FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

FACTORES ASOCIADOS A LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN LA I.E.P. SIMÓN BOLIVAR, IQUITOS 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. Enf. MENDOZA SANDY Nora Karlita

Bach. Enf. PEREZ RAMIREZ Kate Tiare Nathaly

Bach. Enf. YALTA VARGAS Mariana Alejandra

ASESORES:

Lic. Enf. Ruth VILCHEZ RAMIREZ, Dra.

Ing. Saul FLORES NUNTA, Mgr.

IQUITOS – PERÚ
2018

FACTORES ASOCIADOS A LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN LA I.E.P. SIMÓN BOLIVAR, IQUITOS 2017

AUTORAS:
Bach, Enf. Nora Karlita MENDOZA SANDY
Bach. Enf. Kate Tiare Nathaly PÉREZ RAMIREZ
Bach. Enf. Mariana Alejandra YALTA VARGAS

RESUMEN

El propósito del estudio fue establecer los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017. El método de investigación fue el cuantitativo, diseño no experimental, transversal / correlacional. La muestra fue de 240 adolescentes de ambos sexos. Se utilizó el muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional. Se utilizó dos (2) instrumentos: Cuestionario de factores asociados a los comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (CFCRSSR) y Escala de comportamientos de riesgo de la salud sexual y reproductiva (ECRSSR). Al aplicar la prueba de Chicuadrada (X^2c), $\alpha = 0.05$ se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables inicio de las relaciones sexuales y los comportamientos de alto riesgo se la salud sexual y reproductiva (p=0.000), etapa de adolescencia temprana y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p = 0.000), género femenino y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p = 0.019), adolescente con grado de instrucción bajo y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p=0.000), padre con grado de instrucción bajo y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p = 0.007), madres con grado de instrucción bajo y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p = 0.001), tipo de religión católica y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p = 0.003), tipo de familia desintegrada y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p=0.000), que tienen comunicación sexual sólo con el padre o sólo con la madre y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p=0.000), no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables orientación sexual homosexual y comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva (p=0.105).

Palabras Claves: factor asociado**,** comportamientos de riesgo, salud sexual y reproductiva, adolescentes.

FACTORS ASSOCIATED WITH BEHAVIORAL RISK FOR THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS IN THE I.E.P. SIMÓN BOLIVAR, IQUITOS, 2017

AUTHORS.
Bach, Enf. Nora Karlita MENDOZA SANDY
Bach. Enf. Kate Tiare Nathaly PEREZ RAMIREZ
Bach. Enf. Mariana Alejandra YALTA VARGAS

SUMMARY

The purpose of the study was to establish the factors associated with risk behaviors for sexual and reproductive health of adolescents in the I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017. The research method was the quantitative, non-experimental, transversal / correlational design. The sample was 240 adolescents of both sexes. We used random sampling stratified by proportional allocation. Two (2) instruments were used: Questionnaire of factors associated with risk behaviors of sexual and reproductive health of adolescents (CFCRSSR) and Scale of sexual and reproductive health risk behaviors (ECRSSR). When applying the test of Chicuadrada (X2c), $\alpha = 0.05$ statistically significant association was found between the variables initiation of sexual relations and behaviors of high risk of sexual and reproductive health ($p = 0.000$), stage of early adolescence and behaviors high risk for sexual and reproductive health ($p = 0.000$), female gender and high risk behaviors for sexual and reproductive health ($p = 0.019$), adolescent with low educational level and high risk behaviors for sexual health and reproductive ($p = 0.000$), father with low educational level and behaviors of high risk for sexual and reproductive health ($p = 0.007$), mothers with low educational level and behaviors of high risk for sexual and reproductive health ($p = 0.001$), type of Catholic religion and high risk behaviors for sexual and reproductive health ($p = 0.003$), type of family disintegrated and high risk behaviors p For sexual and reproductive health ($p = 0.000$),who have sexual communication only with the father or only with the mother and behaviors of high risk for sexual and reproductive health ($p = 0.000$), no statistically significant association was found between the variables homosexual sexual orientation and high risk behaviors for sexual and reproductive health ($p = 0.105$).

Key words: associated factor, risk behavior, sexual and reproductive health, adolescents.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNAP, EL DÍA 28 FEBRERO 2018, ANTE EL JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:

Lic.Enf. Luz Avelina CUBAS PÉREZ, Dra.

Presidenta

Obst. Paulina Delmira ROMERO ORELLANA, Mg.

Miembro

Lic.Enf. Ruth VÍLCHEZ RAMÍREZ, Dra.

Miembro

Lic.Enf. Ruth VILCHEZ RAMIREZ, Dra.

Asesora

Ing. Saul FLORES NUNTA, Mgr.

Asesor

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme llegar hasta este momento y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Nora Sandy y Carlos Mendoza por apoyarme en todo momento, por sus consejos, valores, motivación constante y sobre todo por su amor.

A mis hermanos que con sus enseñanzas y experiencias vividas, me guiaron por el buen camino.

NORA KARLITA

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme llegar hasta este momento y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi hija Zahira por ser mi fuente de inspiración, motor y motivo de seguir adelante con mis logros.

A mis padres Lidia Ramírez y Eleazar Perez por darme la vida, a mis hermanos por apoyarme siempre con su amor incondicional.

KATE TIARE

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme llegar hasta este momento y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Maria Vargas y Alfonso Yalta por su apoyo incondicional, por sus esfuerzos y sacrificios que han hecho por mí, para ser una persona con principios y valores.

A mis hermanas que con sus enseñanzas y experiencias vividas, me guiaron por el buen camino y por brindarme su apoyo incondicional.

MARIANA ALEJANDRA

RECONOCIMIENTO

A la Dra. Ruth Vílchez Ramírez, asesora de nuestra tesis de investigación, por su valioso aporte y acertada colaboración durante el proceso del mismo.

Al Ing. Saúl Flores Nunta, por brindarnos su valiosa colaboración en la asesoría estadística.

A todos los adolescentes que fueron parte del estudio de investigación y su participación durante la prueba piloto y la aplicación del instrumento.

A los miembros del jurado calificador Lic. Enf. Luz Cubas Pérez, Dra, Obst. Delmira Romero Orellana, Mgr, Lic.Enf. Ruth Vílchez Ramírez, Dra, por sus orientaciones en la revisión de la presente tesis.

A las autoridades de las instituciones educativas, al señor Sr, Juan Manuel Dasilva Reyna director de la institución educativa Alexander Von Humboldt, para la ejecución de la prueba piloto, y al señor Reiser Agustin Rengifo Cacique director de la institución educativa Simón Bolívar, para la recolección de datos de la presente investigación, gracias por su valiosa participación y colaboración.

ÍNDICE CONTENIDO

Pág.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN…… 13

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN…….. 17

1.3. OBJETIVOS……. 18

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO……. 19

2.1.1. ANTECEDENTES…… 19

2.1.2. BASES TEÓRICAS…….. 22

2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES……..... 53

2.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE…….. 53

2..2.2. VARIABLE DEPENDIENTE…….. 55

2. 3. HIPÓTESIS……. 58

2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL…… 58

2.3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS…….. 58

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA……. 60

3.1.1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN……. 60

3.1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA……. 61

3.1.3. INSTRUMENTOS……. 63

3.1.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS... 65

3.1.5. ANÁLISIS DE DATOS……. 66

3.1.6. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS…… 66

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS…… 68
4.2. DISCUSIÓN…… 86
4.3. CONCLUSIONES…… 95
4.4. RECOMENDACIONES…….. 97
4.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… 98

ANEXOS:

ANEXO N° 01……. 104
ANEXO N° 02……. 109
ANEXO N° 03……. 114
ANEXO N° 04……. 118
ANEXO N° 05……..… 121

ÍNDICE DE TABLAS

N°	TABLA	Pág.
1A	Factores asociados de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017……	68
1B	Factores asociados de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017……	70
2A	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017……...	72
2B	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…….	73
2C	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017……..	74
3	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva e inicio de relaciones sexuales en adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…….	76
4	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y edad de inicio de relaciones sexuales de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017……	77
5	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y sexo de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017……	78
6	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y orientación sexual de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017……	79
7	Comportamientos de riesgo para la salud sexual y	

reproductiva y grado de instrucción de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…….. 80
8 Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y grado de instrucción del padre de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…… 81
9 Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y grado de instrucción de la madre de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…… 82
10 Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y religión de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…… 83
11 Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y tipo de familia de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…… 84
12 Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y comunicación sexual de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017…… 85

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Actualmente hay más jóvenes entre 10 y 24 años que nunca antes en la historia de la humanidad, los jóvenes son algo menos de 1,800 millones en una población mundial de 7,300 millones de personas. En 1950, el número de personas entre 10 y 24 años ascendía a 721 millones, en un tiempo en el que la población mundial era 2,500 millones. La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas estima que, de cumplirse la proyección de «fecundidad media», considerada la más probable de los resultados demográficos, el número de personas de entre 10 y 24 años alcanzará los 2,000 millones a mediados de este siglo [(1)].

En los 48 países menos adelantados, la mayoría de los habitantes son menores de 18 años o adolescentes (de entre 10 y 19 años). Este grupo de edad representa el 32% de la población de los países menos adelantados (una categoría de las Naciones Unidas constituida por treintaitrés países de África Subsahariana, ocho de Asia, seis de Oceanía y Haití en el Caribe). En los países más desarrollados, esa cifra se sitúa en el 17% [(1)].

Sin embargo, los cálculos y previsiones mundiales esconden enormes diferencias en las estructuras de edades dentro y fuera de un mismo país. Las grandes y crecientes poblaciones de jóvenes ya suponen un desafío para muchos países menos desarrollados y de ingresos bajos, en los que las capacidades del gobierno y los recursos soportan una gran tensión. Si no se realizan ahora las inversiones debidas en los jóvenes, niñas, niños, adolescentes y jóvenes adultos, destinadas a prepararlos para el futuro, con el tiempo, el reto de satisfacer las necesidades de una población creciente será cada vez más apremiante en muchos países de ingresos bajos [(1)].

La mayor generación de adolescentes de la historia tiene necesidades de salud, entre ellas las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, que hay que satisfacer para que los jóvenes del mundo desarrollen su potencial, para evitar malos resultados de salud a largo plazo. Como señala un análisis reciente de la Organización Mundial de la Salud, los problemas de salud en la adolescencia tienen consecuencias durante toda la vida. Los adolescentes son diferentes a otros grupos de población y reciben menos servicios que muchos de ellos; por tanto, se trata de una población clave para lograr el objetivo de una cobertura de salud universal [(1)].

Según el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX, 2011), más de la mitad de los adolescentes en el mundo tienen relaciones sexuales antes de los 16 años; sin embargo, los índices crecientes de embarazos precoces a nivel mundial indican que no se satisfacen las necesidades de acceso a la salud reproductiva; en el Perú, la mayoría de las adolescentes conoce de la existencia de algún tipo de método anticonceptivo (98.3%), pero solo el 63.7% de las sexualmente activas utiliza alguno, en el caso de las madres adolescentes, solo el 41.1% utiliza algún método de planificación familiar, lo que revela que el problema de acceso e información no se soluciona luego del primer hijo. A pesar de que formalmente todas las madres adolescentes están cubiertas por algún tipo de seguro de salud, el 67.7% no hace uso del servicio, lo que genera mayor vulnerabilidad para el binomio madre-hijo. De las adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos, el 57.2% es de procedencia urbana, el 66.7% habita en Lima Metropolitana y el 51.5% tiene un nivel educativo de secundaria a más [(2)].

Respecto a los factores de riesgo en la salud de las adolescentes y sus hijos se reconoce como un factor de riesgo reproductivo y social que la madre tenga menos de 20 años. El embarazo adolescente se ha relacionado con ciertos

riesgos, tales como probabilidades altas de pérdidas uterinas, mortalidad y morbilidad infantiles, complicaciones obstétricas en el puerperio para la madre. La maternidad precoz es un factor de riesgo para la salud de las adolescentes, las complicaciones de la maternidad y el aborto figuran entre las cinco causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. La falta de empleo por la baja escolaridad y otras dificultades que enfrentan las madres adolescentes disminuye sus posibilidades de obtener ingresos adecuados para asegurar la ingesta nutricional suficiente para el niño. El riesgo de complicaciones para las adolescentes (que incluye la posibilidad de morir durante el embarazo o el parto) es siete veces más alto para este grupo que para las mujeres de entre 20 y 24 años. (2)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dio a conocer que la población adolescente al 30 de junio del año 2016, entre los 10 y 14 años de edad es de 2'913,285 y 2'886,860 de 15 a 19 años de edad, de los cuales la población de hombres de 10 a 14 años 1'483,10**6** y de 15 a 19 años de edad 1'465,807, en cuanto a la población de mujeres de 10 a 14 años de edad 1'430,179 y de 15 a 19 años de edad, 1'421,053. (2)

La Oficina de Estadística e Informática de la Dirección Regional de Salud-Loreto (DIRESA- LORETO), informó que en el 2013 la población de adolescentes de 12 a 17 años en la región Loreto, fueron 130,395 que equivale a 12.8% de la población total, la población de 10 a 19 años, 216, 434 (21%). Las adolescentes atendidas por todas las causas fueron 19,385, las gestantes adolescentes entre 12 a 17 años representaban 2,161. Respecto a la muerte materna en adolescentes 10 a 19 años en el I semestre 2014, del total de 18 muertes maternas, 5 fueron muertes maternas de adolescentes. (3)

Los derechos humanos con los que toda persona nace son la base del logro por parte de los jóvenes de su salud sexual y reproductiva y de sus derechos reproductivos. En su resolución de 2012 sobre los adolescentes y los jóvenes,

la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas instó «a los gobiernos a que protegieran los derechos humanos de los adolescentes y jóvenes a tener control y a tomar libre y responsablemente decisiones sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva sin ser sometidas a coerción, discriminación ni violencia e independientemente de la edad y el estado civil…» [(1)].

Los adolescentes enfrentan problemas de salud, su rápido crecimiento físico y emocional, así como los contradictorios mensajes culturales que reciben permanentemente, explican en parte la naturaleza de sus problemas de salud. Sin una formación adecuada, y sin apoyo, los adolescentes carecen de los conocimientos y la confianza en sí mismos para tomar decisiones bien fundamentadas acerca de su salud y su seguridad que podrían afectarles por el resto de sus vidas. Para proteger a los jóvenes contra amenazas para su salud sexual y reproductiva, como las enfermedades; las infecciones de transmisión sexual; los embarazos tempranos y no deseados; la transmisión del VIH; y el uso indebido de drogas y bebidas alcohólicas, las comunidades deben hacer frente a sus necesidades particulares (1), para ello se requiere conocer los factores asociados a los comportamientos de riesgo sexual y reproductivo. En Iquitos no existen estudios sobre las mencionadas variables, cuyos resultados contribuirán a las bases teóricas para un manejo eficaz de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes a nivel local y regional.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017**?**

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Establecer los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores asociados (Edad de inicio de relaciones sexuales, género, orientación sexual, grado de instrucción del adolescente, grado de instrucción de los padres, tipo de religión, tipo de familia, comunicación sexual) de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

2. Identificar los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva (Relaciones sexuales con penetración, uso de preservativo en la primera relación sexual, frecuencia de uso de preservativo, número de parejas sexuales, relaciones sexuales con parejas ocasionales, frecuencia de uso de preservativo con parejas ocasionales, relaciones sexuales con sexo oral) de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

3. Asociar los factores y los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES:

Campo-Arias, Ceballo y Herazo (Colombia, 2010) (4), en su estudio sobre Prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes con el objetivo de establecer la prevalencia y factores asociados al patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva (PCRSSR) en estudiantes de secundaria de Santa Marta, Colombia, realizaron un estudio transversal, definieron como PCRSSR la suma de dos o más, de cuatro posibles, comportamientos sexuales de riesgo durante la vida. Se usó la regresión logística para controlar variables de confusión, la muestra fue de 3,575 adolescentes. Un grupo de 804 (22,5%) informó relaciones sexuales. En relación con el comportamiento sexual, el 33,7% informó uso inconsistente de condón, 40,0% tuvieron relaciones sexuales con una persona poco conocida. Aproximadamente uno de cada tres estudiantes adolescentes presenta alto riesgo de ser infectado por el VIH o de sufrir un embarazo no planificado.

Romero (España, 2014) (5), en su estudio sobre Análisis de variables relacionadas con el comportamiento sexual juvenil en la ciudad autónoma de Melilla, con el objetivo de determinar los hábitos afectivo-sexuales en el debut y en la vida sexual activa entre las personas jóvenes de la Ciudad Autónoma de Melilla, utilizó un diseño correlacional, con muestreo no probabilístico en una muestra de 900 jóvenes entre 15y 29 años de edad, utilizó entre otros un cuestionario con preguntas acerca de variables sociodemográficas y otras de comportamientos sexuales. Relativo al uso de preservativo en las prácticas sexuales sucesivas, fue utilizado siempre por los varones (32.3%) que por las mujeres (27.5%). En relación al

número de parejas sexuales, encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros, con mayor porcentaje en los hombres activos sexualmente con 8 o más parejas en el 32.2% y las mujeres con el 13.7%. Respecto a las parejas ocasionales también encontró diferencias estadísticamente significativas con mayor porcentaje en los varones (74.4%) que en las mujeres (55.2%). El sexo oral cuestión preguntada para las personas jóvenes que se encontraban en abstinencia sexual fue más practicada por los varones (20.7%) que por las mujeres (9.5%). Encontró diferencias estadísticamente significativas entre las distintas orientaciones sexuales con respecto al uso de preservativo, con mayor porcentaje entre los heterosexuales (80.0%), seguido por los bisexuales (66.7%) y de los homosexuales (47.6%). Encontró diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos culturales (religión que profesan) para la variable de la primera relación sexual con penetración.

Montalvo (Cuba, 2014) (6), en su estudio sobre comportamientos y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes con el objetivo de determinar los conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, aplicó un diseño de corte transversal en tres escuelas secundarias básicas urbanas del municipio de Bayamo, provincia Granma, durante el curso escolar 2011-2012, seleccionó una muestra probabilística mediante la aplicación de un muestreo aleatorio estratificado, utilizó un cuestionario que fue aprobado en el año 1997 en la Universidad de Michigan, EE.UU, cuyo autor es el Dr. Marc A. Zimmerman. Sus hallazgos muestran que predominó el sexo femenino en el grupo de edad de 13 a 14 años, con el 65,4 %, el 65,1 % de los adolescentes de 13-14 años respectivamente tuvieron o mantienen relaciones sexuales y el 75 % de las mujeres.

Rojas, Méndez y Montero (Colombia, 2016) (7), en su estudio sobre Salud sexual y reproductiva en Adolescentes: la fragilidad de la Autonomía, con el objetivo de determinar el conocimiento, actitudes y prácticas de un grupo de adolescentes, realizaron un estudio correlacional por muestreo aleatorio simple entre adolescentes de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, entre los 14 y los 19 años de edad. Los resultados muestran que la población de adolescentes participantes se equilibra en su distribución por sexo: 50.8% mujeres y 49.2% de hombres. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales se ubicó en los 15.3 años, con una mínima de 8 y máxima de 19 años de edad y el número promedio de parejas sexuales fue de 2.86 entre aquellos que sí han iniciado relaciones con un rango de variación entre 1 y 25 parejas. Entre los participantes que sí han iniciado relaciones sexuales (118 en total, equivalente al 32% de los participantes), el 52.1% sí emplean los métodos, contra el 47.9% que no lo hace.

Rojas (Perú, 2010) (8), en su estudio sobre Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria, con el objetivo de determinar la relación que existe entre los conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del 5to de secundaria, fue de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal; la población estuvo conformada por 152 adolescentes; utilizó un cuestionario auto administrado validado por juicio de expertos. Sus hallazgos muestran que de las 152 adolescentes encuestadas, solo 20 manifestaron haber iniciado relaciones sexuales, es decir el 13.2%, de las cuales un 65% corresponde al grupo de 12 y 15 años, encontró que el 40% siempre se protege con preservativo.

2.1.2. BASES TEÓRICAS

ADOLESCENCIA

La Organización mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), consideran que la adolescencia comprende el periodo de la vida que se extiende desde los 10 a 19 años. Comienza con la pubertad y tiene expresiones en las esferas biológica, psicológica, social y espiritual. Su duración es variable, irregular y no tiene límites exactos (9). No existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, sin embargo, las Naciones Unidas también establecen que la adolescencia es el periodo de la vida posterior a la niñez y anterior a la adultez. Transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad, entre los 10 y 12 años, hasta el desarrollo completo del cuerpo y el comienzo de la edad adulta, entre los 19 y 20 años aproximadamente y, por motivos de análisis, puede segmentarse en tres etapas, adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16 años), y tardía (17-19 años). [10, 11]

En la adolescencia se presentan desafíos especiales de adaptación, con el ímpetu de sus cambios internos y las presiones de la sociedad, los niños deben progresar hacia la independencia emocional de sus padres, considerar proyectos de independencia económica y aprender el significado de una relación heterosexual más íntima. Aprenden a trabajar con compañeros de su misma edad en intereses comunes, a subordinar las diferencias personales para el logro de un objetivo común y convertirse en personas responsables que controlan sus vidas y que saben quiénes son, en relación con el mundo.

Durante la etapa de la adolescencia se presentan ciertas características en el crecimiento y desarrollo del adolescente:

a) Características anatomo-fisiológicas que se deben 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 tales como los ovarios, el útero, las mamas y el pene, y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal, como la alteración 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. [8]

b) Características psicosociales del adolescente, según Erikson el adolescente pasa por la etapa del desarrollo del sentido de su identidad, aquí se menciona tres aspectos importantes que son la identidad de grupo, la identidad individual, y la identidad del rol sexual, así mismo existen otros elementos que forman parte del desarrollo psicosocial del adolescente y estos son:

1. Relaciones con los padres:

Durante la adolescencia, la relación padre-hijo evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto mutuo e igualdad. El proceso de adquisición de independencia acarrea con frecuencia confusión y ambigüedad. Por una parte, se acepta a los adolescentes como preadultos, en proceso de maduración, se les permiten los privilegios hasta ahora denegados y se le dan cada vez más responsabilidades.

2. Relaciones con los amigos:

Aunque la influencia paterna continúa siendo las más importante en la vida del adolescente, en la mayoría de los casos los amigos asumen un

papel más relevante durante este periodo 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. Para ganar la aceptación del grupo, los adolescentes más jóvenes tienden a ajustarse por completo a él, así tenemos al colegio como foco de vida social, y es también importante desde el punto de vista psicológico para los adolescentes.

3. Relaciones heterosexuales:

Durante la adolescencia, las relaciones con los miembros del sexo opuesto adquieren un nuevo significado. Primero, lo normal es que comiencen las citas de grupo, casi siempre para actividades escolares organizadas; por ejemplo, un grupo de niñas queda con otro de chicos para realizar alguna tarea. 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, cuando se inicia la etapa intermedia de la adolescencia, periodo en el que a menudo se desarrolla la capacidad sexual, los jóvenes sienten con frecuencia la necesidad de probar la fuerza de su sexualidad con numerosas proezas y conquistas. [8]

FACTORES ASOCIADOS A LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

Factores son las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral (factores protectores) o una mayor probabilidad de daño a la salud (factores de riesgo). Estos últimos incrementan la probabilidad de conductas como el uso y abuso de drogas,

consumo de alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relación sexual precoz, debido a que los factores protectores y de riesgo están significativamente vinculados con la cultura, influyendo y viéndose influenciada por cada individuo de manera distinta. [12]

1. Edad de inicio de relaciones sexuales:

La adolescencia es una etapa en la que se busca conformar una identidad, partiendo de un modelo externo. Dicho modelo es elegido por características que concuerden con las necesidades psicológicas y vitales que el adolescente está experimentando. En la construcción de estos modelos también influye el referente social que ha sido transmitido en la relación con sus padres, quienes a su vez lo tomaron de la sociedad. Los adolescentes son vulnerables a las influencias de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan; poco a poco se van separando del primer soporte, que son los padres, para plegarse a nuevos ideales y consolidar nuevas identificaciones con el fin de definir la manera en la que participará dentro de su cultura. [12]

Si las bases para la construcción de la identidad son deficientes, el establecimiento del adolescente como individuo se conforma por medio de una exploración difusa, carente de estructura o con una presencia en el medio autoafirmada en acciones efímeras, lo cual es resultante en la organización de una identidad parcial que incorpora los riesgos como expresiones de autoafirmación para compensar el empobrecimiento de los mecanismos de respuesta a las demandas y necesidades que se deben enfrentar. [12]

La adolescencia se divide en tres etapas [12]:

1. **Adolescencia temprana:** Donde inicia el desinterés por los padres, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba

la autoridad, se cela la intimidad. Así como el desarrollo de capacidades cognitivas, el dominio de la fantasía, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos.

2. **Adolescencia media:** Se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experimentación sexual. Se conforman sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes.
3. **Adolescencia tardía:** El adolescente llega a sentirse más próximo a sus padres y a sus valores, da prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar.

Los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrean consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, siendo esto parte natural del crecimiento, que les da la sensación de ser adultos. [(12)]

El adolescente tiende a querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas, el iniciar precozmente relaciones sexuales pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo, el no estar preparado para este tipo de experiencias intimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea tanto negativa como positiva, a esto se agrega el entorno que rodea al adolescente [(8)]. El inicio precoz de las relaciones sexuales representa alta probabilidad de embarazo precoz, el mismo que incrementa los riesgos derivados de la maternidad, pues sus organismos no están suficientemente maduros para tener hijos. Cuanto más joven es la niña al quedar embarazada, mayores son los riesgos para su salud. [(10).]

Además, el embarazo precoz está caracterizado por la vulneración de otros derechos, tales como el acceso a la educación y deserción escolar, hay plena coincidencia en los diferentes estudios de organismos internacionales respecto de la maternidad adolescente en los que el factor educación es central. Los jóvenes que asisten a la escuela de forma regular tienen menores probabilidades de ser padres o madres precoces. Por otro lado, el propio embarazo precoz incide directamente en la deserción escolar. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala: "Una de las consecuencias de la maternidad en la adolescencia es la baja adquisición de capital educativo", las adolescentes deben dedicar tiempo y recursos al cuidado del niño y ello afecta las posibilidades de acceder a la educación y a la posterior participación en el mercado laboral. [(2)]

Igualmente, respecto al acceso a oportunidades laborales, las madres adolescentes se ven obligadas a ingresar al mundo laboral, realizando la mayor parte del tiempo trabajo menor y mal remunerado. Las adolescentes madres que trabajan realizan en mayor medida empleos de servicios generalmente como trabajadoras del hogar, empleadas, también se desempeñan en el trabajo familiar no remunerado, lo cual afecta aún más su autonomía y posibilidades en el futuro.
Las adolescentes embarazadas son marginadas en los espacios educativos, familiares y laborales. Este tipo de conductas agrava el problema del goce de derechos de las adolescentes. [(2)]

Es necesario tener en cuenta que los adolescentes como seres humanos tienen derecho a gozar de una adecuada salud sexual y reproductiva, y por ende, a vivir su sexualidad de modo seguro e informado, en libertad de tomar las decisiones que prefieran. Como señala el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) "Es necesario que las políticas sociales aborden la información y los servicios necesarios para prevenir la

procreación precoz no deseada y aumentar el acceso a la educación, las oportunidades de obtener ingresos, los servicios de calidad en salud reproductiva y la educación al respecto de las madres adolescentes”. [2]

2. El género:

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), el género es la suma de valores, actitudes, roles, prácticas, o características culturales basadas en el sexo. De este modo, la sociedad asigna diferentes papeles a la mujer y al hombre en distintos contextos sociales. La diferencia existente en las oportunidades y los recursos de unos y otras influyen en la toma de decisiones y en el disfrute de los derechos humanos, incluso en los relacionados con la protección de la salud y en la demanda de atención en caso de enfermedad. Así, estas desigualdades en las relaciones de género interactúan con otras variables sociales y económicas, y ofrecer una exposición a los riesgos diferenciada.[13]

El género es una construcción cultural que permite estudiar cómo se internalizan las normas culturales por hombres y mujeres, y por consiguiente, cómo se expresan sus prácticas sexuales. Tener en cuenta el género como categoría de análisis permite identificar los determinantes psicosociales de actitudes y prácticas sexuales que pueden perjudicar la salud. [13]

Es más, la propia tasa de fecundidad en la adolescencia es un indicador de discriminación de género, esto obedece a varios factores que usualmente actúan simultáneamente: primero, porque los hombres tienen más facilidades para eludir su responsabilidad; segundo, porque la responsabilidad de la prevención se le imputa de modo más fuerte a la mujer; tercero, por los prejuicios y estereotipos sociales que recaen en las

mujeres que utilizan algún método anticonceptivo en la adolescencia, finalmente quienes resultan más afectadas por las consecuencias del embarazo precoz no deseado son las mujeres. Se reconoce como un factor de riesgo reproductivo y social que la madre tenga menos de 20 años, el embarazo adolescente se ha relacionado con ciertos riesgos: probabilidades altas de pérdidas uterinas, mortalidad y morbilidad infantiles y complicaciones obstétricas y en el puerperio para la madre. El riesgo de complicaciones para las adolescentes (que incluye la posibilidad de morir durante el embarazo o el parto) es siete veces más alto para este grupo que para las mujeres de entre 20 y 24 años. [(2)]

3. La orientación sexual:

La Comisión Internacional de Juristas en los Principios de Yogyakarta, se refiere a la orientación sexual como a la variable independiente del sexo biológico o de la identidad de género. Así, cada persona puede sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género. Es un concepto complejo cuyas formas cambian con el tiempo y difieren entre las diferentes culturas que sugiere la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con personas. [(13)]

Diversos autores coinciden en que la orientación sexual determina la dirección de los intereses eróticos hacia las personas de diferente sexo, del mismo sexo o de ambos sexos. La orientación sexual es un aspecto ineludible relacionado con la identidad sexual, donde la atracción hacia un tipo particular de personas se expresa en las áreas de lo emotivo, romántico, sexual y afectivo. [(13)]

Desde el ámbito de las ciencias de la salud, preguntar por el sexo asignado al nacer y como se autoidentifica una persona en términos de identidad de

género es fundamental porque contribuye al trabajo científico. Según la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH), demostrar que hay personas que son más vulnerables a la ITS, favorece las políticas de salud pública, en materia de prevención, tratamiento y recursos. No obstante, ante la polémica científica de cómo indagar sobre la orientación sexual, existen diferentes posturas. Si se trata de diseñar estrategias preventivas para el VIH es recomendable preguntar sólo por el comportamiento sexual. Si la finalidad es conocer algunos riesgos psicosociales de personas no heterosexuales es preferible abordar exclusivamente la orientación sexual. La metodología apropiada para indagar sobre la orientación sexual son los cuestionarios autoadministrados. [13]

Existen personas en la población que se autoidentifican como lesbiana, gay u homosexual. Se utilizan estos términos para referirse a aquellas personas cuyas relaciones emocionales y/o sexuales y su proyecto de vida, se establecen fundamentalmente por alguien del mismo sexo. Desde esta perspectiva no se tiene en cuenta ni la atracción sexual, ni la autoidentificación, sino la conducta sexual que expresan. Situación que puede explicar la mayor vulnerabilidad que tienen que exponerse a las ITS.[13]

4. Grado de instrucción de los adolescentes:

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos educadas. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación. Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa

capacidad de retención tanto en el nivel primario como en el secundario. (14)

Así, la repetición y el retraso escolar, fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad. Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores más pobres. (14)

Actualmente, cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos lo hacen tempranamente, antes de completar la educación primaria. En varios países la mayor parte de la deserción se produce una vez completado ese ciclo y con frecuencia, durante el transcurso del primer año de la enseñanza media. El abandono escolar presenta diferencias pronunciadas entre los países, y en todos ellos es mucho más corriente en las zonas rurales. (14)

5. Grado de instrucción del padre/madre:

En relación con el nivel educacional de los padres, cuando ambos padres tienen niveles educacionales bajos o medios (hasta secundaria terminado) es donde un porcentaje mayor de adolescentes hablan de cuidarse, tanto en la iniciación, como en la última relación sexual. Esto podría estar ligado a aspectos tales como que en los padres con nivel educacional alto pueden existir elementos que interfieren la comunicación con los adolescentes, por ejemplo, mayor responsabilidad laboral. (15)

6. Comunicación sexual:

Los cambios y reacciones pueden llevar a los adolescentes a ocultar sus

impulsos y conductas sexuales, lo que hace más difícil la comunicación acerca del desarrollo sano de la sexualidad y limita la existencia de relaciones afectuosas y responsables entre los jóvenes y con sus familiares al abordar este aspecto tan importante de la vida. Se conoce que la sexualidad humana depende menos de los mecanismos fisiológicos y mucho más de los contextos sociales, donde el aprendizaje constituye un aspecto esencial. Por ello el propio desarrollo social ha conducido al inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos. Todo esto evidencia que los adolescentes requieren de programas especiales que atiendan sus necesidades de salud y muy en particular, aquellos relativos a su conducta sexual y reproductiva. Ahora bien, para lograr buenos resultados en éstos se debe educarlos para que asuman comportamientos responsables, sustentados en fuertes vínculos con la pareja, con su familia y la comunidad. [15]

Sobre la variable comunicación entre los padres y los adolescentes, Rodriguez y Álvarez [15], encontró que fue un número intermedio los que refirieron haber hablado de cuidarse. Respecto a la conversación de aspectos íntimos de la vida sexual con sus padres dio resultados que reflejan que cuando la comunicación es con ambos padres o con el padre es mayor que cuando lo hacen con la madre. Estos resultados reflejan brechas en relación con la comunicación de los adolescentes con sus padres, lo que habla de la necesidad de buscar vías que fortalezcan los vínculos y comunicación de la familia con los adolescentes.

Diversas investigaciones hechas con jóvenes sin discapacidad revelan que cuando estos se comunican con sus padres sobre temas relativos al cuidado de su salud antes de iniciar su vida sexual, es más probable que demoren la edad de su primer encuentro, que este sea protegido y que usen consistentemente el condón en sus relaciones; por el contrario, la falta de

comunicación hace más probable la ocurrencia de conductas sexuales de riesgo debido a las características biológicas y psicológicas de tales jóvenes.[16]

Por ello, la mayoría de las conductas de riesgo sexual de los adolescentes pueden deberse a que no cuentan con la información necesaria para tomar las decisiones más seguras acerca de su comportamiento sexual. Es por esto, que como para todos los seres humanos, la comunicación en la adolescencia es fundamental ya que constituye un medio para que ellos estén informados, orientados y resolver dudas propias de la edad. En el caso particular de la comunicación de padres e hijos se ha probado que ésta tiene un efecto benéfico entre los adolescentes para que adopten conductas de protección para la salud, como el uso del condón desde la primera relación sexual y la abstinencia, por lo cual se considera importante la discusión de temas sexuales, sin embargo muchos padres no hablan con sus hijos de estos temas o no inician ésta discusión a tiempo, así mismo muchos adultos creen que la comunicación puede producir una variedad de beneficios, incluyendo una reducción en las conductas sexuales de riesgo para la adquisición de ETS incluyendo el SIDA; lo que sugiere que esperan que su comunicación produzca ciertos resultados en sus hijos. [17]

Los padres son ciertamente los agentes primarios en la socialización de los hijos durante la infancia y la adolescencia, de tal manera que constituyen una fuente importante para la educación sobre sexualidad. Con base en lo anterior, los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante al favorecer la comunicación padre-hijo. En el caso de la comunicación en aspectos de sexualidad es de gran importancia conocer las creencias de los padres acerca de los posibles resultados de ésta así como, de la capacidad que perciben para realizarla. [17]

La comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos contribuye a predecir los comportamientos de riesgo de los adolescentes, los padres con alto nivel educativo usan estrategias directas de comunicación acerca de la sexualidad con sus hijos; así, las mujeres jóvenes presentan mayor nivel de comunicación sexual con sus madres, a diferencia de los hombres. [18]

7. Tipo de religión:

La familia, así como las instituciones educativas y religiosas controlan la conducta sexual a través de la vigilancia, el castigo y la estigmatización. En el proceso de socialización, éstos controles son internalizados como normas y se convierten en criterios de autorregulación**.** Las tasas crecientes de conducta sexual prematrimonial y liberalización de las actitudes a lo largo del siglo XX sugieren que estos controles de la religión y la familia han perdido fuerza. No obstante, las variables religiosas siguen constituyendo predictores importantes de conductas y actitudes sexuales. La religión constituye un aspecto de creencias y de identidad social de gran peso en la sexualidad, de ahí que el estudio de la conducta sexual, sin considerar la religión, cae en una limitación importante. La convicción (fé) y la frecuencia con que se siguen los rituales religiosos (práctica) son las variables religiosas más estudiadas, siendo la práctica religiosa la variable más relacionada con una actitud más conservadora hacia la sexualidad y una menor frecuencia de conductas sexuales de riesgo. [19]

Moral [19], señala que en un estudio de investigación observaron que los cristianos conservadores que asisten con más frecuencia a la iglesia tienen una actitud de mayor rechazo a la sexualidad, asimismo a mayor religiosidad y práctica religiosa, se reporta mayor culpa y vergüenza ante conductas sexuales.

8. Tipo de familia:

La familia es el núcleo básico de la sociedad, es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye la esencia más primaria del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a la vida. El hombre para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, necesita participar y adentrarse en diferentes grupos de su vida cotidiana, entre estos grupos sobresale *per se*, la familia, considerada históricamente como el núcleo primario y esencial para la satisfacción de las necesidades básicas del hombre. [20]

Partiendo de esta base consideramos que las actitudes y comportamiento de los adolescentes van a estar determinados en gran medida por el tipo de relación que han establecido con el resto de los componentes de su núcleo familiar, es allí donde ellos desarrollan conocimientos, habilidades y capacidades necesarias vinculadas con su desarrollo físico y espiritual; en la medida que estos sean más amplios el resultado será un individuo integral, portador de juicios y valores que le permitan desempeñar sanamente el rol que le corresponde jugar en la vida. El amor auténtico entre los padres, su respeto mutuo, los cuidados que se prodigan, las expresiones de ternura y cariño expresados abiertamente, a vista de los hijos desde los primeros años, sirve de medio educativo más eficaz y provoca necesariamente la atención de los niños hacia relaciones muy serias y bellas entre el hombre y la mujer.[20]

La familia, al igual que la adolescencia y la juventud no es una unidad estática a través del tiempo, varían los roles y funciones de cada uno de sus integrantes, producto de la llegada y partida de sus miembros, los cambios económicos y sociales que imprimen su impacto, así como por las

diferentes situaciones que atraviesa la familia día a día. Durante la adolescencia los padres tienen que enfrentar una nueva contradicción. Es una edad en que aumentan los riesgos (ya que cualquier problema comienza a tener una trascendencia y repercusión mayor en sus vidas), al mismo tiempo que se debilita la posibilidad de control e influencias por las propias necesidades de independencia y de separación del adolescente. [20]

Los adolescentes viven en esta etapa de sus vidas un proceso de maduración y de búsqueda de identidad, luchan por parecer adultos, pero también sienten a veces miedo de lo que significa ser adultos; esta rebelión transitoria es importante para comenzar a vivenciar la propia autonomía e identidad. La coherencia entre el sistema de exigencias y los propios modelos adultos hacen más factible la influencia en el adolescente. Uno de los problemas actuales que enfrenta la relación familia-adolescencia es la comunicación fluida en torno a la sexualidad que marca el modelo formador de actitudes y acciones en este plano de la vida. La familia, en la mayoría de los casos, se muestra desorientada acerca de cómo enfrentar la sexualidad de los más jóvenes y en especial, la de los adolescentes. No se comprende que ellos sean sexualmente activos y menos aún, que tengan el derecho de serlo. La verdadera solución al problema del embarazo no deseado, las ITS, el VIH/SIDA y el aborto, no está en la prohibición de la relación sexual, sino en ayudar a nuestros jóvenes a expresar su sexualidad sin riesgo. [20]

La familia genera influencia en el comportamiento de cada uno de sus miembros, lo cual incluye la actividad sexual de los adolescentes. Se entiende en función de lo anterior que la dinámica al interior de las familias, en especial la comunicación entre padres e hijos, está asociada a las conductas sexuales en los adolescentes; de igual forma, la estructura de la familia, la cual es portadora de una cultura propia del contexto cultural

en donde se desarrolla, también tiene injerencia directa en la sexualidad de los adolescentes. Una estructura familiar refiere a la cantidad de miembros que la componen y a la forma en que cada uno de ellos se interrelacionan y funcionan como sistema. Una estructura presenta el carácter de un sistema. Consiste en elementos tales que cualquier modificación de uno de ellos implica una modificación de todos los demás. A través de la edad; sin embargo, la influencia puede ser variable a partir de la edad de los adolescentes: a menor edad, mayor influencia de los padres y a mayor edad, menor influencia de los progenitores. [18]

Existen múltiples definiciones de familia, debido a que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias. Una definición de familia según el Censo Americano es: "Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran unidad". La familia es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización, entre otras. [14]

Según su integración la familia puede ser [14]:

- **Integrada:** Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.
- **Semi-integrada:** Familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.
- **Desintegrada:** Familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones.

SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

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 por lo que debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano. 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 este proceso es importante considerar dos aspectos: (8)

a) Masturbación y relaciones sexuales, se dice que 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 la masturbación y las relaciones sexuales adolescentes. La masturbación es una práctica personal y privada, común en ambos sexos que se presenta desde la niñez cuando se exploran los propios genitales, no causa ningún daño físico ni mental, ni es por si misma señal de anormalidad. Cuando va acompañada de sentimientos de temor y culpa debidos a una inadecuada educación sexual, puede causar mucho sufrimiento en el/la adolescente; las relaciones sexuales en la adolescencia, son uno de los aspectos de la sexualidad más temidos por los adultos y también por los propios adolescentes. En el caso de los adolescentes, porque van a tener que enfrentarse a una experiencia nueva rodeada de misterios y deseo, que está relacionada con la imagen de sí mismo/a, la afirmación de la identidad y el desarrollo personal.

b) Sexualidad en el adolescente y doble moral, la vivencia de la sexualidad no es la misma para hombres y mujeres, reciben mensajes diferentes y opuestos a ese respecto. Mientras se reprime la sexualidad en la púber y se le induce al recato y la mojigatería, se estimulan de manera exacerbada las expresiones de sexualidad en el varón. Así, en la adolescencia, el chico que aún no ha tenido relaciones sexuales será presionado por el grupo e incluso por su padre para empezar a tenerlas, porque de otro modo se dudará de su virilidad. En el caso de la mujer, los controles se intensifican para cuidar de manera falsa su integridad, pues esta integridad está relacionada con el cuidado de la virginidad, cuando en realidad el honor de una mujer está vinculado a sus valores morales y no con la conservación o no de la virginidad. [8]

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

a) Rol sexual, es cómo se comporta el individuo sea varón o mujer, una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si se fuera del otro sexo, ello ejerce un efecto de restricción sobre adolescentes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como “femeninas”. [8]

b) Las actitudes y los valores, uno de los aspectos más influyentes de la sexualidad incluye las actitudes y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual. Cada individuo tiene sus propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado hacer como varón o mujer y sus propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Cada uno también proviene de una familia con expectativas y

valores, los valores y actitudes tienen mayor influencia que ningún otro factor. [8]

c) El comportamiento sexual, durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado el sentimiento de quien y que los atrae; no es cierto que, el darse cuenta de esa situación implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, masturbarse, y una gama completa de otros comportamientos. [8]

d) La identidad sexual, corresponde al rótulo que cada individuo se pone según su orientación, este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por lo menos algún comportamiento sexual. Este rótulo es muy complejo, puesto que si uno se siente atraído sexualmente a personas del sexo opuesto y sus relaciones sexuales son con el sexo opuesto, en nuestra cultura ese individuo recibe el rotulo de heterosexual. Si a uno le atrae una persona del mismo sexo, a esa persona se le pone el rótulo de homosexual. Cualquiera sea el caso, no es algo que ellos decidan conscientemente, llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quien o que los atrae y/o excita, se dan cuenta de que necesitan acercarse a alguien, esta atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad. [8]

e) Orientación sexual, la orientación es un componente de la sexualidad, la mayoría de los jóvenes de hoy pasan por el proceso identificando quiénes son, lo que pueden hacer como varones y como mujeres, cómo se sienten al respecto, con quien desean estar y se ponen el rótulo,

antes de que empiecen a obtener la información precisa sobre la sexualidad.[8]

f) Emotividad, el adolescente oscila entre la madurez considerable y las conductas infantiles; en un minuto pueden estar alegres y entusiastas y al minuto siguiente, deprimidos y ensimismados, o también presentan arranques de conducta primitiva a medida que el adolescente pierde el control de los instintos. [8]

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

La OMS define la salud sexual y reproductiva (SSR) como el "estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; no solo es la ausencia de enfermedad, disfunción o mala salud. Requiere de un enfoque positivo e individualizado de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia". [10]

La población adolescente es especialmente considerada de gran importancia en el estudio de la SSR, pues se instituye socialmente como la etapa del ciclo vital de inicio de relaciones más abiertas, como hecho radical vivencial, en correspondencia con los cambios físicos y mentales. Relaciones más abiertas en sociedades más plurales e incluyentes pero que, al mismo tiempo, contrastan con la baja consistencia en el conocimiento e información de los adolescentes sobre los procesos y riesgos sexuales y reproductivos, la asimetría de edad en las relaciones sexuales donde las adolescentes son mucho más jóvenes que sus parejas masculinas, el uso de métodos anticonceptivos y barreras de protección contra embarazos a temprana edad, interrupción de embarazos y enfermedades de trasmisión sexual. [7]

Los problemas sociales y de salud asociados al embarazo en adolescentes y en general sobre la SSR de este grupo poblacional, ponen de manifiesto el contradictorio escenario de desarrollo y la fragilidad de la autonomía en las decisiones de las adolescentes, puesto que, siendo un grupo con alta información y disposición de medios de prevención de los problemas señalados alrededor del inicio de la sexualidad, también es un grupo social altamente vulnerable por la baja educación de calidad sobre SSR y la ausencia de políticas públicas eficaces que impacten positivamente los modelos de crianza y el acceso a los medios idóneos para enfrentar las dificultades en esta etapa del ciclo vital. [7]

Las situaciones de cambio y de ruptura respecto a la SSR en la población adolescente, están matizadas por los antecedentes individuales y familiares y el tipo de socialización y educación que conforman el contexto social en que los comportamientos son valorados socialmente, por ejemplo, el embarazo a temprana edad es considerado un grave problema de salud pública y un fenómeno social que debe ser contenido desde el enfoque preventivo de la salud y la educación. [7]

Desde el punto de vista del adolescente, la sexualidad es un derecho y el gobierno sobre el cuerpo una consecuencia directa del privilegio de la autonomía en el crecimiento. Eso es una inmensa ganancia para la construcción de sociedades pluralistas e incluyentes, sin embargo, es preocupante que el ejercicio de este derecho no se entienda como un proceso concomitante con la salud sexual y reproductiva, que es donde parece estar el mayor riesgo que asume el adolescente, respecto al inicio y al ejercicio de la sexualidad: reivindicación del derecho, pero desconocimiento del autocuidado en detrimento de la posibilidad del ejercicio de la autonomía de las adolescentes (7).

Millones de niñas se quedan embarazadas durante la adolescencia; existe un número significativo de mujeres jóvenes cuyas necesidades de anticonceptivos están insatisfechas. Una recopilación de datos de países cuyos estudios demográficos y de salud incluyen información sobre el uso de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes activas sexualmente, tanto casadas como solteras, calcula que alrededor de 33 millones de mujeres de entre 15 y 24 años utilizarían anticonceptivos si tuvieran acceso a ellos. [1]

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Como es evidente, la adolescencia constituye una etapa del desarrollo del ser humano, en la que se evidencian importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente cambios bruscos, rápidos, repentinos o demorados. Con un ritmo acelerado crea ansiedad y con ritmo demorado crea zozobra e inquietud. En este periodo son particularmente intensas los comportamientos de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias, será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños poco significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables. En base a la evidencia reciente en neurociencia, *Steimberg* propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados "circuitos de recompensa" estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen comportamientos de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo se conocen los riesgos y posibles consecuencias

dañinas y se involucren igualmente en dichos comportamientos. La idea central de esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellas, para prevenir las posibles consecuencias para la salud (21).

Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos sentidos: como vía de procreación y, lo que resulta más riesgoso, como vía de disfrute sexual y de atracción física erótica para otras personas. Sus manifestaciones pueden clasificarse en fantasías y deseos, caricias, atracción y búsqueda de pareja, y coito. El inicio sexual y la frecuencia de relaciones sexuales representan un riesgo debido al bajo conocimiento y desaprobación por parte de los adultos. Diversos estudios señalan que el inicio sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección y el tener un alto número de parejas sexuales, entre otros comportamientos sexuales de riesgo, ocurren más comúnmente en conexión a otras prácticas de riesgo, como el consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, tenencia de armas y ejercicio de violencia, en un 70% de los adolescentes señaló que de no haber consumido alcohol y/o drogas no habría sostenido algún tipo de práctica sexual (8).

Existen también algunos factores que contribuyen al aumento de las relaciones sexuales en los adolescentes, como disminución del aporte afectivo de la familia, que induce a los jóvenes a buscar apoyo en sus pares, incapacidad de los adultos para impartir normas de conducta claras e inequívocas a los adolescentes, movilidad creciente de los adolescentes y menos vigilancia social, debido en gran parte a la creciente urbanización, falta de programas de educación sexual en las instituciones educativas, adopción de nuevos valores que muchas veces son provenientes de otras culturas, ciertos cambios de carácter fisiológico e influencia de los medios

de comunicación que cada vez son más explícitos en cuanto a relaciones sexuales (8).

Entre los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva se encuentran:

1. Más de una pareja sexual:

Esto constituye un gran riesgo para la salud sexual del adolescente, porque debido a la vulnerabilidad y variabilidad de sus emociones, tienden a probar diversas experiencias. Hoy en día los adolescentes consideran que tener mayor experiencia es mejor, cosa que según el grupo de pares es común y normal entre ellos (8).

2. Cambio frecuente de parejas:

Ya que a esta edad el adolescente no posee madurez emocional y su propia personalidad cambiante hace que constantemente experimente ilusión por el sexo opuesto llegando así a enamorarse u olvidar de una manera rápida (8).

3. No uso de métodos anticonceptivos:

Al practicar sexo inseguro, es decir el no utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra Infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) y/o embarazos no deseados ya sea por desconocimiento o por omisión, es una de las conductas sexuales riesgosas más comunes que podemos observar entre los adolescentes que instigados por la curiosidad de conocer ponen en riesgo su salud (8).

Las ITS constituyen una serie de patologías de etiología infecciosa diversa, cuya principal vía de transmisión, desde el punto de vista epidemiológico,

es la sexual, incluido sexo oral, anal y vaginal. Se utiliza el término ITS en lugar de enfermedades de transmisión sexual, al incluir la fase asintomática, que puede ser compatible con la existencia de lesiones subclínicas con potencial para la transmisión, suponen un importante problema de salud pública por la morbilidad que general y su difícil control (12).

El VIH y el sida ponen en peligro las vidas de los adolescentes. El VIH destruye el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa del organismo, situación que entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada del VIH se conoce como SIDA, lo que puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo de la persona, y se define con la aparición de diversos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves. Hay ciertos comportamientos que incrementan el riesgo de una persona de adquirir el VIH, entre ellos practicar coito anal, o vaginal sin protección (12). Prevenir la transmisión del VIH es uno de los retos más importantes para preservar la vida y la salud de los adolescentes, a través del uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración anal o vaginal (10).

4. Inadecuado uso de métodos anticonceptivos:

Tener la información oportuna y verídica acerca de las diversas alternativas de anticoncepción y prevención de ITS es fundamental para los adolescentes, muchos de ellos cometen errores por una inadecuada información ya sea por vergüenza, temor no acuden por ayuda, en otros casos simplemente se observa la omisión (8).

5. **Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección:**

Estas vías contienen un gran riesgo de infección generalmente son más susceptibles más mujeres que los varones, a ello se suma el desconocimiento que poseen sobre este riesgo, tienen prácticas sexuales por vías no naturales a fin de experimentar no solo ocasionando un posible daño físico sino también daño psicológico al no sentir lo que esperan o ser un acto desagradable (8).

6. **Relaciones fugaces u ocasionales:**

Este tipo de relaciones es muy común en adolescentes, ya que buscan conocer y experimentar, consiste en relaciones de corta duración, es decir ocasionales, una relación donde no se llegan a conocer lo suficiente como para poder construir algo más serio, conocerse más y lograr un respeto mutuo (8)

PROPUESTAS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

Entre las propuestas de atención de la SSR de los adolescentes de Campero L, Atienzo EE, Suárez L, y Hernández B, consideramos prioritarias las siguientes: [22]

1. **Propuestas en educación sexual:**
   1.1. Diseñar e implementar programas efectivos de educación sexual. Los programas de educación sexual para adolescentes deben incluir aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género.
   1.2. Uso de tecnologías y medios de comunicación para el diseño de estrategias de prevención novedosas. Los medios de comunicación, y en general las tecnologías computarizadas, son mecanismos que

pueden utilizarse para la promoción de comportamientos saludables y provisión de información útil basada en evidencia científica.

1.3. Involucrar a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos. Para esto se requiere de campañas y/o programas que favorezcan el que adquieran de manera eficiente información sustantiva y útil sobre SSR. Estas intervenciones deben dirigirse a padres de adolescentes escolarizados, pero también a padres de familia con baja escolaridad y/o con hijos que abandonaron la escuela o que no han estudiado.

1.4. Entrenamiento y sensibilización de docentes y proveedores de servicios de salud. El sistema educativo y los servicios de salud, en coordinación, deben convertirse en herramienta fundamental para la prevención de embarazos e ITS en adolescentes. Se debe promover la formación de recursos humanos en salud integral a través de equipos multidisciplinarios. La capacitación sobre SSR debe ser con enfoque de género y derechos sexuales, y factible de utilizarse para la formación o atención de los adolescentes.

1.5. Fortalecer y promocionar programas para adolescentes que ya tienen un hijo. La permanencia de adolescentes con un hijo en la escuela ampliará sus posibilidades de desarrollo e inserción en empleos mejor remunerados. Para esto, el apoyo para el cuidado de los hijos es imprescindible, por lo que se debe fortalecer la existencia de programas especiales para adolescentes con esta característica.

2. Propuestas enfocadas al acceso y calidad de los servicios de salud:

2.1. Implementar estrategias para ampliar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud. Es indispensable que se aproveche toda visita de niños y adolescentes con cualquier motivo de consulta

para lograr un mayor acercamiento a los servicios de salud, particularmente en población rezagada.

2.2. Emprender acciones concretas para fortalecer la operatividad de los servicios de salud para adolescentes. Los servicios de salud son primordiales para mejorar la salud de los adolescentes, en particular SSR. Ante esto, se requiere ampliar la cobertura y certificación de los servicios amigables, así como el monitoreo de su calidad de acuerdo con los estándares internacionales y bajo un criterio de atención integral, con miras a evaluar su impacto.

2.3. Promover el uso en conjunto de condón y métodos de control de fecundidad en adolescentes que ya tienen un hijo. Para evitar un nuevo embarazo a corto plazo y/o la adquisición de ITS, se requiere de una amplia y adecuada orientación de SSR para adolescentes; esta debe considerar la promoción tanto de diversos métodos anticonceptivos como la del condón.

3. Propuestas enfocadas a la coordinación comunitaria e intersectorial:

3.1. Favorecer el vínculo de la comunidad con las escuelas, los centros de salud y otras instancias como las universidades con programas de estudios profesionales en ciencias de la salud. Este vínculo debe quedar establecido como una corresponsabilidad y como un acuerdo susceptible de ser monitoreado; esto podría garantizar que, además de permitir contacto temprano entre centros de salud, escuelas, universidad y adolescentes, un mayor número de estos se expongan a información veraz y oportuna y a planificación familiar.

3.2. Reforzar la colaboración de distintas dependencias gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales. Una agenda de política pública integral y

organizada de acuerdo con las prioridades y necesidades de los adolescentes requiere de una coordinación eficiente y planeación en conjunto entre los diferentes organismos responsables del desarrollo y salud de esta población.

3.3. Fortalecer los programas sociales dirigidos a promover el sano desarrollo de los niños y jóvenes. Se vuelve fundamental incorporar la perspectiva de los determinantes sociales en las políticas dirigidas a impulsar un desarrollo saludable; tal como reducir la pobreza, promover el acceso y permanencia en el sector educativo y el acceso a servicios de salud, favorecer la inserción de los jóvenes en empleos estables, estrategias para apoyar la definición de un proyecto de vida y, en general, políticas para promover aspectos positivos para el desarrollo.

3.4. Comprometer el financiamiento para realizar investigaciones pertinentes acordes a las necesidades y problemáticas que enfrentan los adolescentes. A pesar de la extensa cantidad de información en relación con la SSR, todavía existen ciertos vacíos, tales como el impacto de los servicios dirigidos hacia los adolescentes, la calidad de la atención que reciben, el tipo de métodos anticonceptivos que se prescribe de acuerdo con sus características individuales (a corto y largo plazo), la continuidad en su uso, las necesidades específicas de anticoncepción de los adolescentes (solteros y en unión), la ruta de las tomas de decisiones y las redes sociales de apoyo en anticoncepción y en paternidad/maternidad, entre otros. Además, existe como necesidad prioritaria el desarrollo de estudios multidisciplinarios, fundamentados en la combinación de metodologías de investigación.

3.5. Garantizar que toda política pública se encuentre fundamentada y respaldada por la evidencia científica. Los tomadores de decisiones deben comprometerse a revisar y utilizar información científica

actualizada para el diseño e implementación de estrategias con mayor probabilidad de éxito.

3.6. Asignar recursos para la evaluación y monitoreo de los programas implementados. Para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos e identificar aquellos elementos factibles de mejorar, es imprescindible la evaluación de los programas (económico, de diseño, de proceso y de impacto); esto, además, permitirá valorar el desempeño y gasto invertido de manera más óptima.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL DEL ADOLESCENTE

Entra las labores que desempeña el personal de enfermería, en su labor educativa a la población en una comunidad debe desarrollar actividades dirigidas a promocionar la salud integral en particular la salud sexual del adolescente en el marco teórico de la prevención primaria que está dado por la consejería en adolescentes y el Ministerio de Salud (, el cual dependerá de los conocimientos y la capacidad de comunicación y Consejería. Para que en el proceso de consejería se obtengan buenos resultados deben considerársela confidencialidad, privacidad, información y circunstancias individuales solicitantes. También se debe desechar algunos conceptos erróneos y validar otras respecto a la práctica sexual en adolescentes basados en evidencias científicas para que ellos adopten cambios en su actitud sexual que garanticen mejorar su calidad de vida, y así adopten un nivel adecuado de conocimientos y una conducta sexual positiva. Por ello vemos que la participación de la enfermera en el cuidado de la salud sexual debe ser activa y en pro de defender los derechos y hacerlos cumplir para velar por un cuidado integral del ser humano en este caso del adolescente (8).

Como profesionales de Enfermería, su función de educadores no sólo se debe limitar a la consulta, a la seguridad y superioridad que nos da estar entre cuatro paredes, sino que debemos ir mucho más allá, tenemos que salir a la calle y enfrentarnos a la realidad del adolescente, a su contexto sociocultural, acercarnos a ellos tratándolos con igualdad y comprendiéndolos, empatizando, para poder así ofrecerles conocimientos personalizados, realistas y que aborden realmente los aspectos que les preocupan y motivan. Las clases magistrales o las charlas unidireccionales sólo sirven para acumular información que difícilmente llegará a modificar sus conductas, ya que el no sentirse identificados o motivados hará que dicha información se quede en simples teorías. Los adolescentes deben poder expresar sus miedos y dudas, interactuar y ser ellos los que vayan elaborando su cuerpo de conocimientos; debemos brindarles las herramientas necesarias para que tengan un solvento a la hora tomar sus propias decisiones, siendo luego responsables y consecuentes con sus acciones. [23]

2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.2.1. Variables Independientes:

I. Factores asociados:

Constituye la variable independiente y consiste en circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud sexual y reproductiva (factores protectores) o una mayor probabilidad de daño a la salud sexual y reproductiva (factores de riesgo), que será referido por el adolescente a través de un cuestionario autoadministrado. Se consideró los siguientes indicadores:

1.1. Inicio de relaciones sexuales, se consideró los siguientes índices:

- Si
- No

1.2. Edad de inicio de relaciones sexuales, se consideró los siguientes índices:

1. No inició
2. Adolescencia temprana: 10 a 13 años
3. Adolescencia media: 14 a 16 años
4. Adolescencia tardía: 17 a 19 años

1.3. Género, Se refiere la suma de valores, actitudes, roles, prácticas, o características culturales basadas en el sexo. Se incluyó los siguientes índices:

1. Femenino
2. Masculino

1.4. Orientación sexual, Se refiere a la atracción emocional, romántica o sexual que el adolescente siente hacia otra persona. Se incluyó los siguientes índices:

1. Heterosexual (relación con diferente sexo)
2. Homosexual (relación con el mismo sexo)

1.5. Grado de instrucción de los adolescentes, Es el grado de instrucción formal máximo alcanzado por el adolescente. Se incluyó los siguientes índices:

1. Grado de instrucción bajo: Adolescentes de 1° a 3° de secundaria
2. Grado de instrucción alto: Adolescentes de 4° y 5° de secundaria.

1.6. Grado de instrucción del padre/madre, Se refiere al grado formal de instrucción máximo alcanzado por el padre o la madre del adolescente. Se incluyó los siguientes índices:

1. Grado de instrucción Bajo: Cuando el padre/madre sólo han alcanzado instrucción primaria o secundaria completa o incompleta.
2. Grado de instrucción alto: Cuando el padre/madre han alcanzado instrucción superior o técnica completa o incompleta.

1.7. Tipo de religión, Se refiere al tipo de religión que profesa el adolescente. Se incluyó los siguientes índices:

1. Católica
2. Otras religiones

1.8. Tipo de familia, Se refiere a la convivencia con sus padres y el cumplimiento de sus funciones como jefes de hogar. Se consideraron los siguientes índices:

1. Familia integrada: Si el padre y la madre viven juntos con el adolescente de manera permanente.

2. Familia desintegrada: Si falta el padre o la madre o si viven ocasionalmente con ellos.

1.9. Comunicación sexual, Se refiere a la información que reciben los adolescentes sobre temas acerca de las ventajas y desventajas de tener relaciones sexuales, formas de evitar el riesgo de contraer ITS/SIDA y embarazos no deseados, de su padre/madre o ambos. Se incluyeron los siguientes índices:

1. Ambos
2. Sólo padre o sólo madre

2.2.2. Variables Dependientes:

II. Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva del adolescente:

Constituye la variable dependiente del estudio y se refiere a la exposición voluntaria o involuntaria del adolescente, que pueden ocasionar daños a su salud sexual y reproductiva o a la de otra persona. Se incluyó los siguientes indicadores e índices:

1.1.Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, considera los indicadores de relaciones sexuales con penetración, uso de preservativo o condón en la primera relación sexual, frecuencia de uso de preservativo, número de parejas sexuales, relaciones sexuales con parejas ocasionales, frecuencia de uso de preservativo con parejas ocasionales y relaciones sexuales con sexo oral que determinan el comportamiento de riesgo sexual y reproductivo para lo cual se determinó una puntuación que determina el comportamiento de riesgo, través de una escala tipo Likert.

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ALTERNATIVAS	PUNTUACIÓN			
		0	**1**	**2**	**3**
1. Relaciones sexuales con penetración	No aplica (no tuvo nunca relaciones sexuales).	X			
	Si				X
	No		X		
2. Uso de preservativo o condón en la primera relación sexual	No aplica (no tuvo nunca relaciones sexuales).	X			
	Si		X		
	No				X
3. Frecuencia de uso de preservativo	No aplica (no tuvo nunca relaciones sexuales).	X			
	Siempre		X		
	Pocas veces			X	
	Nunca				X
4. Número de parejas sexuales	No aplica (no tuvo nunca relaciones sexuales).	X			
	Sólo una		X		
	Dos			X	
	Más de dos				X
5. Relaciones sexuales con parejas ocasionales	No aplica (no tuvo nunca relaciones sexuales).	X			
	Si				X
	No		X		
6. Frecuencia de uso de preservativo con parejas ocasionales	No aplica (no tuvo nunca relaciones sexuales).	X			
	Siempre		X		
	Pocas veces			X	
	Nunca				X
7. Relaciones sexuales con sexo oral	No aplica (no tuvo nunca relaciones sexuales).	X			
	Si			X	
	No		X		

Se consideraron los siguientes indicadores:

1.1. Comportamientos de alto riesgo: 8 a 18 puntos

1.2. Comportamientos de bajo riesgo: 0 a 7 puntos.

2.3. HIPOTESIS

2.4.1. Hipótesis General:

Existe asociación entre los factores y los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

2.4.2. Hipótesis Específicas:

1. Los adolescentes que han iniciado relaciones sexuales presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar.
2. Los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales en la adolescencia temprana presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.
3. Las adolescentes de género femenino presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.
4. Los adolescentes de orientación sexual homosexual presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.
5. Los adolescentes con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.
6. Los adolescentes con padre/madre con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.
7. Los adolescentes con tipo de religión católica presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

8. Los adolescentes con tipo de familia desintegrada presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.
9. Los adolescentes que tienen comunicación sexual sólo con el padre o sólo con la madre presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se aplicó el método cuantitativo; porque se recolecto los datos utilizando un instrumento preestablecido para las variables cuantitativas, las mismas que fueron procesadas a través de pruebas estadísticas descriptiva e inferencial.

El diseño fue no experimental, transversal / correlacional. No experimental, porque no se manipuló ninguna variable, las mismas que fueron observadas tal como se comportan. Transversal porque se estudió las variables en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Correlacional porque nos permitió establecer la asociación entre las variables dependientes (Relaciones sexuales con penetración, uso de preservativo en la primera relación sexual, frecuencia de uso de preservativo, número de parejas sexuales, relaciones sexuales con parejas ocasionales, frecuencia de uso de preservativo con parejas ocasionales, relaciones sexuales con sexo oral) e independientes (edad, género, orientación sexual, grado de instrucción del adolescente, grado de instrucción del padre/madre, tipo de religión, tipo de familia, comunicación sexual).

3.1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.2.1. Población:

La población estuvo constituida por los (as) adolescentes estudiantes de la Institución educativa pública Simón Bolívar ubicada en calle Putumayo cuadra 26, del distrito de Iquitos, provincia Maynas,

región Loreto, de nivel secundaria, mixto, con turnos de mañana y tarde. Cuenta con aproximadamente 682 alumnos, 39 docentes y 23 secciones. Las unidades de análisis fueron los(as) adolescentes de 10 a 19 años de las secciones de 1° a 5° de secundaria matriculados en el año escolar 2017.

3.1.2.2. Muestra

La muestra se calculó mediante la fórmula de proporciones para poblaciones finitas:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot pe.qe}{d^2}$$

Donde:

pe = 0,40, Proporción de adolescentes que se protegen con preservativo, siempre durante las relaciones sexuales, tomando como referencia los resultados encontrados por Rojas en su estudio sobre "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".

qe = 0,60, Proporción de adolescentes que no se protegen con preservativo, siempre durante las relaciones sexuales.

z = 1.96, Valor obtenido de la distribución normal estándar.

d = 0,05, Precisión estimada.

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 (0.40)(0.60)}{0.05^2} = \frac{3.84 (0.24)}{0.0025} = 368.64 = 369$$

Se aplicó la corrección a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}} = \frac{369}{1 + \frac{369}{682}}$$

$$n = \frac{369}{1{,}54} = 239.61 = 240$$

La muestra fue de 240 adolescentes de ambos sexos

Tipo de muestreo:

Se utilizó el muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional

Grado	N° Est/ grado	N° secc.	P	Q	p*q	N*pq (pq*N° est./ Grado)	Wi (frac. de asig.)	n_i (Wi*n)	N° est. /sección
1	214	7	0,40	0,60	0.24	51.36	0.313	75	11 de 6 secc. y 9 de 1 secc.
2	149	5	0,40	0,60	0,24	35.76	0.218	53	11 de 4 secc. y 9 de 1 secc.
3	110	4	0,40	0,60	0,24	26.4	0.161	39	10 de 3 secc. y 9 de 1 secc.
4	123	4	0,40	0,60	0,24	29.52	0.180	43	11 de 3 secc. y 10 de 1 secc.
5	86	3	0,40	0,60	0,24	20.64	0.126	30	10 de cada secc.
Total	682	23						240	240

El procedimiento de selección de la muestra fue mediante el método de la lotería, que consistió en la elaboración de balotas de acuerdo al número de estudiantes por sección, se consideró los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes matriculados en la I.E.P. Simón Bolivar en el año 2017
- Manifestar su aceptación voluntaria para participar en el estudio.
- Adolescentes sin aparentes trastornos físicos o mentales que le impidan diligenciar los cuestionarios.
- Adolescentes de 10 a 19 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no estén matriculados en la I.E.P. Simón Bolívar en el año 2017.
- Adolescentes que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes que no estén comprendidos entre las edades de 10 a 19 años.

3.1.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó la técnica de la encuesta, que consiste en una observación no directa de los hechos sino por medio de lo que manifiestan los interesados, que permitió aplicar un cuestionario diseñado por las investigadoras.

Se utilizó los siguientes instrumentos:

1. Formato de consentimiento informado, que fue aplicado al padre o madre del adolescente de la muestra.
2. Formato de asentimiento informado, que fue aplicado al adolescente de la muestra.

3. Cuestionario sobre Factores y Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva del adolescente (CFCRSR), incluyó datos generales, factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, que fue elaborado por las investigadoras. Este cuestionario fue autoadministrado.
4. Escala de comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva (ECRSSR), incluyó los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, que fue elaborado por las investigadoras. Esta escala fue autoadministrada.

Validez:

Para probar la validez del contenido del CFCRSR y del ECRSSR se sometió a juicio de expertos, considerando a un total de 10 expertos (Enfermeras, Psicólogos, Médicos) y cuyos resultados individuales fueron procesados para determinar la validez de los instrumentos, que fue de 100% para ambos instrumentos, cuya calificación es elevada.

Confiabilidad:

Para medir la confiabilidad del CFCRSR y del ECRSSR se aplicó una prueba piloto con la participación de 24 adolescentes que equivale al 10% de la muestra, los mismos que no formaron parte de la muestra y fue aplicado en la I.E.P. Alexander Von Humboldt, ubicado en el Asentamiento Humano Nuevo Versalles, cuenta con estudiantes de secundaria, mixta, en turnos de mañana y tarde, siendo 96 estudiantes en primer grado, 65 en segundo grado, 45 en tercer grado, 35 en cuarto grado y 24 en quinto grado, son personas con similares características a los adolescentes de la muestra de estudio. Se aplicó el mismo procedimiento de muestreo que para la investigación propiamente dicha. El CFCRSR sometido a un test y retest, alcanzó una muy buena concordancia del 81% en las respuestas, cuya calificación es muy buena, por tanto, podemos

concluir que el CFCRSR es confiable para su aplicación. Respecto a la ECRSSR, la confiabilidad se llevó a cabo mediante el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el alfa de Cronbach y fue de 92%, cuya calificación es excelente, lo que indica que el instrumento es confiable para su aplicación.

3.1.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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

1. Se solicitó autorización a los directivos de la I.E.P. Simón Bolívar, a través de la Decana de la Facultad de Enfermería donde se dio a conocer información sobre la investigación.
2. Se coordinó con los directivos de la I.E.P. Simón Bolívar para dar a conocer el propósito del proyecto y coordinar el procedimiento para hacer llegar los formatos del consentimiento informado a los padres de familia seleccionados y se acordó que los tutores enviarían dichos formatos a cada uno de los padres, con sus respectivos hijos.
3. Las investigadoras reconocieron el área de estudio con el apoyo de los directivos de la I.E.P. Simón Bolívar.
4. Las investigadoras unificaron criterios acerca del manejo del instrumento de recolección de datos.
5. Se estableció un cronograma de trabajo que fue ejecutado por las investigadoras en horas de la mañana de 8 am a 12 del día y la tarde de 3 pm a 6 pm., con un promedio de duración de cada entrevista de 25 minutos, hasta completar la muestra.
6. Se aplicó el procedimiento de muestreo para seleccionar a los sujetos de la muestra, teniendo en consideración los criterios de inclusión.
7. Se explicó a los (as) adolescentes el propósito del estudio solicitándole su colaboración a través del asentimiento informado y el consentimiento informado del padre, tutor o quien estuviera a cargo del adolescente, recomendándoles responder las preguntas con sinceridad.

8. Una vez recepcionado el consentimiento informado del padre o de la madre del adolescente se procedió a aplicar a los (as) adolescentes el instrumento para lo cual se entregó al adolescente el cuestionario, que fue autoadministrado con lápiz.
9. Al terminar de aplicar el instrumento cada día las investigadoras verificaban si estaban correctamente llenados.

3.1.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico se construyó una base de datos en el programa estadístico SPSS, cuyos datos fueron introducidos por las investigadoras. Esta base fue revisada en más de dos oportunidades para la limpieza de los datos, tratando de encontrar errores de digitación e inconsistencias con las fuentes originales.

Análisis Descriptivo (Univariado). Se calculó las frecuencia relativas y absolutas para las variables nominales, para las variables continuas se calculó medidas de tendencia central como la media y de dispersión como la desviación estándar.

Análisis Inferencial (Bivariado). Para relacionar las variables de estudio se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado (X^2) de Pearson con un $\alpha = 0.05$.

3.1.6. PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS

El comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de La Amazonia Peruana revisó el anteproyecto de tesis, conforme al Reglamento de ética de la Facultad de Enfermería UNAP.

Luego de su revisión el comité aprobó el proyecto, cuando comprobó que la investigación no implicaba riesgo para los sujetos de la muestra, es decir, no se realizarían procedimientos invasivos, garantizando el respeto de los derechos humanos y la aplicación de los principios bioéticos durante todo el desarrollo de la investigación.

Durante todo el proceso de la investigación, se aplicó los principios bioéticos de la siguiente manera:

BENEFICENCIA

Se evidenció mediante tres aspectos fundamentales: 1. Según necesidad o solicitud de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, se realizó la retroalimentación sobre temas de sexualidad luego de la recolección de datos; 2. Los resultados serán transferidos para su aplicación a la I.E.P. Simón Bolívar y a la Dirección Regional de Educación Loreto (DREL), 3. Los resultados están orientados al bien o beneficio común de la sociedad.

NO MALEFICENCIA

Los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, no fueron afectados en su integridad física, psicológica, social, ni moral, durante su participación en la investigación, para lo cual, se tuvo en cuenta los siguientes aspectos: los instrumentos fueron anónimos; se tuvo en cuenta la confidencialidad de la información que fue procesada y analizada en forma agrupada, sin singularizar a ningún sujeto de estudio; y los datos obtenidos en la recolección de los datos solo sirvieron para fines de la investigación y posteriormente fueron destruidos.

JUSTICIA

Todos los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, tuvieron la misma probabilidad de participar en la investigación. Así mismo, a todos se les brindó las mismas garantías de protección física y dignidad humana.

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS

4.1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

Tabla 1A

Factores asociados de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Factores	ni	%	X	s
Edad			14.61	1.723
Inicio de relaciones				
Sí	168	70.0		
No	72	30.0		
Total	240	100.0		
Edad de inicio			13.88	1.510
Adolescencia temprana	75	31.3		
Adolescencia media	85	35.4		
Adolescencia tardía	8	3.3		
No inició	72	30.0		
Total	240	100.0		
Género				
Femenino	110	45.8		
Masculino	130	54.2		
Total	240	100.0		
Orientación sexual				
Homosexual	11	4.6		
Heterosexual	229	95.4		
Total	240	100.0		

Fuente: Las autoras

En la tabla 1A, se observa que la edad media (X) de la muestra es 14.61 años con una desviación estándar (s) de 1. 723, la X de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 13.88 años con s de 1.510, asimismo se observa que del 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 70.0% (168) manifestaron haber iniciado relaciones sexuales, mientras que el 30.0% (72) indicaron que aún no habían iniciado. El 35.4% (85) iniciaron sus relaciones sexuales en la adolescencia media y un 31.3% (75) lo hicieron durante la adolescencia temprana. El 45.8% (110) de los adolescentes del estudio eran de sexo femenino y los adolescentes masculinos representaron al 54.2% (130). Asimismo, predominan los adolescentes con orientación heterosexual con el 95.4% (229), sin embargo, se encontró un 4.6% (11) con orientación homosexual.

Tabla 1B

Factores asociados de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Factores	Ni	%
Grado de instrucción de los adolescentes		
Grado de instrucción bajo	160	66.7
Grado de instrucción alto	80	33.3
Total	240	100.0
Grado de instrucción del padre		
Grado de instrucción bajo	186	77.5
Grado de instrucción alto	54	22.5
Total	240	100.0
Grado de instrucción de la madre.		
Grado de instrucción bajo	217	90.4
Grado de instrucción alto	23	9.6
Total	240	100.0
Religión		
Católica	124	51.7
Otras religiones	116	48.2
Total	240	100.0
Tipo de familia		
Familia desintegrada	90	37.5
Familia integrada	150	62.5
Total	240	100.0
Comunicación sexual		
Sólo padre o sólo madre	164	68.3
Ambos	76	37.7
Total	240	100.0

Fuente: Las autoras

En la tabla 1B, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, donde el 66.7% (160) presentaron grado de instrucción con nivel bajo y un 33.3% (80) con nivel de instrucción alto. Con respecto al grado de instrucción del padre, el 77.5% (186) presentan nivel bajo y alto el22.5% (54). Asimismo, el 90.4% /217) de madres expresaron tener bajo nivel de instrucción, contra el 9.6% (23) que dijeron poseer nivel alto. Los adolescentes católicos fueron el 51.7% (124) y quienes profesan otras religiones fueron el 48.2% (116). Existe un predominio de familia integrada en el 62.5% (150) de los adolescentes. El 68.3% (164) indicaron que tienen comunicación sobre sexualidad sólo con su padre, o sólo con su madre, mientras que el 37.7% (76) respondió que con ambos.

Tabla 2A

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva	**Ni**	**%**
Alto riesgo	165	68.8
Bajo riesgo	75	31.2
Total	**240**	**100.0**

Fuente: Las autoras

En la tabla 3, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, se encontró con un comportamiento de alto riesgo al 68.8% (165) de los adolescentes, mientras que el 31.2% (75) como de bajo riesgo para la salud sexual y reproductiva.

Tabla 2B

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Comportamientos de riesgo	ni	%
Relaciones sexuales con penetración		
Sí	149	62.1
No	19	7.9
No aplica	72	30.0
Total	240	100.0
Uso de preservativo en la primera relación		
Sí	46	19.2
No	122	50.8
No aplica	72	30.0
Total	240	100.0
Frecuencia de uso de preservativos		
Siempre	22	9.2
Pocas veces	77	32.1
Nunca	69	28.8
No aplica	72	30.0
Total	240	100.0

Fuente: Las autoras

En la tabla 2A, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 62.1% (149) tuvo relaciones con penetración, mientras que el 7.9% (19) lo hizo sin penetración. No hicieron uso de preservativos en la primera relación el 50.8% (122) y sí lo usaron el 19.2% (46). Los adolescentes que pocas veces hacen uso de preservativos representan al 32.1% (77) y el 28.8% (69) nunca usan preservativos en sus relaciones sexuales.

Tabla 2C

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Comportamientos de riesgo	Ni	%
Número de parejas sexuales		
Sólo una	112	46.6
Dos	39	16.3
Más de dos	17	7.1
No aplica	72	30.0
Total	240	100.0
Relaciones sexuales con penetración con parejas ocasionales		
Sí	56	23.4
No	112	46.6
No aplica	72	30.0
Total	240	100.0
Frecuencia de uso de preservativos con parejas ocasionales		
Siempre	18	7.5
Pocas veces	14	5.8
Nunca	24	10.1
No aplica	184	76.6
Total	240	100.0
Relaciones sexuales con sexo oral		
Sí	144	60.0
No	24	10.0
No aplica	72	30.0
Total	240	100.0

Fuente: Las autoras

En la tabla 2B, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 46.6% (112) manifestó poseer una sola pareja sexual y el 7.1% (17) indicó que sus parejas sexuales eran más de dos. Con respecto a las relaciones sexuales con penetración con parejas ocasionales, el 23.4% (56) indicó que sí las tuvo, mientras que el 46.6% (112) respondió que no. El 7.5% (18) manifestó que siempre usa preservativo cuando tiene relaciones sexuales con penetración con parejas ocasiones y el 10.1% (24) dijo que nunca ha usado. El sexo oral en la relación sexual es realizado por el 60.0% (144) de los adolescentes y sólo un 10.0% no tienen relaciones sexuales con sexo oral.

4.1.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 3

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva e inicio de relaciones sexuales en adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Inicio de relaciones sexuales	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Sí	161	67.1	7	2.9	168	**70.0**
No	4	1.7	68	28.3	72	**30.0**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

X^2c = 191.192 gl = 1 p = 0.000 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 3, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 67.1% (161) son adolescentes que presentan comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva y con inicio de relaciones sexuales.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **X^2c = 191.192** y un valor **p = 0.000 < α = 0.05,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes que han iniciado relaciones sexuales presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 4

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y edad de inicio de relaciones sexuales de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Edad de inicio de relaciones sexuales	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Adolescencia temprana	70	29.2	5	2.1	75	**31.3**
Adolescencia media	81	33.8	4	1.6	85	**35.4**
Adolescencia tardía	6	2.5	2	0.8	8	**3.3**
No inició	8	3.3	54	26.7	72	**30.0**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 160.456$ gl = 3 p = 0.000 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 4, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 29.2% (70) son adolescentes que presentan comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva e iniciaron relaciones sexuales en la adolescencia temprana.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 160.456$** y un valor **$p = 0.000 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes de la etapa de adolescencia temprana presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 5

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y género de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Género	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Femenino	84	35.0	26	10.8	110	**45.8**
Masculino	81	33.8	49	20.4	130	**54.2**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 5.479$ gl = 1 p = 0.019 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 5, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 35.0% (84) de los adolescentes presentan comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva y son de género femenino.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 5.479$** y un valor **$p = 0.019 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, Las adolescentes de género femenino presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 6

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y orientación sexual de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Orientación sexual	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Homosexual	10	4.2	1	0.4	11	**4.6**
Heterosexual	155	64.6	74	30.8	229	**95.4**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 2.635$ gl = 1 p = 0.105 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 6, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 4.2% (10) de los adolescentes se encontró con comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva cuya orientación sexual es homosexual.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 2.635$** y un valor **$p = 0.105 > \alpha = 0.05$,** lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes de orientación sexual homosexual no presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 7

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y grado de instrucción de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Grado de instrucción (Adolescente)	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Bajo	96	40.0	64	26.7	160	**66.7**
Alto	69	28.8	11	4.6	80	**33.3**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 17.105$ gl = 1 p = 0.000 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 7, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 40.0% (96) de los adolescentes presentan comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva y tienen grado de instrucción bajo.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 17.105$** y un valor **$p = 0.000 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 8

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y grado de instrucción del padre de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Grado de instrucción del padre	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Bajo	136	56.7	50	20.8	186	**77.5**
Alto	29	12.1	25	10.4	54	**22.5**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 7.342$ gl = 1 p = 0.007 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 8, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 56.7% (136) de los adolescentes presentan comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva cuyos padres tienen bajo grado de instrucción.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 7.342$** y un valor **$p = 0.007 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes con padre con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 9

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y grado de instrucción de la madre de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Grado de instrucción de la madre	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Bajo	156	65.0	61	25.4	217	**90.4**
Alto	9	3.8	14	5.8	23	**9.6**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**
$X^2c = 10.388$	**gl = 1**		**p = 0.001**		**α = 0.05**	

Fuente: Las autoras

En la tabla 9, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, el 65.0% (156) de los adolescentes presentan comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva y cuyas madres tienen bajo grado de instrucción.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 10.388$** y un valor **$p = 0.001 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes cuyas madres presentan grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 10

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y religión de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Religión	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Católica	96	40.0	28	11.7	124	**51.7**
Otras religiones	69	28.8	47	19.6	116	**48.3**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 8.975$ gl = 1 p = 0.003 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 10, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, donde el 40.0% (96) se encontró con comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva y profesan la religión católica.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 8.975$** y un valor **$p = 0.003 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes con tipo de religión católica presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 11

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y tipo de familia de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Tipo de familia	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Desintegrada	84	35.0	6	2.5	90	**37.5**
Integrada	81	33.8	69	28.8	150	**62.5**
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 40.506$ gl = 1 p = 0.000 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 11, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, donde el 35.0% (84)se encontró con comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva presentan tipo de familia desintegrada.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 40.506$** y un valor **$p = 0.000 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes con tipo de familia desintegrada presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

Tabla 12

Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva y comunicación sexual de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017

Comunicación Sexual	Comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva				Total	
	Alto riesgo		Bajo riesgo			
	N	%	N	%	N	%
Sólo padre o sólo madre	134	55.9	30	12.4	164	68.3
Ambos	31	12.9	45	18.8	76	31.7
Total	**165**	**68.8**	**75**	**31.2**	**240**	**100.0**

$X^2c = 40.471$ gl = 1 p = 0.000 α = 0.05

Fuente: Las autoras

En la tabla 12, se observa el 100.0% (240) adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, donde el 55.9 % (134) presentaron comportamiento de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva y tienen comunicación sexual sólo con el padre o sólo con la madre.

Para probar la hipótesis se utilizó el estadístico de chi cuadrado, obteniéndose un valor de **$X^2c = 40.471$** y un valor **$p = 0.000 < \alpha = 0.05$,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir, los adolescentes que tienen comunicación sexual sólo con el padre o sólo con la madre presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017.

4.2. DISCUSÍON

Referente a las variables independientes factores asociados se encontró que la media de edad de los adolescentes de la muestra es de 14.61 años con un promedio de dispersión entre cada observación y la media de 1.723, de los cuales el 70% (168) sí iniciaron relaciones sexuales, siendo la edad promedio de inicio de 13.88 años que se encuentra en el grupo de adolescencia media, con un promedio de dispersión entre cada observación y la media de 1. 510, lo cual difiere con los resultados informados por Rojas, Méndez y Montero (Colombia, 2016) que en Colombia encontraron que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes se ubicó en los 15.3 años, es decir a 1.5 años de diferencia. Los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrean consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, siendo esto parte natural del crecimiento, que les da la sensación de ser adultos (12), que probablemente sea uno de los factores que se relaciona con el inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes.

Respecto al género la mayoría 130 adolescentes (54.2%), son de género masculino. Estos resultados difieren de los encontrados por Montalvo (Cuba, 2014), sus hallazgos muestran que predominó el género femenino en el grupo de edad de 13 a 14 años. El género es una construcción cultural que permite estudiar cómo se internalizan las normas culturales por hombres y mujeres, y por consiguiente, cómo se expresan sus prácticas sexuales. Tener en cuenta el género como categoría de análisis permite identificar los determinantes psicosociales de actitudes y prácticas sexuales que pueden perjudicar la salud (13). Asi mismo, se encontró que 11 adolescentes (4.6%) presentan orientación

sexual homosexual, situación que puede explicar la vulnerabilidad que tienen de exponerse a las ITS y otros problemas de salud sexual y reproductiva.

Referente al grado de instrucción, la mayoría 160 adolescentes (66.7%) presentan grado de instrucción bajo, que está acorde con la edad por cuanto la mayoría se encuentran en 1° a 3° de educación secundaria y en promedio se encuentran en la adolescencia media, los padres con mayor frecuencia presentan grado de instrucción bajo, 186 padres de familia (77.5%), asimismo las madres presentan con mayor frecuencia grado de instrucción bajo 217 madres de familia, (90.4%), que incluyen estudios primarios o secundarios completos o incompletos, cuando ambos padres tienen niveles educacionales bajos o medios, es donde un porcentaje mayor de adolescentes hablan de cuidarse, tanto en la iniciación, como en la última relación sexual, probablemente porque tienen mayor permanencia en el hogar que los padres con mayor grado de instrucción, que les permite mayores oportunidades de trabajo fuera del hogar.(15).

En cuanto al tipo de religión, 124 adolescentes (51.3%) profesan religión católica, siendo la práctica religiosa la variable más relacionada con una actitud más conservadora hacia la sexualidad y una menor frecuencia de conductas sexuales de riesgo (19). En lo que se refiere al tipo de familia, la mayoría 150 adolescentes (62.5%) conviven con familia integrada, la familia genera influencia en el comportamiento de cada uno de sus miembros, lo cual influye la actividad sexual de los adolescentes, por cuanto hay mayor oportunidad de interacción entre padres e hijos.(18). Respecto a la comunicación sexual, la mayoría 105 adolescentes (43.8%) reciben información sobre temas sexuales sólo del padre o sólo de la madre.

Respecto a las variables dependientes comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, se encontró que 165 adolescentes (68.8%) presentan

comportamiento de alto riesgo, es decir la mayoría. Esto se explica porque los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrean consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, siendo esto parte natural del crecimiento, que les da la sensación de ser adultos (12).

Entre los comportamientos de alto riesgo de salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la muestra se encontró que 149 adolescentes (62.1%) refieren relaciones sexuales con penetración, 122 adolescentes (50.8%) no usaron preservativo en la primera relación sexual con penetración, 146 adolescentes (60.9%) refieren frecuencia de uso de preservativo pocas veces o nunca, lo cual indica que los adolescentes en su mayoría presentan comportamientos de alto riesgo.

Respecto al número de parejas la mayoría 112 adolescentes (46.6%) presentan solo una pareja. Referente a las relaciones sexuales con penetración con parejas ocasionales 56 adolescentes (23.4%) refieren que, sí las tienen, de los cuales 38 adolescentes (15.9%) usan pocas veces o nunca preservativo con parejas ocasionales. Este tipo de relaciones es muy común en adolescentes, ya que buscan conocer y experimentar, consiste en relaciones de corta duración, es decir ocasionales, una relación donde no se llegan a conocer lo suficiente como para poder construir algo más serio, conocerse más y lograr un respeto mutuo. Más aún si no tienen información oportuna y verídica acerca de las diversas alternativas de anticoncepción y prevención de ITS, muchos de ellos cometen errores por una inadecuada información ya sea por vergüenza, temor no acuden por ayuda, en otros casos simplemente se observa la omisión (8).

Así mismo se encontró que 144 adolescentes (60%) refieren tener relaciones sexuales con sexo oral. Las prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección contienen un gran riesgo de infección generalmente son más susceptibles más mujeres que los varones, a ello se suma el desconocimiento que poseen sobre este riesgo, tienen prácticas sexuales por vías no naturales a fin de experimentar no solo ocasionando un posible daño físico sino también daño psicológico al no sentir lo que esperan o ser un acto desagradable (8).

Los resultados del análisis bivariado evidencian que se acepta la hipótesis N° 1 que indica que los adolescentes que han iniciado relaciones sexuales presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.000), es así que se encontró 161 adolescentes (67.1%) que presentan comportamiento de alto riesgo y con inicio de relaciones sexuales. Estos resultados difieren de los encontrados por Rojas (Perú, 2010) de 152 adolescentes, solo 20 manifestaron haber iniciado relaciones sexuales, es decir el 13.2%, 40% siempre se protege con preservativo.

Esto se explica porque el adolescente tiende a querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas, el iniciar precozmente relaciones sexuales pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo, el no estar preparado para este tipo de experiencias intimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea tanto negativa como positiva, a esto se agrega el entorno que rodea al adolescente (8). Así mismo, la subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias, será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños poco significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables (21).

Igualmente se acepta hipótesis N°2, que dice los adolescentes de la etapa de adolescencia temprana presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p= 0.000), resultados que son similares a los encontrados por Rojas (Perú, 2010) que encontró que de 152 adolescentes el 65% corresponden al grupo de 12 y 15 años, es decir entre adolescencia temprana y media. El inicio precoz de las relaciones sexuales representa alta probabilidad de embarazo precoz, el mismo que incrementa los riesgos derivados de la maternidad, pues sus organismos no están suficientemente maduros para tener hijos. Cuanto más joven es la niña al quedar embarazada, mayores son los riesgos para su salud (10).

Así mismo, se acepta la hipótesis N° 3 que dice las adolescentes de género femenino presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.019), resultados similares a los informados por Romero (España, 2014) que encontró que el uso de preservativo en las prácticas sexuales sucesivas, fue utilizado siempre por los varones (32.3%) que por las mujeres (27.5%). En relación al número de parejas sexuales, encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros, con mayor porcentaje en los hombres activos sexualmente con 8 o más parejas en el 32.2% y las mujeres con el 13.7%. Respecto a las parejas ocasionales también encontró diferencias estadísticamente significativas con mayor porcentaje en los varones (74.4%) que en las mujeres (55.2%). por lo que se afirma que es mayor el riesgo de embarazo precoz, ITS, VIH/SIDA, constituyéndose la propia tasa de fecundidad en la adolescencia en un indicador de discriminación de género, esto obedece a varios factores que usualmente actúan simultáneamente: primero, porque los hombres tienen más facilidades para eludir su responsabilidad; segundo, porque la responsabilidad de la prevención se le imputa de modo más fuerte a la mujer; tercero, por los prejuicios y estereotipos sociales que recaen en las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo en la adolescencia, finalmente quienes resultan más

afectadas por las consecuencias del embarazo precoz no deseado son las mujeres. Se reconoce como un factor de riesgo reproductivo y social que la madre tenga menos de 20 años, el embarazo adolescente se ha relacionado con ciertos riesgos: probabilidades altas de pérdidas uterinas, mortalidad y morbilidad infantiles y complicaciones obstétricas y en el puerperio para la madre (2).

Por el contrario no se acepta la hipótesis N° 4 que dice los adolescentes de orientación sexual homosexual presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p=0.105), estos resultados son similares a lo encontrado por Romero (España, 2014) que encontró diferencias estadísticamente significativas entre las distintas orientaciones sexuales con respecto al uso de preservativo, con mayor porcentaje entre los heterosexuales (80.0%), seguido por los bisexuales (66.7%) y de los homosexuales (47.6%). Estos resultados podrían explicarse en que la orientación sexual determina la dirección de los intereses eróticos hacia las personas de diferente sexo, del mismo sexo o de ambos sexos. La orientación sexual es un aspecto ineludible relacionado con la identidad sexual, donde la atracción hacia un tipo particular de personas se expresa en las áreas de lo emotivo, romántico, sexual y afectivo (13) y no necesariamente el nivel de riesgo para la salud sexual y reproductiva.

En lo referente a la hipótesis N° 5 se acepta que los adolescentes con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017(p = 0.000), no se encontró estudios similares que permitan comparar los resultados. Estos resultados indican que un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad. Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las

oportunidades de bienestar (14), basado en la comprensión y aplicación de lo aprendido respecto al cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Se acepta también la hipótesis N° 6 que dice los adolescentes con padre/madre con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.007) y (p = 0.001) respectivamente, no se encontró estudios similares que permitan comparar los resultados. Estos resultados se explican probablemente por la carga laboral de los padres (15), que no permiten la presencia del padre o madre en el hogar la mayor cantidad de horas al día para mantener a sus hijos vigilados y en comunicación constante, pues debido al alto costo de la canasta familiar el ingreso mínimo vital no compensa para solventar los gastos en la mayoría de las familias, variable que no se incluyó en el estudio pero que se recomendaría incluirla en posteriores estudios. Los padres son ciertamente los agentes primarios en la socialización de los hijos durante la infancia y la adolescencia, de tal manera que constituyen una fuente importante para la educación sobre sexualidad (17).

Respecto a la hipótesis N° 7, se acepta que los adolescentes con tipo de religión católica presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.003), estos resultados son similares a los informados por Romero (España, 2014), que encontró diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos culturales (religión que profesan) para la variable de la primera relación sexual con penetración, que fue mayor en el grupo de adolescente que profesaan la religión católica. Estos resultados se explican porque la familia, así como las instituciones educativas y religiosas controlan la conducta sexual a través de la vigilancia, el castigo y la estigmatización. En el proceso de socialización, éstos controles son internalizados como normas y se convierten en criterios de autorregulación. La religión constituye un aspecto de creencias y de identidad

social de gran peso en la sexualidad. La convicción (fé) y la frecuencia con que se siguen los rituales religiosos (práctica) son las variables religiosas más estudiadas, siendo la práctica religiosa la variable más relacionada con una actitud más conservadora hacia la sexualidad y una menor frecuencia de conductas sexuales de riesgo (19).

Referente a la hipótesis N° 8 se acepta que los adolescentes con tipo de familia desintegrada presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.000), no se encontró estudios similares que permitan comparar los resultados. Estos resultados se explican considerando que la familia es el núcleo básico de la sociedad, es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye la esencia más primaria del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a la vida. Partiendo de esta base se considera que las actitudes y comportamiento de los adolescentes van a estar determinados en gran medida por el tipo de relación que han establecido con el resto de los componentes de su núcleo familiar, es allí donde ellos desarrollan conocimientos, habilidades y capacidades necesarias vinculadas con su desarrollo físico y espiritual.. El amor auténtico entre los padres, su respeto mutuo, los cuidados que se prodigan, las expresiones de ternura y cariño expresados abiertamente, a vista de los hijos desde los primeros años, sirve de medio educativo más eficaz y provoca necesariamente la atención de los niños hacia relaciones muy serias y bellas entre el hombre y la mujer (20).

En relación a la hipótesis N° 9 se acepta que los adolescentes que tienen comunicación sexual sólo con el padre o sólo con la madre presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.000), estos resultados son similares a lo encontrado por Rodríguez y Álvarez (2006) (15) que encontró que la

conversación de aspectos íntimos de la vida sexual con sus padres dio resultados que reflejan que cuando la comunicación es con ambos padres o con el padre es mayor que cuando lo hacen con la madre. Estos resultados se explican debido a que los cambios y reacciones pueden llevar a los adolescentes a ocultar sus impulsos y conductas sexuales, lo que hace más difícil la comunicación acerca del desarrollo sano de la sexualidad y limita la existencia de relaciones afectuosas y responsables entre los jóvenes y con sus familiares al abordar este aspecto tan importante de la vida. Por ello, la mayoría de las conductas de riesgo sexual de los adolescentes pueden deberse a que no cuentan con la información necesaria para tomar las decisiones más seguras acerca de su comportamiento sexual. (17).

.

4.3. CONCLUSIONES

1. Respecto a los factores asociados se encontró que la mayoría de adolescentes inició relaciones sexuales 168 (70%), la edad media de inicio de relaciones sexuales es de 13.88 años con una desviación estándar de 1.510, la mayoría 130 adolescentes (54.2%), son de género masculino, igualmente la mayoría 160 adolescentes (66.7%) presentan grado de instrucción bajo, 124 adolescentes (51.3%) profesan religión católica.

2. Referente a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, se encontró que 165 adolescentes (68.8%) presentan comportamiento de alto riesgo. Entre los comportamientos de alto riesgo de salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la muestra se encontró que 149 adolescentes (62.1%) refieren relaciones sexuales con penetración, 122 adolescentes (50.8%) no usaron preservativo en la primera relación sexual con penetración, 146 adolescentes (60.9%) refieren frecuencia de uso de preservativo pocas veces o nunca, la mayoría 112 adolescentes (46.6%) presentan solo una pareja. Referente a las relaciones sexuales con penetración con parejas ocasionales 56 adolescentes (23.4%) refieren que tienen relaciones sexuales con penetración, de los cuales 38 adolescentes (15.9%) usan pocas veces o nunca preservativo con parejas ocasionales, 144 adolescentes (60%) refieren tener relaciones sexuales con sexo oral.

3. Los resultados de la prueba de hipótesis evidencian que se acepta la hipótesis N° 1 que indica que los adolescentes que han iniciado relaciones sexuales presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 ($p = 0.000$), se acepta hipótesis N°2, que dice los adolescentes de la etapa de adolescencia temprana presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y

reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p= 0.000), se acepta la hipótesis N° 3 que dice las adolescentes de género femenino presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.019). Por el contrario no se acepta la hipótesis N° 4 que dice los adolescentes de orientación sexual homosexual presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p=0.105), se acepta la hipótesis N° 5 los adolescentes con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017(p = 0.000), se acepta también la hipótesis N° 6 que dice los adolescentes con padre/madre con grado de instrucción bajo presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.007) y (p = 0.001) respectivamente, se acepta la hipótesis N° 7 que los adolescentes con tipo de religión católica presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.003), se acepta la hipótesis N° 8 que los adolescentes con tipo de familia desintegrada presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017 (p = 0.000), se acepta la hipótesis N°9 que los adolescentes que tienen comunicación sexual sólo con el padre o sólo con la madre presentan comportamientos de alto riesgo para la salud sexual y reproductiva en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017(p = 0.000).

.

4.4. RECOMENDACIONES

1. A las instituciones educativas, instituciones de salud y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales:
   - Elaborar programas con actividades en conjunto que permitan mayor cobertura para la educación de los adolescentes respecto a temas en salud sexual y reproductiva, utilizando además de los servicios que prestan, los medios de comunicación masivo como radio, televisión, redes sociales y otros.
   - Incluir a los padres de familia en los programas de educación para la salud sexual y reproductiva para facilitar la comunicación con sus hijos adolescentes y buscar vías que fortalezcan los vínculos y comunicación de la familia con los adolescentes.

2. A la Facultad de Enfermería:
   - Investigar acerca de los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva utilizando otros diseños de investigación con enfoque cuantitativo, cualitativo y mixto. Así mismo considerar variables tales como Ocupación del padre/madre, comportamientos de riesgo de salud sexual y reproductiva según género.

3. A la comunidad en general:
   - Mantener comunicación sexual constante y permanente con los adolescentes ya que constituye un medio para que ellos estén informados, orientados y resolver dudas propias de la edad.
   - En el caso particular de la comunicación de padres e hijos es fundamental la discusión de temas sexuales permanentemente para que adopten conductas de protección para la salud, como el uso del condón desde la primera relación sexual y la abstinencia.

4.5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. El poder de 1.800 millones los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. [libro electrónico]. El Estado de la Población Mundial 2014; [Consultado: 10 de Abril de 2017]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf.

2. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. [libro electrónico]. Perú: Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar?; [Consultado: 12 de Mayo de 2017]. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/271_3.pdf.

3. Dirección Regional de Salud Loreto. [base de datos en Internet]. Iquitos: DIRESA-LORETO. 2013 [acceso 6 de Marzo 2017]. [aprox. 42 p.]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolecente/reunion_r/DIRESA-LORETO.pdf.

4. Campo-Arias A, Ceballo GA y Herazo E. Prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [citado 2017 Marzo 18]. 18(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_05.pdf.

5. Romero E. Análisis de variables relacionadas con el comportamiento sexual juvenil en la ciudad Autónoma de Melilla. [Tesis]. España:

Universidad de Granada. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014. Disponible en: https://hera.ugr.es/tesisugr/24583194.pdf.

6. Montalvo AE. Comportamientos y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Correo Científico Médico [Internet]. 2014 [citado 2017 Marzo 11]. 18(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300003.

7. Rojas M, Méndez R, Montero L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. Hacia promoc. salud [Internet]. 2016 [citado 2017 Mayo 22]. 21(1): 52-62. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a05.pdf.

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]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2011. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1302/1/rojas_lr.pdf

9. Gutiérrez Baró E. Adolescencia y Juventud: Concepto y Características. [Sitio en Internet] Docplayer.es. Disponible en http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j3ShO-vqxwgJ:docplayer.es/8833970-Adolescencia-y-juventud-concepto-y-caracteristicas.html+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe. Acceso el 31 diciembre 2016.

10. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia. [libro electrónico]. Honduras: UNICEF; 2011 [Consultado: 1 Noviembre 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf.

11. Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. Ginebra: Programas y proyectos; c2016 [actualizado 7 marzo 2016; consultado 11 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

12. Gómez E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [Internet]. 2008 [citado 2017 Abril 10]. 10(2). Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387006.pdf

13. Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. Ginebra: Centro de Prensa; 2015 [actualizado agosto del 2015; consultado 11 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/

14. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3570/1/Osorio_ar.pdf

15. Rodríguez A, Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 2017 Junio 18]. 32(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu08106.htm#asterisco

16. Robles SS, Guevara Y, Pérez YY, Hermosillo A. Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. Psicología y Salud [Internet]. 2013 [citado 2017 Julio 7]. 23(2):227-239.

Disponible en: https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Silvia%20Susana%20Robles%20Montijo.pdf

17. Benavides RA. Comunicación y creencias sexuales en padres de adolescentes. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería; 2003. Disponible en: http://eprints.uanl.mx/6741/1/1080124373.PDF

18. Uribe JI, Covarrubias KY, Andrade P. La cultura sexual de los adolescentes colimenses aspectos característicos de la cultura local. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas [Internet]. 2008 [citado 2017 Julio 10]. Época II. Vol. XIV (28):61-95. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/316/31602804.pdf

19. Moral J. Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. Revista colombiana de psicología [Internet]. 2010 [citado 2017 Julio 11]. 19(1):45-59. Disponible en: http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/9746/16947

20. Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 2017 Junio 20]. 37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011

21. Rosabal E, Romero N, Gaquín K, Hernández RA. Conductas de riesgo en adolescentes. Rev. Cubana Med Mil [Internet]. 2015 [citado 2017 Mayo 18]. 44(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010

22. Campero L, Atienzo EE, Suárez L, Hernández B, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México [Internet]**.** 2013 [citado 2017 Abril 18].149: 299-307. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf

23. Luces AM, Tizón E, Porto M, Fernández C. La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. Revista de Enfermería ene [Internet]**.** 2014 [citado 2017 julio 25]. 8 (2). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/419/educacionsexual.

24. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 36

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	PREGUNTA
Factores	Constituye la variable independiente y consiste en circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud sexual y reproductiva (factores protectores) o una mayor probabilidad de daño a la salud a la salud sexual y reproductiva (factores de riesgo).	Inicio de relaciones sexuales	1. Si 2. No	Nominal	¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez o la tiene?
		Edad de inicio de relaciones sexuales	1. No inició 2. Adolescencia temprana: 10 a 13 años 3. Adolescencia media: 14 a 16 años 4. Adolescencia tardía: 17 a 19 años	Nominal	Si ha tenido relaciones sexuales ¿a qué edad la tuvo?
		Género Se refiere la suma de	1. Femenino 2. Masculino	Nominal	¿Cuál es su género?

		valores, actitudes, roles, prácticas, o características culturales basadas en el sexo.			
		Orientación sexual Se refiere a la atracción emocional, romántica o sexual que el adolescente siente hacia otra persona	1. Heterosexual 2. Homosexual	Nominal	¿Cuál es su orientación sexual?
		Grado de instrucción máximo del adolescente Es el grado de instrucción formal máximo alcanzado por el adolescente	1. Grado de instrucción bajo 2. Grado de instrucción alto	Nominal	¿En qué grado de estudios está?
		Grado de instrucción del padre/madre Se refiere al grado formal de instrucción máximo alcanzado por el padre/madre del adolescente	1. Grado de instrucción Bajo 2. Grado de instrucción alto	Nominal	¿Hasta qué año estudió su padre? No estudió Primaria completa o incompleta Secundaria completa o incompleta Superior o instituto completo o incompleto

					¿Hasta qué año estudió su madre? No estudió Primaria completa o incompleta Secundaria completa o incompleta Superior o instituto completo o incompleto
		Tipo de religión Se refiere al tipo de religión que profesa el adolescente. Se	1. Católica 2. Otras religiones	Nominal	¿Cuál es el tipo de religión en la que cree o practica?
		Tipo de familia Se refiere a la convivencia con sus padres y el cumplimiento de sus funciones como jefes de hogar	1. Familia integrada 2. Familia desintegrada	Nominal	¿Con quién o quiénes vive permanentemente?
		Comunicación sexual Se refiere a la información que reciben los adolescentes de su padre o madre	1. Sólo padre o sólo madre 2. Ambos	Nominal	¿Quién (es) le habló sobre temas de sexualidad?

		sobre temas acerca de las ventajas y desventajas de tener relaciones sexuales, formas de evitar el riesgo de contraer ITS/SIDA y embarazos no deseados.			
Comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva del adolescente	Constituye la variable dependiente del estudio y se refiere a la exposición voluntaria o involuntaria del adolescente, que pueden ocasionar daños a su salud sexual y reproductiva o a la de otra persona	Considera los indicadores de relaciones sexuales con penetración, uso de preservativo o condón en la primera relación sexual, frecuencia de uso de preservativo, número de parejas sexuales, relaciones sexuales con parejas ocasionales, frecuencia de uso de preservativo con parejas ocasionales y relaciones sexuales con sexo oral que determinan el comportamiento de riesgo sexual y	1.Comportamientos de alto riesgo: 8 a 18 puntos 2. Comportamientos de bajo riesgo: 0 a 7 puntos	Nominal	¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración? Cuando tuvo su primera relación sexual con penetración ¿Usó preservativo? A lo largo de su vida sexual activa ¿Con que frecuencia usa preservativo? Desde que inició su vida sexual activa y hasta el día de hoy ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? ¿Ha tenido relaciones

		reproductivo para lo cual se determinó una puntuación que determina el comportamiento de riesgo			sexuales con penetración con parejas ocasionales, es decir, con personas a las que no conocía o conocía poco? Si ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, es decir, con parejas a las que conocía poco o simplemente no conocía ¿nos podría decir con qué frecuencia a usado preservativo en este tipo de parejas? ¿Ha tenido relaciones sexuales con sexo oral? Cuando ha tenido relaciones sexuales con sexo oral ¿Ha usado preservativo?

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 02

FACTORES ASOCIADOS A LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRE/MADRE O TUTOR

Estimados Padre/Madre y/o Apoderados:

La presente es para comunicarle que su hijo(a) ha sido seleccionado para participar en el estudio de investigación titulado **"Factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017",** con el objetivo de establecer los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017, presentado por nosotras las Bachilleres en Enfermería Nora Karlita MENDOZA SANDY, Kate Tiare Nathaly PEREZ RAMIREZ y Mariana Alejandra YALTA VARGAS, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia, con fines de optar el título profesional de Licenciadas en enfermería

Este formulario de consentimiento explica el estudio de investigación. Por favor, léalo detenidamente, si tiene dudas Ud. puede preguntar en cualquier momento por los medios de contacto que más abajo se detallan. La participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria.

Este estudio de investigación está dirigido a adolescentes de 10 a 19 años de edad de la I.E.P. Simón Bolívar, de educación secundaria de los turnos de mañana y tarde. Participaran un total de 240 adolescentes.

Si Usted autoriza a su hijo/a para participar en este estudio, se le pedirá que haga lo siguiente: leer y contestar un cuestionario con respuestas honestas sobre los factores y los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, previo asentimiento del mismo. El llenado de los cuestionarios será con lápiz. El tiempo de cada cuestionario es de 25 minutos aproximadamente, en las instalaciones de la I.E.P. Simón Bolívar.

Si Usted no desea que su que su hijo/a participe no implicará sanción. Además, su hijo/a tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Cabe destacar que no existe ningún riesgo de daño físico o mental para su hijo/a por su participación. Si él/ella lo desea puede dejar de participar sin que signifique sanción para él o Usted. En este estudio no se obtendrán beneficios personales, sin embargo, los resultados del presente estudio servirán para entender cuáles son los factores que hacen que los adolescentes se expongan a riesgos para la salud sexual y reproductiva y de esta manera permitir a las investigadoras recomendar la creación de programas de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevenir los comportamientos de riesgo.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato de su hijo/a, estos datos serán organizados con un número asignado a cada adolescente, los datos estarán disponibles sólo para las investigadoras y se mantendrá en completa reserva. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y

publicaciones dentro de revistas científicas. Además, se entregará a la Institución Educativa, un informe con los resultados globales sin identificar el nombre de los /as participantes.

La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente. Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación, podrá contactarse con la Bach. en Enf. Nora Karlita MENDOZA SANDY, al número de celular es el 954604284 durante cualquier hora del día.

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRE/MADRE O TUTOR

Yo……...……..….,DNI:……,acepto que mi hijo/a..…… participe voluntaria y anónimamente en la investigación **"Factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017",** con el objetivo de establecer los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017, presentado por las Bachilleres en Enfermería Nora Karlita MENDOZA SANDY, Kate Tiare Nathaly PEREZ RAMIREZ y Mariana Alejandra YALTA VARGAS, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia, con fines de optar el título profesional de Licenciadas en enfermería.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se le solicitará a mi hijo/a.
Autorizo que mi hijo/a participe para lo cual debe:

1. Leer y contestar un cuestionario con respuestas honestas sobre los factores y los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, previo asentimiento del mismo. El llenado de los cuestionarios será con lápiz. El tiempo de cada cuestionario es de 25 minutos aproximadamente, en las instalaciones de la I.E.P. Simón Bolívar.

SI ☐ **NO** ☐

Declaro haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar de mi hijo/a o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por las investigadoras, las resguardaran y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

_____	_____
Nombre padre/madre y/o Tutor	Nombre Investigador
_____	_____
Firma	Firma

Fecha: …….

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 03

FACTORES ASOCIADOS A LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

ASENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN

La presente es para comunicarle que Ud. ha sido invitado(a) a participar en la investigación **"Factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017",** con el objetivo de establecer los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017, presentado por nosotras las Bachilleres en Enfermería Nora Karlita MENDOZA SANDY, Kate Tiare Nathaly PÉREZ RAMIREZ y Mariana Alejandra YALTA VARGAS, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia, con fines de optar el título profesional de Licenciadas en enfermería. Ud. ha sido seleccionado por que cumple los criterios de inclusión:

- Adolescentes matriculados en la I.E.P. Simón Bolívar en el año 2017
- Adolescentes sin aparentes trastornos físicos o mentales que le impidan diligenciar los cuestionarios.
- Adolescentes de 10 a 19 años de edad

La investigadora responsable de este estudio es la Bach. en Enf. Nora Karlita MENDOZA SANDY, al número de celular es el 954604284 durante cualquier hora del día.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Participación: Su participación consistirá en leer y contestar un cuestionario con respuestas honestas sobre los factores y los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva. El llenado de los cuestionarios será con lápiz. El tiempo de cada cuestionario es de 25 minutos aproximadamente, en las instalaciones de la I.E.P. Simón Bolívar. El cuestionario abarcará varias preguntas acerca de factores como inicio de relaciones sexuales, grado de instrucción de los adolescentes y de su padre/madre o tutores, tipo de familia, tipo de religión, comunicación sexual y sobre comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva.

La encuesta será aplicada en las instalaciones del I.E.P. Simón Bolívar.

Riesgos: Su participación no implica riesgo de daño físico o mental.

Beneficios: Ud. no recibirá ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, su participación permitirá generar información para entender cuáles son los factores que hacen que los adolescentes se expongan a riesgos para la salud sexual y reproductiva y de esta manera permitir a las investigadoras recomendar la creación de programas de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevenir los comportamientos de riesgo.

Voluntariedad: Su padre/madre o Tutor conoce esta investigación y ha autorizado su participación. Sin embargo, sólo participará si quiere hacerlo. Además, tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para Ud.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Los cuestionarios serán

anónimos y los datos sólo serán utilizados y resguardados por las investigadoras.

Conocimiento de los resultados: Tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, al finalizar el estudio se hará llegar una copia en físico al Director de la I.E.P. Simón Bolívar.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Bach. En Enf. Nora Karlita MENDOZA SANDY, al número de celular es el 954604284 durante cualquier hora del día.

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____,
acepto participar voluntariamente en el estudio **"Factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017",** con el objetivo de establecer los factores asociados a los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la I.E.P. Simón Bolívar, Iquitos 2017, presentado por las Bachilleres en Enfermería Nora Karlita MENDOZA SANDY, Kate Tiare Nathaly PEREZ RAMIREZ y Mariana Alejandra YALTA VARGAS, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia, con fines de optar el título profesional de Licenciadas en enfermería.

Declaro que he leído y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

_____ _____

Firma Participante Firma Investigadora Responsable

Lugar y fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte.

ANEXO N° 04

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES (CFRSR)

INSTRUCCIONES

Usted está participando en una investigación que estudia diversos aspectos sobre la salud sexual y reproductiva en adolescentes. Sus respuestas se valorarán grandemente y nos ayudarán a entender más sobre los problemas sexuales y reproductivos en los/as adolescentes, así como en sus comportamientos.

El estudio es completamente confidencial y anónimo, no escriba su nombre en este cuestionario. Nadie sabrá lo que ha escrito. Responda a las preguntas basándote en su propia vida.

Su participación en esta encuesta es voluntaria. El que responda a las preguntas o deje de hacerlo no va a afectarle. Si no se siente cómodo respondiendo a una pregunta concreta, la puede dejar en blanco.

Las preguntas en las que se pide que hable de su vida personal serán utilizadas únicamente para describir el tipo de estudiante que participa en la encuesta. No se va a utilizar esta información para tratar de averiguar quién es Ud. Jamás se dará a conocer la identidad del participante.

Lea cada una de las preguntas y encierre en un círculo la alternativa que considere correcta. Cuando termine, siga las instrucciones de la persona que le ha entregado el cuestionario.

I. DATOS GENERALES

1.1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?:……

II. FACTORES ASOCIADOS

2.1. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez o la tiene?

1. Si
2. No

2.2. Si ha tenido relaciones sexuales ¿a qué edad la tuvo?

Rpta.:……..

2.3. ¿Cuál es su género?

1. Masculino
2. Femenino

2.4. Orientación sexual

1. Heterosexual (relación con diferente sexo).
2. Homosexual (relación con el mismo sexo).

2.5. ¿En qué grado de estudios está?

Rpta.:……..

2.6. ¿Hasta qué año estudió su padre?

1. No estudió
2. Primaria completa o incompleta
3. Secundaria completa o incompleta
4. Superior o instituto completo o incompleto

2.7. ¿Hasta qué año estudió su madre?

1. No estudió
2. Primaria completa o incompleta
3. Secundaria completa o incompleta
4. Superior o instituto completo o incompleto

2.8. ¿Cuál es el tipo de religión en la que cree o practica?

1. Católica
2. Otras religiones

2.9. ¿Con quién o quiénes vive permanentemente?

1. Familia integrada (Padre y madre)
2. Familia desintegrada (Solo padre o solo madre u otros)

2.10. ¿Quién le habló sobre temas de sexualidad?

1. Sólo padre o sólo madre
2. Ambos

Muchas gracias por su participación

OBSERVACIONES:…….
……..……..……..……
……
……
…….

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 05

ESCALA DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (ECRSSR)

A continuación, va a encontrar algunas preguntas un tanto delicadas que debe leer con mucha atención y que debe responder con la mayor veracidad y sobre todo con confianza ya que su respuesta no será revelada a nadie, considera que solo existe una respuesta por cada pregunta que presente opciones. Muchas Gracias.

*No aplica= No tuvo nunca relaciones sexuales

N°	Preguntas	Si	No	*No aplica
1	¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración?			
2	¿Cuándo tuvo su primera relación sexual con penetración ¿Usó preservativo?			
3	¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración con parejas ocasionales, es decir, con personas a las que no conocía o conocía poco?			
4	¿Ha tenido relaciones sexuales con sexo oral?			
5	A lo largo de su vida sexual activa ¿Con que frecuencia usa preservativo?			
6	Si ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, es decir, con parejas a las que conocía poco o simplemente no conocía ¿nos podría decir con qué frecuencia a usado preservativo en este tipo de parejas?			
7	Cuando ha tenido relaciones sexuales con sexo oral ¿Ha usado preservativo?			
8	Desde que inició su vida sexual activa y hasta el día de hoy ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?			

Muchas gracias por su participación

OBSERVACIONES:…….

……..……..……..……..……

……..……