estos temas. De modo que cuando se realizan preguntas concretas sobre ellos, prefieren delegar a otros y otras profesionales esta labor (Caricote, 2006; Marozzi, 2014; Ministerio de educación, 2008; Seidmann, Di Iorio, Azzollini & Rolando, 2014). La dificultad de hablar con sus alumnos y alumnas sobre la sexualidad radica en la socialización de los profesores y profesoras, donde esta ha sido un tema tabú.

Asimismo, por esta socialización terminan reproduciendo e imponiendo el orden predominante de naturaleza conservadora, en la deben primar las relaciones heterosexuales y de inequidad de género. El mutismo sobre estos temas no es casualidad, sino que la sexualidad está dominada por ideologías de una estructura patriarcal (Lobato, Jenaro, Rodríguez & Flores, 2016) y los profesores y profesoras terminan siendo un instrumento para legitimar y mantener el orden social (Peñaranda et al., 2017).

De forma que, se puede hablar de matemáticas porque es lo que está permitido de ser enseñado, pero hablar de sexualidad no se ajusta a lo que los profesores y profesoras deben

enseñar en la sociedad (Carrera, Lameiras & Rodriguez, 2012).

Es así como los profesores y profesoras no se sienten preparados para poder hablar sobre sexualidad, creen que se aleja mucho de su rol. Como vemos en el testimonio anterior, el o la que enseña matemática, enseña sólo matemática, considera que enseñar sobre salud sexual o sexualidad debería ser un asunto que sólo les compete a los y las profesionales de salud, que usualmente mantienen un punto de vista biomédico sin adentrarse en factores sociales, por ejemplo (Morgade, 2006).

Se menciona también que se hace un intento de enseñar sobre sexualidad a través de la realización de charlas en los colegios, pero que tampoco resultan suficientes pues han reportado que estas se dan una o dos veces en todo el periodo escolar de secundaria y se ha demostrado en otros estudios que los profesores y profesoras realmente tienen poco conocimiento sobre estos temas (Parodi, 2015; Vargas-Barrantes & Alaya-Alpizar, 2013).

Parte del problema de la falta de capacitación de los profesores y profesoras en una educación sexual integral es la poca importancia que le da el estado peruano. Usualmente no se encuentra como algo importante en el currículo, ni se disponen de orientaciones metodológicas para los profesores y profesoras, e incluso muchas veces dentro de su formación universitaria la información sobre sexualidad es deficiente (Parodi, 2015; Preinfalk- Fernández, 2014; UNESCO, 2014).

Cabe resaltar que se ve a este espacio escolar como un lugar en el que se pueden resolver las dudas o hablar de temas de los que no se podría conversar con los padres y madres. Es la principal fuente de información de algunos de los y las participantes ya que no todos los y las adolescentes reciben información o consejo por parte de su familia. Sin embargo, los y las docentes, que deberían posibilitar la transformación de los alumnos y alumnas en su relación cotidiana, no lo logran, e incluso los alumnos y alumnas terminan encontrando evasivas (Di Leo, 2010).

Por otro lado, dentro de esta unidad, se pudo visualizar una última categoría que implica un deseo de ampliación de los temas que usualmente les enseñan como parte de lo que comprende la educación sexual. Se refiere como *Ampliación de temas en educación sexual*:

“Una manera de cómo hacer, cómo hablar para atraer otra persona, esas cosas ¿no?, o sea técnicas en pocas palabras, o...para tener más confianza con uno mismo, o de repente algo que sí deben de enseñar es, algo como de...amor propio, como para que uno no se sienta avergonzado de lo que tiene, que simplemente se acepte como es y ya, ya sea hombre o mujer o lo que sea” (Alonso, 16 años)

“Exposición de las poses, de la sexualidad, bueno poses de como tienes sexo o cosas así... como a qué edad lo podrías hacer, sería apropiado hacerlo...Sobre como podrías escoger a la persona indicada para tener relaciones” (Milagros, 17 años)

Otra vez se puede ver un reclamo por parte de los y las adolescentes por incluir temas más integrales, que se alejen de los clásicos mensajes que también da la familia sobre la prevención de riesgos y enfermedades. Estos mensajes están centrados en un punto de vista biomédico donde imperan las consecuencias negativas de mantener relaciones sexuales a su edad o a cualquier edad. En cambio, en sus testimonios pareciera existir un deseo por salir de esa concepción y adentrarse en la sexualidad en su totalidad, como un estado de bienestar.

Se entiende que predomine este mensaje en las escuelas, en tanto este es un espacio de socialización donde se transmiten estas tradiciones de biologización de prácticas sociales, como lo es la sexualidad. Estas instituciones están atravesadas por relaciones de poder donde se posiciona lo “natural” como lo biológico, y por consiguiente algo que se debe “dominar”, buscando contener al cuerpo desenfrenado (Morgade, 2006).

Pese a ello, los y las adolescentes tienen otras necesidades y como se puede ver, buscan temáticas de crecimiento personal, de habilidades sociales, de cómo relacionarse con

el sexo opuesto, etc. Temáticas que deberían encontrarse ya en un currículo que considere la educación sexual integral, pero en el Perú no existe un marco jurídico nacional para su implementación (Motta, Keogh, Prada, Nuñez-Curto, Konda, Stillman & Caceres, 2017). El Ministerio de Educación ha estipulado lineamientos para la educación sexual integral en primaria y secundaria, pero su ejecución ha sido débil, por lo que no han tenido avances y ha habido poco monitoreo sobre la misma (Camacho 2013; Motta et al., 2017).

El enfoque de educación sexual integral es importante porque incluye componentes subjetivos, genera mayor autonomía en las decisiones, amplía el uso de derechos, favorece la construcción de ciudadanía, y ayuda en la mejora de las relaciones interpersonales (International Planned Parenthood Federation, 2010; Luces, Porto, Mosquera & Tizón, 2015). Se posiciona como una oportunidad para modificar los roles tradicionales de género que, como hemos expuesto anteriormente, se muestran en sus concepciones y prácticas de salud sexual y sexualidad (Moreno, León & Becerra, 2006).

Conclusiones

Después de discutir los resultados de esta investigación, se pueden desprender ciertas ideas centrales de lo expuesto, que serán presentadas a continuación como conclusiones; también se incluirán las limitaciones del presente estudio y las recomendaciones a futuro.

En esta investigación se buscó comparar las concepciones de sexualidad y prácticas en salud sexual de las adolescentes mujeres y los adolescentes hombres de quinto de secundaria de colegios privados de Lima. Se encontraron algunas similitudes y otras particularidades marcadas por los roles de género.

En primer lugar, en ambos géneros, las concepciones de salud sexual y sexualidad están permeadas por los mensajes transmitidos por la escuela y la familia, donde ambos espacios postulan una visión biologicista de la salud sexual y ven a la sexualidad como un riesgo a evitar. Estas instituciones se ven atravesadas por las relaciones de poder, donde lo hegemónico es lo biológico, donde el cuerpo es algo que se debe disciplinar para poder vivir en sociedad y ser “saludables”. Mantener estas concepciones va en contra de la visión actual de la salud, que no sólo se centra en la prevención de enfermedades sexuales y de embarazos no deseados, sino que abre la posibilidad de que los y las adolescentes puedan disfrutar su sexualidad de forma placentera sin necesidad de exponerse a riesgos de cualquier tipo. Se torna necesario cambiar esta visión de la salud sexual que, como se ha podido ver, parte de los espacios más cercanos al adolescente. Se recomienda que a la hora de realizar futuras intervenciones con los y las adolescentes, se intervenga también con las escuelas y las familias, para empezar a transicionar a una concepción holística de la salud sexual y la sexualidad.

Se pudo ver también que se perciben riesgos emocionales al tener relaciones, que se expresan de manera distinta para cada género debido a los roles asignados. A las mujeres se les ha enseñado a unir el amor romántico con las relaciones sexuales, sólo tener sexo con las

personas con las que se tiene un vínculo emocional. Entonces, cuando esto no resulta así, y la persona con la que se tuvo relaciones sexuales no se compromete afectivamente, la mujer se siente desilusionada sin esa idea de amor romántico que le enseñaron como vital para su existencia.

Se puede apreciar que esta socialización afecta también a los hombres, pues el negar sus emociones no elimina la posibilidad de que surjan sentimientos angustiantes ante eventos que son sensibles para todo adolescente, como el tener relaciones por primera vez. De este modo, se puede postular que una reversión de estos roles puede ser beneficioso para ambos géneros.

Asimismo, se ha evidenciado que la mujer se encuentra en una posición vulnerable respecto a la expresión de la sexualidad masculina, como sumisa ante su protagonismo, ya que los varones pueden expresar su sexualidad sin tener en cuenta cómo esto es experimentado por las mujeres. Las mujeres no se adueñan de su deseo por miedo a ser juzgadas y eso permite que en el cortejo se den escenarios en los que pueden llegar a ser violentadas sexualmente. A pesar de reconocer estas situaciones como abuso, este es visto por ellas como algo común y parte de su vivencia de la sexualidad.

La concientización de esta desigualdad tiene que ser tratada urgentemente en los y las adolescentes del Perú, e incluso desde edades más tempranas. En la realidad nacional existen una gran cantidad de casos de feminicidios, violaciones y otro tipo de abusos hacia las mujeres que son amparados por esta diferente socialización en la expresión de nuestra sexualidad. Este hallazgo es una demostración de ello.

Por otro lado, se puede apreciar la transmisión de los roles de género de manera generacional dentro de la familia. El padre le transmite al hijo cómo ser hombre y la madre a su hija cómo ser mujer, es decir, cómo te dice la sociedad que debe ser tu comportamiento sexual de acuerdo con tu género. De este modo, se da una licencia al hombre de ejercer su

sexualidad, incluso se incita que mantenga relaciones sexuales, mientras que a las mujeres se les censura. Así se crean escenarios en los que existen actitudes contradictorias entre los padres y madres, marcadas por los roles de género.

La percepción de la influencia que la familia tiene sobre sus hijos e hijas es también distinta según el género. Al hombre se le ha transmitido la idea de que él es el único que tiene poder sobre sí mismo, entonces, al cuestionarse por la influencia de otros en sus decisiones, su percepción es que ésta no es importante. En cambio, las mujeres por décadas no han tenido poder de decidir por sí mismas, pasaban de regirse por la ley del padre, a regirse por la del esposo. Es así como en la modernidad esto ha derivado en que a la mujer todavía se le socializa como un ser relacional, el cual toma importancia solo en relación con un otro, mientras que el hombre sí es entendido como un ser por sí mismo.

Finalmente, se ha reportado que en la escuela privada se dan charlas anuales o clases en algunos cursos pero que en general la transmisión de conocimientos sobre sexualidad y salud sexual es mínima. Esto se debería a la falta de preparación de los profesores y las profesoras, quienes no suelen hablar sobre estos temas, y las curiosidades de los y las adolescentes pueden parecerles cuestiones indecentes, que irrumpen en el esquema de la clase. Ello también tiene que ver con que los profesores y las profesoras han sido socializados para ver la sexualidad como tabú, lo cual es reforzado en los adolescentes mediante las evasivas a sus dudas. En esta línea, otra cuestión que exigen los y las adolescentes es dejar de centrar la educación sexual en las enfermedades y las medidas de protección, y ampliar a temáticas relacionadas a la autoestima, las habilidades sociales, las relaciones sexo afectivas, etc.

Se propone entonces como una posible ayuda para resolver estas deficiencias, la correcta implementación del currículo de educación sexual integral en las escuelas, de forma que se enseñe sobre roles de género, derechos sexuales y la dimensión afectiva de la

sexualidad. Se espera también que en futuras investigaciones se indague un poco más sobre las concepciones de los profesores y las profesoras sobre sexualidad para así apoyarlos en su tarea de facilitadores de este tipo de conocimientos y herramientas.

En cuanto a las limitaciones, se puede observar que el grupo de participantes fue muy reducido debido a que los y las adolescentes no suelen querer hablar de estos temas. Además, muchas veces, a pesar de concretar la cita, los o las adolescentes no cumplían con asistir a ella. Por ello, se recomendaría aumentar el número de participantes, tal vez contactando una institución en específico que reúna o trabaje con esta población. Por otro lado, también pudo haber influido en los resultados la deseabilidad social, pues es distinto hablar estos temas con alguien con quien tienen confianza, que con una entrevistadora que acaban de conocer.

Asimismo, que la entrevistadora sea mujer pudo haber generado en los y las participantes cierta censura al expresarse.

Este estudio ha permitido ver cómo los y las adolescentes tienen necesidades que van más allá del concepto que todavía se mantiene en salud y en sexualidad, así también que todavía permanecen roles de género que los afectan de distinta forma, usualmente vulnerando a la mujer. De esta manera, resulta importantísimo en la agenda de educación y salud tener en cuenta el contexto de los y las adolescentes, las relaciones de género presentes en él, así como revisar la información que están recibiendo, para conocer si ésta será provechosa para ellos y ellas.

Los y las adolescentes serán adultos y adultas en un futuro y transmitirán ciertos mensajes a sus hijos e hijas que, como vemos, se mantienen en ellos de alguna u otra forma. Si no revertimos la situación en una etapa tan vulnerable para la formación de su identidad, se repetirán los mismos errores.

Referencias

- Abel, P., & Rodrigues, R. D. F. (2016). Género y sexualidad en las prácticas educativas. *Retratos da Escola*, 9(16),47-62. <https://doi.org/10.22420/rde.v9i16.563>
- Afanador, H. (2013). Particularidades con respecto a la formación de la sexualidad en los adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 13(2), 91-104. <https://doi.org/10.18270/chps.v13i2.1351>
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counselling*, 53(2), 239-244. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0)
- Anaya, L. A. & Guerrero, D. J. (2017). Comportamiento sexual de riesgo y búsqueda de sensaciones en estudiantes adolescentes de educación media de una institución educativa distrital. http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/3994/1/Comportamiento%20sexual%20riesgo_Luz%20A.%20Anaya_2017.pdf.
- Artiles, L. & Rodríguez, A. (2011). *Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud*. OMS-OPS.
- Ávila, C. (2019). Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia*, 26(80), 1-24. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352019000200003
- Baca-Sánchez, J., Hidalgo-Palacios, C., León-Jiménez, F., & Malca-Tello, N. (2019). Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú, 2015. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 38-45. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172019000100007&script=sci_arttext&tln g=pt
- Bahamón, M. J., Vianchá, M. A., & Tobos, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de

- riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3070>
- Baiz, J., Morales, F., & Pereyra, L. (2016). Aspectos Psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *Salud & Sociedad*, 7(2), 180-195. <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576004.pdf>
- Banda, L. (2013). *El significado de la sexualidad en adolescentes de CD. Victoria, Tamaulipas. México: aproximación cualitativa con enfoque de género* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante.
- Beltrán, S. (2016). Infecciones de Transmisión Sexual. *Revista Médica Sanitas*, 19 (4): 174-177.
- Beltrán, A. (2015). *Sexualidad y salud sexual en la construcción de las identidades de género y la orientación del deseo sexual en adolescentes* (Tesis doctoral). Universitat de Valencia, Valencia.
- Blumenfeld, R. L., & Andes, K. L. (2016). Comunicación entre Padres y Niños sobre la Salud de los Adolescentes en el Bañado Sur, Asunción, Paraguay. Un estudio cualitativo. *Revista Salud Pública del Paraguay*, 5(2), 8-14.
- Bloor, M; Frankland, J; Thomas, M & Robson, K (2002). *Focus groups in social research*. Sage publications.
- Bolaños, M. R. (2019). Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. *Horizonte sanitario*, 18(1), 67-74.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación*, 2(2), 50-63. <http://hdl.handle.net/10567/384>
- Braun, V; Clarke, V. & Terry, G. (2012). Thematic analysis. *APA handbook of research methods in psychology*, 2, 57-71.

- Bronfenbrenner, U. (1971). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Brown, J. L. (2015). Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio. *Question*, 1(48), 325-340. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/71069>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa*. Paidós.
- Camacho A. (2013). Diagnóstico del Estado del Arte en Educación Integral de la Sexualidad en América Latina y El Caribe. UNFPA.
- Campis, R. (2014). Concepciones sobre la sexualidad en estudiantes de instituciones educativas distritales con proyectos de educación sexual en Barranquilla, Colombia. *Cultura, Educación y Sociedad*, 5 (1), 27-44. <http://hdl.handle.net/11323/418>
- Cárdenas, J. (2015). La educación sexual como estrategia de inclusión en la formación integral del adolescente. *Praxis*, 11(1), 103-115. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5907257>
- Caricote, E. (2006). Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educere*, 10(34), 463-470. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000300009
- Carmona, G., Beltran, J., Calderón, M., Piazza, M., & Chávez, S. (2017). Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4), 601-610. <http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/handle/ESSALUD/127>
- Carlini-Cotrim, B; Gazal-Carvalho, C. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes públicas e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 34(6), 636-45. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000600012>.
- Caro García, C., & Monreal Gimeno, M.C. (2017). Creencias del amor romántico y violencia de género. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1),

47-56. <http://hdl.handle.net/10433/5721>

Carpenter, L. & Delamater, J. (2012). *Sex for life: from virginity to Viagra, how sexuality changes throughout our lives*. NYU Press.

Carrera, M., Lameiras, M., & Rodríguez, Y. (2012). Hacia una educación sexual que todavía es posible. *Información Psicológica*, 103, 4-14.

<http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD25591.pdf>

Centro de Culturas Indígenas del Perú. (2015). *Sueños de juventud indígena: reconocimiento y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos entre la juventud indígena*. Chirapaq.

Chávez, S. (2007). *Concepciones y percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: recomendaciones para la implementación del Plan Regional de Salud en la región de La Libertad en las prioridades sanitarias de embarazo no deseado, aborto y violencia familiar que afectan a los/las adolescentes*. Promsex.

Correa, E., Barragán, L., & Saldívar, A. (2013). Estereotipo de paternidad e identidad de género en adolescentes de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 6(1), 41-50.

Creswell, J (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

Cuartas Montoya, G., & Tamayo Agudelo, W. (2016). *Validación de un modelo de evaluación biopsicosocial de la salud mental positiva*. En V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales 16 al 18 de noviembre de 2016 Mendoza, Argentina. Métodos, metodologías y nuevas epistemologías en las ciencias sociales: desafíos para el conocimiento profundo de Nuestra América. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales.

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=eventos&d=Jev8408>

Dapueto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), 197-204.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168803902016000300009&script=sci_arttext

De Jesús, D. & González, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 17, 98-123.

<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.07.a>

De Jesús, D., & Menkes, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de población*, 20(79), 73-97.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000100004

Della Mora M. (2005). Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicol y Salud*, 15(1), 45-56.

<https://doi.org/10.25009/pys.v15i1.818>

Di Leo, P. F. (2010). Discursos en torno a las violencias y la autoridad en escuelas medias públicas: entre la desobjetivación y la integración normativa. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, 7(7), 53-78.

<http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/ieles/v07a04dileo.pdf>

Elia, J. & Tokunaga, J. (2015). Sexuality education: implications for health, equity, and social justice in the United States. *Health Education*, 115(1), 105-120.

<https://doi.org/10.1108/HE-01-2014-0001>

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36. <https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129.abstract>

Erikson, E. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Editorial Paidós.

Fabregà, M. (2015). *Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen*

- durante la infancia y la adolescencia* (Tesis de Pregrado). Universitat de Barcelona, Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/66720>
- Fernandez, I. (2015). Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Revista Científica*, 2(1), 79-88. <http://dx.doi.org/10.21679/arc.v2i1.21>
- Fierros, L., Rivera, B. & Piña, J. (2011). Sexual behavior with casual partners among university women. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 165- 183. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245118507003>
- Flick, U (2007). *El diseño de investigación cualitativa*. Morata.
- Flórez, E. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud*, 18(6), 388-402. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2005.v18n6/388-402>
- Foucault, M. (1990). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo xxi.
- Frech La Rosa, H. (2015). *Creencias y concepciones docentes sobre el juego infantil en comunidades shipibo-konibo de Ucayali* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Galet, C., & Alzas, T. (2014). Trascendencia del rol de género en la educación familiar. *Campo abierto: Revista de educación*, 33(2), 97-114.
- Gálvez, M., Rodríguez, L., Rodríguez, O. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 35(2). <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225/70>
- García, J. (2008). Clases sociales e identidad personal: estudio comparativo en adolescentes escolarizados. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(122), 13-26. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/9871>
- García, M., Revilla, T., Hernández, C. (2015). *Salud sexual y reproductiva en México*

¿Políticas públicas con perspectiva de género? El caso de los embarazos en adolescentes. Universidad Politécnica de Guanajuato.

- García-Vega, E., García, P., & Fernández, R. (2005). Género y sexo como variables moduladoras del comportamiento sexual en jóvenes universitarios. *Psicothema*, 17(1), 49-56. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717108.pdf>
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological psychology*, 43(1), 3-12. <https://doi.org/10.1037/10595-013>
- Gómez, M. (2017). Importancia de la investigación psicosocial de la salud sexual y reproductiva. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 9(1),13-18. <https://doi.org/10.21501/issn.2216-1201>
- González, V., Orcasita, L. T., Carrillo, J. P. & Palma-García, D. M. (2017). Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), pp. 419-430. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627027.pdf>
- Griese, E., Kenyon, D. & McMahon, T. (2016). Identifying sexual health protective factors among northern plains american indian youth: An ecological approach utilizing multiple perspectives. *American Indian and Alaska native mental health research*, 23(4), 16-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5463740/>
- Grimberg, M. (2002). Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes antropológicos*, 8(17), 47-75. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100003>
- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: Meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and reproductive health matters*, 27(1), 29-40. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2019.1593787>

- Hernández, S., Del Carmen, R., Díaz Bernal, Z., Sanabria Ramos, G., & Pérez Piñero, J. (2015). Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista cubana de salud publica*, 41(3), 459-475. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2015.v41n3/459-475/es/>
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª Ed. McGraw-Hill.
- Hernández, A., González, J., & Regino, D. J. (2016). Análisis comparado por género del significado de amor de pareja en jóvenes y adultos/as. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1488-1504. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num4/Vol19No4Art16.pdf>
- Holman, A., & Koenig Kellas, J. (2018). “Say something instead of nothing”: Adolescents’ perceptions of memorable conversations about sex-related topics with their parents. *Communication Monographs*, 85(3), 357-379. https://nca.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03637751.2018.1426870#.X6B_V4hKjIU
- International Planned Parenthood Federation. (2010). Framework for Comprehensive Sexuality Education.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
- Jiménez, V., & Rangel, Y. (2018). Representaciones sociales de la maternidad temprana en adolescentes embarazadas del centro norte de México. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(2), 115-125. <https://boletinidh.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/53229>
- Jones, D. E. (2010). Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface-Comunicação*,

Saúde, Educação, 14(32), 171-82.

<https://www.scielo.org/article/icse/2010.v14n32/171-182/es/>

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos.

Revista Temas de educación, 7(7), 19-40.

Lafaurie, M. (2011). ¿Por qué pensar en la salud de las mujeres?. *Rev. salud bosque*, 1(1), 79-90.

Lameiras, M., Nuñez, A.M., Rodríguez, Y., Bretón, J. & Agudelo, D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y Salud*, 16(3), 253- 267. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617759004.pdf>

Leiva, Z. (2016). Políticas públicas de salud sexual y reproductiva en el Perú: el ingreso de la reglamentación del aborto terapéutico en la agenda política gubernamental. *Politai*, 7(12), 97-117.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/politai/article/view/15215>

Linardelli, M. F. (2015). Salud mental y género Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac: Revista Digital de Ciencias Sociales*, 2(3), 191-224. <http://revistas.uncuyo.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/519>

Lindsey, L. L. (2015). *Gender roles: A sociological perspective*. Routledge.

Lobato, L., Jenaro, C., Rodríguez, M., & Flores, N. (2016). Los roles de género y su papel en las actitudes y comportamientos afectivo-sexuales: un estudio sobre adolescentes salmantinos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (11), 457-476.

<http://revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/view/1638>

López, F., Carcedo, R., Rouco, N. F., & Blázquez, M. I. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de psicología*, 27(3), 791-799.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/135521>

Lucas, A. M., Porto, M., Mosquera, L., & Tizón, E. (2015). Una manera diferente de abordar

- la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. *Enfermería Global*, 14(39), 137-154.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.14.3.199371>
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 693-700. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.10.693>
- Mari, R; Bo, R & Climent, C (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació*, 1(1), 113-133. <https://doi.org/10.17345/ute.2010.1.643>
- Martell, N., Ibarra, M., Contreras, G., & Camacho, E. (2018). La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales. *Psicología y salud*, 28(1), 15-24.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2545>
- Marozzi, J. A. (2015). Los discursos en torno a la sexualidad. Su internalización y reproducción a través de las prácticas educativas. *Revista de la Escuela de Ciencias de la Educación*, 11(10), 201-214. <https://doi.org/10.35305/rece.v0i10.232>
- Mejía, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4(5), 165-180.
- Michaux, J. (2004). Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. *Salud e interculturalidad en América Latina*, 107-129.
- Ministerio de Salud. (2011). *Salud de las y los Adolescentes Peruanos Ubicándolos y Ubicándonos*.
- Ministerio de Educación (2008). *Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral. Manual para profesores y tutores de la Educación Básica Regular*.
- Miranda, J. & Yamin, A. (2008). ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética

- médica, calidad de atención y derechos humanos. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 7-15.
<https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n1/7-15/es/>
- Mondragón D. A. (2016). *Perspectiva de los adolescente sobre la educación sexual impartida por los padres de familia* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Mexico, Toluca.
- Montero, A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Revista médica de Chile*, 139(10), 1249-1252.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000001>
- Morales, M. A. (2016). Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: El desafío pendiente para la fisioterapia en el dolor musculoesquelético crónico. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 3(2), 97-101.
<https://www.journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/134>
- Moreno, S., León, M., & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio abierto*, 15(4), 787-803.
<https://www.redalyc.org/pdf/122/12215405.pdf>
- Morgade, G. (2006). Sexualidad y prevención: discursos sexistas y heteronormativos en la escuela media. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, 24, 27-33.
- Motta, A., Keogh, S. C., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C.F. (2017). De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú. <https://www.gutmacher.org/es/report/politica-de-educacion-sexual-peru>.
- Mudhovozi, P., Ramarumo, M., & Sodi, T. (2012). Adolescent sexuality and culture: South African mothers' perspective. *African Sociological Review/Revue Africaine de*

- Sociologie*, 16(2), 119-138. <https://www.ajol.info/index.php/asr/article/view/87573>
- Natera, G. (2015). Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales 2015. *Salud Mental*, 38(Supl 1), 13-14.
http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/1724
- Navarro, E., & Barcelo Martinez, R. R. (2013). Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad. *Revista Científica Salud Uninorte*, 29(2), 298-314.
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3404>
- Nicoló, A. (2013). El adolescente y su cuerpo. Nuevas y Viejas patologías. *Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc*, (21), 31-40. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/REVISTA-21.pdf#page=32>
- Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 19, 848-854.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/65454>
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1058>
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, Á., Hernando, Á., & Pertegal, M. Á. (2010). Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y aprendizaje*, 33(2), 223-234. <https://doi.org/10.1174/021037010791114562>
- Orcasita, L., Cuenca, J., Montenegro, J.L., Cespedes, D., Garrido, D., & Haderlein, A. (2018). Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 41-53.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6248823>
- Orcasita, L. T., Palma, D., Sadeghian, H. C., Villafañe, A., Sánchez, D., Sevilla, T., Torres, L & León, R. (2018). Sexualidad en hombres adolescentes escolarizados: un análisis

- comparativo entre instituciones públicas y privadas en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(3), 408-428. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6729102>
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General: examen y evolución generales de la ejecución de Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Protección y el Desarrollo*.
- Organización Mundial de la salud. (2010). *Developing sexual health programmes: a framework for action*.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2014). *Educación Integral de la sexualidad: Conceptos, enfoques y competencias*.
- Ortega, F. J. (2015). *Relaciones afectivo-sexuales durante la adolescencia: un estudio sobre el comportamiento violento entre los iguales y en la pareja* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- Parodi, A. F. (2015). Educación sexual y perfil del adolescente de nivel secundario en San Juan de Lurigancho-Lima. *Cuidado y Salud/Kawsayninchis*, 1(2), 67-76. https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1109
- Pedone, C. (2014). Rupturas y continuidades de los roles de género en contextos migratorios transnacionales: Relatos sobre sexualidad y salud reproductiva de los hijos e hijas de la inmigración ecuatoriana en Cataluña. *Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, 2014(2), 1-38. <https://ois.ehu.eus/index.php/papelesCEIC/article/view/12968>
- Peñaranda, F., López, J., & Molina, D. (2017). La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(1), 123-133. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.10>.
- Perdomo, A., Hernández, G., & Izquierdo, D. D. R. (2016). Marco teórico para la

- humanización del proceso de trabajo en salud: Una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 2(2), 231-248.
- Pérez, Y. (2016). Consentimiento sexual: un análisis con perspectiva de género. *Revista mexicana de sociología*, 78(4), 741-767.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0188-25032016000400741
- Pérez, F., Hidalgo, C. & Dourojeanni, D. (2003). *Sexualidad y mujeres jóvenes: Negociación, protección y placer*. IES.
- Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica: Reflexiones del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 3(2), 161-177.
<http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/108/C00030300.pdf?sequence=1>
- Pérez, V & Fiol, E. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado*, 17(1), 105-122.
<https://www.redalyc.org/pdf/567/56726350008.pdf>
- Pinos, V., & Pinos, G. (2011). Actitudes de los adolescentes escolarizados de Cuenca hacia la diversidad sexual. *Maskana*, 2(1), 1-16.
<https://www.redalyc.org/pdf/567/56726350008.pdf>
- Ponte, J. (1999). Las creencias y concepciones de maestros como un tema fundamental en formación de maestros. En: K. Krainer, K. y F. Gorffree (Eds.) *On research in teacher education: From a study of teaching practices to issues in teacher education*.
<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-sp/Las%20creencias.doc>
- Preinfalk-Fernández, M. L. (2014). Desafíos de la formación docente en materia de educación sexual. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 85-101.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-42582015000100005&script=sci_arttext

PROMSEX (2017). Examen Periódico Universal (EPU): Desafíos en materia de igualdad y no discriminación para mujeres y personas LGBT en Perú. PROMSEX.

Provenzano, P. (2017). Ojos que no ven, corazón que no siente: masculinidades y salud sexual a través del análisis de representaciones sociales de varones. (tesis de pregrado, Universidad Nacional de La Plata). Repositorio <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1447/te.1447.pdf>

Quaresma da Silva, D. (2013). Lo legitimado y lo estigmatizado: Género y sexualidad en la educación sexual. *Interamerican Journal of Psychology*, 47(3), 441-448. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28432389009.pdf>

Manuela Ramos (2006). *Escuchando las voces de las adolescentes rurales del Perú*. Manuela Ramos.

Remesal, A. (2009). Concepciones del profesorado de matemáticas acerca de las funciones de la evaluación del aprendizaje en la educación obligatoria. *Infancia y aprendizaje*, 32(3), 391-404. <https://doi.org/10.1174/021037009788964187>

Rincón, E. (2015). Primera relación sexual en adolescentes escolares de Montelíbano (Córdoba, Colombia): un análisis desde sus relatos. *Revista Colombiana de Enfermería*, 8(8), 61-73. <https://doi.org/10.18270/rce.v8i8.547>

Rivera, D., & Proaño, E. (2017). La Influencia de los Pares y la Familia en el Inicio de la Actividad Sexual en Adolescentes. *Augusto Guzzo Revista Acadêmica*, 1(19), 39-53. <https://doi.org/10.22287/ag.v1i19.427>

Rizo-Patrón, P. (2015). *Relaciones románticas: significados y vivencias en mujeres adolescentes de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Rocha, B., Avendaño, C., Barrios, M., & Polo, A. (2017). Actitudes hacia el amor en relaciones románticas de jóvenes universitarios. *Praxis & Saber: Revista de*

Investigación y Pedagogía, 8 (16), 155-178.

<https://doi.org/10.19053/22160159.v8.n16.2017.4596>

Rocha, L. I., Caniani, F. E., Un Pérez, P. F., Burgos, B. G., & Rivero, D. G. (2014).

Actitudes y experiencias sobre sexualidad en adolescentes de secundaria en una escuela privada de Mérida, México. *Cultura, Educación y Sociedad*, 5(1), 9-25.

<http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/article/view/992>

Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, M. V., & Vallejo-

Medina, P. (2013). La fiabilidad y validez de la escala de mitos hacia el amor: las creencias de los y las adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 28(2), 157-168.

<https://doi.org/10.1174/021347413806196708>

Rojas, M., Méndez, R., & Montero, L. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes:

la fragilidad de la autonomía. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 52-62.

<http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.6>

Saeteros, R. D. C., Díaz, Z., Sanabria, G., & Pérez, J. (2015). Representaciones

socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41, 459-475.

<https://www.scielo.org/article/rcsp/2015.v41n3/459-475/es/>

Salguero, M. A., Ayala, C., & Soriano, M (2016). Estereotipos de género: sexualidad y

anticoncepción en jóvenes universitarios de clase media. *Investigaciones feministas*, 7(1), 335-352.

Salguero, M. A., Pérez, G., Ayala, C. D., & Soriano, M. (2017). Prácticas sexuales y

anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género. *Revista Psicología y Salud*, 27(1), 19-28.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2433>

Sam-Soto, S., Osorio-Caballero, M., Rodríguez-Guerrero, R. E. & Pérez-Ramírez, N. (2014).

Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta pediátrica de México*, 35(6), 490-

498. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600008

Seidmann, S., Di Iorio, J., Azzollini, S. C., & Rolando, S. (2014). Cuánto más sepan ¿mejor?

Escuela y salud sexual y reproductiva. *Rev. Diálogo Educ., Curitiba*, 14 (42), 569-

584. <https://www.redalyc.org/pdf/1891/189131701013.pdf>

Seloilwe, E. S., Magowe, M. M., Dithole, K., & St Lawrence, J. S. (2015). Parent and youth communication patterns on HIV and AIDS, STIs and sexual matters: Opportunities and challenges. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 3(3), 1-6.

<http://hdl.handle.net/10311/1825>

Seminario, A. L. (2014). *Análisis de la educación sexual en los textos escolares distribuidos por el Ministerio de Educación* (Tesis de pregrado). Universidad de Piura, Piura

Silva, J., Méndez, L., & Barrientos, J. (2015). Discursos sobre normas relativas a sexualidad en jóvenes del norte de Chile. *Convergencia*, 22(67), 13-33.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-14352015000100001&script=sci_arttext

Solano, J. K. (2018). *Conocimiento sobre salud Sexual/reproductiva y comportamiento*

Sexual en adolescentes del distrito de Lircay-Huancavelica (Tesis de Maestría).

Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica.

<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2033>

Suárez, R., Niño, N., Sepúlveda, R. & Vesga, J. (2008). Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*,

(6), 313-330. <https://doi.org/10.7440/antipoda6.2008.15>

Terenzi, C., Elias, E., Staeve, R., & Junior, S. (2016). Integrality in the health care

- perspective: an experience of the Unified Health System in Brazil. *Salud Colectiva*, 12(1), 113-23. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/874>
- Tizón, J. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención primaria*, 39(2), 93-97.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2014). EFA Global Monitoring Report 2013/14. Teaching and Learning: Achieving Quality for All. UNESCO.
- Uribe, A. F. (2016). Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. *Revista virtual universidad católica del norte*, (49), 206-229. <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194247574012.pdf>
- Uribe, J., Cuéllar, K. Y. C., & Palos, P. A. (2008). La cultura sexual de los adolescentes colimenses aspectos característicos de la cultura local. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 14(28), 61-95. <https://www.redalyc.org/pdf/316/31602804.pdf>
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X., & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77323982030.pdf>
- Valdivieso, E. J. (2019). Perú: Influencia del enfoque de género en las políticas públicas familiares. *Perspectiva de Familia*, 4, 97-126. <http://35.161.26.73/index.php/perspectiva/article/view/311>
- Vargas-Barrantes, É & Araya-Alpizar, C. (2013). Conocimientos sobre diferentes formas de expresión de la sexualidad que manifiestan jóvenes y docentes de noveno año provenientes de un colegio público del cantón de Alajuela, Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 11(1), 1-19. <https://www.redalyc.org/pdf/446/44628565005.pdf>
- Vargas E., Henao, J. & González, C. (2015). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 49-63.

<https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/553>

Vargas, E., & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista colombiana de psicología*, 11, 115-134.

<https://www.redalyc.org/pdf/804/80401109.pdf>

Vela, E. (2016). Necesidades educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos de nivel secundario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(3), 396-406.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300007

Vélez, M. A., Rentería, A. L., Basozabal, E. U., & Loroño, A. I. D. V. (2010). Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. *Revista de servicios sociales*, (47), 121-134.

Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Rev Biomed*, 9, 116-121.

Viguer, P & Serra, E. (2008). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167610492008000100007.

Vilela Borges, A., & Nakamura, E. (2009). Normas sociales de iniciación sexual entre adolescentes y relaciones de género. *Revista Latino Americana de enfermagen*, 17(1), 94-100.

Villaseñor-Farías, M. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud pública de México*, 45(1), 44-57.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700008

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>

Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en psicología social*, 1(2), 263-267.



Apéndice A

Asentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Estimado(a) _____,

En el siguiente texto se explica y se entregan detalles de la actividad a la que se te desea invitar a participar. Para participar, primero debes leer lo siguiente:

La alumna Andrea Rodríguez Montoya de la Pontificia Universidad Católica del Perú, se encuentra realizando un proyecto de tesis sobre salud sexual en adolescentes de quinto de secundaria como parte del curso de Seminario de Tesis. El objetivo del proyecto es conocer las concepciones en salud sexual que poseen los mismos adolescentes para fortalecer futuros programas de educación sexual, es por ello que se pide que usted pueda participar en la realización de una entrevista la cual consiste en:

1. **Grabación de audio de la sesión.**
2. **La sesión durará aproximadamente una hora y será realizada en el lugar donde usted se encuentre más cómodo.**

Todos los datos que se recojan en la actividad serán totalmente **anónimos y privados**. Además, los datos que entregues serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para el proyecto de investigación. La alumna será la encargada de cuidar y proteger los datos, y tomará todas las medidas necesarias para esto.

Además, te contamos que se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar tu salud e integridad mientras participas de la actividad.

Si tú consideras que se ha hecho algo incorrecto durante la actividad, te puedes comunicar con la profesora Noelia Rodríguez Espartal, quien supervisa esta investigación, al email: nrodrigueze@pucp.pe.

Si tienes dudas sobre esta actividad o sobre tu participación en ella, puedes hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. Igualmente, puedes decidir retirarte de la actividad en cualquier momento, sin que eso tenga malas consecuencias. Además, tienes derecho a negarte a participar o a dejar de participar en cualquier momento que lo desees.

Si decides participar, ¡muchas gracias!



Fecha: _____

Mi nombre es _____, estudiante del colegio _____, y curso actualmente el 5to grado de secundaria. Me han invitado a participar de una entrevista sobre salud sexual. Acepto participar en la actividad a la que me han invitado, y además quisiera decir que:

1. He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.
2. Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.
3. Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello. Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
4. Sé que puedo elegir participar, pero después puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y nadie me retará por ello.
5. Sé que la información que entregue en esta actividad sólo la sabrán los profesores del proyecto y la usarán sólo para su investigación. Si mis respuestas llegasen a ser publicadas, no estarán relacionadas con mi nombre, así que nadie sabrá cuales fueron mis decisiones o respuestas.
6. Si acepto participar en la actividad debo firmar este papel, y me entregarán una copia para guardarla y tenerla en mi poder si tengo cualquier duda después.

Nombre, firma y/o huella dactilar del participante

Andrea Rodríguez Montoya
Investigadora Responsable

Apéndice B

Ficha de datos sociodemográficos

- Sexo: Hombre _ Mujer_____ Otro _____

- Género (indicar): _____
- Orientación sexual: _____
- Edad _____

- Lugar de Nacimiento (Provincia)

- Distrito de Procedencia

- Nivel Socioeconómico
 - a) Alto
 - b) Medio Alto
 - c) Medio
 - d) Medio Bajo
 - e) Bajo

- ¿Cuáles son tus creencias religiosas?
 - a) Católico/a
 - b) Protestante
 - c) Ninguna
 - c) Otro: _____

Apéndice C

Guía de Preguntas de Entrevista Semiestructurada

1. ¿Qué es para ti la sexualidad?
2. ¿Cómo crees que se expresa la sexualidad en las personas de tu edad? ¿En qué situaciones crees que expresa la sexualidad de las personas de tu edad?
3. ¿Qué se entiende por relaciones sexuales?
4. ¿Qué piensan las personas de tu edad sobre una mujer (si es mujer) / hombre (si es hombre) que ya tiene relaciones sexuales?
5. ¿Qué es para ti la salud sexual?
6. ¿Qué sería ejercer la sexualidad de forma saludable?
7. ¿Crees que existen riesgos al practicar sexo para las mujeres/ hombres de tu edad?
8. ¿Cuáles serían estos riesgos?
9. ¿Crees que ellos/ellas toman medidas para evitar estos riesgos? ¿Cuáles crees que son?
10. ¿Crees que ellos/ellas se protegen de alguna manera? ¿Cuáles crees que son?
11. ¿Cómo crees que las mujeres/ hombres de tu edad escogen estas medidas?
12. ¿Cómo crees que las mujeres/ hombres de tu edad se informan de estas formas de protección?
13. ¿Cómo escogen usarlas?
14. ¿Por qué crees que una mujer/ hombre de tu edad no se protegería de estos riesgos?
15. ¿Dónde has aprendido información sobre sexualidad y salud sexual?
16. ¿Qué crees que suele transmitir la familia sobre sexualidad y salud sexual?
17. ¿De qué manera crees que la familia influye en como las personas de tu edad ejercen su sexualidad?
18. ¿En el colegio les hablan sobre sexualidad y salud sexual? ¿Cómo así?
19. ¿Qué quisieran que les enseñen sobre sexualidad y salud sexual?

Apéndice D

Esquema de categorías de sentido

1. Sexualidad

- 1.1. *Sexualidad como el acto sexual producto de la atracción.*
- 1.2. *Expresión de la sexualidad.*

2. Salud Sexual

- 2.1. *Concepción biomédica de la salud sexual.*
- 2.2. *Riesgo emocional.*
- 2.3. *Preferencias en Métodos Anticonceptivos.*

3. Familia

- 3.1. *Mensaje sobre salud sexual y sexualidad.*
- 3.2. *Actitudes contrarias entre madres y padres.*
- 3.3. *Importancia otorgada a la influencia de la familia.*

4. Escuela

- 4.1. *Falta de capacitación en los profesores.*
- 4.2. *Ampliación de temas en educación sexual.*