



**UNAP**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTAS SEXUALES  
DE RIESGO, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO  
POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS,  
IQUITOS - 2015**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORES**

**Bach. Enf. Nativi Estefani Fioreli, PAREDES RAMIREZ**

**Bach. Enf. Linda Betzabet, CHAVEZ RENGIFO**

**ASESORES**

**Dra. Marina GUERRA VASQUEZ**

**Mgr. Eliseo ZAPATA VASQUEZ**

**IQUITOS, PERÚ**

**2015**

Conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes  
del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Iquitos - 2015

AUTORAS

Nativi Estefani Fiorelli Paredes-Ramirez, Linda Betzabet Chavez-Rengifo

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015; empleado el método cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional. La población fue de 67 adolescentes y la muestra determinada por conveniencia fue el 100% de la población, es decir los 67 adolescentes. Se aplicó dos instrumentos: a) Cuestionario de conocimiento sobre salud sexual del adolescente, con validez de 100% y confiabilidad de 83,8%, y b) Ficha de conducta sexual de riesgo en adolescentes, con validez de 98,9% y confiabilidad de 77,7% , mediante el juicio de expertos para la validez y coeficiente Alfa de Cronbach para la confiabilidad. El procesamiento de datos se realizó con el SPSS versión 22 para Windows XP, con 95% de nivel de confianza y nivel de significancia de 0,05 ( $p < 0,05$ ) para aceptar la hipótesis planteada. Se empleó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrado de Pearson ( $X^2$ ). Al asociar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo, se obtuvo relación estadística significativa entre: nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo en inicio de relaciones sexuales ( $p=0,016$ ,  $p < 0,05$ ), nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo en número de parejas sexuales ( $p=0,013$ ,  $p < 0,05$ ) y nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo en el uso de métodos anticonceptivos ( $p=0,005$ ,  $p < 0,05$ ); y que no existe relación estadística significativa entre nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo en aborto ( $p=0,323$ ;  $p > 0,05$ ).

**Palabras claves: conocimiento, salud sexual, conducta, sexual, riesgo.**

Knowledge of sexual health and sexual risk behavior in adolescents population  
settlement Micaela Bastidas, Iquitos - 2015

**AUTHORS**

Nativi Estefani Fiorelli Paredes-Ramirez, Linda Betzabet Chavez-Rengifo

**ABSTRACT**

The research aimed to determine the association between the level of knowledge about sexual health and sexual risk behavior in adolescents population settlement Micaela Bastidas, Urarinas Neighborhood Board, Iquitos - 2015; used the quantitative method, not experimental, descriptive, correlational design. The population was 67 adolescents and the sample was determined by convenience 100% of the population, ie 67 adolescents. Two instruments were applied: a) Questionnaire of knowledge on adolescent sexual health, with 100% validity and reliability of 83.8%, and b) Listing sexual risk behavior in adolescents, with validity and reliability of 98.9% 77.7%, by expert judgment for the validity and Cronbach's alpha coefficient for reliability. Data processing was performed using SPSS version 22 for Windows XP, with 95% confidence level and significance level of 0.05 ( $p < 0.05$ ) to accept the hypothesis. nonparametric statistics free test Chi-square test ( $X^2$ ) was used. By associating level of knowledge about sexual health and sexual risk behavior, statistically significant relationship it was obtained between: level of knowledge and sexual risk behavior in first sexual intercourse ( $p = 0,016$ ,  $p < 0,05$ ), level of knowledge and risky sexual behavior in number of sexual partners ( $p = 0,013$ ;  $p < 0,05$ ) and level of knowledge and sexual risk behavior in the use of contraceptive methods ( $p = 0.005$ ,  $p < 0,05$ ); and that there is no statistically significant relationship between level of knowledge and sexual risk behavior in abortion ( $p = 0,323$ ,  $p > 0,05$ ).

**Keywords: knowledge, sexual health, behavior, sexual risk.**

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNAP, EL ..... DE ..... DEL AÑO 2016, ANTE EL JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:

.....  
**Dra. CARMEN MELIDA CHUQUIPIONDO CARRANZA**  
**PRESIDENTA**

.....  
**Psic. CARLOS JUAN PAZ CABEZAS**  
**MIEMBRO**

.....  
**Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ**  
**MIEMBRO - ASESORA METODOLÓGICA**

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a nuestro **Señor Jesucristo** por permitirme llegar a este mundo maravilloso rodeado de tantas personas maravillosas por quienes aprendí a salir adelante cada día y a mis hermanos: **Milena** y **Warren Paredes**, por estar siempre presentes en mi vida.

A mis queridos padres: **Darlith Ramírez** y **Warren Paredes**, bellas personas, por traerme a este mundo, inculcarme a superarme cada día y ser el orgullo de mi familia, por cada esfuerzo incondicional para lograr la meta y por gozar del amor de cada uno de ellos.

Al amor de mi vida, mi novio **Petter Vigil**, por compartir su vida, su constante apoyo incondicional en mi formación profesional, por todos aquellos detalles y ánimos brindados para seguir adelante en el cumplimiento de mi objetivo, los consejos adecuados cuando lo necesite para ser una profesional competitiva.

*Nativi Estefani*

## DEDICATORIA

Quiero dedicar éste gran logro a **Dios** por su inmenso amor y misericordia que me ha permitido concluir y alcanzar uno de mis objetivos en la vida.

A mis seres queridos que siempre me acompañaron a lo largo de éste camino: mis padres **Ulises Chávez e Hilmer Rengifo** por su apoyo incondicional; mi hija **Lindsey Brianda** por ser fuente de motivación e inspiración para superarme cada día y seguir adelante; mis hermanas **Danitza, Belsy, Betsaida** y sobrinas **Indira y Kiana**, por sus palabras de aliento, para que siguiera adelante siempre, sea perseverante y cumpla mis ideales.

A mi tío **Luis Rengifo**, quien siempre está conmigo en los buenos y malos momentos. A estos seres maravillosos, muchísimas gracias por todo el amor y la paciencia que tuvieron conmigo. Este logro es también para ustedes.

*Linda Betzabet*

## **RECONOCIMIENTO**

Agradecemos de manera muy especial a todas las personas e instituciones que en forma directa e indirecta contribuyeron en la ejecución de la investigación con fines de lograr nuestro ansiado título profesional.

A la Decana de la Facultad de Enfermería, por todas las facilidades administrativas brindadas, para el trámite de los requisitos de autorización para la recolección de datos en la comunidad seleccionada.

A los docentes miembros del Jurado Calificador de la tesis, por sus valiosas sugerencias y aportes en el desarrollo de la investigación.

Al Secretario general y miembros de su junta directiva de la junta vecinal Urarinas, por su gran disposición en apoyarnos y colaborar en la realización de la investigación y por todas las facilidades brindadas.

A nuestros asesores, por su ayuda constante, guía brindada y por la motivación para avanzar a pesar de algunos impases y por su continuo estímulo durante el desarrollo de la tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS</b>	<b>Página</b>
1. Introducción .....	01
2. Planteamiento del Problema.....	04
3. Objetivos.....	05
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEORICO</b>	
1. Marco Teórico.....	06
2. Definiciones operacionales.....	29
3. Hipótesis.....	31
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA</b>	
1. Método y Diseño de investigación.....	32
2. Población y muestra .....	33
3. Técnicas e instrumentos.....	33
4. Procedimiento de recolección de datos.....	35
5. Análisis de datos.....	36
6. Limitaciones.....	36
7. Protección de los derechos humanos.....	36
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
1. Resultados .....	38
2. Discusión.....	48
3. Conclusiones.....	51
4. Recomendaciones.....	52
5. Referencias bibliográficas.....	54

## ANEXOS



## INDICE DE TABLAS

<b>N°</b>	<b>TITULO</b>	<b>PÁG.</b>
01	CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS JUNTA VECINAL URARINAS, IQUITOS – 2015	38
02	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, JUNTA VECINAL URARINAS, IQUITOS - 2015	39
03	CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, JUNTA VECINAL URARINAS, IQUITOS - 2015	40
04	CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, JUNTA VECINAL URARINAS, IQUITOS - 2015.	41
05	CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ABORTO, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, JUNTA VECINAL URARINAS, IQUITOS - 2015	42
06	CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, JUNTA VECINAL URARINAS, IQUITOS - 2015	43
07	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN INICIO DE	44

RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA  
BASTIDAS, IQUITOS – 2015.

<b>N°</b>	<b>TITULO</b>	<b>PÁG.</b>
08	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, IQUITOS – 2015	45
09	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ABORTO, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, IQUITOS – 2015	46
10	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, IQUITOS – 2015	47

## **CAPITULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN**

En cada etapa de vida, los seres humanos sufren cambios biológicos, psicológicos y sociales, algunos más notorios que marcan la vida en todas sus dimensiones, que se manifiestan desde el nacimiento hasta la muerte, en particular en la etapa de la adolescencia que es una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que influyen en su desarrollo como persona. Estos cambios implican para el adolescente el potencial para lograr una mayor autonomía que lo puede llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos pero también al inicio de ciertas conductas de riesgo.<sup>1</sup>

A nivel mundial, a pesar de los esfuerzos mediante estrategias y políticas internacionales desarrolladas para mejorar la salud sexual y reproductiva, la adolescencia permanece vulnerable, 14 millones de adolescentes dan a luz cada año y el 60% de estos nacimientos no fueron planeados. Así en España, el comportamiento sexual y reproductivo adolescente es de 60 a 90% de riesgos de embarazos no planeados, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual (ITS); en Estados Unidos, Nueva Zelanda, Rusia y el Reino Unido, se presentan las tasas más elevadas de fertilidad entre 15 y 19 años. Por otro lado, en Europa la proporción de población sexualmente activa ha aumentado progresivamente a 66% entre 15 a 19 años, con un 18% a los 15 años, mayor precocidad en el inicio sexual en edad promedio de 16 años e incluso 14 años (adolescencia temprana), situación que los expone a más riesgos, al aumentar también proporcionalmente el número de parejas y la frecuencia de otros riesgos de sexo no seguro, como la falta de protección en sus primeras relaciones o las menores habilidades para la negociación de sexo seguro, constatadas en los de menor edad.<sup>2</sup>

En América Latina y el Caribe, los adolescentes que viven en éstas áreas muestran similares dificultades que en otras partes del mundo, como el inicio sexual a un promedio de 16 años y 60% que ya han tenido relaciones sexuales a los 19 años. En Bolivia, 23% de población tiene de 10 a 19 años, 10% que dan a luz cada año, e indican que antes de quedar embarazadas, no recibieron información sobre cómo

evitar el embarazo; en Chile, 11% tienen menos de 15 años y 50% abandonaron la escuela antes del embarazo; en Costa Rica igualmente dejaron sus estudios antes del embarazo y algunas trabajan en el área de servicio doméstico; en Colombia más del 50% tienen de 15 a 19 años. Respecto a las razones de las que querían tener un hijo, están: para tener algo de los dos, porque hay que tenerlos cuando se es joven; las adolescentes que no querían su primer embarazo, indicaron: mis planes era estudiar, mis planes eran primero tener un oficio y después trabajar, porque soy muy joven todavía.<sup>3</sup>

El Perú, con una población de 30,475.144 habitantes, demográficamente es un país joven pues el 47% (14,447.818) es menor de 25 años y 38% (11,603.168) es menor de 18 años, donde el año 2012 el embarazo adolescente fue de 13,2% (19,3% en zona rural y 13,3% en zona urbana), correspondiendo a la zona de la selva un 26,2% y a la región Loreto un 32,2%.<sup>4</sup>

Este comportamiento se explica en los datos obtenidos por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2012, donde 57,2% de adolescente de ambos sexos refiere haber iniciado relaciones sexuales antes de 20 años, de ellos 50% de mujeres inició a los 18 años y los varones a los 16 años, con prevalencia de infecciones de transmisión sexual que según Campos et. al., de las mujeres con flujo vaginal atendidas en centros de salud, 6% tenían gonorrea y entre 18 a 24 años y 2% eran mayores de 25 años, 9,8% tenían infección por clamidia (causa más frecuente de infertilidad en el mundo) y entre 18 a 24 años y 1,8% otras edades; el 13,2% ya estuvo embarazada y en la selva el 30%, de ellas 10,8% ya son madres y el 2,4% está embarazada por primera vez, debido a que los factores psicológicos y de desarrollo cognitivo como el pensamiento concreto en el adolescente, lo centra en el presente, incapacitándolo para conceptualizar el impacto de sus acciones presentes a largo plazo y las dificultades para implementar tareas complejas, que lo llevan a enfrentarse frecuentemente a situaciones de riesgo sin pensar en las consecuencias que le impiden acceder a posibilidades de prevención.<sup>4</sup>

Por ello, el Plan Nacional de acción por la infancia y la adolescencia – PNAIA 2011-2021, considera a la educación sexual una estrategia de desarrollo integral formativa y preventiva, porque promueve y fortalece el desarrollo sexual saludable de los adolescentes, reforzando factores protectores y reduciendo factores de riesgo,

promoviendo estilos de vida saludables, la equidad de género y prevención de comportamientos que puedan impactar negativamente en su salud sexual y reproductiva.<sup>5</sup>

En la región Loreto entre enero a junio del 2013 se registró 356,580 personas menores de 15 años; donde el Hospital Apoyo Iquitos, atendió a un 27% del total de gestantes con 10 a 19 años, 4% entre 10 a 14 años y 69% entre 15 a 19 años y el Hospital Regional atendió a un 22% de madres entre 13 a 19 años, evidenciando un significativo porcentaje de embarazos adolescentes.<sup>6</sup>

Los resultados obtenidos, constituyen aportes valiosos porque brindan información con sustento científico sobre la situación de los adolescentes en el conocimiento de la sexualidad y en la práctica de comportamientos de riesgo, para establecer su asociación. Estos resultados benefician a la facultad de enfermería para aplicarlos en la formación profesional, a los profesionales de enfermería de la estrategia sanitaria de salud del escolar y adolescente del Ministerio de Salud para aplicar acciones de promoción y prevención para este grupo poblacional, en las cuales ellos sean los principales promotores y agentes de cambio, lo cual permite reorientar las intervenciones a favor de la salud sexual del adolescente con el objetivo de reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual (embarazos, aborto, ITS), mejorar la calidad de las relaciones sexuales para su vida adulta, asimismo sirve como marco referencial para futuras investigaciones relacionadas.

Por todo lo mencionado, nos sentimos motivadas a realizar la presente investigación, planteando la siguiente interrogante: ¿existe asociación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual: nivel alto, nivel medio, nivel bajo, y conductas sexuales de riesgo: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aborto, uso de métodos anticonceptivos, en adolescentes de la Junta Vecinal Urarinas, del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Iquitos - 2015?

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

¿Existe asociación entre nivel de conocimiento sobre salud sexual: nivel alto, nivel medio, nivel bajo, y conductas sexuales de riesgo: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aborto, uso de métodos anticonceptivos, en adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación que existe entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar algunas características demográficas en el adolescente del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud sexual: nivel alto, nivel medio, nivel deficiente, en adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015.
3. Identificar las conductas sexuales de riesgo: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aborto, uso de métodos anticonceptivos, en adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015.
4. Asociar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015.

## **CAPITULO II**

### **1. MARCO TEORICO**

#### **1.1. ANTECEDENTES**

Silva J, Andrade K, Palacios E, Rojas V, Mendonça J. (Brasil, 2014), en un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado sobre el nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual en adolescentes, en una muestra de 286 adolescentes entre 12 y 19 años sexualmente activas, obtuvieron que: respecto al nivel de conocimientos, 67,1% presentó nivel de conocimiento regular, 18,5% conocimiento deficiente y 14,3% conocimiento bueno; referente al comportamiento sexual de riesgo, 88,8% tuvo inicio precoz en su primera experiencia sexual (56,3% en la adolescencia media y 32,5% en la adolescencia inicial) y 8,6% tuvo inicio sexual en la adolescencia tardía de 17 a 19 años; en cuanto al número de parejas sexuales, 58,7% tuvo solo una pareja sexual y 41,3% tuvo de dos a más parejas; en el uso de métodos anticonceptivos, 40,9% usó condón o preservativo y 59,1% refiere no usarlo. <sup>7</sup>

Soriano FJ, Colomer J, Cortés O, Esparza MJ, Galbe J, García J, et. al. (España, 2013) en una investigación realizada sobre prevención del embarazo en la adolescencia, encontraron que: 33% declaran no haber usado ningún anticonceptivo en la primera relación sexual a pesar de haber recibido educación sexual y el porcentaje se duplica en los que no han recibido educación sexual, que el coito interrumpido continúa siendo el segundo anticonceptivo más utilizado (después del preservativo y antes que la píldora). <sup>2</sup>

Rengifo HA, Reina1, Córdoba A, Serrano M. (Colombia, 2012), en un estudio descriptivo, transversal realizado sobre conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano, en una muestra de 406 adolescentes, obtuvieron que: respecto al nivel de



conocimientos, 90,5% tenía nivel alto y muy alto de conocimientos; en cuanto a las prácticas en sexualidad, 42% refiere inicio de relaciones sexuales a la edad promedio de 13 años, 87,7% afirma que ante una infección de transmisión sexual (ITS) buscarían tratamiento en el hospital o centro de salud sin acudir a sus padres; concluyendo que los adolescentes presentan nivel de conocimientos altos, pero que no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y que aumente la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.<sup>8</sup>

Dandicourt C, Díaz M. (Cuba, 2011), en un estudio descriptivo, transversal, realizado sobre conocimientos sobre salud sexual, en una muestra de 41 adolescentes, encontraron que: respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales, 17% tuvo inicio temprano entre 12 y 14 años y 83% entre 15 y 17 años; en cuanto a los principales riesgos que enfrentan los adolescentes sexualmente activos, 95% indica al embarazo, las infecciones de transmisión sexual, pérdida de continuidad en los estudios y 5% prioriza a la censura de los adultos o que se enteren los padres; 100% identifica al menos tres métodos anticonceptivos (condón, T de Cobre y tabletas), 12% excluye el condón como método anticonceptivo ideal; en cuanto a la prevención de riesgos en las relaciones sexuales, 88% indica utilizar el condón y tener pareja estable, 12% identifica incorrectamente al coito interrumpido y tener pareja estable.<sup>9</sup>

Ortíz E, Lalangui PG. (Ecuador, 2011), en un estudio de tipo descriptivo y corte transversal realizado sobre el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos y medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual, en adolescentes de dos instituciones educativas en la ciudad de Loja, aplicando un cuestionario estructurado, encontraron que: respecto al nivel de conocimientos, fue inadecuado en 82% de hombres y en 55% de mujeres; en cuanto a la prevención de ITS, en el método anticonceptivo utilizado los hombres en un 60,6% no respondió, 37,6% indicó el preservativo y 1,8% la píldora de emergencia y las mujeres en un 86,2% no respondió, 10% indicó el preservativo, 1,9% la píldora de emergencia e inyección mensual respectivamente y 73,7% contestó que la abstinencia sexual.<sup>10</sup>

Araujo R, Cotrina GA. (Ecuador, 2011), en un estudio descriptivo y de corte transversal realizado sobre conocimientos sobre salud sexual, fuentes de información, diferencia entre sexo y sexualidad, métodos anticonceptivos e infección de transmisión sexual, en adolescentes de la “Unidad Educativa Daniel Alvarez Burneo” de la ciudad de Loja, año 2011, en una muestra de 110, encontraron que: 80% de adolescentes no poseen ningún tipo de conocimiento sobre salud sexual. <sup>11</sup>

Navarro ME, López AI. (Perú, 2012), en un estudio descriptivo, no experimental, transversal, prospectivo, realizado sobre el nivel de conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras, distrito de Morales, en una muestra de 79 adolescentes de 14 a 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario y un test tipo Likert modificado. Los resultados encontrados fueron: 54,4% de adolescentes tenían conductas sexuales de riesgo, 33,3% en inicio precoz de relaciones sexuales (12 a 14 años), 66,7% que inició entre 15 a 18 años, y 45,6% sin conductas sexuales de riesgo; en cuanto al nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, 57% tiene nivel de conocimiento alto, 21,5% nivel medio y 21,5% de nivel bajo. <sup>12</sup>

Rojas RY. (Perú, 2011), en un estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal, realizado sobre conocimientos en salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes de 5to. de secundaria de la I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat, en la ciudad de Lima, en una muestra conformada por 152 adolescentes, del sexo femenino, entre 14 a 18 años, a quienes se aplicó un cuestionario autoadministrado, obtuvo que: respecto al nivel de conocimientos sobre salud sexual, 95% tenía nivel de conocimiento adecuado y 5% nivel de conocimiento inadecuado. Referente a las conductas sexuales de riesgo, 75% inicio relaciones sexuales entre 12 a 15 años (65% con enamorado, 10% con un amigo) y 25% lo inició entre 16 a 19 años (15% con enamorado, 10% con un amigo); en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, 80% utilizó alguna protección y 20% no; referente al aborto o su comportamiento frente a un embarazo, 5,3% buscó el aborto, 3,3% lo daría en adopción, 30,9% no sabe qué haría y 60,5% lo aceptaría de forma incondicional. <sup>13</sup>

García PJ, Cotrina A, Cárcamo CP. (Perú, 2010), en un estudio de corte transversal realizado sobre el diagnóstico de comportamientos sexuales y acceso al condón, en una muestra de 2181 adolescentes de tres ciudades, Lima (incluye Callao), Huancayo e Iquitos, entre 12 y 19 años, de ambos sexos y sus madres a quienes se consideró como “acompañantes”. La muestra fue seleccionada de forma independiente a razón de 720 en cada lugar de estudio, cuyos resultados para Iquitos son: respecto al nivel de conocimientos sobre salud sexual, 86,7% tiene nivel de conocimiento alto; referente a conductas sexuales de riesgo, 15,5% tuvo inicio sexual precoz en la primera relación sexual (entre 10 y 14 años), 100% con riesgo respecto al promedio de parejas sexuales, con 63,19% de varones que tuvo 4 parejas y 38,3% de mujeres con 2 parejas, y en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, 42,2% no usó ninguno frente a 73% que los usó (61% otro método pero no condón y 12,5% el método del ritmo).<sup>14</sup>

Cueto S, Saldarriaga V, Muñoz IG. (Perú, 2010), en un estudio realizado sobre conductas sexuales de riesgo entre adolescentes, en una muestra de 714 entre 12 a 19 años, de ambos sexos, encontraron: respecto a la conducta sexual de riesgo, 73,3% presentó conducta sexual sin riesgo, porque no inició relaciones sexuales y del 26,7% que ha tenido relaciones sexuales, 5,7% lo inició menos de 15 años y 21% entre 15 a 19 años que disminuye también el riesgo; en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, 77,5% presentó riesgo porque no utilizó ningún método y 22,5% sin riesgo porque ha utilizado algún método, 18,2% con métodos modernos (condón, inyección, píldora y dispositivo intrauterino) y 4,3% métodos tradicionales (abstinencia periódica y retiro); referente al número de parejas sexuales, la conducta sexual es con riesgo, pues 12,6% tuvo más de una pareja, 11,3% dos parejas, 1,1% tres parejas y 0,2% tuvo cuatro parejas sexuales.<sup>1</sup>

## **1.2. BASES TEORICAS**

### **A. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL DEL ADOLESCENTE**

#### **Adolescencia**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo de transición o de cambios en el desarrollo físico, sexual, psicológico y social, inmediatamente posterior a la niñez que comienza con la pubertad y marca el proceso de desarrollo humano entre la infancia y la edad adulta. Es el período comprendido entre los 10 años hasta los 19 años. La pubertad o adolescencia temprana comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños hasta los 14 años; mientras que la adolescencia media y tardía se extienden hasta los 19 años de edad. <sup>15</sup>

Las características de la adolescencia según Erik Erikson, se evidencian en la búsqueda o descubrimiento de la autonomía individual y de la identidad (psicológica, sexual) o personalidad que define al individuo para toda su vida, aunque no puede generalizarse porque también depende del desarrollo psicológico y de cada individuo.

- En el aspecto emocional, sucede una eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o relacionan con el amor. La autonomía actúa al comenzar a elegir por primera vez a sus amigos y a las personas a quienes querer, pues antes solo conocía a sus padres, hermanos, familiares y después a los compañeros de clase y amigos que sus padres fueron eligiendo por él, es decir que ahora empieza a usar su capacidad de elección para desarrollar uno de los mecanismos más significativos de esta etapa, llevando implícita la capacidad para la personalización de sus afectos.
- En la maduración sexual, en la adolescencia temprana y para ambos sexos, no se manifiestan grandes desarrollos de los caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículoestimulante) y de los esteroides sexuales. Aparecen cambios físicos, observados principalmente en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos. <sup>15</sup>

## **Conocimiento**

Es un proceso crítico mediante el cual el hombre va organizando el saber, va superando las experiencias cotidianas, hasta llegar a un saber sistemático, ordenado, coherente, verificable, preciso, especializado y universal. Pretende descubrir relaciones constantes que se obtienen mediante la investigación metódica y apropiada; pretende y logra apoyarse en las leyes y principios que obedecen los fenómenos y los acontecimientos, cuyo ordenamiento lleva sus experiencias a razonamientos profundos y busca establecer conclusiones de validez universal. Hace uso de un lenguaje especializado y técnico, es preciso, claro, coherente, riguroso y universal. <sup>16</sup>

El conocimiento científico, es un continuo proceso de explicación de la realidad, responde al cómo y por qué (las causas) de los fenómenos o hechos; es una reflexión crítica en que las opiniones personales han sido reemplazadas por juicios que aspiran a la certeza máxima y a la universalidad. La finalidad de este tipo de conocimiento es en definitiva tratar de comprender los procesos o leyes que regulan la naturaleza, la historia o hechos sociales para que, en esta medida, poder transformarlos o modificarlos. <sup>16</sup>

## **Niveles del Conocimiento**

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y al mismo tiempo por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados que son:

- El conocimiento descriptivo, que consiste en captar un objeto por medio de los sentidos. Intervienen los colores, dimensiones y estructuras universales. Ejemplo, el sentido de la vista permite almacenar en la mente las imágenes de las cosas, color, figura y dimensiones.
- Conocimiento conceptual, que consiste en captar o percibir un objeto dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad, mediante el proceso de la intuición.
- Conocimiento teórico, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales.

El conocimiento se mide utilizando una calificación cuantitativa en términos vigesimales o la escala vigesimal, según el puntaje obtenido en base a la valoración de ítems o criterios, como: bajo, medio y alto.<sup>17</sup>

Así, Navarro E, Vargas R. (Colombia, 2009), en un estudio realizado sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre Sida en adolescentes escolarizados, utilizando una escala de 0 a 20 puntos, categoriza el nivel de conocimientos en: nivel de conocimientos alto, calificación más que bueno cuando obtuvo una puntuación de 24 – 35 puntos, nivel de conocimientos medio, calificación más que regular, cuando obtuvo una puntuación de 12 - 23 puntos y nivel de conocimientos bajo, similar a la nota desaprobatória, cuando obtuvo una puntuación de 0 - 11 puntos.<sup>18</sup>

### **Conocimiento sobre Salud Sexual en el Adolescente**

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor.

La salud sexual es la experiencia de un proceso de integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, que se evidencia en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen al enriquecimiento positivo y armónico de la vida individual y social, mejora la personalidad, la comunicación y el amor continuo, brindando bienestar físico, psicológico y sociocultural en la sexualidad. Implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive. También incluye la autoaceptación en el adolescente, que se sienta dueño de su cuerpo, ya que ellos son muy conscientes de su aspecto cuando empiezan a asumir su nueva imagen de adulto, es por ello que el término salud sexual en esta etapa de la vida juega un papel protagónico.<sup>13</sup>

La Organización mundial de la salud (OMS) define la salud sexual como «la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien o realcen la personalidad, la comunicación y el amor». Además la (OMS) afirma que «son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer». El concepto de salud sexual destaca la significación de aspectos cualitativos para el ser humano, como el desarrollo personal, el vínculo con los otros, el valor de la afectividad y de la comunicación.<sup>19</sup>

El comportamiento sexual de los adolescentes es muy sensible a las influencias de ciertos factores y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. El grado de vulnerabilidad del adolescente está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el micro ambiente familiar, las políticas socioeconómicas y el grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.<sup>20</sup>

### **Dimensiones del Conocimiento sobre Salud Sexual**

La sexualidad y la reproducción son aspectos naturales y preciosos de la vida y parte esencial o fundamental del ser humano. Para lograr el más alto estándar de salud, la persona debe primero empoderarse para ejercer sus decisiones en su vida sexual y reproductiva, por tanto deben sentir confianza y seguridad para expresar su propia identidad sexual, ejercer sus derechos y alcanzar su salud sexual y reproductiva; en ello, intervienen las dimensiones del conocimiento sobre salud sexual, que abarca los siguientes contenidos (biológicos y socioculturales):

**a) Características Anatomofisiológicas:** En la adolescencia se expresan ciertas características anatomofisiológicas en el crecimiento y desarrollo, debido principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central. La diferencia física entre los sexos queda definitivamente establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es

decir, los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras (los ovarios, el útero, las mamas y el pene), y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal (cambios en la voz, el desarrollo del vello facial y puberal y los depósitos de grasa), estas últimas no desempeñan un papel directo en la reproducción. En esta etapa se hace presente la menarquía, la primera menstruación, en la mujer y las primeras eyaculaciones en el varón, también empiezan a experimentar sensaciones como la masturbación.<sup>13</sup>

**b) Características Psicosociales del adolescente:** según Erick Erikson el adolescente tiene como tarea el desarrollo del sentido de su identidad (individual, de grupo y del rol sexual), muy influenciado por características psicológicas como su autoestima, su bienestar emocional/mental, la cultura y el ambiente donde vive. La salud sexual, incluye también la autoaceptación, que el adolescente se sienta dueño de su cuerpo del cual está muy consciente cuando empiezan a asumir su nueva imagen de adulto. Otros elementos que forman parte del desarrollo psicosocial del adolescente son:

- Relación con los padres, que evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto mutuo e igualdad en un proceso de adquisición de independencia que con frecuencia crea confusión y ambigüedad, porque por un lado se los acepta como preadultos en proceso de maduración permitiéndoles privilegios hasta ahora denegados y más responsabilidades.
- Relación con los amigos, que asumen un papel más relevante que el que tuvieron en la infancia. Los adolescentes, por lo general, son sociales, gregarios y tienen mentalidad de grupo. Por tanto, el grupo de amigos influye de forma notable en la autoevaluación de los jóvenes y su conducta.
- Relaciones heterosexuales, o con los miembros del sexo opuesto adquieren un nuevo significado. Primero, comienzan las citas de grupo casi siempre para actividades escolares organizadas; después comienzan las citas de dos o tres parejas y a continuación las de una sola. El tipo y grado de seriedad de las relaciones heterosexuales varía. El estadio inicial es casi siempre no



comprometido, extremadamente variable y pocas veces caracterizado por una unión romántica fuerte.<sup>13</sup>

**c) Ciclo de Respuesta Sexual:** referido a la secuencia de **cambios físicos y emocionales que ocurren en el cuerpo** ante la estimulación o **excitación sexual**, incluyendo el **acto sexual** y la **masturbación** y que este expresa en forma de placer. Se desarrolla en cinco fases diferentes:

- Deseo. Los estímulos que la generan pueden ser muy variados (roce con la piel del otro, perfume, mirada sostenida, tono de la voz) y suscitar el deseo de mantener una relación sexual con otra persona.
- Excitación. Es la forma de responder que tiene el cuerpo al deseo, que induce la liberación de feromonas, al estimular las zonas erógenas.
- Meseta. Es la penetración propiamente.
- Orgasmo. Es la liberación final de toda la tensión acumulada en la fase de meseta, produciéndose intensas contracciones musculares, especialmente en la pelvis para inducir la eyaculación. El cerebro libera endorfinas que intensifican la sensación de placer.
- Resolución. El cuerpo recupera el estado inicial en que se encontraba y los genitales recuperan su expresión de normalidad.

El placer que se experimenta es saludable física y emocionalmente.<sup>21</sup>

**d) Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA:** Son enfermedades producidas por agentes infecciosos específicos en las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica. Es frecuente al inicio o mediados de la adolescencia, en especial en la mujer porque su vagina y cérvix tienen una capa más fina de células exteriores y el coito sexual por primera vez puede incluir sangrado, incrementando la probabilidad de contagio, que al no presentar signos externos reconocibles se tratan tardíamente o jamás. En el Perú, una tercera parte de casos de SIDA ocurren entre 20 y 24 o 29 años de edad, considerándose que el intervalo entre la infección primaria y el desarrollo evolutivo hacia el SIDA tiene un

promedio de 8 años, la infección ocurrió en algún momento de la adolescencia. Las infecciones de transmisión sexual más comunes son: gonorrea (causada por *neisseria gonorrhoeae*), clamidia (por *chlamydia trachomatis*), sífilis (*treponema pallidum*), herpes genital (Virus herpes hominis tipo III), tricomonas (*trichomonas vaginalis*), candidiasis o moniliasis (*candida albicans*), virus del papiloma humano y el VIH/Sida, que no solo comprometen la salud del adolescente sino también su desarrollo personal, originado por múltiples razones como falta de orientación, falta de información, omisión, influencia de grupo, influencia y ejemplo del entorno familiar, agregando a esto el carácter temerario que posee que lo hace más vulnerable a contraer este tipo de infecciones. <sup>13</sup>

**e) Uso de Métodos Anticonceptivos, como prevención del embarazo:** El embarazo adolescente se debe a múltiples causas, sobre todo por el inicio temprano en relaciones sexuales sin protección o métodos anticonceptivos. La tasa de embarazo adolescente en el Perú es 13,5%, ésta es mucho mayor en los grupos más desfavorecidos (47,9% en adolescentes sin educación; 26,9% en adolescentes del quintil de riqueza más pobre; y 26,2% en adolescentes en la Selva. <sup>22</sup>

Rengifo HA, Córdoba A, Serrano M. (Colombia, 2012), en su estudio sobre conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes encontró: respecto a los métodos de planificación familiar, 19% de adolescentes que sostienen relaciones sexuales usan o han usado algún método anticonceptivo, 69,7% en el sexo masculino y 30,2% en el femenino ( $p=0,000$ ), 66,5% refieren conocerlos, 76,5% consideran importante su uso, 14% expresan no saber su importancia y 9,2% de los métodos más conocidos son las píldoras, inyecciones anticonceptivas y el condón con 36,1% de hombres que lo usan frente a 12,2% que no lo usan y el menos usado es el método del ritmo. Respecto de los sitios donde los adolescentes adquieren los métodos anticonceptivos, 18,2% en las farmacias, 5,5% en un hospital y 3% en los padres. <sup>8</sup>

**f) Concepciones de Género:** Las concepciones de género se refieren a los modos característicos de relacionarnos o socializar con nuestros pares y de actuar en sociedad. Empiezan a ser construidas en el agente socializador de la familia que luego en la escuela son evidenciadas en la relación con sus pares, docentes y comunidad educativa. Muestra si existe o no discriminación de género, cómo definen los roles de género, cuál es su concepción de mujer y hombre, cómo observan las relaciones respecto al sexismo y su caracterización de los masculino y femenino. Los adolescentes con actitudes positivas hacia la igualdad de género, tienen una mejor opinión sobre el inicio de relaciones sexuales, se comunican más con sus parejas en temas relacionados con su sexualidad y se sienten menos forzados a tener relaciones sexuales para mantener una relación sentimental con su pareja.<sup>23</sup>

El enfoque de género, permite poner en evidencia desigualdades sociales y relaciones asimétricas de poder de los varones en detrimento de las mujeres de cualquier edad, construidas sobre las bases de diferencias biológicas en el plano de lo sexual. Plantea desterrar cualquier relación jerárquica basada en estas diferencias. Admite implementar políticas orientadas al logro de igualdad de niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de sus derechos, libre de discriminaciones basadas en características biológicas o de cualquier otra índole. El enfoque de equidad, promueve el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes provenientes de los grupos más excluidos y desfavorecidos, en razón a su género, grupo cultural, área de residencia, condición socio-económica, lengua o religión.<sup>24</sup>

**g) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos:** Los derechos sexuales y los derechos reproductivos tienen un punto en común: hacen referencia a nuestros cuerpos, respecto a la sexualidad y reproducción, vida sexual e identidad, como un territorio individual sin temor a sufrir coacción o discriminación, tomando decisiones autónomas e informadas, que sean respetadas por el Estado y las demás personas. El enfoque de derechos busca

garantizar a niñas, niños y adolescentes el pleno ejercicio de sus derechos mediante acciones que realiza el Estado, la comunidad y la familia, de acuerdo al rol y la responsabilidad de cada uno. El ejercicio de derechos posibilita el incremento de sus capacidades, garantiza su protección, amplía sus opciones y por lo tanto, su libertad de elegir. Establece que los derechos humanos se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos. Son inalienables y deben ser ejercidos sin discriminación; sin embargo, el Código Penal —después de una modificación hecha el año 2006— desconoce la capacidad de discernimiento y decisión que se les reconocía antes de aquella modificación a los adolescentes entre 14 y 18 años con relación a su propia sexualidad, en consecuencia en la actualidad, las relaciones sexuales de adolescentes son penalizadas, no se reconoce su capacidad para consentirlas y es asumida en todos los casos, como si se tratase de abuso sexual. Por ello los establecimientos de salud están obligados a reportar a las autoridades los casos de adolescentes atendidas en el servicio de parto.<sup>24</sup>

La Declaración Universal de los Derechos Sexuales formulados en el XIII Congreso Mundial de Sexología el año 1997 en Valencia, España, revisados y aprobados por la Asamblea General de la Asociación de Sexología (WAS) en 1999 y ratificados en el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong el año 2001, son: Derecho a la libertad sexual, La autonomía sexual, integridad sexual y la seguridad del cuerpo sexual, La Privacidad Sexual, La igualdad sexual (equidad sexual), Al Placer Sexual, La Expresión Sexual Emocional, La libre asociación sexual, Tomar decisiones reproductivas, libres y responsables, La información basada en conocimiento científico, La educación sexual integral, La atención clínica de la salud sexual.<sup>25</sup>

**h) Respeto a la Diversidad Cultural o Interculturalidad:** El enfoque intercultural, reconoce y respeta el derecho a la diversidad y fomenta la interacción entre culturas de una forma equitativa, donde se concibe que ningún grupo cultural se encuentre por encima del otro, reconoce y valora los aportes de éstos al bienestar y desarrollo humano favoreciendo en todo

momento la interrelación de niñas, niños y adolescentes de diversas culturas, a partir del ejercicio de sus derechos.<sup>24</sup>

## **B. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO**

### **Conducta Sexual**

La conducta o comportamiento sexual, es definida como el conjunto de actitudes y decisiones como resultado de una motivación o estímulo que ayuda a desarrollar en la persona el sentimiento sobre quién y que los atrae en el plano sexual. Puede ser una decisión tanto de hacer y de no hacer algo, como el darse un beso, tomarse de las manos, abrazar, masturbarse y una gama completa de otros comportamientos, que aún en la adolescencia temprana contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos sentidos: un primer sentido es como vía de procreación, y un segundo sentido que resulta más riesgoso, es como vía de disfrute sexual y de atracción física erótica para otras personas, cuyas manifestaciones pueden clasificarse en fantasías y deseos, caricias, atracción, búsqueda de pareja y coito.<sup>26</sup>

La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano y no como un secreto a ser guardado por el silencio adulto. La mayoría de adolescentes vive su sexualidad con angustia, confusión, ambivalencia y culpa, no solo por el desconcierto que sienten frente a los cambios que experimenta su cuerpo y por la mayor intensidad de sus impulsos sexuales, sino sobre todo por la forma en que es concebida la sexualidad. Dentro de la sexualidad del adolescente se mencionan dos puntos importantes debido a la intensidad de los impulsos sexuales, junto con la necesidad de contacto y descubrimiento de sí mismo/a y

del otro, se expresan en diferentes tipos de comportamiento, como: a) la masturbación, que tiene gran cantidad de ideas erróneas y es una práctica personal, privada, común en ambos sexos, presente desde la niñez cuando se exploran los propios genitales, no causa ningún daño físico ni mental, ni es por si misma señal de anormalidad, pero si va acompañada de sentimientos de temor y culpa (por una inadecuada educación sexual), puede causar mucho sufrimiento en el/la adolescente, b) las relaciones sexuales adolescentes y la doble moral, muy temidos por los adultos y por los propios adolescentes, porque van a tener que enfrentarse a una experiencia nueva rodeada de misterios y deseos, relacionadas con su autoimagen, la afirmación de su identidad y el desarrollo personal; sin embargo, la vivencia de la sexualidad no es la misma para hombres y mujeres quienes reciben mensajes diferentes y opuestos, reprimiendo la sexualidad de la mujer púber induciéndola al recato y la mojigatería, mientras se estimula de manera exacerbada las expresiones de sexualidad en el varón, así el adolescente que aún no ha tenido relaciones sexuales es presionado por el grupo e incluso por su padre para empezar a tenerlas, para no dudar de su virilidad. En el caso de la mujer, los controles se intensifican para cuidar de manera falsa su honor e integridad que en realidad está relacionada con el cuidado de la virginidad, cuando su honor debería está vinculado a sus valores morales y no a una virginidad.<sup>27</sup>

### **Enfoque de Riesgo**

El riesgo es un término proveniente del idioma italiano, que se traduce como “lo que depara la providencia” y hace referencia a la proximidad o contingencia de un posible daño; la noción de riesgo suele utilizarse también como sinónimo de peligro.<sup>28</sup>

El riesgo, se define como la probabilidad, vulnerabilidad, posibilidad o amenaza de que suceda un evento no deseado o daño, junto con el impacto o la magnitud de consecuencias adversas posibles, que está en relación con la frecuencia con que se presente el evento. Los factores que la componen son:

- La amenaza, que es un fenómeno, sustancia, actividad humana o condición peligrosa que puede ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos a la salud de la persona.
- La vulnerabilidad, que son las características y las circunstancias de una comunidad o sistema, que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza. Los componentes de la vulnerabilidad son: la exposición, susceptibilidad y resiliencia, expresando su relación en la siguiente fórmula:  

$$\text{Vulnerabilidad} = \text{exposición} \times \text{susceptibilidad} / \text{resiliencia.}^{29}$$

Mientras que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una lesión o enfermedad. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar entre otros a las prácticas o conductas sexuales de riesgo, que es la temática a tratar en la presente investigación.<sup>28</sup>

### **Conducta Sexual de Riesgo**

La conducta sexual de riesgo en los adolescentes, se define como todo comportamiento en la cual exista la exposición, vinculación o relación sexual (coital), que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de la otra persona, con la posibilidad de embarazos no deseados, abortos y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, relacionado con su estructura biológica, la falta de información y el poco acceso a los servicios de salud. Siendo la adolescencia un periodo marcado por la curiosidad, la experimentación, un conjunto de cambios emocionales y la presión ejercida por el grupo, se predispone a una serie de riesgos en la salud sexual, por lo que es importante realizar acciones para disminuir la incidencia futura, que no favorece el desarrollo hacia una adultez con armonía ni el control de sus actos, en consecuencia no se contribuye al fortalecimiento de la familia y la sociedad.<sup>26</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, una conducta de riesgo es una “forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una

susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente”, en un enfoque netamente biomédico, en contraste con los enfoques planteados desde la psicología social que comprende aspectos más amplios de los factores determinantes y de las consecuencias, no solo ligados a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo. <sup>1</sup>

En el Perú, la vida sexual activa de adolescentes menores de 18 años es un hecho que algunas normas sociales y políticas se resisten a aceptar, a pesar de que las estadísticas indican que 4 de cada 10 mujeres tienen su primera relación sexual antes de cumplir la mayoría de edad (18 años). <sup>30</sup>

Por ello es preocupante que el Nuevo Código del niño, niña y adolescente, aprobado el año 2013, indica en su artículo 27 que “Es deber de los padres o tutores de los niños, niñas y adolescentes, orientar la educación sexual integral de sus hijos o adolescentes bajo su cuidado”. Asimismo, que “el Estado brinda asistencia a los padres o tutores para asumir este deber, a través de programas especializados gratuitos y accesibles”; es decir, que limita la educación sexual a la provista por los padres, excluyendo al estado a través de las escuelas, centros de salud y otras instituciones estatales pertinentes de esta responsabilidad. Tampoco menciona a los servicios de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes, ni al deber del Estado de garantizar estos servicios de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño, que reconoce el derecho de niñas, niños y adolescentes al más alto estándar posible de salud y dispone en su artículo 24 que el Estado desarrolle “la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. La educación sexual y la información sobre derechos sexuales y reproductivos son importantes porque aclaran cuestiones biológicas y permiten tomar decisiones, libres de coacciones, violencias, discriminación y estereotipos. Esta situación constituye una barrera que dificulta el acceso a los servicios de atención y orientación en salud sexual y reproductiva por parte de los adolescentes, lo cual



incrementa su vulnerabilidad a embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, entre otros.<sup>31</sup>

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera dos definiciones para conducta sexual de alto riesgo: en primer lugar, sostiene que las personas que en los últimos doce meses tuvieron sexo con más de una persona incidieron en conductas sexuales de alto riesgo; en segundo lugar, el riesgo en el acto sexual es aún mayor si habiendo practicado sexo con más de una persona en el año de referencia, reporta que no utilizó condón. La incidencia en conductas sexuales de alto riesgo en el Perú en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad están relacionados con la edad precoz de inicio sexual, el haber tenido sexo al menos una vez en su vida, tener más de una pareja sexual, no usar métodos anticonceptivos, e incluso recurrir al aborto ante un embarazo no deseado.<sup>32</sup>

Por otro lado, Cueto S, Saldarriaga V, Muñoz IG. (Perú, 2010), en el estudio realizado sobre conductas sexuales de riesgo entre adolescentes peruanos, en adolescentes entre 12 a 19 años, encontraron: 49,9% sin conducta sexual de riesgo, porque nunca ha tenido relaciones sexuales o porque ha tenido relaciones sexuales utilizando algún método anticonceptivo; 45,1% con conducta sexual de riesgo, por el inicio sexual precoz, no usar ningún método anticonceptivo y haber tenido más de una pareja sexual.<sup>1</sup>

Las conductas sexuales de riesgo que se estudiarán son:

### **Inicio de Relaciones Sexuales**

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano donde se identifican cambios radicales en las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Es considerada como un periodo libre de problemas de salud, pero su adelantada maduración sexual, los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas dando como resultado

el inicio de su vida sexual activa, que cuanto más precoz sea la edad de inicio, mayor exposición tendrán a problemas o riesgos, como los embarazos no deseados vinculados al aborto, infecciones de transmisión sexual, entre otros.<sup>33</sup>

El inicio temprano de las relaciones implica también la aparición de problemas sexuales, porque en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de agentes infecciosos por el riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito sucede a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años, y el tiempo de exposición a las relaciones sexuales será mucho mayor.<sup>34</sup>

Respecto a la edad promedio de iniciación en relaciones sexuales entre las mujeres de 15 a 19 años, el año 2010 de acuerdo con la encuesta nacional (ENDES), alrededor de 73% de mujeres de este rango de edad reportaron no haber tenido relaciones sexuales, mientras que cerca de 5% de las que tuvieron relaciones sexuales dijeron haberlas realizado antes de los 15 años de edad.<sup>22</sup>

Asimismo, Rojas YR. (Perú, 2010), en una investigación realizada sobre nivel de conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de 5to de secundaria, encontró respecto al inicio de relaciones sexuales que 86,8% aún no habían tenido relaciones sexuales, frente a un 13,2% que si han tenido relaciones; de ellas 75% inició entre 12 y 15 años y 25% entre 16 y 18 años.<sup>13</sup>

### **Número de Parejas Sexuales**

Referido a la cantidad de personas con quienes una persona ha tenido o tiene relaciones sociales y refleja un mayor riesgo de tiempo de exposición a un sinnúmero de agentes infecciosos. A mayor número de parejas sexuales, mayor riesgo de contagio con infecciones de transmisión sexual y si el virus papiloma

humano es el causal de la infección, el riesgo aumenta hacia la probabilidad de cáncer cervicouterino. En el Perú, el año 2010 muestra una prevalencia de 12,6% con una tendencia creciente en el tiempo de adolescentes que reportaron haber tenido sexo alguna vez en su vida, de ellas respondieron que había sido con más de una pareja durante los últimos doce meses. Por ello es necesario, reforzar la adecuada educación sexual en los adolescentes como medida de prevención de riesgos, enfatizando respecto a que el riesgo en la salud sexual es menor si la persona es monógama o es fiel a una sola pareja. <sup>33</sup>

Asimismo, Escobedo CM., 2013, al estudiar el número de parejas sexuales en mujeres, encontró que: 8,4% tuvo solo una pareja sexual y 46,7% tuvo más de una pareja sexual (13,4% de 2 a 5 parejas, 33,3% más de 6 parejas). <sup>35</sup>

### **Aborto**

Aborto, es la expulsión del producto de la concepción o la interrupción del embarazo en las 28 primeras semanas de gestación o la pérdida de un feto de peso inferior a 500 gr., es decir antes de que el producto de la concepción sea viable o sea capaz de vivir fuera de la cavidad uterina en forma independiente. <sup>36</sup>

Las adolescentes recurren al aborto por diversas razones, como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar a un bebé o no saber cómo enfrentar su crianza y educación. Aproximadamente el 15 por ciento de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos y un 25 por ciento se interrumpe por un aborto inducido. Algunas adolescentes intentan autoinducirse un aborto, otras recurren a personas no capacitadas utilizando técnicas perjudiciales en condiciones antihigiénicas que conlleva a complicaciones. En el Perú, es difícil tener una cifra exacta de abortos en adolescentes por la clandestinidad de los mismos, entre las cifras que se registran el 92,7% de casos tenían entre 16 y 19 años, con 11% de muertes maternas entre las edades de 10 a 19 años. El aborto es de riesgo para las adolescentes porque la mayoría ocurre de forma clandestina, en condiciones inadecuadas de higiene y con complicaciones

como hemorragia, anemia, septicemia, desgarros vaginales, abscesos pélvicos, perforación uterina, lesiones en las vísceras huecas, esterilidad secundaria y muerte.<sup>36</sup>

Rojas YR., 2010, en una investigación realizada sobre nivel de conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de 5to de secundaria, encontró respecto al aborto que 5,3% buscaría el aborto y 94,7% no lo haría (60,5% aceptaría su embarazo incondicionalmente, 30,9% no sabrían que hacer, 3,3% optarían por darlo en adopción).<sup>13</sup>

### **Uso de Métodos Anticonceptivos**

Los métodos anticonceptivos son sustancias, elementos o procedimientos que se utilizan para evitar un embarazo no deseado. El conocimiento de métodos anticonceptivos, favorece un mayor acceso y uso de éstos, reducen los embarazos no deseados y en consecuencia disminuyen el índice de abortos, evitando que las mujeres se sometan a ellos en condiciones sanitarias inadecuadas; pero existen algunos obstáculos que impiden el uso de métodos anticonceptivos y que dificultan medir su uso en las mujeres que no desean quedar embarazadas y entre las mujeres solteras con actividad sexual, también se indica que los adolescentes no están bien informados y que tienen menor acceso a los métodos anticonceptivos que las mujeres adultas y las casadas, porque no se sienten aceptadas en los centros de planificación familiar que no ponen interés en atraer a los jóvenes y temen que su visita no sea confidencial; estos factores contribuyen al alto nivel de embarazos no planeados y abortos en condiciones de riesgo entre adolescentes de 15 a 19 años, que representan un promedio de 25% de todos los abortos en dicha situación y es un porcentaje muy superior al existente en otras regiones menos desarrolladas.<sup>37</sup>

Los métodos anticonceptivos más utilizados son:

a) Anticonceptivos Mecánicos: son eficaces si se usan correctamente, no requieren examen ni prescripción médica, es de fácil acceso por su costo bajo, permiten un buen control del ciclo y suponen una adecuada alternativa para las adolescentes. Tenemos:

- El condón o preservativo, funda delgada de látex que el hombre se coloca en el pene antes de tener relaciones sexuales. No requiere de examen ni prescripción médica, es de fácil acceso por su bajo costo, eficaz si se usa correctamente y es el único método anticonceptivo que previene de las infecciones de transmisión sexual.
- El diafragma, que se coloca cubriendo el cuello del útero de la mujer antes de tener relaciones sexuales.
- Dispositivo Intrauterino (DIU), como la T de cobre o un dispositivo medicado con levonorgestrel, no está contraindicada en la adolescencia siempre que no exista riesgo de infecciones de transmisión sexual y se busque una anticoncepción a largo plazo.
- Anillos vaginales, que se insertan en la vagina para un período de tres semanas, seguidos de una semana de descanso.
- Implantes subdérmicos o parches, de gestágeno, son de elevada eficacia, se colocan una vez a la semana durante tres semanas, con una de descanso, permiten la anticoncepción prolongada por tres o cinco años, pero su afectación en el ciclo menstrual puede resultar un inconveniente.

b) Anticoncepción Hormonal: en sus formas de administración oral, inyectable, vaginal o transdérmica, contienen estrógenos y progestágenos, constituyendo un método seguro y eficaz en esta época de la vida. Respecto a sus efectos secundarios, el bloqueo precoz del eje hipotálamohipofisario no tiene repercusiones negativas, ni parece afectarse el pico de masa ósea, tampoco tienen efecto en el aumento de peso mantenido y el aumento del cáncer de mama detectado en mujeres que usaron durante muchos años preparados de alta dosis de etinilestradiol en su adolescencia no se ha demostrado con los preparados actuales de baja dosis (menos de 50 mcg), que permite un buen control del ciclo menstrual. Tenemos:

- La píldora, es seguro para la mujer si lo toma diariamente, se administra vía oral y protege durante un mes. Contiene 28 comprimidos (algunos de placebo). En cuanto a la mini-píldora con sólo gestágeno, es poco atractiva porque causa irregularidades menstruales y la aparición de quistes de ovario funcionales.
- Los inyectables de Acetato *de* Medroxiprogesterona *de* depósito (AMPD), administrados vía intramuscular, su uso es frecuente entre adolescentes por su protección de larga duración (14 semanas o 3 meses) y su buena tolerancia. Sus efectos colaterales son, irregularidades en la menstruación, elevada frecuencia de amenorrea (en uso prolongado) y lento retorno a la fertilidad posterior.
- Anticoncepción de Emergencia o Píldora del día siguiente, no es un método recomendable como de continuidad, pero es una valiosa segunda oportunidad para una relación no protegida por inesperada, por posible fallo del método (rotura del preservativo) o en condiciones de menos control por el/la adolescente (bajo efectos del alcohol o drogas), pues se administra sin receta médica en varios países. Dos comprimidos de Levonorgestrel de 0,75 mg en las primeras 72 horas tras un coito no protegido previene 84% de embarazos. Sus efectos secundarios son: náuseas, vómitos, mareos, dolor abdominal, alteración menstrual.<sup>38</sup>

Por otro lado, la anticoncepción de emergencia, contribuye al ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. Su eficacia y seguridad han sido ampliamente demostradas, a pesar de que su proceso de introducción y la promoción de su acceso en Latinoamérica han sido complejos y conflictivos. El poder judicial ha sido uno de los ámbitos de confrontación priorizados en algunos países como el Perú, para disipar los cuestionamientos del método, que aún continúa abierto.<sup>39</sup>

- c) Metodo de Abstinencia Periódica: Referidos a aquellas formas de evitar un embarazo no deseado absteniéndose o dejando de tener relaciones sexuales en

fechas determinadas del calendario o ciclo menstrual. Entre los métodos más reconocidos y frecuentemente utilizados, están:

- Método del ritmo o del Calendario, que consiste en identificar los días fértiles (período en el cual se puede embarazar) y los días infértiles (cuando no se puede embarazar) del ciclo menstrual, para evitar tener relaciones sexuales durante los días fértiles porque la mujer podría quedar embarazada.

37

- Método de Billings o del moco cervical, es la identificación del período fértil y del período infértil a través del moco cervical, que es una secreción producida en el cuello del útero que cambia de características por la acción de las hormonas (estrógeno y progesterona) a lo largo del ciclo menstrual. Durante el período fértil esta secreción tiene un parecido a la clara del huevo crudo.<sup>40</sup>

## C. TEORIAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACION

Existen distintos enfoques que describen los mecanismos que determinan que los adolescentes puedan iniciarse en conductas sexuales de riesgo. Se presenta la siguiente teoría:

**1. Teoría o enfoque de la Psicología del Desarrollo:** la psicología del desarrollo identifica una variedad amplia de factores que pueden impactar en las decisiones de los adolescentes para involucrarse en actividades riesgosas, entendiendo como “toma de riesgo” el optar por realizar cualquier acción que tenga por lo menos un resultado no certero.

Plantea que los adolescentes deciden realizar una actividad de riesgo, en base al nivel logrado en tres elementos: su desarrollo cognitivo (qué piensa acerca del mundo), desarrollo afectivo (qué siente acerca del mundo) y su desarrollo social (el rol que juegan otras personas en la determinación de sus elecciones). El desarrollo cognitivo que tiene tres componentes: la capacidad de pensar acerca de los problemas, el conocimiento de alternativas y la capacidad de analizar las alternativas. El desarrollo afectivo

que puede clasificarse en afecto intenso o los estados más profundos de la excitación (miedo, ira, pasión), que pueden llevar al individuo a la acción o inacción, y en afecto débil o representaciones desapasionadas, denominadas valores. El desarrollo social que consiste en incorporar al proceso de elaboración de las decisiones las actitudes de la sociedad frente a esas actividades.

En éste marco se explican que las variaciones más rápidas y extremas (tanto positivas como negativas) que tiene el adolescente en el nivel de conocimientos sobre salud sexual, incidirán en el mayor o menor control de sus impulsos respecto a la toma de decisiones hacia una conducta sexual de riesgo, pues algunos pueden mostrar una mayor desinhibición y búsqueda de nuevas emociones durante ésta etapa; sin embargo, la responsabilidad en la toma de decisiones se va incrementando con la edad y los adolescentes a medida que aumentan en mayoría de edad tienen una más alta probabilidad de reconocer los riesgos y las consecuencias de sus decisiones, en comparación con los adolescentes de menor edad. <sup>41</sup>



## 2. DEFINICIONES OPERACIONALES

### 2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL:** definido como el grado de desarrollo cognitivo o la capacidad de analizar acerca de la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, que conducen al enriquecimiento positivo y armónico de la vida individual y social, que muestra el adolescente en estudio. Fue medido como:

- a) Nivel de Conocimiento Deficiente: cuando al responder el cuestionario de conocimientos sobre salud sexual, obtuvo una puntuación igual o menor de 19 puntos.
- b) Nivel de Conocimiento Medio: cuando al responder el cuestionario de conocimientos sobre salud sexual, obtuvo una puntuación entre 20 a 29 puntos.
- c) Nivel de Conocimiento Alto: cuando al responder el cuestionario de conocimientos sobre salud sexual, obtuvo una puntuación entre 30 a 40 puntos.

### 5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO:** referido a la forma específica de conducta que evidencia el adolescente en estudio en el funcionamiento de su sexualidad, evidenciado en una vinculación o relación sexual (coital) que aumenta la probabilidad de tener una enfermedad específica o un daño con consecuencias psicológicas y sociales negativas para el mismo, en los aspectos de: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aborto, uso de

métodos anticonceptivos. Fue medido mediante la ficha de registro sobre conducta sexual de riesgo en adolescentes, como:

- a) Inicio de Relaciones Sexuales: referido a la edad en que por primera vez tuvo una relación coital. Fue medido como:
  - Conducta sexual sin riesgo: cuando se obtuvo respuestas de que no inició relaciones sexuales o lo inició de los 17 años en adelante.
  - Conducta sexual con riesgo: cuando se obtuvo respuestas de que tuvo inicio precoz de relaciones sexuales entre los 12 a 16 años.
  
- b) Número de Parejas Sexuales: referido al número de personas con quienes tuvo una relación coital. Fue medido como:
  - Conducta sexual sin riesgo: cuando se obtuvo como respuesta que no tuvo ninguna pareja o solo tuvo una pareja sexual.
  - Conducta sexual con riesgo: cuando se obtuvo como respuesta que tuvo de dos a más parejas sexuales.
  
- c) Aborto: Referido a la interrupción voluntaria o no del embarazo. Fue medido como:
  - Conducta sexual sin riesgo: cuando refiere no haber tenido un aborto o si ante un embarazo no recurriría al aborto.
  - Conducta sexual con riesgo: cuando refiere haber tenido un aborto o más o si ante un embarazo recurriría al aborto.
  
- d) Uso de Métodos Anticonceptivos: Referido a la utilización o no de algún elemento o sustancia para prevenir un embarazo. Fue medido como:
  - Conducta sexual sin riesgo: cuando se obtuvo la respuesta de que usa algún método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales.
  - Conducta sexual con riesgo: cuando se obtuvo la respuesta de que no usa algún método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales.

### **3. HIPÓTESIS**

#### **3.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Existe asociación estadística significativa, entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y la conducta sexual de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015.

#### **3.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS**

1. Existe relación estadística entre el nivel de conocimiento deficiente, medio y alto sobre salud sexual y conducta sexual sin riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015.
2. Existe relación estadística entre el nivel de conocimiento deficiente, medio y alto sobre salud sexual y conducta sexual con riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

#### 1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

##### Método

Se empleó el método cuantitativo, porque nos permitió realizar la medición previa evaluación de las variables, para comprobar las hipótesis planteadas.

##### Diseño

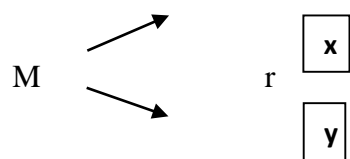
El diseño fue el no experimental, correlacional, transversal.

No Experimental, porque se estudiaron a las variables tal y como se comportan en su contexto natural, sin incorporar elementos que varien su comportamiento.

Correlacional, porque nos permitió establecer la asociación entre las variables independientes (conocimientos sobre salud sexual) y la variable dependiente (conducta sexual de riesgo).

Transversal, porque la información se tomó en un momento determinado de tiempo.

Diagrama del diseño:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Relación entre las variables de estudio.

## **2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **Población**

Estuvo constituida por todos los adolescentes (entre 10 a 19 años) que residen en las familias del asentamiento poblacional Micaela Bastidas y que pertenecen a la Junta Vecinal Urarinas, que según el Cuadro Estadístico Poblacional realizado en junio del año 2015 está conformado por 79 familias, con un promedio aproximado de 432 personas (221 mujeres y 211 varones), de los cuales un total de 67 estuvieron en edad adolescente.

### **Muestra**

- a) Tamaño de la muestra: para determinar el tamaño de la muestra no fue necesario utilizar ninguna fórmula estadística, dada la cantidad pequeña de la población, quedando el tamaño de la muestra constituida por el 100% de la población, es decir los 67 adolescentes.
- b) Tipo de Muestro: Se empleó el muestreo por conveniencia, por la cantidad de adolescentes registrados y porque todos fueron sujetos de estudio, participando voluntariamente en su totalidad.

## **3. Criterios de Inclusión:**

- Residente en la Junta Vecinal Urarinas, del asentamiento poblacional Micaela Bastidas.
- De edades entre 10 a 19 años
- De ambos sexos

- Firma del Consentimiento informado por el padre/tutor del adolescente con edades entre 10 a 17 años y por el mismo adolescente con edades de 18 a 19 años.
- Firma del asentimiento informado por parte de los adolescentes con edades entre 10 a 17 años autorizados por sus padres o tutores.
- Que acepten participar voluntariamente

### **3. Técnicas e Instrumentos**

Técnica:

Se empleó la técnica de la entrevista autoadministrada, guiada paso a paso por parte de las investigadoras, aclarando dudas y brindando la información pertinente.

Instrumentos:

Se aplicaron dos instrumentos para la recolección de datos, que son:

- a) Cuestionario de Conocimientos sobre Salud Sexual del Adolescente: elaborado por las investigadoras, para recolectar información sobre lo que piensa y conoce respecto a la salud sexual el adolescente, que incluye aspectos de: características anatomofisiológicas y psicosociales del adolescente, ciclo de respuesta sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, uso de métodos anticonceptivos como prevención del embarazo, concepciones de género, derechos sexuales y respeto a la diversidad cultural o interculturalidad. Consta de 40 reactivos, con tres alternativas de respuesta, de las cuales una de ellas será correcta, en cuyo caso su valor es de un punto y todas las demás respuestas valen cero, haciendo un total de 40 puntos. Fue calificado como: nivel de conocimiento alto, cuando obtuvo de 30 a 40 puntos, nivel de conocimiento medio, cuando obtuvo de 20 a 29 puntos y nivel de conocimiento deficiente cuando obtuvo igual o menor de 19 puntos. Duración: 15 minutos. Fue sometida a validación.
- b) Ficha de Registro de Conducta Sexual de Riesgo: instrumento que fue elaborado por las investigadoras en base a la variable en estudio. Está

estructurada en cuatro aspectos, considerando: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aborto y uso de métodos anticonceptivos. Fue calificada en cada aspecto según corresponda, como: Conducta sexual sin riesgo, cuando no inició relaciones sexuales o lo inició a los 17 años en adelante; tuvo ninguna o solo una pareja sexual; no refiere aborto o si ante un embarazo no recurriría al aborto; usa algún método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales, y Conducta sexual con riesgo, cuando tuvo inicio precoz de relaciones sexuales (entre 12 a 16 años); tuvo dos a más parejas sexuales; refiere haber tenido un aborto o si ante un embarazo recurriría al aborto; no usa algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales. Duración: 5 minutos. No fue sometida a validación.

#### Validez y Confiabilidad:

La validez y confiabilidad fue comprobada para el cuestionario de conocimientos sobre salud sexual del adolescente. La validez mediante el juicio de expertos o Método Delphi, con profesionales que trabajan en el área de estudio. La prueba de confiabilidad se realizó mediante una prueba piloto o Coeficiente de Cronbach considerando el 10% de la muestra, en adolescentes de otra junta vecinal del asentamiento poblacional Micaela Bastidas por sus características similares a la muestra de estudio, quienes no formaron parte de la muestra de estudio. El Cuestionario de Conocimientos sobre Salud Sexual del Adolescente obtuvo una validez elevada del 100% y una alta confiabilidad alta de 83,8%; mientras que la Ficha de Registro de Conducta Sexual de Riesgo obtuvo una validez elevada de 97,14% y una alta confiabilidad alta de 77,7%.

#### **4. Procedimiento de recolección de datos:**

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- a) Se solicitó la autorización respectiva para la recolección de datos a través de la Decanatura de la facultad de enfermería de la UNAP a la Directiva de la Junta Vecinal Urarinas.

- b) Presentación ante la Directiva respectiva para la entrega documentaria, dar a conocer los objetivos y coordinar las actividades pertinentes (fechas y horario de recolección de datos, condiciones en la que se realizaría, entre otros).
- c) Inicio de la recolección de datos, en cada hogar:
  - Entrega del consentimiento informado al padre o tutor del adolescente con edades entre 10 a 17 años y a los adolescentes entre 18 a 19 años, para su lectura y firma en señal de autorización.
  - Entrega del asentimiento informado a los adolescentes con edades entre 10 a 17 años autorizados por sus padres, para la firma respectiva de forma voluntaria.
- d) Aplicación de los instrumentos bajo responsabilidad exclusiva de las investigadoras, vistiendo el uniforme de salud pública, en horarios de mañana (8.00 am a 12.30 pm) y tarde (de 3.00 a 6.30 pm)
- e) La duración de la aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 25 minutos, leyendo y aclarando los ítems primero y dejando unos segundos para que marque su respuesta.
- f) Se les solicitó responder de forma honesta y veraz, aclarando dudas, con la seguridad de que los datos son de carácter confidencial, pues fueron anonimizados y utilizados solamente con fines de la investigación.
- g) Se llevó una ánfora y sobres tamaño oficio, para que al término de la entrevista autoadministrada el/la adolescente coloque los instrumentos en el sobre, lo cierre y deposite dentro del ánfora, la misma que no se abrió delante de ellos, para brindarles mayor confianza y seguridad de que sus datos estaban protegidos.
- h) La recolección de datos se realizó en un periodo de 05 días, en cada vivienda registrada con adolescentes, previa coordinación con los padres o tutores.

## **5. Análisis de datos**

En el presente trabajo de investigación se utilizó la estadística descriptiva en el análisis univariado mediante frecuencias, porcentajes y medidas de resumen (media, desviación típica) y la estadística inferencial en el análisis bivariado



para comprobar las hipótesis de asociación, mediante la prueba estadística no paramétrica de libre distribución para variables categóricas de Chi-cuadrado de Pearson ( $X^2$ ) que es la prueba indicada cuando las variables son una categórica nominal y la otra ordinal siendo además aleatorias. El programa estadístico que se empleó fue el SPSS versión 22 para Windows XP. El nivel de confianza para la prueba de hipótesis fue del 95% con un nivel de significancia  $\alpha = 0,05$ . ( $p < 0,05$ ) para aceptar las hipótesis planteadas en la presente investigación.

**6. Limitaciones:** No se encontro ninguna limitación durante el desarrollo de la presente investigación.

## **7. Protección de los Derechos Humanos**

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Se salvaguardó la dignidad e integridad de los participantes y la participación voluntaria en el estudio.
- Firma del consentimiento informado y del asentimiento informado según corresponda, en señal de aceptación para participar.
- El instrumento fue anonimizado, para no dañar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.
- Los instrumentos fueron administrados con conocimiento y autorización de por lo menos uno de los padres o tutores de los menores de 18 años y con el asentimiento de los menores después de la lectura y explicación de los procedimientos que se realizarían. Los adolescentes de 18 y 19 años firmaron su propio consentimiento informado.
- Se tuvo respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.

- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras para lograr los fines de la investigación, destruyendo posteriormente la información.
- El estudio y sus instrumentos, fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Amazonía Peruana.

## CAPITULO IV

### 1. RESULTADOS

#### A. ANALISIS UNIVARIADO

TABLA 1

**CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN ADOLESCENTES DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS  
JUNTA VECINAL URARINAS, QUITOS - 2015**

EDAD	Nº	%
De 10 a 13 años	31	46,3
De 14 a 17 años	29	43,3
De 18 a 20 años	7	10,4
Total	67	100,0

SEXO	Nº	%
Masculino	29	43,3
Femenino	38	56,7
Total	67	100,0

OCUPACION	Nº	%
Solo estudia	64	95,5
Trabaja/estudia	3	4,5
Total	67	100,0

Fuente: Ficha de identificación del adolescente

$$\bar{x} \pm s = 13,01 \pm 2,62 \text{ años}$$

La tabla 1, sobre algunas características demográficas que presenta el adolescente del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015, muestra que: en cuanto a edad, 46,3% tenía entre 10 a 13 años (promedio de 13,01 años, desviación típica de  $\pm 2,62$  años), 43,3% entre 14 a 17 años y 10,4% entre 18 a 20 años; respecto al sexo, 56,7% fueron del sexo femenino y 43,3% masculino; referente a la ocupación, 95,5% solamente estudia y 4,5% trabaja y estudia.

**TABLA 2**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL EN  
ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO  
POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS,  
JUNTA VECINAL URARINAS,  
IQUITOS - 2015**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Deficiente	17	25,4
Medio	34	<b>50,7</b>
Alto	16	23,9
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre salud sexual**

La tabla 2, muestra la distribución de frecuencias del nivel de conocimiento sobre salud sexual en general, de los adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, donde se observa que: 50,7% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento medio sobre salud sexual, seguido de 25,4% con nivel de conocimiento deficiente y 23,9% con nivel de conocimiento alto.

**TABLA 3**

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN INICIO DE RELACIONES  
SEXUALES, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO  
HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS,  
JUNTA VECINAL URARINAS,  
IQUITOS - 2015**

<b>INICIO DE RELACIONES SEXUALES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Conducta sexual sin riesgo	43	64,2
Conducta sexual con riesgo	24	<b>35,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Ficha de registro de conducta sexual de riesgo**

La tabla 3, sobre conducta sexual de riesgo en el inicio de relaciones sexuales, que presentan los adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: 64,2% de los adolescentes presentaron conducta sexual sin riesgo, porque ninguno de ellos refirió haber iniciado relaciones sexuales; mientras que 35,8% presentó conducta sexual con riesgo, porque refieren haber iniciado relaciones sexuales entre los 12 a 16 años.

**TABLA 4**

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN NÚMERO DE PAREJAS  
SEXUALES, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO  
HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS,  
JUNTA VECINAL URARINAS,  
IQUITOS - 2015**

<b>NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Conducta sexual sin riesgo	57	<b>85,1</b>
Conducta sexual con riesgo	10	14,9
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Ficha de registro de conducta sexual de riesgo**

La tabla 4, sobre conducta sexual de riesgo en el número de parejas sexuales, en los adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: 85,1% de los adolescentes presentaron conducta sexual sin riesgo porque refirieron no tener ninguna pareja sexual o que solo tuvieron una; mientras que 14,9% fueron calificados como conducta sexual con riesgo, porque refirieron haber tenido mas de una pareja sexual.

**TABLA 5**

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ABORTO, EN ADOLESCENTES  
DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL MICAELA  
BASTIDAS, JUNTA VECINAL URARINAS,  
IQUITOS - 2015**

<b>ABORTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Conducta sexual sin riesgo	62	<b>92,6</b>
Conducta sexual con riesgo	5	7,4
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Ficha de registro de conducta sexual de riesgo**

La tabla 5, sobre conducta sexual de riesgo en aborto, en los adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: 92,6% de adolescentes presentaron conducta sexual sin riesgo, al referir que no tuvieron ningun aborto; mientras que 7,4% obtuvieron conducta sexual con riesgo, al referir que han tenido uno o mas abortos.



**TABLA 6**

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN EL USO DE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO  
HUMANO POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, JUNTA  
VECINAL URARINAS, IQUITOS - 2015**

<b>USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Conducta sexual sin riesgo	46	<b>68,6</b>
Conducta sexual con riesgo	21	31,4
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Ficha de registro de conducta sexual de riesgo**

La tabla 6, sobre conducta sexual de riesgo en el uso de métodos anticonceptivos, en los adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: 68,6% de los adolescentes presentaron conducta sexual sin riesgo, al referir que usaron como método anticonceptivo al condón o preservativo en sus relaciones sexuales (3) o que no iniciaron relaciones sexuales (43); mientras que 31,4% presentaron conducta sexual con riesgo, porque habiendo iniciado relaciones sexuales no utilizaron ningún método anticonceptivo.

## B. ANALISIS BIVARIADO

TABLA 7

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL**

**MICAELA BASTIDAS, IQUITOS – 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO				TOTAL	
	SIN RIESGO		CON RIESGO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Deficiente	6	9,0	11	16,4	17	25,4
Medio	25	<b>37,3</b>	9	13,4	34	50,7
Alto	12	17,9	4	6,0	16	23,9
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>64,2</b>	<b>24</b>	<b>35,8</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Elaborado por las investigadoras**

**$X^2 = 8,278$ ;  $p = 0,016$**

La tabla 7, sobre la asociación entre nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en inicio de relaciones sexuales, en los adolescentes del Asentamiento Humano Poblacional Micaela Bastidas, Junta vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: del 64,2% de adolescentes con conducta sexual sin riesgo en inicio de relaciones sexuales, 37,3% tenían nivel de conocimiento medio, 17,9% nivel de conocimiento alto y 9,0% nivel de conocimiento deficiente; mientras que del 35,8% de adolescentes que presentaron conducta sexual con riesgo en inicio de relaciones sexuales, 16,4% tenía nivel de conocimiento deficiente, 13,4% nivel de conocimiento medio y 6% nivel de conocimiento alto.

Para comprobar si existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en inicio de relaciones sexuales, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada cuyos resultados fueron un valor Chi calculado de  $\chi^2 = 8,278$ , con valor de significancia  $p = 0,016$  ( $p < 0,05$ ), confirmándose que existe relación estadística significativa entre ambas variables, aceptándose la hipótesis planteada.

**TABLA 8**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA  
SEXUAL DE RIESGO EN NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN  
ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO  
POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, IQUITOS – 2015**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>SIN RIESGO</b>		<b>CON RIESGO</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Deficiente	11	16,4	06	9,0	17	25,4
Medio	30	<b>44,8</b>	04	5,9	34	50,7
Alto	16	23,9	0	0,0	16	23,9
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>85,1</b>	<b>10</b>	<b>14,9</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Elaborado por las investigadoras**

**$X^2 = 8,629$   $p = 0,013$**

La tabla 8, sobre la asociación entre nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en número de parejas sexuales, en adolescentes del Asentamiento Humano Poblacional Micaela Bastidas, Junta vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: del 85,1% de adolescentes con conducta sexual sin riesgo en el número de parejas sexuales, 44,8% tuvieron nivel de conocimiento medio, 23,9% nivel de conocimiento alto y 16,4% nivel de conocimiento deficiente; mientras que, del 14,9% de adolescentes que presentaron conducta sexual con riesgo en el número de parejas sexuales, 9% tuvieron nivel de conocimiento deficiente, 5,9% nivel de conocimiento medio y 0% nivel de conocimiento alto.

Para comprobar si existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en el número de parejas sexuales, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada cuyos resultados fueron un valor Chi calculado de  $\chi^2 = 8,629$ , con valor de significancia  $p = 0,013$  ( $p < 0,05$ ), confirmándose que existe relación estadística significativa entre ambas variables, aceptándose la hipótesis planteada.

**TABLA 9****NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ABORTO, EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO POBLACIONAL****MICAELA BASTIDAS, IQUITOS – 2015**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>SIN RIESGO</b>		<b>CON RIESGO</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Deficiente	16	23,9	1	1,5	17	25,4
Medio	30	<b>44,8</b>	4	6,0	34	50,7
Alto	16	23,9	0	0,0	16	23,9
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>92,5</b>	<b>5</b>	<b>7,5</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Elaborado por las investigadoras** **$X^2 = 2,263$   $p = 0,323$** 

La tabla 9, sobre la asociación entre nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en aborto, en adolescentes del Asentamiento Humano Poblacional Micaela Bastidas, Junta vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: del 92,5% de adolescentes con conducta sexual sin riesgo en aborto, 44,8% tenían nivel de conocimiento medio, 23,9% nivel de conocimiento alto y conocimiento deficiente respectivamente; mientras que del 7,5% de adolescentes que presentaron conducta sexual con riesgo en aborto, 6% tenía nivel de conocimiento medio, 1,5% nivel de conocimiento deficiente y 0% nivel de conocimiento alto.

Para comprobar si existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en aborto, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada cuyos resultados fueron un valor Chi calculado de  $\chi^2 = 2,263$ , con valor de significancia  $p = 0,323$  ( $p > 0,05$ ), que indica que no existe relación estadística significativa entre ambas variables, en consecuencia no se acepta la hipótesis planteada.

**TABLA 10**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y CONDUCTA  
SEXUAL DE RIESGO EN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS,  
EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO  
POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS,  
IQUITOS – 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO				TOTAL	
	SIN RIESGO		CON RIESGO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Deficiente	7	10,4	10	15,0	17	25,4
Medio	24	<b>35,7</b>	10	15,0	34	50,7
Alto	15	22,5	1	1,4	16	23,9
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>68,6</b>	<b>21</b>	<b>31,4</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Elaborado por las investigadoras

**$X^2 = 10,706$   $p = 0,005$**

La tabla 10, sobre la asociación entre nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en el uso de métodos anticonceptivos, en los adolescentes del Asentamiento Humano Poblacional Micaela Bastidas, Junta vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: del 68,6% de adolescentes con conducta sexual sin riesgo en el uso de métodos anticonceptivos, 35,7% tenían nivel de conocimiento medio, 22,5% nivel de conocimiento alto y 10,4% nivel de conocimiento deficiente; mientras que, del 31,4% de adolescentes que presentaron conducta sexual con riesgo en el uso de métodos anticonceptivos, 15% tuvo nivel de conocimiento medio y deficiente respectivamente y 1,4% nivel de conocimiento alto.



Para comprobar si existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en el uso de métodos anticonceptivos, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada cuyos resultados fueron un valor Chi calculado de  $\chi^2 = 10,706$ , con valor de significancia  $p = 0,005$  ( $p < 0,05$ ), comprobándose que existe relación estadística significativa entre ambas variables, aceptándose la hipótesis planteada.

## 2. DISCUSION

Al asociar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo, en los adolescentes estudiados, se encontró significancia estadística, entre:

Nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo en inicio de relaciones sexuales ( $p=0,016$ ;  $p<0,05$ ), del 64,2% de adolescentes con conducta sexual sin riesgo en inicio de relaciones sexuales, 37,3% que tenía nivel de conocimiento medio, 17,9% nivel de conocimiento alto y 9,0% nivel de conocimiento deficiente. Este resultado no guarda similitud con lo encontrado por Silva J, Andrade K, Palacios E, Rojas V, Mendonça J. (Brasil, 2014), en su estudio sobre el nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo en adolescentes, donde 67,1% tenía nivel de conocimiento regular o medio, 18,5% conocimiento deficiente y 14,3% conocimiento bueno o alto; en cuanto al comportamiento sexual, 88,8% presentó conducta sexual de riesgo porque inicio su experiencia sexual de forma precoz (56,3% en adolescencia media, 32,5% en adolescencia inicial); así como con Navarro ME, López AI. (Perú, 2012), que en su estudio sobre el nivel de conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes, encontraron que de 54,4% de adolescentes tenían conductas sexuales con riesgo pues 33,3% inició relaciones sexuales entre 12 a 14 años, 66,7% entre 15 a 18 años y 45,6% tenía conductas sexuales sin riesgo, siendo el nivel de conocimientos sobre salud sexual alto en el 57%, de nivel medio y bajo en 21,5% respectivamente. Respecto a nuestros resultados, existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y la conducta sexual sin riesgo en el inicio sexual en los adolescentes es una evidencia de que hay una relación directa en el sentido de que cuanto mayor es el nivel de conocimientos sobre salud sexual (predomina el nivel de conocimiento medio y alto), la conducta sexual del adolescente será de menor riesgo mayoritariamente con el no inicio de relaciones sexuales; sin embargo, los resultados también muestran ésta relación directa cuando hay déficit de conocimientos sobre salud sexual hay mayor riesgo del inicio de relaciones sexuales en los adolescentes. Este dato constituye una oportunidad para el profesional de enfermería y de salud en general, para que en el trabajo con adolescentes se siga fortaleciendo la integración

de los elementos somáticos y emocionales de una sexualidad saludable, para enriquecer y potenciar la personalidad, la comunicación y el amor, que los lleve a equilibrar sus emociones y sensaciones físicas, actuando de forma voluntaria y responsable en su inicio sexual, no por el acto sexual en sí, sino por la capacidad de decisión que es una de las tareas de desarrollo en ésta etapa, va adquiriendo y poniendo en práctica en su vida diaria, como parte del cuidado integral de su salud; es decir que existe un estrecho vínculo entre el acceso a la educación sexual oportuna y la postergación del inicio de relaciones sexuales.

Nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo en numero de parejas sexuales ( $p=0,013$ ;  $p<0,05$ ), del 85,1% adolescentes con conducta sexual sin riesgo en el número de parejas sexuales (porque no tuvieron pareja sexual o solo tuvieron una), 44,8% tenía nivel de conocimiento medio, 23,9% nivel de conocimiento alto y 16,4% nivel de conocimiento deficiente. Este resultado no guarda similitud con ninguno de los antecedentes encontrados, así García PJ, Cotrina A, Cárcamo CP. (Perú, 2010), en su estudio sobre diagnóstico de comportamientos sexuales, sus resultados para Iquitos fueron 86,7% con nivel de conocimientos alto sobre salud sexual y el 100% tenía conducta sexual con riesgo en el número de parejas sexuales, pues 63,19% de varones tuvo 4 parejas y 38,3% de mujeres tuvo 2 parejas. Respecto a nuestros resultados, existen un porcentaje significativo de adolescentes con un nivel de conocimiento sobre salud sexual que va de medio a alto, que influye positivamente para que la mayoría de adolescentes no tenga ninguna pareja sexual o de los pocos que han iniciado relaciones sexuales solamente tengan una pareja sexual, lo cual confirma que a mayor conocimiento o educación sexual en el adolescente menor será la probabilidad de que inicie precozmente relaciones sexuales o que adopte una conducta sexual promiscua, cuyo beneficio es la disminución de riesgos en su salud sexual en especial el de un embarazo no deseado, la transmisión de una infección sexual, cáncer intrauterino, entre otros, es decir que es un factor protector; por ello el profesional de enfermería debe enfatizar en el desarrollo de actividades que promuevan la valoración de la persona como ser humano digno y con la libertad de tomar decisiones que causen bienestar a su vida, sea mediante el modelado de habilidades sociales como la autoestima, la toma de decisiones y el desarrollo de la

conciencia crítica, para que aprenda o adquiera la capacidad de valorar y proteger su integridad y salud sexual.

Nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo en el uso de métodos anticonceptivos ( $p = 0,323$ ;  $p > 0,05$ ), del 92,5% de adolescentes con conducta sexual sin riesgo en el uso de métodos anticonceptivos (porque usaron el condón como método anticonceptivo o no iniciaron aún relaciones sexuales), 44,8% tenía nivel de conocimiento medio, 23,9% nivel de conocimiento alto y deficiente respectivamente. Estos resultados no tienen similitud con ninguno de los antecedentes encontrados, así por ejemplo, Cueto S, Saldarriaga V, Muñoz IG. (Perú, 2010), en su estudio sobre conductas sexuales de riesgo en adolescentes, encontraron 77,5% que presentó conducta sexual con riesgo en el uso de métodos anticonceptivos, porque no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo. Respecto a nuestros resultados, existe mayor nivel de conocimiento sobre salud sexual del adolescente (mayoría con conocimiento de medio a alto) y mayor conducta sexual sin riesgo debido a la utilización del condón o preservativo como único método anticonceptivo en las relaciones sexuales lo cual es un elemento protector para el adolescente, además podríamos afirmar que conocer sobre el uso de los métodos anticonceptivos, no es un determinante para el inicio de relaciones sexuales en esta edad pues la mayoría negó haberlo hecho; sin embargo, se evidencia también un mínimo grupo de conducta sexual de riesgo, debido a que han iniciado relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo a pesar de tener un conocimiento medio sobre salud sexual; asimismo, amerita tomar en cuenta porqué los adolescentes no están utilizando otros métodos anticonceptivos. Ante ello, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de colaborar en el fortalecimiento de la educación del adolescente sobre los métodos anticonceptivos, pues la influencia de su entorno social, del grupo de pares, las características propias de su ambiente familiar y los conocimientos que haya adquirido o los que esté adquiriendo acerca de la sexualidad, pueden influir en él y conllevar al desarrollo de comportamientos o conductas de riesgo para su salud sexual que afectarían también su proceso de desarrollo normal debido a que no conoce los riesgos o no tienen capacidad de reconocerlos y/o evitarlos.

### 3. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se han llegado después de realizar el estudio, en relación con los objetivos y resultados obtenidos, son:

1. Las características demográficas identificadas en los adolescente, fueron que: 46,3% tenían edad entre 10 a 13 años, 56,7% corresponden al sexo femenino y 95,5% respecto a la ocupación ha referido que solamente estudia.
2. El nivel de conocimiento sobre salud sexual de los adolescentes, es: 50,7% con nivel de conocimiento medio, seguido de 25,4% con nivel de conocimiento alto y 23,9% con nivel de conocimientos deficiente.
3. La conducta sexual de riesgo, se presenta así: 64,2% con conducta sexual sin riesgo en el inicio de relaciones sexuales, 85,1% con conducta sexual sin riesgo en el número de parejas sexuales, 92,6% con conducta sexual sin riesgo en aborto, 68,6% con conducta sexual sin riesgo en el uso de métodos anticonceptivos.
4. Al asociar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo, se obtuvo que existe relación estadística significativa entre: Nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en inicio de relaciones sexuales ( $p = 0,016$ ,  $p < 0,05$ ), nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en número de parejas sexuales ( $p = 0,013$ ,  $p < 0,05$ ), nivel de conocimientos sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en el uso de métodos anticonceptivos ( $p = 0,005$ ;  $p < 0,05$ ).
5. Asimismo, se obtuvo que no existe relación estadística significativa entre: Nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en aborto ( $p = 0,323$ ,  $p < 0,05$ ).

## **6. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a las conclusiones del estudio de investigación, se plantean las siguientes conclusiones.

### **1. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:**

- Seguir considerando en la formación profesional de los estudiantes, la integralidad del ser humano, con el fortalecimiento de la salud sexual en todas las intervenciones que se realicen en las prácticas.
- Realizar otros estudios de investigación con las mismas variables o con otras variables relacionadas, con el fin de ampliar las explicaciones del conocimiento sobre el tema.

### **2. A LA JUNTA VECINAL URARINAS – MICAELA BASTIDAS**

Dar a conocer los resultados obtenidos a todas las familias de su jurisdicción, como una forma de favorecer a sus miembros en edad adolescente, el fortalecimiento de su desarrollo en la sexualidad mediante talleres e intervenciones educativas por parte de profesionales de la salud del establecimiento de salud de su jurisdicción, a fin de contribuir con adultos capaces de asumir de forma responsable su sexualidad, autovalorándose como seres humanos dignos y libres en el ejercicio responsable de su salud sexual.

### **3. AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

Tomar la información válida, confiable y actualizada de los resultados de la presente investigación, para aplicarlos en su trabajo en el primer nivel de atención, con actividades preventivo-promocionales de la salud sexual, sea en las familias de la comunidad o en instituciones educativas, orientadas a la población adolescente, permitiendo el fortalecimiento e incrementando del nivel de conocimientos necesarios sobre la salud sexual, para disminuir o evitar conductas sexuales de riesgo y afrontar problemas como: embarazos no deseados, ITS,

abortos, entre otros, desde un enfoque de estilos de vida saludable, para concientizar y sensibilizar a los adolescentes.

#### **4. A LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:**

Reconocer su sexualidad de forma saludable, retrasando el máximo tiempo posible el inicio sexual, incrementando sus conocimientos sobre salud sexual a través de diversos medios, para prevenir consecuencias no deseadas o conductas sexuales de riesgo (embarazos, abortos, contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA), tomando decisiones acertadas a favor de sí mismo, para que no se constituyan en barreras que trunquen sus aspiraciones y metas futuras.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cueto S, Saldarriaga V, Muñoz IG. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. Disponible en: [http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/Archivo/download/pubs/30\\_cueto\\_saldarriaga\\_munoz.pdf](http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/Archivo/download/pubs/30_cueto_saldarriaga_munoz.pdf) [En español: revisado 22/09/2015]
2. Soriano FJ, Colomer J, Cortés O, Esparza MJ, Galbe J, García J, et. al. Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev. Pediat. Atenc. Prim. 15:261-9. Universidad de Valencia. España. 2013. Disponible en: [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5l\\_LjPqmzmYUJVNzPaYH-s25k-hb](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPqmzmYUJVNzPaYH-s25k-hb) [En español: revisado 22/09/2015]
3. Janco A. Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el Hospital Municipal Copacabana, provincia Manco Kapac. Rev. Salud Públ. Bolív. n.60. La Paz, Bolivia. 2013. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S4321-12342013000100003&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S4321-12342013000100003&script=sci_arttext) [En español: revisado 23/09/2015]
4. Silva J, Andrade K, Palacios E, Rojas V, Mendonça J. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. Enfermería Universitaria 2014; 11(4): 139-144. Universidad de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil. 2014. [En español: revisado 24/09/2015]
5. Rengifo HA, Córdoba A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. Salud pública. 14 (4): 558-569. Colombia. 2012. [En español: revisado 24/09/2015]
6. Dandicourt C, Díaz M. Conocimiento de adolescentes sobre salud sexual. Escuela de Enfermería Manuel Fajardo. Cuba. 2012. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/conocimiento-adolescentes-salud-sexual/> [En español: revisado 25/09/2015]
7. Navarro ME, López AI. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras, distrito de Morales. Título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú.



2012. disponible en: [http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyectorx/archivo\\_87\\_Binder1.pdf](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectorx/archivo_87_Binder1.pdf) [En español: revisado 25/09/2015]
8. Rojas RY. Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat. Lima 2010. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú. 2011. [En español: revisado 25/09/2015]
  9. García PJ, Cotrina A, Cárcamo CP. Diagnóstico en Adolescentes en el Perú: Comportamientos sexuales y acceso a condón. Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Fondo de Población de las Naciones Unidas en el Perú (UNFPA). Lima, Perú. 2010. [En español: revisado 28/09/2015]
  10. Organización Mundial de la Salud - OMS. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de salud. Washington, EE. UU. 2012. [En español: revisado 28/09/2015]
  11. Montaña L. El conocimiento científico. Centro de estudios sobre innovación y dinámicas educativas. México. 2011. Disponible en: <http://lorefilosofia.aprenderapensar.net/2011/09/24/conocimiento-cientifico/> [En español: revisado 29/09/2015]
  12. Organización de Naciones Unidas – ONUSIDA. Vivir en un mundo con VIH y SIDA. New York, EE. UU. Disponible en: [http://www.Onu.org.pe/Publico/infocus/vihsida\\_peru.aspx](http://www.Onu.org.pe/Publico/infocus/vihsida_peru.aspx) [En español: revisado 29/09/2015]
  13. Navarro E, Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. Colombia. 2009. [En español: revisado 30/09/2015]
  14. Organización Mundial de la Salud. Al hablar de sexualidad se promueve la salud sexual. En: Network en Español. Editora: Best FIM, USA. 21 (2):5-8; Washington, EE. UU. 2012. [En español: revisado 30/09/2015]
  15. Peña M, Torres JM, Pérez F, Ramírez TA, Pría MC. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev. Cubana Enfermer v.21 n.1. La Habana, Cuba. 2010. disponible en: <http://scielo.>

sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=s0864-03192005000100009 [En español: revisado 29/09/2015]

16. SANITAS. Ciclo de respuesta sexual humana. Disponible en: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/vida-sexual/ciclo-respuesta-sexual.html> [En español: revisado 29/09/2015]
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 – ENDES. Lima, Perú. 2009. [En español: revisado 30/09/2015]
18. De Meyer S. Actitudes positivas hacia la igualdad de género, vida sexual segura y feliz. Conferencia Comunicación Médico Paciente. Managua, Nicaragua. 2013. [En español: revisado 02/10/2015]
19. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Editorial J&O Editores Impresores S.A.C. Lima, Perú. 2012. [En español: revisado 02/10/2015]
20. Gómez PI, Oizerovich S, Jefferson L. Propuesta de contenidos en salud sexual y reproductiva para incorporar en currículos de pre y posgrado. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. Lima, Perú. 2010. Disponible en: <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Propuesta-Contenidos-SSYR-Curriculos-Pre-Posgrado-FLASOG-2010.pdf> [En español: revisado 05/10/2015]
21. García E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87. Universidad de Oviedo. España. 2012. [En español: revisado 05/10/2015]
22. Código Penal del Perú. Lima, Perú. 1990. Disponible en: [https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/legislacion/l\\_20080616\\_75.pdf](https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/legislacion/l_20080616_75.pdf) [En español: revisado 06/10/2015]
23. Organización de Naciones Unidas - ONU. Prácticas sexuales de alto riesgo a partir del número de parejas que tuvo la mujer durante los últimos doce meses.

Asamblea General Especial, sesión sobre VIH/SIDA. Washington DC, EE. UU. 2010. [En español: revisado 06/10/2015]

24. Portales Médicos. Conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual. Revista científica. 2011. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/conocimiento-adolescentes-salud-sexual/> [En español: revisado 07/10/2015]
25. Callejas DE. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. España. 2011. [En español: revisado 07/10/2015]
26. Escobedo CM. Factores de riesgo para infección subclínica del virus del papiloma humano, en las mujeres que acuden a la clínica de displasias del Hospital Materno Infantil del Issemym. Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México. 2012. [En español: revisado 08/10/2015]
27. Rojas G. La adolescencia en el Perú. Universidad Andina del Cuzco. 2009. Disponible en: [http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20 Congreso /adolescencia.pdf](http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20Congreso/adolescencia.pdf). [En español: revisado 08/10/2015]
28. Zuhelke E. Uso de anticonceptivos para reducir los embarazos no planeados y el aborto en condiciones de riesgo. Washington DC, EE. UU. 2010. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2010/unintendedpregnancyandabortion-sp.aspx> [En español: revisado 09/10/2015]
29. Becker G. Una teoría de adicción racional. *Journal of Political Economy*, n.º 96, pp. 675-700. [En español: revisado 09/10/2015]

# **ANEXOS**

Conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015

## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO**

FECHA:    /    /

HORA: .....

#### Propósito:

Muy buenas tardes, respetable señor/a padre/madre de familia, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por las señoritas: Nativi Estefani Fioreli PAREDES RAMIREZ y Linda Betzabet CHAVEZ RENGIFO, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada Conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, con el objetivo de obtener información sobre cuanto conocen los estudiantes sobre un tema relevante como es la salud sexual y cómo este conocimiento pueden ser un elemento que proteja o lleve al adolescente a practicar alguna conducta sexual de riesgo afectando no solamente su integridad física sino también su funcionamiento emocional; ésta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

#### Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria para que su menor hijo/a participe en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, de uso exclusivo por el/las investigador/as con fines del estudio mencionado y destruidas posteriormente. Le informamos además, que puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, que puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado que su hijo/a participe desea retirar su aceptación en algún momento, lo puede hacer sin

perjuicio de la integridad física o moral suya o de su menor hijo/a, sin tener que dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 15 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta participar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Nativi Estefani Fiorela, PAREDES RAMIREZ, al teléfono N° 976487041 o a su domicilio. Si está de acuerdo, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

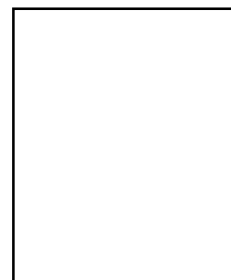
FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe. Firmo en señal de conformidad.

Iquitos, ..... de ..... del 2015

.....

Firma del participante



Huella digital

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

## **ANEXO 2**

### **ASENTIMIENTO INFORMADO**

#### Propósito:

Muy buenos días joven/señorita estudiante, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por: Nativi Estefani Fioreli PAREDES RAMIREZ y Linda Betzabet CHAVEZ RENGIFO, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada Conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, con el objetivo de obtener información sobre cuanto conocen los estudiantes sobre un tema relevante como es la salud sexual y cómo este conocimiento pueden ser un elemento que proteja o lleve al adolescente a practicar alguna conducta sexual de riesgo afectando no solamente su integridad física sino también su funcionamiento emocional; ésta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

#### Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria de participar en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, de uso exclusivo por las investigadoras con fines del estudio mencionado y destruidas posteriormente. Le informamos además, que puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, que puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado participar desea retirarse en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio de su integridad física o moral, sin tener que

dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 20 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta participar y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le causa inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Bachiller en Enfermería Nativi Estefani Fiorela PAREDES RAMIREZ al teléfono N° 976487041. Si está de acuerdo en participar, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

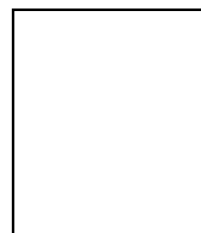
FIRMA DEL ASENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas libremente sobre la investigación y/o no fue necesario hacer preguntas, las mismas que me fueron contestadas satisfactoriamente por parte del/las investigador/as; habiendo recibido suficiente información sobre el estudio y la seguridad de que si me interesa me informarán sobre los hallazgos encontrados. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del asentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe. Firmo en señal de conformidad.

Iquitos, ..... de ..... del 2015

\_\_\_\_\_

Firma



Huella digital

¡Muchas Gracias por su valiosa colaboración!

A continuación procederemos  
a aplicar los instrumentos.



**ANEXO 3**  
**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL DEL ADOLESCENTE**

**Presentación**

El presente instrumento permite recoger información para valorar los conocimientos sobre salud sexual que usted posee. Lea cuidadosamente y responda con sinceridad a cada una de las preguntas que se le presenta.

**Instrucciones**

Marque con una X la respuesta que mejor se adapte a su conocimiento sobre el tema. De ser necesario se le aclarará sus dudas. Duración: 15 minutos.

**FECHA:**        /        /

**CÓDIGO:** .....

<b>I. DATOS DE IDENTIFICACION</b>	
1. Edad actual: ..... años	3. Grado y sección de estudios:
2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) 4. Ocupación: Solo estudiante ( ) Trabaja/estudia ( )	

<b>II. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL</b>
<b>A. CARACTERISTICAS ANATOMICAS Y FISIOLÓGICAS</b>
1. ¿Cuál de los siguientes órganos sexuales pertenecen al sexo femenino? a) Pene, testículos, escroto, conductos deferentes, vesícula seminal, glándula de Cowper b) Duodeno, yeyuno, íleon, colon, estómago y glándulas suprarrenales c) Labios mayores y menores, clítoris, vagina, útero, trompas de Falopio, ovarios
2. ¿Qué es la menarquía? a) Es la última vez que la mujer tiene la menstruación o “regla” b) Es el nombre de uno de los músculos del cuerpo humano c) Es la primera vez que tiene menstruación o “regla” la mujer
3. ¿A qué se denomina ciclo menstrual? a) Al tiempo en días que dura una menstruación

<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Al tiempo en horas necesarias para recuperar energías</li> <li>c) Al tiempo en días entre la última menstruación y la siguiente</li> </ul>
<p>4. ¿La mujer puede quedar embarazada, cuando tiene relaciones sexuales en ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cualquier momento, hora o día del ciclo menstrual</li> <li>b) Los días infértiles del ciclo menstrual</li> <li>c) Los días fértiles del ciclo menstrual</li> </ul>
<p>5. ¿Qué necesita tener el organismo de la mujer para quedar embarazada?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Que esté completamente desarrollado</li> <li>b) No hay ningún requisito en ese aspecto</li> <li>c) Que haya aparecido la menstruación</li> </ul>
<p><b>B. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE</b></p>
<p>6. Una tarea de desarrollo que debe cumplirse al inicio de la etapa adolescente, es?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Lograr un nivel de autoestima alta</li> <li>b) Sentirse bien en el ambiente donde vive</li> <li>c) Desarrollar el sentido de identidad</li> </ul>
<p>7. ¿Qué necesidad relacionado al cuerpo físico es parte también de una adecuada salud sexual?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sentirse avergonzado del cuerpo cuando no es muy bonito</li> <li>b) Aceptar solamente las partes del cuerpo que se sienten bonitos</li> <li>c) Aceptación de la imagen corporal o sentirse dueño de su propio cuerpo</li> </ul>
<p>8. ¿En la adolescencia la relación con los padres, muestra algún cambio respecto a la infancia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) No, sigue la protección-dependencia de los padres</li> <li>b) Si, ya los aceptan como casi adultos</li> <li>c) Si, la independencia de los padres</li> </ul>
<p>9. ¿Cómo se muestra la relación de los adolescentes con los amigos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sigue siendo igual, no hay diferencia</li> <li>b) Le es indiferente tener o no un grupo de amigos</li> <li>c) Adquiere relevancia formar grupos de amigos</li> </ul>
<p>10. ¿Es importante la relación heterosexual (con el sexo opuesto) para el adolescente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) No, solamente se citan en grupo para actividades escolares organizadas</li> <li>b) Si, para buscar una pareja para una unión romántica comprometida o fuerte</li> <li>c) Si, para consolidar su identidad, su socialización y prepararse para ser competitivo</li> </ul>
<p><b>C. CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA</b></p>

<p>11. ¿A qué se denomina respuesta sexual humana?</p> <p>a) A las características propias de la estimulación de la sexualidad del hombre y de la mujer</p> <p>b) A los cambios físicos y psicológicos propios del funcionamiento sexual de la mujer</p> <p>c) A los cambios físicos/hormonales que experimenta el ser humano ante el estímulo sexual</p>
<p>12. ¿Conoce usted cuáles son las etapas o fases de la relación sexual?</p> <p>a) Amor, enamoramiento, deseo/excitación, penetración</p> <p>b) Diversión, experimentación, comunicación/información, coito</p> <p>c) Deseo, excitación, meseta, orgasmo/eyaculación, resolución</p>
<p>13. ¿Conoce los cambios que experimentan los genitales en una respuesta sexual saludable?</p> <p>a) Ningun tipo de cambio o estimulación, no son necesarios</p> <p>b) Cambios en su forma pero solamente en los hombres</p> <p>c) Cambios en su forma, tamaño y funcionamiento</p>
<p>14. ¿En qué circunstancia el organismo humano tiene una respuesta sexual?</p> <p>a) Cuando se encuentra en un ambiente íntimo y personal</p> <p>b) En todo momento y lugar lo está mostrando</p> <p>c) Cuando es estimulado provocando un deseo físico</p>
<p>15. ¿Por qué es importante conocer y tener en cuenta a la respuesta sexual humana?</p> <p>a) No es necesario, el organismo responde de todas maneras</p> <p>b) Para satisfacer completamente a la pareja</p> <p>c) Para ejercer una sexualidad placentera y saludable</p>
<p><b>D. PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA</b></p>
<p>16. ¿A qué se denomina infección de transmisión sexual (ITS)?</p> <p>a) A aquellas enfermedades que afectan la piel</p> <p>b) A aquellas enfermedades que afectan a los riñones</p> <p>c) A aquellas enfermedades que afectan a los genitales</p>
<p>17. ¿Cómo se contagian las infecciones de transmisión sexual?</p> <p>a) Al usar servicios higiénicos contaminados por un infectado</p> <p>b) Al tocar o abrazar a una persona que tiene la infección</p> <p>c) Al tener relaciones sexuales con alguien que tiene la infección</p>
<p>18. ¿Cuáles son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes?</p> <p>a) Infecciones estomacales, dermatitis, infección urinaria, hongos, entre otras</p> <p>b) Fiebre amarilla, hepatitis, gonorrea, amigdalitis, enfermedad diarreica, entre otras</p> <p>c) Gonorrea, sífilis, chancro blando, infecciones de inmunodeficiencia humana y otras</p>

19. ¿Cuáles son los principales síntomas que indican una infección de transmisión sexual?

- a) Fiebre alta, diarreas, dolor en los huesos, secreciones
- b) Orina sanguinolenta, orinar frecuentemente, fiebre, malestar
- c) Ardor al orinar, escozores, salida de secreciones, mal olor

20. ¿ Las infecciones de transmisión sexual se curan o tienen tratamiento?

- a) Si, evitando las relaciones sexuales con la pareja
- b) Si, tomando todo tipo de remedios vegetales
- c) Si, con indicación de un médico urólogo e infectólogo

#### **E. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, COMO PREVENCIÓN DEL EMBARAZO**

21. ¿A qué se denominan métodos anticonceptivos?

- a) A las actividades que se realizan para controlar la presión arterial
- b) A las medidas que se utilizan para evitar las enfermedades
- c) A las medidas utilizadas para evitar embarazos no deseados

22. ¿Cuál de los siguientes, reconoce como métodos anticonceptivos?

- a) Eyaculación precoz, vaginismo, dispareunia, inhibición del deseo
- b) Métodos mecánicos, eyaculación intravaginal, abstinencia sexual
- c) Condón, píldora, inyectables hormonales, dispositivos intrauterinos

23. ¿Quién debe decidir cuál método anticonceptivo utilizar ?

- a) La mujer solamente
- b) El hombre solamente
- c) Ambos como pareja

24. ¿Cómo se determina la utilización de un método anticonceptivo?

- a) Mediante una consulta con el farmacéutico
- b) Con la recomendación de amigas que los usan
- c) Mediante una consulta de salud especializada

25. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es el más accesible, barato y fácil de usar?

- a) La píldora anticonceptiva
- b) Los inyectables anticonceptivos
- c) El condón o preservativo

#### **F. CONCEPCIONES DE GÉNERO**

26. ¿A qué se refiere las concepciones de género?

- a) Al modo de socializar dentro de la familia, en la escuela y comunidad educativa (comunicación, afecto, roles en la sociedad)

<p>b) A la forma de ver la vida y de vivir en este mundo sin dejarse vencer por las dificultades que se nos presentan.</p> <p>c) Al modo de relacionarse con los pares y de actuar en sociedad (que concepto se tiene sobre el rol de género, de masculino y femenino, entre otros).</p>
<p>27. ¿Qué se evidencia con el enfoque de género en el mundo?</p> <p>a) Las desigualdades sociales y el poder del hombre en contra de la mujer</p> <p>b) El destierro de cualquier diferencia jerárquica entre hombres y mujeres</p> <p>c) La igualdad o equidad de derechos en el desarrollo integral de la persona</p>
<p>28. ¿Cómo beneficia al adolescente tener una actitud positiva hacia la igualdad de género?</p> <p>a) Nada que ver, el adolescente no obtiene ningún tipo de beneficio con la igualdad de género</p> <p>b) Aprende a diferenciar los derechos por los cuales se sienten protegidas las personas</p> <p>c) Mejora su opinión sobre el inicio sexual, no se siente forzado a tener relaciones sexuales</p>
<p>29. ¿Existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a su desarrollo personal y social?</p> <p>a) No, lo correcto es que la mujer esté bajo responsabilidad del hombre</p> <p>b) Si, pero no va en contra de la mujer, pues el hombre la debe defender</p> <p>c) Si, el hombre siempre tiene mayores privilegios (en trabajo, remuneraciones)</p>
<p>30. ¿Cómo se expresan las relaciones entre los géneros masculino y femenino en la realidad?</p> <p>a) Las condiciones patriarcales favorecen el desarrollo social</p> <p>b) Con respeto a los derechos humanos y mejor calidad de vida</p> <p>c) Marcadas por el dominio y la opresión del hombre hacia la mujer</p>
<p><b>G. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b></p>
<p>31. ¿A qué se refieren los derechos sexuales y reproductivos ?</p> <p>a) A la decisión que deben tomar los padres a favor de la protección del cuerpo de sus hijos respecto a su sexualidad.</p> <p>b) Es la afirmación de algunas personas respecto a que solamente algunos derechos se deben respetar y otros dependen de la situación.</p> <p>c) A la decisión de cuidar el cuerpo respecto a la sexualidad y reproducción, sin temor a sufrir coacción o discriminación.</p>
<p>32. ¿Qué busca garantizar el enfoque de ejercicio de derechos, en los adolescentes?</p> <p>a) Que conozca que existen los derechos humanos no solo en el país sino a nivel de todo el mundo</p> <p>b) Reconocer que si bien existen los derechos humanos, éstos no se aplican a todos por igual</p> <p>c) El incremento de sus capacidades, su protección, ampliar sus opciones y su libertad de elegir</p>
<p>33. ¿Cómo protege el estado los derechos de los adolescentes en términos de la salud sexual ?</p>

<p>a) Mediante acciones que realizan la comunidad y la familia</p> <p>b) Mediante el cumplimiento del rol y la responsabilidad de cada uno</p> <p>c) Mediante leyes, programas de salud y programas educativos</p>		
<p>34. ¿Qué modificación en la sexualidad del adolescente entre 14 a 18 años, hay en el Código Penal?</p> <p>a) No se hicieron modificaciones al respecto, continúa igual</p> <p>b) Que las relaciones sexuales de adolescentes de forma consentidas no son penalizadas</p> <p>c) Que las relaciones sexuales no son consentidas y son penalizadas como abuso sexual</p>		
<p>35. ¿Cuáles de los siguientes son algunos derechos sexuales conocidos?</p> <p>a) Derecho de nacer, de tener nombre, de tener una familia, de tener un territorio, entre otros</p> <p>b) Derecho de agruparse, a la libertad de expresión y de comunicación, al libre tránsito y otros</p> <p>c) Derecho de libertad sexual, integridad sexual, seguridad del cuerpo, privacidad, placer sexual</p>		
<p><b>H. RESPETO A LA DIVERSIDAD CULTURAL O INTERCULTURALIDAD</b></p>		
<p>36. ¿Qué reconoce y respeta el enfoque de la interculturalidad?</p> <p>a) Que todas las culturas son iguales</p> <p>b) El derecho a la universalidad</p> <p>c) El derecho a la diversidad</p>		
<p>37. ¿Que fomenta la diversidad cultural o interculturalidad?</p> <p>a) La interacción entre los miembros de una misma cultura</p> <p>b) La interacción con las culturas similares a la nuestra</p> <p>c) La interacción entre culturas en una forma equitativa</p>		
<p>38. ¿Que principio fundamental propicia la interculturalidad?</p> <p>a) Que algunos grupos culturales son mas importantes que otros</p> <p>b) Que hay un grado de importanci entre una cultura y otro</p> <p>c) Que ningún grupo cultural se encuentra por encima del otro</p>		
<p>39. ¿Qué reconoce y valora la interculturalidad?</p> <p>a) Que los grupos culturales, aportan problemas a la humanidad</p> <p>b) Que algunos grupos culturales aportan al desarrollo humano</p> <p>c) Los aportes de los grupos culturales al bienestar y desarrollo humano</p>		
<p>40. ¿Que propicia o cómo busca favorecer la interculturalidad en todo momento?</p> <p>a) Que los miembros de su cultura no se mezclen con los miembros de otras culturas</p> <p>b) Que los derechos de algunas culturas deben ser ejercido solo por las autoridades</p> <p>c) La interrelación de niñas, niños y adolescentes de diversas culturas, ejerciendo sus derechos</p>		
<b>TOTAL:</b>		<b>CALIFICACION DEL CONOCIMIENTO:</b> .....

**OBSERVACIONES:**

.....  
.....

¡Muchas gracias por su valiosa atención!

**CALIFICACION:** Puntaje Total: 40 puntos, que equivale al 100%.

1. Nivel de Conocimiento Alto: de 30 a 40 puntos
2. Nivel de Conocimiento Medio: de 20 a 29 puntos
3. Nivel de Conocimiento Deficiente: igual o menor de 19 puntos

**ANEXO 4**

**FICHA DE REGISTRO DE CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

**Instrucciones**

Sr./Srta. adolescente, lea cuidadosamente cada factor de riesgo y marque la alternativa de respuesta que mejor se adapta a su situación, con la seguridad de que la información que no brinde será bien resguardada. Duración: 10 minutos.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS</b>	<b>CODIF.</b>
1. INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Aún no tiene relaciones sexuales	1
	Inició entre los 12 a 16 años	2
	Inició entre los 17 años a más	3
2. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Ninguna pareja sexual	1
	Solo con una pareja	2
	Más de una pareja (de 2 a más)	3
3. ABORTO	No tuvo ningún aborto	1
	Tuvo uno o más abortos	2
	Si quedaría embarazada recurriría al aborto	3
	Si quedaría embarazada tendría a mi hijo/a	4
4. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	<b>METODOS QUE USÓ O USA</b>	<b>CODIF.</b>
	1. No usó ninguno	1
	2. Preservativo o condón	2
	3. Método del ritmo o del calendario	3
	4. Pildoras anticonceptivas	4
	5. Inyectables hormonales	5
	6. Otra (Especifique): .....	6



OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

Conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento  
poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015

**ANEXO 5**  
**INDICADORES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD**  
**SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO**  
**POBLACIONAL MICAELA BASTIDAS, IQUITOS – 2015**

CARACTERISTICAS ANATOMOFISIOLOGICAS			CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES		
	N°	%		N°	%
<b>Deficiente</b>	27	40,3	Deficiente	25	<b>37,3</b>
<b>Medio</b>	34	<b>50,7</b>	Medio	39	<b>58,2</b>
<b>Alto</b>	6	9,0	Alto	3	<b>4,5</b>
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA			PREVENCION DE ITS Y VIH/SIDA		
	N°	%		N°	%
<b>Deficiente</b>	26	38,8	Deficiente	14	<b>20,9</b>
<b>Medio</b>	34	<b>50,7</b>	Medio	26	<b>38,8</b>
<b>Alto</b>	7	10,5	Alto	27	<b>40,3</b>
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO PREVENCION DEL EMBARAZO			CONCEPCIONES DE GENERO		
	N°	%		N°	%
<b>Deficiente</b>	9	13,4	Deficiente	32	<b>47,7</b>
<b>Medio</b>	20	29,9	Medio	31	<b>46,3</b>
<b>Alto</b>	38	<b>56,7</b>	Alto	4	<b>6,0</b>
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS			RESPECTO A DIVERSIDAD CULTURAL O INTERCUL		
	N°	%		N°	%
<b>Deficiente</b>	39	<b>58,2</b>	Deficiente	20	<b>29,9</b>
<b>Medio</b>	27	40,3	Medio	27	<b>40,2</b>
<b>Alto</b>	1	1,5	Alto	20	<b>29,9</b>
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre Salud Sexual**

La tabla sobre los indicadores de la variable independiente nivel de conocimientos en adolescentes del Asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos - 2015, muestra que: respecto a las características anatómicas y fisiológicas de la sexualidad, 50,7% tenía nivel de conocimientos medio, 40,3% con nivel de conocimientos deficiente y 9% con nivel de conocimientos alto; en cuanto a las características psicosociales, 58,2% mostró nivel de conocimientos medio, 37,3% nivel de conocimientos deficiente y 4,5% nivel de conocimientos alto; referente al ciclo de la respuesta sexual humana, 50,7% tenía nivel de conocimientos medio, 38,8% nivel de conocimientos deficiente y 10,4% nivel de conocimientos alto; en cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, 40,3% tenía nivel de conocimientos alto, seguido de 38,3% con nivel de conocimientos medio y 20,9% con nivel de conocimientos deficiente; respecto al uso de métodos anticonceptivos como prevención del embarazo, 56,7% tuvo nivel de conocimientos alto, 29,9% nivel de conocimientos medio y 13,4% nivel de conocimientos deficiente; referente a las concepciones de género, 47,7% presentó nivel de conocimientos deficiente, 46,3% nivel de conocimientos medio y 6% nivel de conocimientos alto; en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, 58,2% mostró un nivel de conocimientos deficiente, 40,3% nivel de conocimientos medio y 1,5% nivel de conocimientos alto; y referente al respeto a la diversidad cultural o interculturalidad, 40,2% tuvo nivel de conocimientos medio y 29,9% tenía nivel de conocimientos alto y deficiente, respectivamente

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL</b></p>	<p>Definido como el grado de desarrollo cognitivo para analizar la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, que conducen al enriquecimiento positivo y armónico de la vida individual y social, influenciado por las características psicológicas de un individuo, su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive, que caracterizan a la salud sexual, que muestra el adolescente en estudio. Será medido como:</p>	<p>a) Nivel de conocimientos Deficiente.</p>	<p>Cuando al responder el cuestionario de conocimientos sobre salud sexual, obtenga una puntuación igual o menor de 19 puntos.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Cuestionario de conocimientos sobre salud sexual</p>
		<p>b) Nivel de conocimientos Medio.</p>	<p>Cuando al responder el cuestionario de conocimientos sobre salud sexual, obtenga una puntuación entre 20 a 29 puntos.</p>	<p>Nominal</p>	
		<p>c) Nivel de conocimientos Alto.</p>	<p>Cuando al responder el cuestionario de conocimientos sobre salud sexual, obtenga una puntuación entre 30 a 40 puntos.</p>	<p>Nominal</p>	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE DEPENDIENTE:  CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO</b></p>	<p>Referido a la forma específica de conducta que evidencia el adolescente en estudio en el funcionamiento de su sexualidad, evidenciado en una vinculación o relación sexual (coital) que aumenta la probabilidad de tener una enfermedad específica o un daño con consecuencias psicológicas y sociales negativas para el mismo, en los aspectos de: inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aborto, uso de métodos anticonceptivos. Fue medido mediante la ficha de registro sobre conducta sexual de riesgo en adolescentes, como:</p>	<p>a) Inicio de Relaciones Sexuales.</p> <p>b) Número de Parejas Sexuales.</p>	<p>Referido a la edad en que por primera vez tuvo una relación coital. Fue medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta sexual sin riesgo: cuando se obtuvo respuestas de que no inició relaciones sexuales o lo inició de los 17 años en adelante.</li> <li>- Conducta sexual con riesgo: cuando se obtuvo respuestas de que tuvo inicio precoz de relaciones sexuales entre los 12 a 16 años.</li> </ul> <p>Referido al número de personas con quienes tuvo una relación coital. Fue medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta sexual sin riesgo: cuando se obtuvo como respuesta que no tuvo ninguna pareja o solo tuvo una pareja sexual.</li> <li>- Conducta sexual con riesgo: cuando se obtuvo como respuesta que tuvo de dos a</li> </ul>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>	<p>Ficha de registro sobre conducta sexual de riesgo en adolescentes</p>

		c) Aborto	<p>más parejas sexuales.</p> <p>Referido a la interrupción voluntaria o no del embarazo. Fue medido como:</p>		
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA</b>	<b>PREGUNTA</b>
		d) Uso de Métodos Anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta sexual sin riesgo: cuando refiere no haber tenido un aborto o si ante un embarazo no recurriría al aborto.</li> <li>- Conducta sexual con riesgo: cuando refiere haber tenido un aborto o más o si ante un embarazo recurriría al aborto.</li> </ul> <p>Referido a la utilización o no de algún elemento o sustancia para prevenir un embarazo. Fue medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta sexual sin riesgo: cuando se obtuvo la respuesta de que usa algún método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales.</li> <li>- Conducta sexual con riesgo: cuando se</li> </ul>		

			obtuvo la respuesta de que no usa algún método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales.		
--	--	--	---	--	--