



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)

E.P.G

ESCUELA DE POSGRADO FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIDAD DE POSGRADO

TESIS

Conocimiento sobre salud Sexual/reproductiva y comportamiento Sexual en adolescentes del distrito de Lircay - Huancavelica

Línea de investigación: Gestión del cuidado

PRESENTADO POR:

Bach. Jim Kelvin, SOLANO TACZA

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN:
CIENCIAS DE LA SALUD**

Mención Administración y Gerencia en Servicios de Salud

HUANCVELICA – PERÚ

2018



"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Ante el Jurado conformado por los docentes: **Dra. Olga Vicentina PACOVILCA ALEJO, Dra. Alicia VARGAS CLEMENTE, Dra. Lida Ines CARHUAS PEÑA.**

De conformidad al Reglamento para Optar el Grado Académico de Magister, de la Escuela de Posgrado, aprobado mediante Resolución N° 288-2016-EPG-R-UNH.

El Candidato al **GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD.**

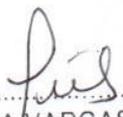
Don: **JIM KELVIN SOLANO TACZA**, procedió a sustentar su trabajo de Investigación titulado **"CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL / REPRODUCTIVA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY -HUANCVELICA"**.

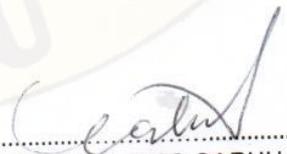
Luego de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los Miembros del Jurado, se dio por concluido al ACTO de sustentación, realizándose la deliberación y calificación, resultando:

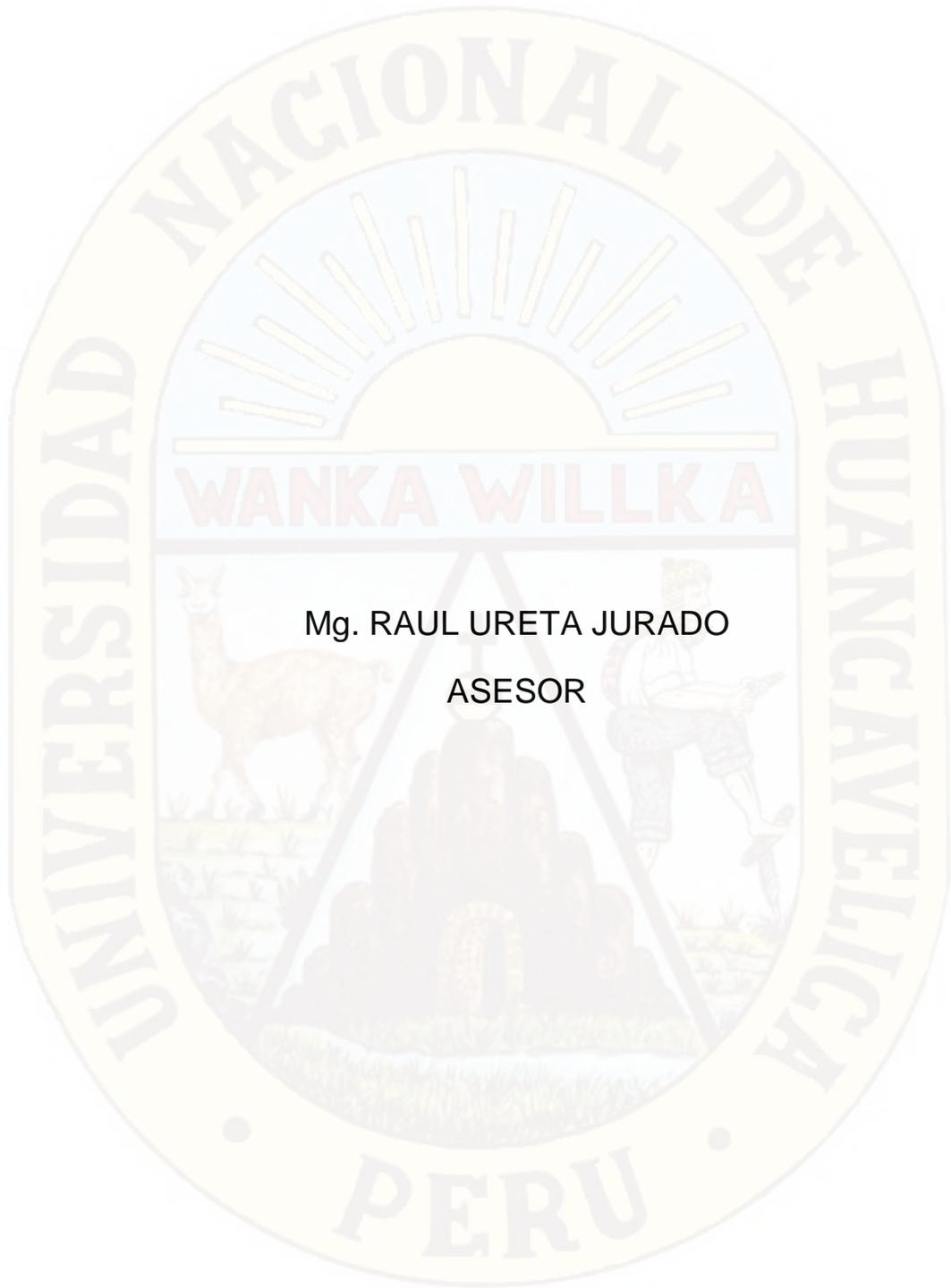
Con el calificado **Aprobado por**
Unanimidad

Y para constancia se extiende la presente ACTA, en la ciudad de Huancavelica, **a los diez días del mes de octubre del año 2018.**


 DRA. OLGA VICENTINA PACOVILCA ALEJO
 Presidente


 DRA. ALICIA VARGAS CLEMENTE
 Secretario


 DRA. LIDA INES CARHUAS PEÑA
 Vocal

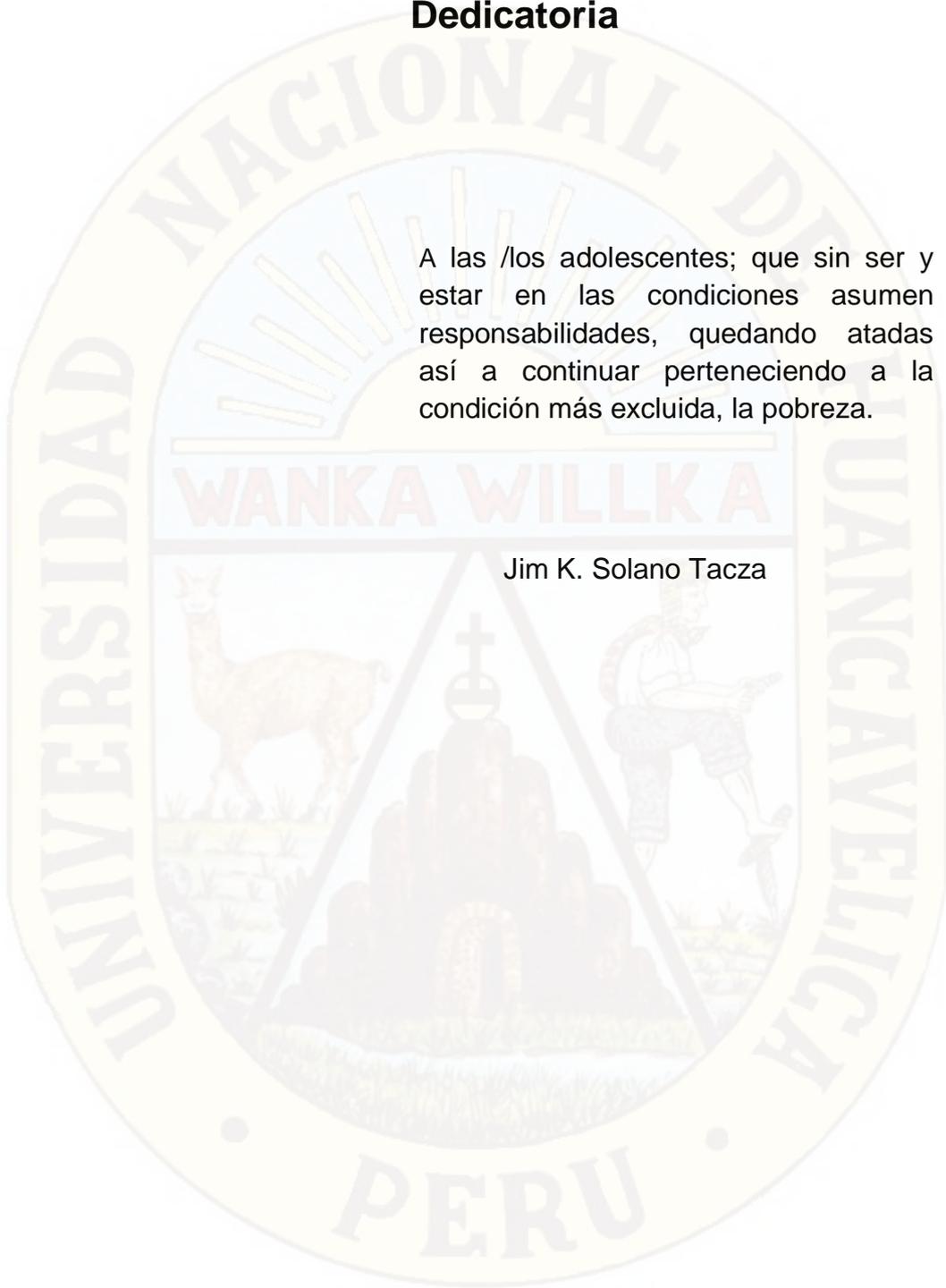


Mg. RAUL URETA JURADO
ASESOR

Dedicatoria

A las /los adolescentes; que sin ser y estar en las condiciones asumen responsabilidades, quedando atadas así a continuar perteneciendo a la condición más excluida, la pobreza.

Jim K. Solano Tacza



Resumen

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica, el estudio realizado utilizó el método específico: descriptivo, estadístico y bibliográfico, incluye a adolescentes ($n = 170$); a quienes se administró el cuestionario, que involucra el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y comportamiento sexual en adolescentes. Obteniéndose que la edad de mayor frecuencia de los adolescentes son los comprendidos entre los 12 a 14 años, 59,4%; el género de mayor frecuencia es el masculino, 55,88% y, femenino 44,12%; 98,82% cuentan con televisión; un 95,29% tienen radio; 95,88% no tiene internet en su casa y un 4,12% cuenta con internet en su casa. El 54,2% adolescentes conocen sobre salud sexual/reproductiva, 42,9% conocimiento parcial; y, 2,9 % de adolescentes conocimiento bajo sobre salud sexual y reproductiva. Un 62,4% adolescentes presentan un comportamiento sexual de riesgo y el 37,6% adolescentes presentan comportamiento sexual de no riesgo. El valor de mayor frecuencia es 51,8% adolescentes conocen sobre salud sexual/reproductiva y comportamiento sexual de riesgo; siendo el de menor frecuencia el 1,2% adolescente con conocimiento bajo y presentan un comportamiento sexual de no riesgo.

No existe relación entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica, es decir la relación es no significativa por presentar un P valor de 0,999 y un coeficiente de correlación de Spearman de 0,000. En gran proporción los/las adolescentes conocen sobre salud sexual/reproductiva y tienen un comportamiento sexual de riesgo.

Palabra clave: Salud sexual, comportamiento sexual, salud del adolescente.

Abstract

To determine the relationship between knowledge about sexual / reproductive health and sexual behavior in adolescents in the district of Lircay - Huancavelica, the study used the specific method: descriptive, statistical and bibliographic, includes adolescents (n = 170); to whom the questionnaire was administered, which involves knowledge about sexual and reproductive health and sexual behavior in adolescents. Obtaining that the age of greater frequency of the adolescents are those between the 12 to 14 years, 59,4%; the most frequent gender is masculine, 55.88% and feminine 44.12%; 98.82% have television; 95.29% have radio; 95.88% do not have internet in their house and 4.12% have internet in their house. 54.2% adolescents with know about sexual / reproductive health, 42.9% partial knowledge; and, 2.9 % of adolescents with low knowledge about sexual and reproductive health. 62.4% of adolescents show risky sexual behavior and 37.6% of adolescents show non-risk sexual behavior. The highest frequency value is 51.8% adolescents have low knowledge about sexual / reproductive health and risky sexual behavior; the least frequent being the 1.2% adolescent, they know and present a non-risk sexual behavior.

There is no relationship between knowledge about sexual / reproductive health and sexual behavior in adolescents in the district of Lircay - Huancavelica, that is, the relationship is not significant because it presents a P value of 0,999 and a correlation coefficient of Spearman of 0,000. In a large proportion, adolescents know about sexual / reproductive health and have a risky sexual behavior.

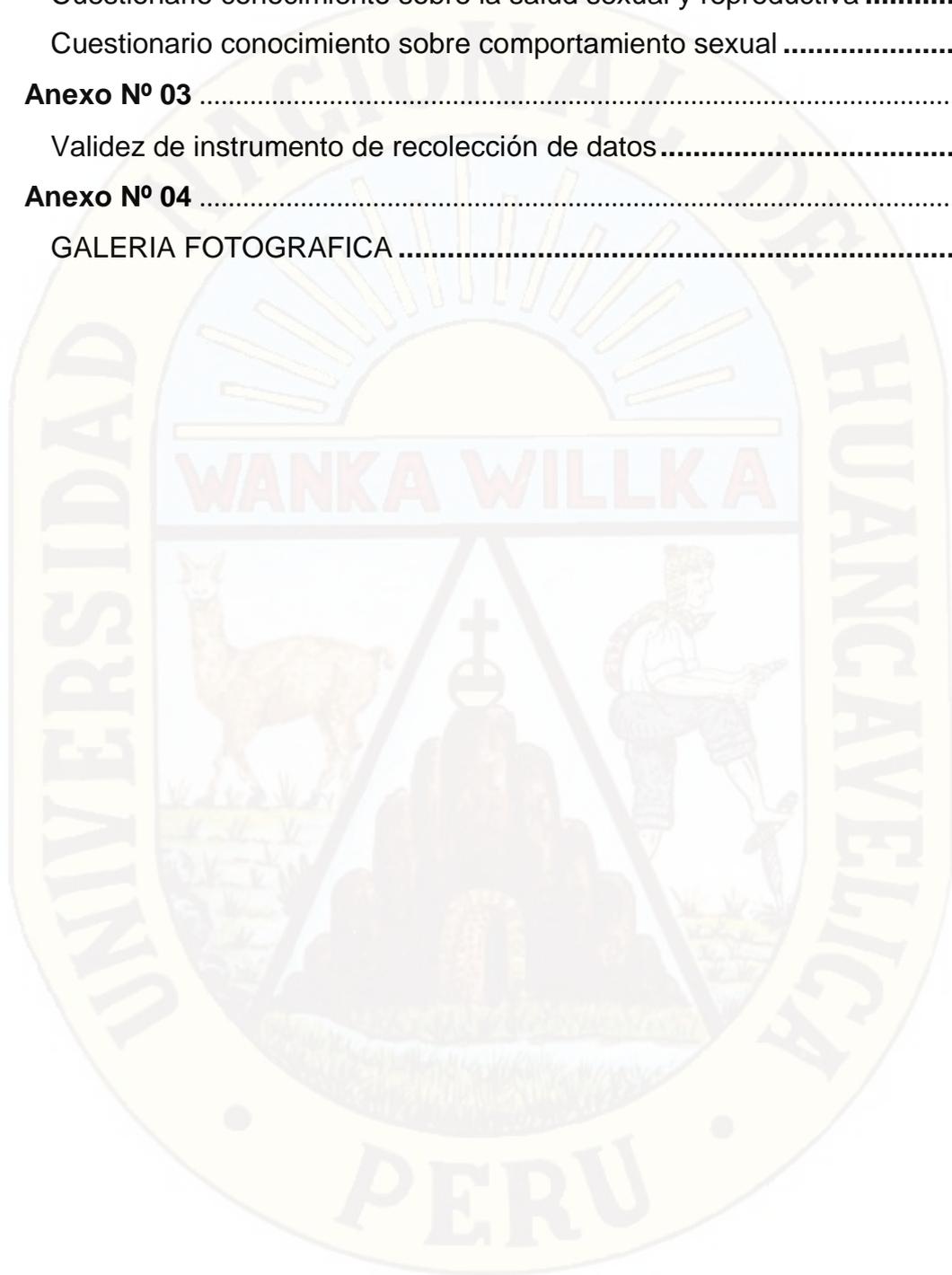
Keyword: Sexual health, sexual behavior, adolescent health.

Índice

Dedicatoria	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de tablas	x
Índice de gráficos	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I	13
EI PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Formulación del problema	21
1.2.1. Pregunta general	21
1.2.2. Preguntas específicas.....	22
1.3. Objetivos.....	22
1.3.1. Objetivo general.....	22
1.3.2. Objetivos específicos	22
1.4. Justificación e importancia	22
CAPÍTULO II	24
MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes de la investigación.....	24
2.2. Bases teóricas	29
2.2.1. Teorías.....	29
2.3. Bases conceptuales.....	35
2.3.1. Adolescencia	35
2.3.2. Factores sociodemográficos	37
2.3.3. Medios de comunicación social.....	37
2.3.4. Salud sexual y reproductiva en adolescentes.....	38

2.3.5. Conocimiento actual sobre la salud reproductiva y la sexualidad de adolescentes y jóvenes.....	40
2.3.6. Experiencia de sexualidad.....	42
2.3.7. Comportamiento sexual.....	46
2.4. Definición de términos.....	51
2.5. Formulación de hipótesis.....	53
2.6. Identificación de variables.....	53
2.7. Definición Operativa de variables e indicadores.....	54
CAPÍTULO III.....	58
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.1. Tipo de la investigación.....	58
3.2. Nivel de investigación.....	58
3.3. Método de investigación.....	59
3.4. Diseño de investigación.....	59
3.5. Población, muestra y muestreo.....	60
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	62
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	62
3.8. Descripción de la prueba de hipótesis.....	62
CAPÍTULO IV.....	63
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	63
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	64
4.2. Proceso de prueba de hipótesis.....	70
4.3. Discusión de resultados.....	72
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	83
ANEXOS.....	87
Anexo N° 01.....	88
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	88
Anexo N° 02.....	89

Cuestionario conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva	89
Cuestionario conocimiento sobre comportamiento sexual	90
Anexo N° 03	91
Validez de instrumento de recolección de datos.....	91
Anexo N° 04	96
GALERIA FOTOGRAFICA	96



Índice de tablas

TABLA Nº 1.	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA.....	64
TABLA Nº 2.	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY.....	66
TABLA Nº 3.	COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA.....	67
TABLA Nº 4.	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA	68

Índice de gráficos

GRÁFICO Nº 1.	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA.....	64
GRÁFICO Nº 2.	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY.....	66
GRÁFICO Nº 3.	COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA.....	67
GRÁFICO Nº 4.	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA	68

Introducción

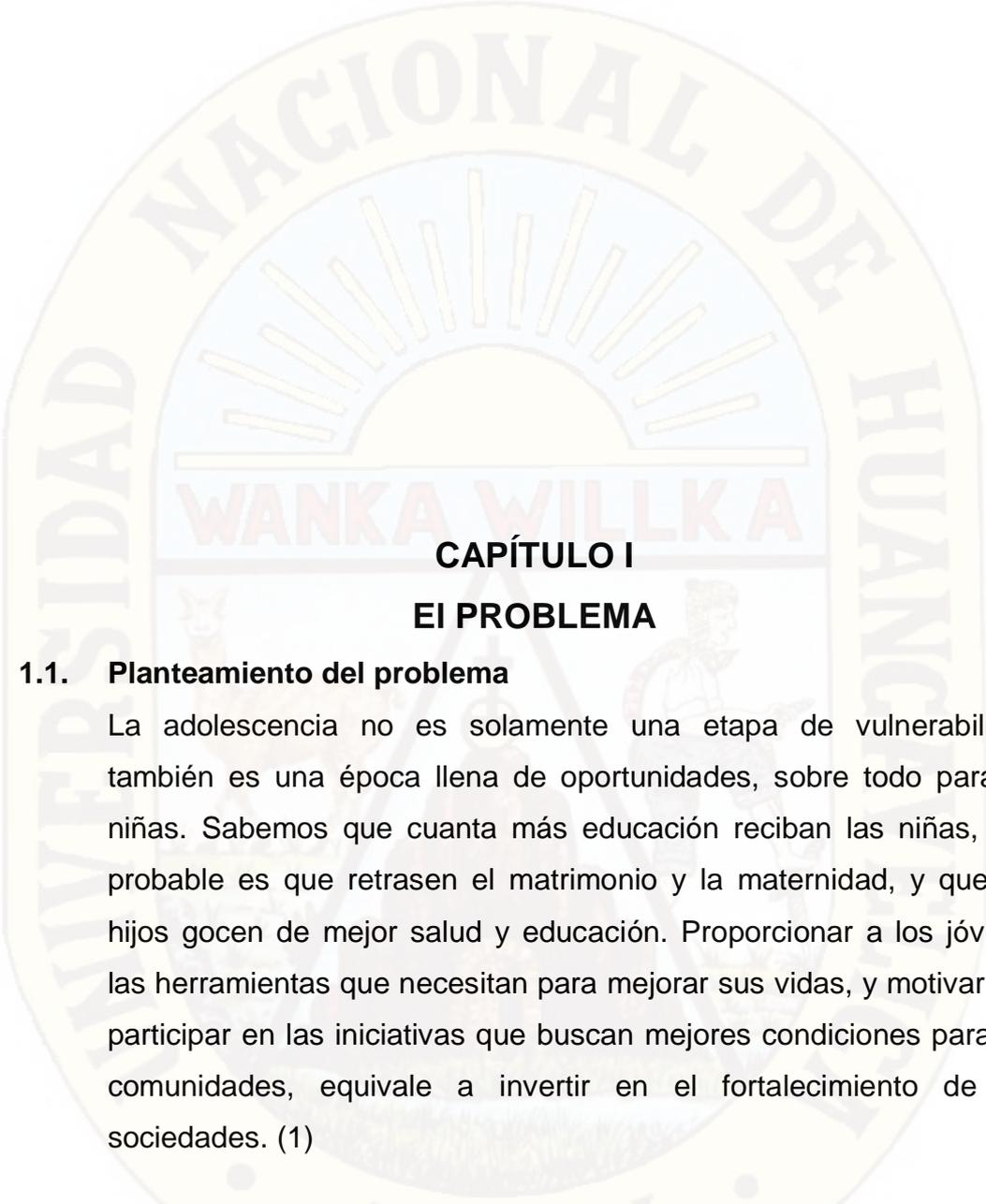
El embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública con diferencias sustanciales entre el mundo subdesarrollado y el industrializado. Los nacimientos en el mundo, corresponde a mujeres que dan a luz entre los 15 y 20 años de edad.

El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para la mujer.

Se sabe que las madres más pobres y con menos escolaridad, no sólo tienen menos oportunidades de obtener trabajos bien remunerados sino sus posibilidades de mejorar a través de matrimonio son muy limitadas. Las adolescentes embarazadas se unen a hombres que no aportan lo suficiente económicamente para mantener a la familia y sus relaciones son inestables. Algunas de las mujeres después de que nace su hijo, se integran a las familias de origen, lo que representa una mayor carga para el grupo familiar.

Por otro lado, la repetición del embarazo en la adolescente contribuye a la reproducción de la pobreza a través de distintos factores: las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de pertenecer a hogares más pobres en consecuencia tienen baja escolaridad y limitada capacitación para su desarrollo personal, en segundo lugar, en los hogares pobres es más frecuente que el embarazo adolescente se repita en las generaciones subsecuentes; como tercer factor refieren que las madres solteras, enfrenten problemas de inequidad con respecto a los hombres, como menor salario y escasa disponibilidad de trabajo.

En efecto, la problemática del embarazo en la adolescente es una puerta de entrada al círculo de la pobreza; y limitada como parte del desarrollo humano; son razones por lo que se abordó el estudio: Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y comportamiento sexual en adolescentes en el Distrito de Lircay-Huancavelica. Y como parte del enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en este grupo de riesgo y para la toma de decisiones en los prestadores de servicios de salud del adolescente y materno perinatal.



CAPÍTULO I

EI PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia no es solamente una etapa de vulnerabilidad; también es una época llena de oportunidades, sobre todo para las niñas. Sabemos que cuanto más educación reciban las niñas, más probable es que retrasen el matrimonio y la maternidad, y que sus hijos gocen de mejor salud y educación. Proporcionar a los jóvenes las herramientas que necesitan para mejorar sus vidas, y motivarlos a participar en las iniciativas que buscan mejores condiciones para sus comunidades, equivale a invertir en el fortalecimiento de sus sociedades. (1)

Es así que el informe del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA: 2014) señala que la maternidad a edad temprana se asocia al matrimonio y a la formación de uniones consensuales a temprana edad. Este tipo de emparejamientos sigue siendo común en África, donde 1 de cada 5 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 19 años está casada o en un tipo de unión. (2)

En los últimos 20 años, los nacimientos fuera del matrimonio han aumentado como proporción del total en muchos países con un nivel de fertilidad bajo e intermedio. Más de la mitad de los nacimientos se produce ahora fuera del matrimonio en Australia y en siete países de Europa, que se han sumado a un grupo de países de América Latina y el Caribe que tradicionalmente han tenido una elevada tasa de nacimientos extramatrimoniales. Por el contrario, este tipo de nacimientos es raro en muchos países de Asia y de África septentrional.(3)

Las medidas encaminadas a fomentar la disponibilidad de anticonceptivos seguros y efectivos y el acceso a los programas de planificación familiar y a la atención a la salud reproductiva han sido esenciales para propiciar apoyo, directo o indirecto, a los programas de planificación familiar, mientras que en 1996 el porcentaje era del 86%. En todas las principales zonas, salvo en África, la prevalencia de los anticonceptivos es, como poco, un 60 % más elevada entre las mujeres dentro del matrimonio o de una unión consensuada. Cuando la prevalencia de los anticonceptivos es baja, las tasas de aborto en condiciones poco seguras tienden a ser altas. Según los cálculos, en 2008, en África, 28 de cada 1.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 44 años recurrieron a abortos de ese tipo, frente a un promedio del 14 % en todo el mundo. En 2008, la tasa más elevada de aborto en condiciones poco seguras (un 28 % o superior) correspondió a África oriental, central y occidental y a América central y meridional. La práctica de ese tipo de abortos muestra no solo la necesidad de contar con medios eficaces para prevenir el embarazo, sino también para mejorar el acceso a servicios para abortar en condiciones de seguridad.(2)

Agrega; que en los países en desarrollo una de cada tres mujeres da a luz al cumplir 20 años, lo que genera que las madres adolescentes enfrenten mayores riesgos durante el parto, así como por un aborto realizando en malas condiciones, pues al menos una cuarta parte de estos, estimados en 20 millones en todo el mundo, corresponden a mujeres entre 15 y 19 años, grupo en el que se producen anualmente 70 mil por legrado mal practicados.(2)

Según reporte el Estado de la Población Mundial 2017, refiere que, en los países en desarrollo, se registran alrededor de tres veces más embarazos entre las adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen al 20% de los hogares más pobres que entre las del 20% que viven en las familias más acomodadas. Además, la tasa de fecundidad de las adolescentes por cada 1.000 mujeres en las zonas rurales duplica, en promedio, la de las zonas urbanas.(4)

Por lo que las mujeres en embarazo precoz destacan el estudio por razones fisiológico y social tienen más probabilidades de morir en el parto, pues se estima que las madres de entre 15 y 19 años duplican la tasa de mortalidad de las jóvenes mayores de 20 años que dan a luz. (4)

En caso de las niñas menores de 15 años, las probabilidades de fallecer en el alumbramiento son cinco veces mayores que en las que tienen más de 20 años.

Las variaciones en las tasas de fecundidad de las adolescentes en un país se deben en parte a la desigualdad del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Las niñas adolescentes no suelen disfrutar del mismo acceso a métodos anticonceptivos que los niños de su edad debido a las políticas discriminatorias, los proveedores de servicios que emiten juicios de valor o las actitudes predominantes respecto al comportamiento aceptable de las niñas. (4)

Un embarazo puede tener consecuencias inmediatas y duraderas para la salud, la educación y el potencial de generar ingresos de una niña, y, con frecuencia, alterará el curso de su vida. El riesgo de muerte materna se duplica en las madres menores de 15 años en los países de ingresos bajos y medianos frente a las mujeres de más edad; este grupo más joven, además, afronta un riesgo considerablemente más elevado de sufrir fístulas obstétricas. (4)

Según ENDES; 2016; considera que la fecundidad ha descendido en la mayoría de los grupos de edad, pero esta se ha dado con mayor intensidad en el grupo de 15 a 19, con el 17,1% y en el grupo de 20 a 24 años de edad con el 12,0% entre los períodos indicados, lo que podría estar indicando que la procreación se está retrasando. • La mediana del intervalo intergenésico, es decir, el valor por debajo del cual ha ocurrido el 50,0% de los nacimientos, experimentó un aumento en los últimos cuatro años, pues pasó de 51,1 meses en el año 2012 a 55,6 meses en el 2015-2016. • El intervalo intergenésico más frecuente con el que han ocurrido los nacimientos en el país en los últimos cuatro años fue de 48 meses o más (58,1%). Cabe señalar que el 28,5% de los nacimientos ocurrieron sin un espaciamiento adecuado, es decir, menos de 36 meses luego del nacimiento anterior. • La brecha de la mediana del intervalo intergenésico fue de 38,5 meses entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (24,8 meses) y las de 30 a 39 años (63,3 meses). (5)

El espaciamiento de los nacimientos también tiene relación con el nivel educativo de las madres, siendo mayor en aquellas con educación superior (59,8 meses) que en las madres con primaria o sin nivel educativo (50,2 y 45,4 meses, respectivamente). Cabe destacar, el aumento del intervalo intergenésico respecto al año 2012 en todos los niveles de educación, principalmente en las mujeres con educación primaria (3,9 meses) y aquellas sin educación y secundaria

(3,2 meses cada una), asimismo en las mujeres pertenecientes al segundo quintil de riqueza (6,0 meses) y quintil intermedio (3,6 meses). Los mayores niveles de espaciamiento se encuentran entre las mujeres del cuarto quintil de riqueza (64,1 meses) y en el grupo de 30 a 39 años de edad (63,3 meses), en el otro extremo, menor espaciamiento se observa, entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (24,8 meses).(5)

Las mujeres comienzan a tener hijas/os a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 14,4% y 15,7% tuvieron su primera hija/o; asimismo, las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años, entre un 31,3% y 33,2%. Al llegar a los 25 años, más del 63,0% de las mujeres habían dado a luz.(5)

Los partos que ocurren a edades tempranas casi siempre terminan con la educación de estas jóvenes madres, su propio bienestar y el de sus hijos. Cuando se hablan de embarazo adolescentes se tiene a pensar que se trata del primer hijo de madre. Sin embargo, no son pocas las mujeres que antes de los 18 años ya tienen más de uno, el 1,1% de esos niños eran segundos hijos. (6)

El porcentaje de adolescente, alguna vez embarazadas, en el Perú no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2015, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6%, respectivamente. En ese período la fluctuación ha sido mínima de 12.5% en el 2011 a 14.0% en el 2013.(7)

Entre 2010 y 2015, hubo un ligero incremento en el porcentaje de mujeres alguna vez embarazada de 15, 16, 17 y 18 años de edad, solo en las mujeres de 19 años de edad este porcentaje se redujo de

33.5% a 28.7%, motivo por lo cual el promedio, para las mujeres de 15 a 19 años, se ha mantenido constante. (7)

El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6% respectivamente para el 2015). Asimismo, es más alta en la selva que en resto de regiones naturales del país, y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3% respectivamente, para el 2015). (7)

El embarazo adolescente es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo primario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1% respectivamente, para el 2015), y es cinco veces más alto entre las mujeres del quintil inferior de riqueza con respecto de las adolescentes del quintil superior (24.9% y 4.9% respectivamente, para el 2015).(7)

Como se señaló anteriormente, el embarazo adolescente es más alto en la selva que en el resto de regiones naturales del país. En 2015, todos los departamentos ubicados en esta región natural tuvieron porcentajes de embarazo adolescente por encima del 20%, mientras que en el otro extremo con menos del 10% de embarazo adolescente están Lima y la provincia de Lima, así como los departamentos ubicados al sur del país (Arequipa, Moquegua y Tacna).(7)

La fecundidad por grupos de edad en Huancavelica tenemos que entre los 15 a 19 años tienen hijos menos de 01 hijo por mujer, en el grupo de 20 a 24 años tenemos que las mujeres tienen un hijo, en el grupo de 25 a 29 años tienen dos hijos por mujer, en el grupo de 30 a 34 años las mujeres tienen 03 hijos, en el siguiente grupo, que son de 35 a 39 años es de 04 hijos, en el grupo de 40 a 44 años es de 5 hijos y en el grupo de 45 a 49 años es de 6 hijos por mujer.(8)

El embarazo en los jóvenes de esta región se produce sin haber sido deseado y a consecuencia de la total ignorancia y falta de información en el terreno sexual. En las niñas menores de 15 años, en ocasiones ese embarazo temprano ha sido resultado de una violación. Se da muchísimo en esta región que, debido a la incultura, la ignorancia y el miedo, se produzcan en violaciones dentro del entorno familiar por parte de tíos, hermanos e incluso padres. El trauma que viven estas adolescentes es inimaginable, su proyecto de su vida y desarrollo se ve truncado, dejan sus precarios estudios y se ven sometidas a una responsabilidad que las sobrepasa, viéndose obligadas a criar un hijo con muy bajo nivel de formación y escasos recursos. (8)

Por dentro lado, una de las características del comportamiento productivo de las mujeres huancavelicanas, generalmente en la zona rural, es la fecundidad temprana, se traduce en la alta proporción de adolescentes que llegan a ser madres. La información de las mujeres psicosocial; desde el punto de vista de la salud, la temprana nupcialidad se refleja en mayores mortandades asociados a embarazos frecuentes. (8)

El embarazo en adolescentes se considera también un problema de salud pública por su relación estrecha con la salud infantil, los abortos inducidos, los problemas perinatales y las secuelas post natales para los infantes. En consecuencia, los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad esta devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades de la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad. (7)

Por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo. (7)

Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Las principales son el aborto, la opción, tener soltera al hijo o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y la sociedad. En caso de optar por tener al hijo, se presenta varias consecuencias, dependiendo de si va a ser madre soltera o va a casarse. (7)

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser menor duración y más inestable, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas formalizan forzosamente por esas situaciones. (7)

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenéricos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Por otro lado, las consecuencias para el hijo de la madre adolescente tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer. (6)

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de “extramatrimoniales” o por sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos. Las consecuencias para el padre adolescente radican en que es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un estrés inadecuado a su

edad en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

En tanto que la salud sexual reproductiva solo puede ser efectivamente por el estado a través de políticas públicas que contemplen un marco de derechos humanos, en donde la maternidad voluntaria y saludable, la autonomía sexual y reproductiva, la decisión informada de las mujeres y el acceso a servicios de calidad, entre otros, sean derechos garantizados, promovidos y protegidos por el estado. Asimismo, es conveniente trascender dentro del marco de salud integral del adolescente.

Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurren a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Este último se puede lograr a través de implementación de programa para padres adolescentes y primerizos, tales como clases de preparación para la paternidad. (7)

Se ha encontrado que es extremadamente importante proporcionar información básica sobre el cuidado y el desarrollo de los niños para ayudar a los padres adolescentes a sentirse más preparados para asumir su nuevo rol. (7)

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica?

1.2.2. Preguntas específicas

1. ¿Cuál es el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva en las/los adolescentes del distrito de Lircay-Huancavelica?
2. ¿Cómo es el comportamiento sexual en las/los adolescentes del distrito de Lircay-Huancavelica?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir las características socio- demográficas de las/los adolescentes del distrito de Lircay-Huancavelica.
2. Identificar el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva en las /los adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica.
3. Identificar el comportamiento sexual en las/los adolescentes del distrito de Lircay-Huancavelica.

1.4. Justificación e importancia

Justificación teórica:

La adolescencia como una etapa importante de la vida de un ser humano, involucra complejos cambios que resultan muchas veces determinantes y casi siempre condicionantes para el establecimiento de la adecuada madurez biológica y social del adulto. Así se ha expresado muy acertadamente:

El desconocimiento y el miedo a la adolescencia son tan grandes, que tiende a descalificar como si no pasara nada, como si fuera una simple etapa de transición. No son niños ni adultos, “tierra de nadie “, y al no entender que sucede o se les abandona o se les pone “grilletas” al desarrollo, con la fantasía de evitar el cambio para ser

más preciosos: o no presta suficiente atención o no se presta las nuevas necesidades.

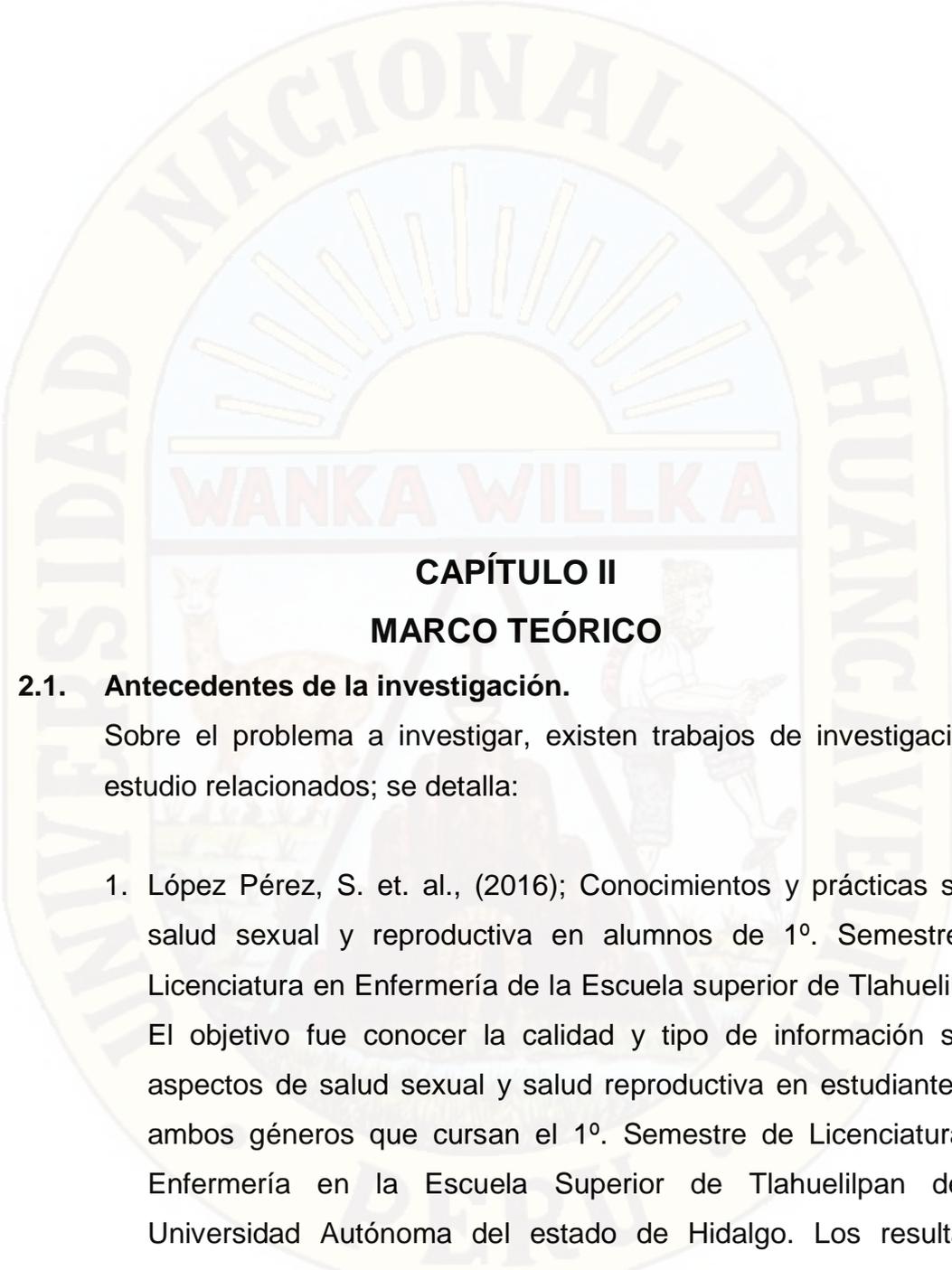
Justificación metodológica

Las investigaciones sobre la salud sexual/reproductiva en la adolescencia, han estado dirigidas tradicionalmente a problemas relacionados con la reproducción, específicamente el embarazo y la maternidad. Menos atención se ha brindado con la sexualidad y por consiguiente existe una ausencia de información desagregada por sexos sobre estos aspectos y su impacto en la salud y las vidas de los adolescentes por lo que se realizó un estudio descriptivo correlacional; las cuales permitan conocer la salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay- Huancavelica.

Justificación práctica

La salud de los adolescentes (10-19 años), es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios; sin embargo, con demasiada frecuencia, las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud excepto cuando su conducta es inadecuada.

Es importante identificar al adolescente como fuente primaria de información, pues él está en condiciones de participar y brindar elementos significativos tanto para la elaboración de programa educativo, preventivo o de orientación, así como en investigación conductuales sobre su vida sexual/reproductiva, con la ayuda técnica que está en actividad requiere.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

Sobre el problema a investigar, existen trabajos de investigación y estudio relacionados; se detalla:

1. López Pérez, S. et. al., (2016); Conocimientos y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en alumnos de 1º. Semestre de Licenciatura en Enfermería de la Escuela superior de Tlahuelilpan. El objetivo fue conocer la calidad y tipo de información sobre aspectos de salud sexual y salud reproductiva en estudiantes de ambos géneros que cursan el 1º. Semestre de Licenciatura en Enfermería en la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Los resultados evidencian la necesidad de introducir en la formación académica, procesos educativos informativos, formativos y preventivos relacionados con la sexualidad, que tengan como ejes principales, una educación para la sexualidad descriptiva, incluyente, desmitificante, que favorezca una nueva actitud ante la sexualidad y el género. (9)

2. Cortés Alfaro A., García Roche R. y Ochoa Soto R., (2015) en su estudio "Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud". El cual tuvo por objetivo: identificar los comportamientos sexuales y el uso del preservativo como medio de protección hacia estas enfermedades en educandos de la Facultad de Tecnología de la Salud del Municipio Cerro. Resultados: los principales resultados fueron: el 91 % de los encuestados tenía vida sexual activa. El 27,05 había tenido más de una pareja al año y el 11,0 % más de una pareja a la vez, un 11,0 % refirió que debían utilizarse dos condones a la vez para su seguridad, solo el 35,0 % refirió que el momento de ponerse el condón era en el momento de la erección. El 51,88 % uso siempre el condón en sus relaciones sexuales, el 61,0 % estuvo en desacuerdo en no utilizar el condón con sus parejas estables. Conclusiones: el comportamiento en cuanto al uso del preservativo o condón para evitar las ITS/VIH/sida fue bajo, un porcentaje alto no estuvo de acuerdo con el uso del condón con sus parejas estables. Momento inadecuado para ponerse el condón en sus relaciones sexuales. (10)
3. Castaño Castrillón, J. J. et. al. (2014); Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8 a 11 grado en una institución educativa de la ciudad de Manizales (Colombia). Cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas sexuales en la población de adolescentes de los grados 8 a 11 de una institución educativa de la ciudad de Manizales (Caldas, Colombia). Resultados: El promedio de edad fue de 16,31 años, de género masculino en un 56,5 %. Presentaron un promedio de 2,9 (sobre 5) de conocimientos en educación sexual, 1,8 en métodos anticonceptivos, 2,4 en embarazo, 3,5 en enfermedades de transmisión sexual, para un promedio total de 2,7. El 91,8 % ha tenido experiencias sexuales, 70,1 % con penetración; 46,6 % no

emplea métodos anticonceptivos; 5 % de las mujeres manifestó que había tenido embarazos; 4,2 % dijo que no ha tenido enfermedades de transmisión sexual. El bajo puntaje de conocimientos correlaciona significativamente con incomodidad en el empleo de métodos anticonceptivos ($p=0.018$), desconocimiento de para qué se emplean ($p=0.019$), no empleo de ellos ($p=0,007$). Conclusiones: Debido al bajo conocimiento en temas de sexualidad y la intensa práctica sexual, esta población se convierte en población de alto riesgo para presencia de embarazos no deseados, de abortos inducidos y de enfermedades de transmisión sexual. (11)

4. Rodríguez C. A., Sanabria R. G., Contreras P. M. E., y Perdomo C. B., (2013); en Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Cuyo Objetivo: mostrar el diseño y resultados de la implantación de una estrategia educativa extracurricular, de tipo participativa, dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en instituciones universitarias cubanas. Resultados: se diseñó una estrategia educativa extracurricular conformada por el componente capacitación y comunicación articulados entre sí y que se desagregan en un conjunto de acciones. Se encontraron deficiencias en la educación sexual, baja percepción del riesgo de un embarazo o de contraer alguna infección de trasmisión sexual, prácticas de cambio frecuente de parejas, tanto en sexo masculino, como el femenino; comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón, unido a poca comunicación entre padres e hijos. Conclusiones: el diseño de la estrategia educativa conduce a fomentar un pensamiento responsable sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes. Su implantación ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes y además, hace que los mismos

una vez egresados de sus respectivos perfiles de formación puedan realizar correctamente actividades de promoción, prevención y educación para la salud en la población donde trabajen. (12)

5. Corona Lisboa, J. y Ortega Alcalá, J. (2013); Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Se realizó un estudio descriptivo y comparativo, de corte longitudinal, de 201 estudiantes entre 11-17 años (de un universo de 220), de un liceo público de la localidad de Quisiro, del municipio de Miranda, en la República Bolivariana de Venezuela, con vistas a evaluar el comportamiento sexual y el conocimiento de infecciones de transmisión sexual, previo consentimiento informado de los padres y de la muestra en cuestión. El análisis de los datos se efectuó con el paquete estadístico SAS R, versión 9.3.1. En los integrantes de la serie, la actividad sexual era bastante común, con predominio de los que la iniciaron activamente entre los 14 y 15 años, poco uso de métodos anticonceptivos, mayor número de parejas sexuales en los varones, así como un mejor conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual en el caso de las chicas.(13)
6. Rodríguez Carrión, J. y Traverso Blanco, C. I. (2012); Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Cuyo objetivo fue describir los comportamientos y prácticas sexuales de los y las adolescentes de 12 a 17 años de edad en Andalucía (2007-2008). Método: La información se recogió mediante un cuestionario anónimo y voluntario, aplicado a una muestra aleatoria estratificada de 2.225 estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria (ESO), en todas las provincias de Andalucía. Resultados: 388 adolescentes (18,2%) refirieron haber

mantenido relaciones sexuales con penetración, sin diferencias estadísticamente significativas entre chicos (18,0%) y chicas (18,5%). Sí se encontró una mayor precocidad de los chicos en la edad de su inicio (14 años frente a 14,4), comienzo en la masturbación (11,3 años frente a 12,7), sexo oral (13,8 años frente a 14,6) y masturbación a la pareja (13,7 años frente a 14,4). También se hallaron diferencias en el número de parejas sexuales (2 los chicos y 1,6 las chicas), mantener relaciones sexuales en la actualidad (menos ellos), haber mantenido relaciones sexuales a través de Internet (más los chicos), haber usado un anticonceptivo en el primer coito (menos los chicos) y conocimiento del doble método y de las infecciones de transmisión sexual (mayor en las chicas). Conclusiones: Uno de cada seis estudiantes de ESO de Andalucía ha mantenido relaciones sexuales con penetración; de ellos, dos tercios las mantienen en la actualidad, sobre todo las chicas. Valorado junto con un escaso conocimiento (menos del 50%) del doble método y de las infecciones de transmisión sexual, nos lleva a considerar necesario incluir la educación sexual como específica dentro del currículo de la enseñanza secundaria. (14)

7. Urgellés Carrera, S. A., Reyes Guerrero, E., Figueroa Mendoza, M. y Batán Bermúdez, Y. (2012). Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Objetivos: determinar el comportamiento sexual en el grupo de estudio e identificar antecedentes de abortos provocados, así como su morbilidad. Resultados: el 42,2 % de las adolescentes se había practicado una interrupción de embarazo, el 50,5 % inició la actividad sexual entre 15-17 años, el 45,9 % no se protege nunca durante las relaciones sexuales y el 54,03 % ha tenido dos parejas sexuales. Conclusiones: el inicio de la actividad sexual precoz, el frecuente cambio de parejas y la práctica de la actividad sexual sin protección expone a las adolescentes a una

serie de riesgos entre ellos el aborto provocado, lo que compromete su salud sexual y reproductiva. (15)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías

2.2.1.1. Teoría del conocimiento

La Gnoseología o teoría del conocimiento es una de las ramas clásicas de la filosofía. Ya los antiguos filósofos griegos la trataron extensamente, llegando a explorar muchas de las sendas posibles: idealismo, empirismo, escepticismo. En la modernidad, la problemática del conocimiento se transformó en una cuestión crucial para el filósofo. La búsqueda de la certeza y la indagación por los límites del conocimiento atravesó toda esta etapa, desde descartes hasta Kant, pasando por Hume y los demás empiristas ingleses. Por lo que en el siglo XVIII aparece una nueva teoría, elaborada por el filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804).(16)

En esta teoría Kant sintetizó ideas del empirismo (basado en la experiencia) y el racionalismo (parte de que las ideas son innatas). La idea central de Kant es: “todo el conocimiento empieza con la experiencia pero no todo el conocimiento procede de la experiencia. “Para Kant hay dos fuentes para obtener el conocimiento la intuición o sensibilidad (es la facultad de recibir representaciones) y el entendimiento o concepto (es la facultad de reconocer un objeto a través de representaciones). Por lo que Kant relaciona estas fuentes como si el empirismo fuese la intuición o sensibilidad receptora y el innatismo que defiende el racionalismo fuese el entendimiento o concepto emisor.(16)

Existía también para Kant un grupo de intuiciones, conceptos a priori (al margen de la experiencia), a los que llamo categorías y que dividió en cuatro grupos: los relativos de cantidad, que son unidad, pluralidad y totalidad; los relacionados con la actualidad,

que son realidad, negación que son sustancia y accidente, causay efecto y reciprocidad; y los que tiene que ver con la modalidad, que son posibilidad, existencia y necesidad.

Por lo tanto, está en la teoría más acertada puesto que combina la experiencia con la razón. En nuestra vida cotidiana nos damos cuenta de que la experiencia es necesaria, pero a su vez también es importante la razón porque si no existirían conceptos como sustancia o causa.

A continuación, aparecen los nombres de algunas corrientes que más se destacaron por sus aportes en este campo.

Principales corrientes de conocimiento (17)

Empirismo: Los empirismos defienden que al nacer nuestra mente es similar a una hoja en blanco, y todos los que hemos aprendido y aprenderemos a lo largo de nuestra vida lo obtenemos a través de la experiencia, pasando previamente por lo sentidos. Mientras que niega la posibilidad de ideas espontaneas. Para los empiristas lo que aprendemos, es decir, el objeto apto para ser conocido tiene prioridad al propio sujeto.

Si se lleva tiene teoría hasta el límite tendría como consecuencia extrema un criticismo radical y pasaría a ser conocido como **escepticismo**, según el cual no existe una verdad firme y segura, y por lo cual critica toda la posición que intenten afirmar la existencia de verdad. Según el escepticismo es imposible la existencia de un conocimiento objeto. Esta clase de pensamiento tiene como ventaja que conduce a “errores” y no está de acuerdo con las actitudes ingenuas, pero, por otro lado, al no afirmar nada sus argumentos acaban entrando en contradicción.

En la teoría sobre la verdad que relacionamos el empirismo es la teoría de “verdad como correspondencia”, que es verdadera cuando se corresponden el hecho y la proposición que describe el hecho.

Los principales representantes del empirismo son John Locke (1632-1704) y David Hume (1711-1776). Además, esta teoría es respaldada por las ciencias experimentales.

Racionalismo: Es el punto de vista contraria al empirismo, pues defiende que los conocimientos que ay en nosotros son innatos, es decir que nacemos con ellos. Según los racionalistas el sujeto tiene mayor importancia que el objeto que se ha de conocer, la principal facultad del sujeto es razón. Esta teoría es partidaria de “la verdad como coherencia”, según la cual una proposición es cierta cuando se correspondía con el estado subjetivo de la persona.

Para los relacionistas existen dos clases de proposiciones: a priori cuando podemos saber si son ciertas sin tener que recurrir a la experiencia; y a posteriori cuando para conocer el valor de verdad hemos de recurrir la experiencia, es decir, una vez que la experiencia haya sucedido.

Llevado al extremo esta teoría tiene como consecuencia un excesivo optimismo y tendría una postura dogmática. El **dogmatismo** proporciona a sus defensores una gran” seguridad “puesto que cree asentarse siempre sobre la verdad, lo que se puede ser positivo, pero a su vez puede ser negativo puesto que no razona sobre la validez de sus ideas, sino que trata de imponerlas. Según el dogmatismo es posible un conocimiento verdadero de las cosas, es decir, que la realidad se puede conocer exclusivamente a través de la razón.

Relativismo: los relativistas defienden la no existencia de verdades absolutas, sino que solo existen verdades relativas. Defienden que dependiendo de las circunstancias una opinión puede ser válida o no serlo. Al depender del punto de vista de cada individuo habrá tantos conocimientos válidos como puntos de vista, por esta razón, el criterio de verdad era muy amplio de dependerá de un punto de vista subjetivo. Esta teoría tiene de positiva que respeta distintos puntos de vista y que rechaza las actitudes dogmáticas.

Esta teoría es frecuente defendida en el campo de la ética y en las ciencias sociales. Y se relacionó con el movimiento sofístico en Atenas, los sofistas griegos cuestionaron la posibilidad de que hubiera un conocimiento fiable y objetivo.

Realismo: podríamos hablar de una cuarta idea que consiste en atenderse a los hechos “tal como son “, sin interpretarlo ya que es una perspectiva acrítica. Para el realismo existe verdad cuando el conocimiento reproduce la realidad, las cosas son tal como las observamos a través de nuestro sentido. Esta teoría no se cuestiona la validez del conocimiento y hace uso del sentido común, al hacer uso del sentido común se dice que es la filosofía que defiende “el hombre de la calle “de las personas realistas. Y también es el punto de vista que tiene muchos de los científicos. La idea principal de esta postura, según los que la defienden es que al conocer nosotros no ponemos nada en el hecho de conocer.

Pero como hemos podido observar ninguna de estas teorías es completamente válida. Ya que el empirismo hace un excesivo uso de la experiencia, y por el contrario la teoría del racionalismo haría un excesivo uso contrario, el innatismo; el relativismo puede llegar a justificar cualquier cosa; y el realismo además de no justificarse adecuadamente es fácilmente manipulable.

2.2.1.2. Teorías del comportamiento

Para el trabajo de promoción de la salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambiarlos.

Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influencia en múltiples niveles (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de casualidad reciproca con un entorno.(18)

- ✓ **Interpersonales.** características individuales que influye en el comportamiento, como los conocimientos, las actitudes, las creencias, los rasgos de personalidad. Por ejemplo, una Adolescente podría posponer el examen del Papanicolaou por vergüenza frente de medico hombre.
- ✓ **Interpersonales.** Procesos interpersonales y grupos primarios como son la familia, los amigos, los iguales; proporcionan identidad social, apoyo y definición roles. un adolescente, por ejemplo, podría no iniciar comportamientos de riesgos por presión de su grupo que refiere deportes.
- ✓ **Institucionales.** Normas, reglamentos políticos en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados. La norma de no fumar en las escuelas puede influenciar en que los adolescentes no empiezan o posponen el inicio del hábito de fumar.
- ✓ **Comunitarios. Redes** y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupo y organización. La presión comunitaria especialmente de los padres en el uso de conductor designado por los jóvenes durante las fiestas

reduce dramáticamente los accidentes de tránsito relacionado en el alcohol.

- ✓ **Políticas públicas. políticas** locales, estatales, federales y leyes generalmente o respaldan acciones saludables, y prácticas para la prevención, detección temprana, control y tratamientos de enfermedades. La ley de no permitir publicidad tabacalera en la televisión y radio o impuestos en los cigarrillos influencia el inicio del hábito de fumar en los jóvenes y adolescentes.

Desde esta perspectiva, son claras las ventajas de intervenciones en múltiples niveles, combinando componentes ambientales y de comportamiento. Por ejemplo, los programas dirigidos a reducir las conductas arriesgadas en los adolescentes tienen más probabilidades de éxito si las comunidades organizan eventos deportivos para Jóvenes, promueven el liderazgo juvenil en programa comunitarios e implementan leyes prohibían la venta de tabaco a menores.

De ello se desprende, también, la importancia de conocer las teorías que explican las conductas de riesgo y que pueden ayudar a diseñar intervenciones que las modifiquen a favor de conducta saludable. Las teorías de la persuasión y modelos también llamadas teorías de la conducta, presenta un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes, y han sido la base de estudios por parte de investigadores de la salud misma que de otras disciplinas. (18)

La utilidad de las teorías es que pueden ayudarnos comprender la índole de los comportamientos de salud a los que se quieren llegar. Pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. A

condicionalmente pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación.(19)

Las teorías y los modelos explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo teorías de la persuasión forman la base para la comunicación en salud y la planificación, implementación y evaluación de programas de salud.(20)

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Adolescencia

Considera a la adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económico” y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas salud, pero, desde el punto de vista de los ciudadanos de la salud reproductiva, adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial (21). En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25%de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegaran a 1.1 millones (22). La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: (21)

A. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionalidad como la menarca.

Psicológicamente al adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vacacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

B. Adolescencia mediana (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, comportamiento valores propios y conflicto con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadores de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

C. Adolescente tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comporta como corresponde al

momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.”

2.3.2. Factores sociodemográficos

Son variables de una persona o un grupo dentro de una estructura social; como su edad, sexo estado conyugal, color de la piel, nivel educacional, zona de residencia y participación en la actividad económica; que condicionan su conducta frente a la fecundidad, la mortalidad, los movimientos migratorios, y por tanto, inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.

Los factores socioeconómicos han sido identificados como importantes determinantes de salud a través de amplios problemas de salud pública; de hecho, la literatura profesional sugiere que los factores socioeconómicos son eslabón para determinar las variaciones de salud entre grupos y sociedades.

2.3.3. Medios de comunicación social

Es todo instrumento o medio que permita y facilite la comunicación entre los seres humanos. Hay medios naturales: gestos, diferentes tipos de lenguaje; visuales: imágenes, iconos, símbolos, señales; convencionales como la escritura con sus alfabetos diversos. Se transmite a través de diversos canales libros, prensa, radio, televisión, videos. El impresionante avance de la técnica moderna ha permitido que los medios de comunicación se perfeccionen y se multipliquen: computación, fax, internet. Se considera que son, en la actualidad, los más poderosos instrumentos para impulsar o modificar la cultura, capaces de construir o destruir.

2.3.4. Salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Salud sexual.

Entendiéndose por salud sexual a la capacidad de disfrutar y expresar nuestra sexualidad sin riesgo de infecciones transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.(24)

Salud reproductiva.

La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia hacerlo. (25)

Por lo que la salud sexual y reproductiva implica el ejercicio de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto a la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

Asimismo, el concepto de salud sexual y reproductiva es definido por el fondo de población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. (26)

Salud sexual y reproductiva de los /las adolescentes

La SSR de la reproducción adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción. (27)

Componentes de la salud sexual y reproductiva:

Fortalecimiento de cada uno de los componentes de la política salud sexual y reproductiva: sexual responsable en adolescentes, maternidad segura, control de la natalidad (planificación familiar), detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, prevención de las ITS y VIH- SIDA, prevención de la violencia domestica u abuso sexual. (28)

A. Maternidad segura:

Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a. para ello, debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, el parto y el puerperio, manejar de los riesgos asociados a la maternidad en las madres y la hija/o y brindar tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir en este periodo.

B. Planificación familiar:

Las estrategias y acciones en cuanto a este tema tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a.

C. Cáncer de cuello uterino

Las acciones en este campo deben dirigirse a la promoción de factores protectores y a la reducción de factores de riesgo, el fomento del autocuidado mediante la realización de citología cérvico -vaginal (CCV) desde el inicio de la vida sexual, la

detección temprana de este tipo de cáncer en servicio de salud mediante CCV en condiciones de calidad, la continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento y el estricto seguimiento al mismo.

D. ITS VIH/SIDA

El trabajo en este campo comprende acciones dirigidas no solo a las poblaciones vulnerables sino a toda la población en su conjunto, relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las ITS y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

E. Violencia doméstica y sexual:

El sistema de salud debe garantizar la atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual, con sistemas adecuados a asesoría y referencia. Así mismo, se deben implementar mecanismos de vigilancia en salud pública de la violencia doméstica y sexual (SIVIF), que permiten tener información estadística completa y confiable que sirva para orientar las acciones del estado, incluyendo la identificación de estrategias de prevención y detección temprana y la promoción de los factores protectores contra la violencia doméstica y sexual.

2.3.5. Conocimiento actual sobre la salud reproductiva y la sexualidad de adolescentes y jóvenes.

En vista del limitado número de programa diseñada para satisfacer las necesidades de salud sexual/reproductiva de los adolescentes varones, no debería sorprendernos que exista poco conocimiento de sus necesidades. Una revisión de la literatura para adolescentes varones y hombres jóvenes podrían considerarla) negociado la

pubertad; d) conciencia de fertilidad; c) autocuidado; y d) toma de decisiones y comunicación con pareja. (29)

Negociando la pubertad

La pubertad, que es el comienzo de la adolescencia, se caracteriza por un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los varones jóvenes. Es importante entender las propuestas de los adolescentes varones a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios que satisfagan esas necesidades.

Conciencia de fertilidad

Las enfermedades de transmisión sexual pueden amenazar la fertilidad y salud de los adolescentes varones y sus parejas. La infertilidad masculina representa entre 8 y 22 por ciento de la infertilidad mundial y el hecho que los hombres practiquen el sexo sin protección relación de pareja primaria es mayor causa de las enfermedades de transmisión sexual las que pueden tener consecuencia devastadora.

Además de la infertilidad causada por la relación sexual sin protección, los hombres necesitan tomar conciencia de los riesgos potenciales de los peligros ambientales que están presentes en su ambiente de trabajo.

Autocuidado.

Un factor que se debe superar en la implementación efectiva de programas de salud preventivo para adolescentes varones pueden ser las barreras culturales y psicológicas a la utilización de servicios de la salud observada entre hombres adultos cuando contemplan buscar servicios de la salud: temor, negación, vergüenza y la

amenaza a la masculinidad. Por ejemplo, a pesar que en los Estados Unidos los hombres reconocen que tendrán 2,5 veces más ataques cardiacos que las mujeres y que los sesenta y cinco años uno de cada tres hombres sufrirá de presión alta, son reuentes a tener chequeos médicos anuales y como consecuencia, los hombres a los médicos 150 millones de veces menos que las mujeres en un año. Los hombres pueden ver una visita al médico como una amenaza a su orgullo, como evidencia que son incapaces de cuidarse adecuadamente o como una violencia de las normas masculinas. Las actitudes masculinas respecto de la utilización de los servicios de salud se pueden cambiar si se les enseña acerca de los riesgos de la salud y se acostumbran a practicar el auto cuidado desde su juventud.

Toma de decisiones y comunicación con la pareja

Otro factor que complica la habilidad de los adolescentes varones de cuidar su salud es el hecho que la planificación familiar y el sexo a menudo son temas difíciles de discutir. En muchas culturas, los asuntos relacionados con el sexo rara vez se discuten entre la gente joven, y mucho menos entre los esposos.

2.3.6. Experiencia de sexualidad

Inicio sexual:

Edad.

Varios estudios efectuados en América Latina han examinado la edad de iniciación sexual; pero pocos exploran profundamente las experiencias y sentimientos de los adolescentes varones y hombres jóvenes en sus primeras relaciones sexuales. En general, la experiencia sexual comienza antes para los varones que para las mujeres, con un cuarto a tres cuartos de los adolescentes varones iniciando sus relaciones sexuales antes de los quince años (informes de población, 1995). Morir, (1994) encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varia de 12,7 años en

Jamaica a 16 años en Santiago de Chile. La edad promedio de la primera relación sexual prematrimonial para los varones en Costa Rica fue 15,3 años; en Quito 15,1 años, en Guayaquil 14,8 años y en Río de Janeiro 15 años. La edad de la primera relación sexual fue significativamente más baja para los hombres que para las mujeres en todos los países encuestados, con una edad promedio en la primera relación sexual en las mujeres de 15,6 años en Jamaica a 17,9 años en Santiago de Chile. De acuerdo a todos de la Encuesta de salud de Adolescentes en el Caribe, Más de dos de cada cinco adolescentes sexualmente activos reportan una edad menor a los diez años al iniciar su vida sexual y 20% adicional entre los 11 y 12 años.

Uso de contraceptivos

Pocos varones reportan uso de contraceptivos en su primera relación sexual. El uso de contraceptivos vario entre 11% en Jamaica y 32,5% en Costa Rica. En ciudad de Guatemala el 14,9% de los hombres jóvenes reportaron uso de contraceptivos durante su primera relación sexual, mientras Río de Janeiro fue de 21,8% en general, el método usado más frecuentemente en la primera relación sexual prematrimonial en América Latina fue el condón, seguido por contraceptivos orales y después el método del ritmo. Sin embargo, en ciudad de México y Santiago de Chile el método más usado para la primera relación sexual fue el método del ritmo, en Sao Paulo la interrupción del coito y en ciudad de Guatemala la píldora. Las bajas tasas de uso de contraceptivos, particularmente el condón, ponen a los adolescentes varones y hombres jóvenes en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de embarazo no deseado. Esto, combinado con el hecho que la primera experiencia sexual de los varones es a menudo con una mujer mayor, de más experiencia sexual o con una trabajadora sexual, tiene consecuencias potencialmente muy serias. En el Caribe, un estudio

reporto que la mitad de los jóvenes sexualmente activos no usaron contraceptivos en su última relación sexual.

Factores relacionados con el uso de anticonceptivos.

Los resultados de numerosos estudios sugieren que hay relación en el uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes varones que no usaron contraceptivos por parte de los adolescentes. Morir (1995) reporto que la mayoría de los adolescentes varones que no usaron contraceptivos en su primera relación sexual no esperaban tener relaciones sexuales en ese momento y, por lo tanto, no están preparados para usar contraceptivos.

Otros investigadores encontraron que cuando a los adolescentes se les pide que expliquen por qué no usaron contraceptivos las razones más comúnmente esgrimidas son: falta de conocimiento, dificultades para obtenerlos, ambivalencia, y temor a discutir asuntos sexuales con los adultos, incluyendo profesionales. Sugieren que es más probable que los adolescentes varones y hombres jóvenes que adoptan los valores machistas no usen condones; que es más probable que aquellos que comienzan la actividad sexual más tardíamente usen condones; y que es más probable que aquellos que usan condón durante su primera relación sexual lo sigan usando consistentemente en el futuro. Otros investigadores han encontrado que más probable que los hombres jóvenes de vecindarios más afluentes y de grupos socioeconómicos más acomodados hayan usado un método contraceptivo efectivo durante la última relación sexual. También es más probable que aquellos que tienen mejores calificaciones escolares, una relación más estable con su última pareja y creencias religiosas firmes, usen unos métodos contraceptivos efectivo.

Prácticas sexuales.

Las tasas de uso de contraceptivos entre los adolescentes varones y adultos jóvenes sexualmente activos son relativamente altos, variando entre 56% en Costa Rica y Rio de Janeiro y 82% en la ciudad de México. No es sorprendente que el método más común usado por los adolescentes varones sea el condón. Así mismo el 82% de los estudiantes universitarios varones en Brasil tomo precauciones para prevenir el embarazo, sin embargo, otro estudio sobre adolescentes en Guatemala reporto que solo el 10% de las parejas sexualmente activas usaban algún tipo de contraceptivos.

La iniciación sexual generalizada y temprana en los jóvenes y adolescentes no necesariamente implica promiscuidad. El promedio reportando de frecuencia de relaciones sexuales entre los jóvenes varones sexualmente activos en América Latina varía entre dos y cinco veces al mes, con un 8 a 33 % de los adolescentes varones reportando más de una pareja durante el mes anterior (Morris, 1995). Los varones consistentemente reportaron múltiples parejas y relaciones sexuales con conocidos causales más frecuentemente que las mujeres. Los hombres tienen una mayor probabilidad que las mujeres de involucrarse en relaciones sexuales fuera de una relación amorosa comprometida, y de aprobar e involucrarse en sexo creacional. Por ejemplo, en otro estudio, 96% de las niñas en Guatemala planean casarse con su actual pareja sexual mientras solo el 5, 5% de los varones planean lo mismo.

Infecciones de transmisión sexual

En las encuestas de salud reproductiva de los adultos jóvenes llevadas a cabo en América Latina, se encontró que los conocimientos acerca de enfermedades de transmisión sexual y en particular sobre VIH/ SIDA eran altos. Casi tres cuartos de los varones estaban de acuerdo que una persona puede estar puede

estar infectada sin tener síntomas clínicos, y más de 90% de los adultos jóvenes sabían cuáles son las principales formas de transmisión de la enfermedad. Sin embargo, había formación errónea acerca de transmisión a través de picaduras de mosquitos, compartir utensilios de comida, o uso del baño de una persona infectado. En otro estudio a pesar que la mayoría de las encuestadas tenían conocimientos básicos de las principales formas de transmisión del VIH, solo el 38% de aquellos sexualmente activos reportaron tomar medidas preventivas.

2.3.7. Comportamiento sexual

Para determinar quiénes corren más riesgo de contraer y distribuir el virus es necesario concentrar la vigilancia en los grupos de población más vulnerables; entonces las personas que tienen un comportamiento con más riesgo. Los miembros de estos sub grupos no son por definición expuestos a más riesgo para la transmisión. Si todas las trabajadoras sexuales y sus clientes utilizarían condones, estos subgrupos de la población tuvieran un riesgo de infección con VIH no muy diferente a la población en general. (31)

Comportamiento de alto riesgo:

Fundamentalmente se considera como comportamiento sexual de riesgo “las relaciones sexuales con penetración (ya sean vaginales, orales o anales) en las que no utilizan preservativo”. Dado que existe mayor riesgo de rotura de los preservativos en las relaciones anales, este tipo de comportamiento conllevaría mayor peligro.

- ✓ Hombres que tienen relaciones sexuales no protegidas con hombres.
- ✓ Relaciones sexuales casuales o fuera de la pareja habitual sin condones.
- ✓ Muchachas que inician la actividad sexual tempranamente y sin protección de un condón.

- ✓ Drogadictos que comporten jeringas utilizadas.

Existen muchos factores que influyen la transmisión. Género y edad son características biológicas. Muchas veces las mujeres son biológicamente más vulnerables de obtener el VIH que los hombres. Los genitales femeninos son más expuestos a influencia de afuera que los genitales de los varones, y por eso se hace más susceptibles para encontrar el virus. Los jóvenes menores de 20 años y las mujeres pasadas de menopausia son las más vulnerables, debido a la fragilidad y adelgazamiento de la membrana mucosa vaginal. Otra característica biológica es la presencia de otros ITS que estimula la transmisión del VIH. Por supuesto los niveles de ITS y VIH en la población juegan un papel importante: altos niveles de ITS y VIH circulando en la población incrementan el riesgo de transmisión con VIH en relaciones sexuales sin protección. La susceptibilidad antimicrobiana a medicamentos de ITS está directamente relacionado con los niveles de ITS circulando en la población.

Existen muchos factores que influyen la transmisión. Los factores políticos que pueden influir la transmisión se puede mencionar como lo más importante la falta de compromiso social y político en el área de prevención y atención de VIH y las ITS. Como el país tiene una epidemia incipiente, el VIH este tratado con poca prioridad en las políticas de salud, esto significa que no se destinan los recursos adecuados.

El acceso a servicios de salud depende de aspectos geográficos, culturales y económicos. Otros aspectos que influyen en la accesibilidad son la disponibilidad y efectividad de medicamentos, dificultades en el control de ITS, la relación del personal de salud y el usuario, la discontinuidad en la prestación de servicios de salud y otros.

Algunas normas culturales influyen la transmisión del VIH y las ITS. En las culturas latinas el machismo todavía juega un papel muy importante en las relaciones sexuales. El machismo se expresa por ejemplo en la estigmatización de la homosexualidad. Para subrayar la masculinidad es importante tener o haber tenido muchas relaciones sexuales. Otro factor que puede influir la transmisión de VIH y las ITS es la barrera que existe frente al uso del condón, resultado de factores socio – culturales y religiosos.

También el consumo del alcohol y drogas puede influir en más, en la transmisión de VIH e ITS, porque estimula tener relaciones sexuales y, aún más importantes, relaciones sexuales sin protección de un condón.

Factores como el sexo y edad son ejemplos de características biológicas. Las mujeres son biológicamente más vulnerables de infectarse con el VIH que los hombres. Los genitales femeninos están más expuestos que los genitales de los varones, y por eso se hacen más susceptible para contraer el virus. Las jóvenes menores de 20 años y las mujeres que pasaron la menopausia son las más vulnerables, debido a la fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal. Otra característica biológica es la sola presencia de otra ITS que facilita la transmisión del VIH. Por supuesto, los niveles de ITS y VIH en la población juegan un papel importante: altos niveles de ITS y VIH circulando en la población incrementan el riesgo de transmisión con VIH en relaciones sexuales sin protección. La susceptibilidad antimicrobiana a medicamentos de ITS está vinculada con los niveles de ITS circulando en la población.

Como factores socio–demográficos más importantes puede mencionarse el estado civil, la migración, la educación y el nivel socio – económico. En general, los solteros tienen más relaciones sexuales que las personas casadas. El matrimonio puede servir como prevención porque la mayoría de las parejas es monógama o

tiene menos parejas que las personas solteras. La relación entre la edad de la primera relación sexual y la efusa de contraer matrimonio, puede dar información sobre la duración en que una persona estaba expuesta a un riesgo más alto. El acceso que una persona tiene hacia información y servicios de salud depende de la educación, el nivel socio – económico y el área geográfica (urbano/rural). Movimientos entre distintas áreas geográficas por motivos de trabajo, la pobreza condicionando el sexo comercial, la disponibilidad y el acceso a condones, la percepción del riesgo que tiene una población determinada, todos estos aspectos influyen en la transmisión del VIH y las ITS en una población.

El comportamiento sexual es el indicador más importante en la transmisión de VIH y las ITS, pero está vinculado fuertemente con las características biológicas, socio – demográficas y culturales. El asunto más importante en la transmisión de VIH y las ITS no es simplemente las relaciones sexuales, sino, la protección con el uso del condón durante estas relaciones. Y, el uso del condón depende de las características mencionadas arriba y de la aceptación y disponibilidad. Otras prácticas sexuales que tienen un riesgo importante para esta transmisión son el sexo anal receptivo y las relaciones sexuales vaginales durante la menstruación. Por supuesto la intensidad de las relaciones sexuales, el número de parejas y el nivel de comportamiento de riesgo contribuyen también en la posibilidad de transmitir el VIH y/o una ITS.

2.2.3.8. PERCEPCION DE RIESGO SOBRE LA SEXUALIDAD Y ENFOQUE DE GÉNERO.

El riesgo será entendido como la proximidad a un daño a la salud, la probabilidad de que este ocurra, y que su alcance pueda conducir hasta la enfermedad o la muerte. No obstante, es preciso resaltar que hay riesgos por la práctica de relaciones sexuales, que, si bien no

dañan específicamente a la salud, lo hacen en otras esferas de las relaciones humanas. (30)

La tendencia a la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales es señalada como un riesgo, sobre todo cuando la educación sexual no es adecuada. Mucho se ha discutido sobre la percepción de riesgos de un embarazo temprano o antes de los 20 años. En Chile, resultados de una investigación indican que la mayoría de los adolescentes de ambos sexos reconocieron la existencia de riesgos, de los cuales, la mayor proporción considera que esto le representaría un problema para continuar y terminar sus estudios. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes cubanos se refirieron a los riesgos para la salud, a los cuales se exponen las chicas, argumentando la inmadurez biopsicosocial que tienen ellas en este periodo de la vida, lo que contrasta con lo encontrado en otros países. (30)

Sobre la variable comunicación entre los padres y los adolescentes se encontró que fue un número intermedio los que refirieron haber hablado de cuidarse. En otra pregunta vinculada con 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, ¿Podría esto estar vinculado al hecho de que la madre juega un mayor rol de censora que de educadora, lo que limita su comunicación con los adolescentes? A nuestro juicio estos resultados reflejan brechas en relación con la comunicación de los adolescentes con sus padres, lo que había de necesidad de buscar vías que fortalezcan los vínculos y la comunicación de la familia con los adolescentes. (7)

En muchas discusiones, con adolescentes varones y mujeres, estos expresan que hay riesgos en las relaciones sexuales, reconocen que pueden enfermarse y surgir un embarazo, sin embargo, no hay un uso adecuado de anticonceptivos y perciben el embarazo como un riesgo,

pero para ambos sexos esto solo constituye un problema de la mujer. Esto es de gran importancia y a la vez preocupante, pues el embarazo está vinculado a múltiples problemas sociales, económicos, entre otros; además hay que destacar que las percepciones de riesgo en las relaciones sexuales están en contradicción con las actitudes, conductas y conocimientos de los(as) adolescentes relacionados con la protección, es decir, perciben el riesgo, tienen conocimientos, pero asumen conductas y actitudes riesgosas en relación con su salud sexual y reproductiva. Además, reflejan la presencia de actitudes discriminatorias hacia la mujer, tanto por ellas mismas, como por los varones, que aun evidencian la presencia de importantes rezagos culturales en este grupo tan joven. (32)

2.4. Definición de términos.

- ✓ **Conocimiento:** Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).
- ✓ **Salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Este concepto se amplía a: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». En la salud, como en la

enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así, se reformularía de la siguiente manera: «La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades».

- ✓ **Sexualidad:** Se considera a la sexualidad como “parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social”.
- ✓ **Salud Sexual/Reproductiva (SSR):** Se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la verdadera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- ✓ **Sexo:** Condición por la que se diferencia los machos y las hembras en la mayoría de las especies de animal y vegetal.
- ✓ **Métodos Anticonceptivos:** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales.
- ✓ **Comportamiento:** Conjunto de respuestas motoras frente a estímulos tanto internos como externos.
- ✓ **Comportamiento Sexual:** Es el comportamiento que desarrollan los seres humanos para buscar compañeros sexuales, formar relaciones, mostrar deseo sexual y el coito.
- ✓ **Riesgo:** Situación en que una persona puede o cosa puede recibir daño o perjuicio.

2.5. Formulación de hipótesis.

2.5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica.

2.5.2. Hipótesis nula

La relación que existe no es significativa entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica.

2.6. Identificación de variables.

Variable 1: Conocimiento sobre salud sexual/reproductiva.

Variable 2: Comportamiento Sexual.

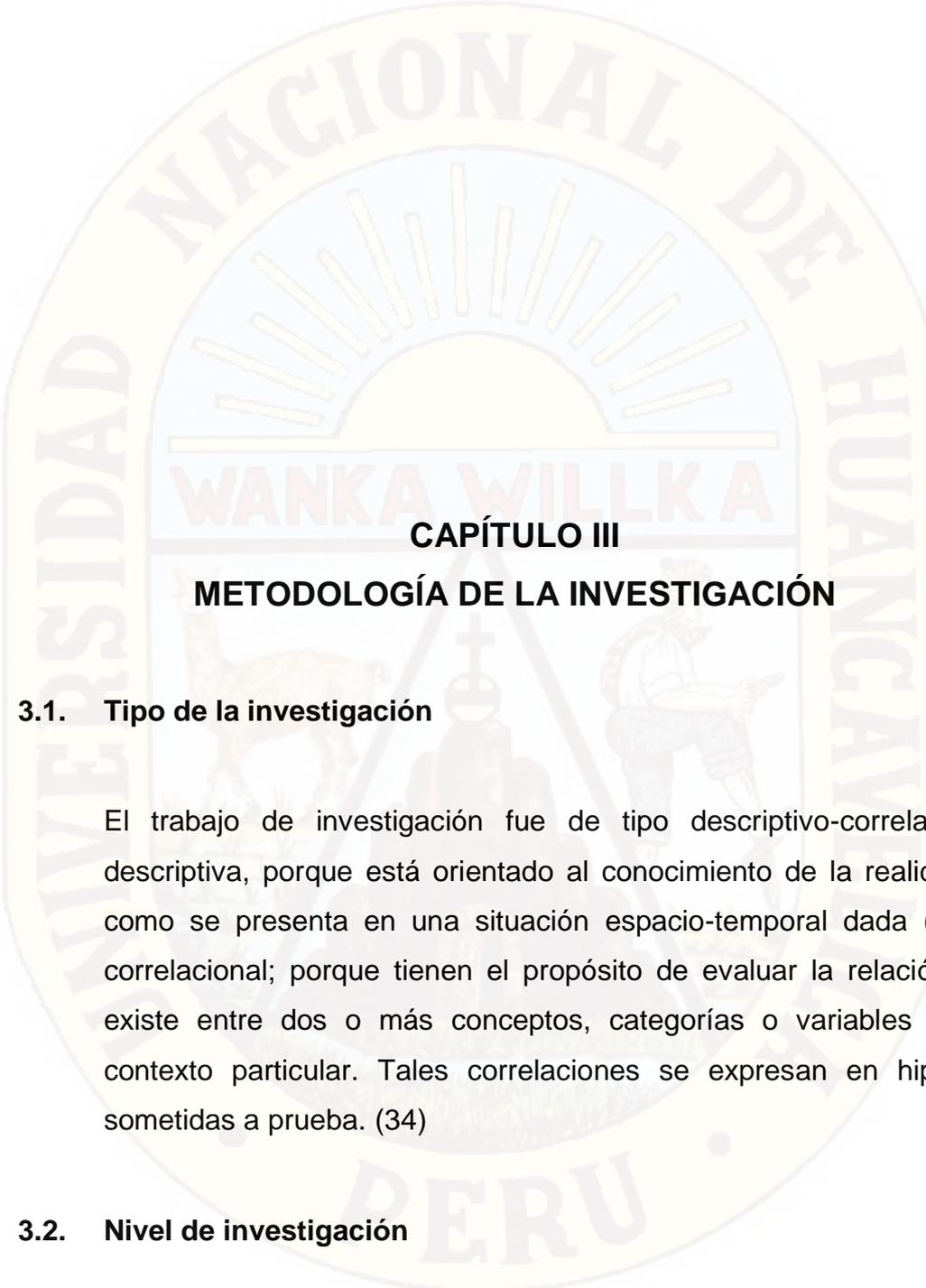
2.7. Definición Operativa de variables e indicadores

Variable 1	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems
Salud Sexual y Reproductiva	Disfrutar y expresar nuestra sexualidad sin riesgos de infecciones transmitidas sexualmente, no deseados, coerción, violencia y discriminación y la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia hacerlo.	Percepción de las adolescentes gestantes con respecto a su sexualidad y la capacidad de tener una sexual segura y satisfactoria. CATEGORIA: CONOCE: 18 – 25 puntos CONOCIMIENTO PARCIAL: 9 – 17 puntos CONOCIMIENTO BAJO: 0- 8 puntos	Maternidad saludable	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a los servicios maternos. - Frecuencia de atención prenatal. - Importancia del análisis de sangre y orina. - Momento de consumo. - Frecuencia de consumo. - Consistencia de alimentación. - Frecuencia de alimentación. - Tipos de alimentos para el consumo. - Evitar contacto con personas enfermas. - Evitar consumo de medicamentos. - Evitar viajes largos. - Evitar estar cerca de personas que fuman. - Realizar hábitos ligeros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo quedar embarazada cuando tengo relaciones por primera vez. 2. El embarazo comienza una vez que el óvulo es fecundado por el espermatozoide. 3. El embarazo es sentir cólico menstrual y dolor de cabeza. 4. El aborto es la interrupción voluntaria o involuntaria del proceso del embarazo. 5. El aborto es cuando tu bebe nace flaco y pequeño. 6. El VIH – SIDA es una infección de transmisión sexual. 7. La varicela y la tuberculosis son infecciones de transmisión sexual. 8. La gonorrea, sífilis y Herpes genital son infecciones de transmisión sexual. 9. El virus del papiloma humano se transmite por vía sexual. 10. El condón, píldoras y ampollas hormonales son métodos anticonceptivos. 11. La píldora del día siguiente es un método anticonceptivo 12. La vasectomía y ligadura de trompas son métodos anticonceptivos.

			<ul style="list-style-type: none"> - Uso de vestimenta. - Evitar cargar objetos pesados. - Acceso al trabajo. - Mantener postura ideal. - Acorta el periodo del parto. - Favorece oxigenación del bebé. - Favorece el desarrollo físico y sensorial del bebé 	<p>13. El método del ritmo o natural es un método anticonceptivo</p> <p>14. El sangrado vaginal excesivo, infección del útero y esterilidad son riesgos de un aborto.</p> <p>15. El insomnio, sufrimiento emocional y muerte son riesgos de un aborto.</p> <p>16. Las infecciones de transmisión sexual se transmiten a través del contacto sexual con penetración.</p> <p>17. Las infecciones de transmisión sexual se transmiten a través de una transfusión sanguínea.</p> <p>18. Las infecciones de transmisión sexual se transmiten a través de la leche materna.</p> <p>19. Si mi enamorado usa condón cuando tenemos relaciones sexuales, evitaré que me contagie de una infección de trasmisión sexual.</p> <p>20. Si tomo píldoras anticonceptivas evitaré el contagiarme de una infección de transmisión sexual.</p> <p>21. El mejor momento para tener relaciones sexuales es cuando sea mayor de 18 años.</p> <p>22. El mejor momento para tener relaciones sexuales es</p>
			<p>Uso de métodos anticonceptivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ritmo - Moco cervical - Temperatura basal - Diafragma vaginal. - Preservativo, - Tablet as anticonceptivas. - Anticonceptivos de emergencia. - T de cobre(ventajas y desventajas) 	
			<p>Prevención de infección de transmisión sexual y VIH-SIDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravedad de las ITS, VIH/SIDA - Complicaciones de las ITS, VIH/SIDA - Importancia de prevención de la ITS, VIH/SIDA. 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de las ITS, VIH/SIDA. - Tipos de la ITS. - Vías de transmisión. - Transmisión vertical. 	<p>cuando ya tenga un trabajo estable.</p> <p>23. La persona con la que tenga relaciones sexuales debe ser mi esposo.</p> <p>24. La persona con la que tenga relaciones sexuales debe ser mi amigo.</p> <p>25. La persona con la que tenga relaciones sexuales debe ser un desconocido.</p>
		<p>Prevención de cáncer cérvico uterino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gravedad del cáncer cérvico uterino. - Enfermedad degenerativa. - Detección temprana. - Formas de diagnóstico. - Factores de riesgo. - Formas de diagnóstico. - Formas de prevención. 	

Variable 2	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítems
Comportamiento sexual	Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por infecciones sexualmente transmisibles como el sida, o por embarazos no deseados y todo lo que esto conlleva.	<p>Son las aquellas formas en que los adolescentes llevan su vida sexual activa de una manera inadecuada, ya que no están preparados y no toman las debidas prevenciones para evitar ITS, o embarazado no deseados. Se identificaran a través de cuestionario aplicados a los adolescentes.</p> <p>CATEGORIA: COMPORTAMIENTO SEXUAL DE NO RIESGO: 0 – 8 puntos</p> <p>COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGOL: 9 – 15 puntos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coito con varias parejas 2. Actividades sexuales sin protección 3. Tener sexo ocasional. 4. Consumo de sustancias psicoactivas 5. Se deja llevar por el momento 6. Chequeo médico regularmente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. He tenido relaciones sexuales voluntariamente. 2. He tenido relaciones sexuales contra mi voluntad (violación). 3. He tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad. 4. He tenido relaciones sexuales entre los 16 y 18 años de edad 5. He tenido relaciones sexuales a los 19 años de edad. 6. Use un preservativo (condón) cuando tuve relaciones sexuales por primera vez. 7. Tomé la píldora del día siguiente después de tener relaciones sexuales por primera vez. 8. Uso algún método anticonceptivo (píldoras, condón, inyectable o anticonceptivo de emergencia) cada vez que tengo relaciones sexuales. 9. He tenido relaciones sexuales solo con mi enamorado. 10. He tenido relaciones sexuales en algún momento con una persona mayor de 20años. 11. Le he sido infiel sexualmente a mi pareja. 12. He tenido relaciones sexuales con más de un chico. 13. He tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol. 14. He abortado por lo menos una vez. 15. Tengo al menos un hijo.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de la investigación

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo-correlacional; descriptiva, porque está orientado al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio-temporal dada (33); y correlacional; porque tienen el propósito de evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. Tales correlaciones se expresan en hipótesis sometidas a prueba. (34)

3.2. Nivel de investigación

El estudio arribo a un nivel correlacional; porque como propósito es medir el grado de relación que existe entre dos variables. (34)

3.3. Método de investigación

El estudio realizado utilizó el método específico: Descriptivo, estadístico y bibliográfico. Descriptivo, porque se describe, analiza e interpreta sistemáticamente un conjunto de hechos relacionado con otra variable tal como se da en el presente. Así como estudia el fenómeno en su estado actual y en su forma natural. Estadístico, porque a través de la aplicación facilitó la representación de datos de los fenómenos observados, y la toma de decisiones a la aplicación de la estadística descriptiva. Bibliográfico, porque permite recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos, revistas, publicaciones, investigaciones, etc. (33)

3.4. Diseño de investigación

El diseño que se planificó en el estudio fue: diseño no experimental transeccional descriptivo y correlacional. Diseño no experimental, porque carece de manipulación intencional y solo se analizan los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia. Transeccional, porque permite realizar estudios de investigación de hecho y fenómenos de la realidad en un momento determinado del tiempo. Descriptivo porque facilita analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo. Correlacional, porque tiene la particularidad de permitir al investigador analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la realidad, así mismo busca determinar el grado de relación entre las variables.(34)

Esquema:



Donde:

M= muestra

0x= Medición de la variable (conocimiento sobre salud sexual/reproductiva).

0y= Medición de la variable (comportamiento sexual).

r= relación.

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: la población para el estudio estuvo constituida por 1064 adolescentes de 12 a 19 años de edad.

Muestra: la unidad observacional estuvo constituida por 170 adolescentes. La fórmula que se propuso fue:

$$n^{\circ} = \frac{z^2 p q N}{e^2(N - 1) + z^2 p q}$$

Donde:

N = población

n = tamaño de la muestra

p y q = probabilidad de la población que representa una variable de estar o no incluida en la muestra. Cuando no se conoce esta probabilidad por estudio se asume que p y q tienen el valor de 0,8 y 0,2 respectivamente.

Z= a las unidades de investigación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error de tipo I = 0,05, esto equivale a un intervalo de confianza del 95% en la estimación de la muestra y el valor de z = 1,96

e = error de estándar de la estimación que debe ser 0,09 o menos.

Datos:

N = Número total de adolescentes = 1064

n° = Muestra de adolescentes = 170

z = valor crítico = 1.96

p = variabilidad positiva = 0.8

q = 1-p = variabilidad negativa = 0.2

e = error = 5% = 0.05

γ = nivel de significancia = 95% = 0.95

Reemplazando valores en la fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{(1,96)^2 (0.8) * (0.2) * 1064}{(0.05)^2 (1064 - 1) + (1.96)^2 (0.8) * (0.2)}$$

$$n^{\circ} = 170 \text{ adolescentes}$$

Muestreo: para la selección de la unidad observacional se desarrolló a través del muestreo probabilístico aleatorio simple; porque los sujetos de estudio tienen la misma probabilidad de pertenecer a la muestra.

Criterios de inclusión:

- ✓ Adolescentes de 12 a 19 años.
- ✓ Adolescentes de jurisdicción del distrito de Lircay.

Criterios de exclusión:

- ✓ Adolescentes menores de 12 años o mayores de 19 años.
- ✓ Adolescentes fuera de la jurisdicción del distrito de Lircay

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Variables	Técnica	Instrumento
Conocimiento sobre salud sexual/reproductiva	Encuesta	Cuestionario
Comportamiento Sexual	Psicométrica	Escala tipo Likert

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

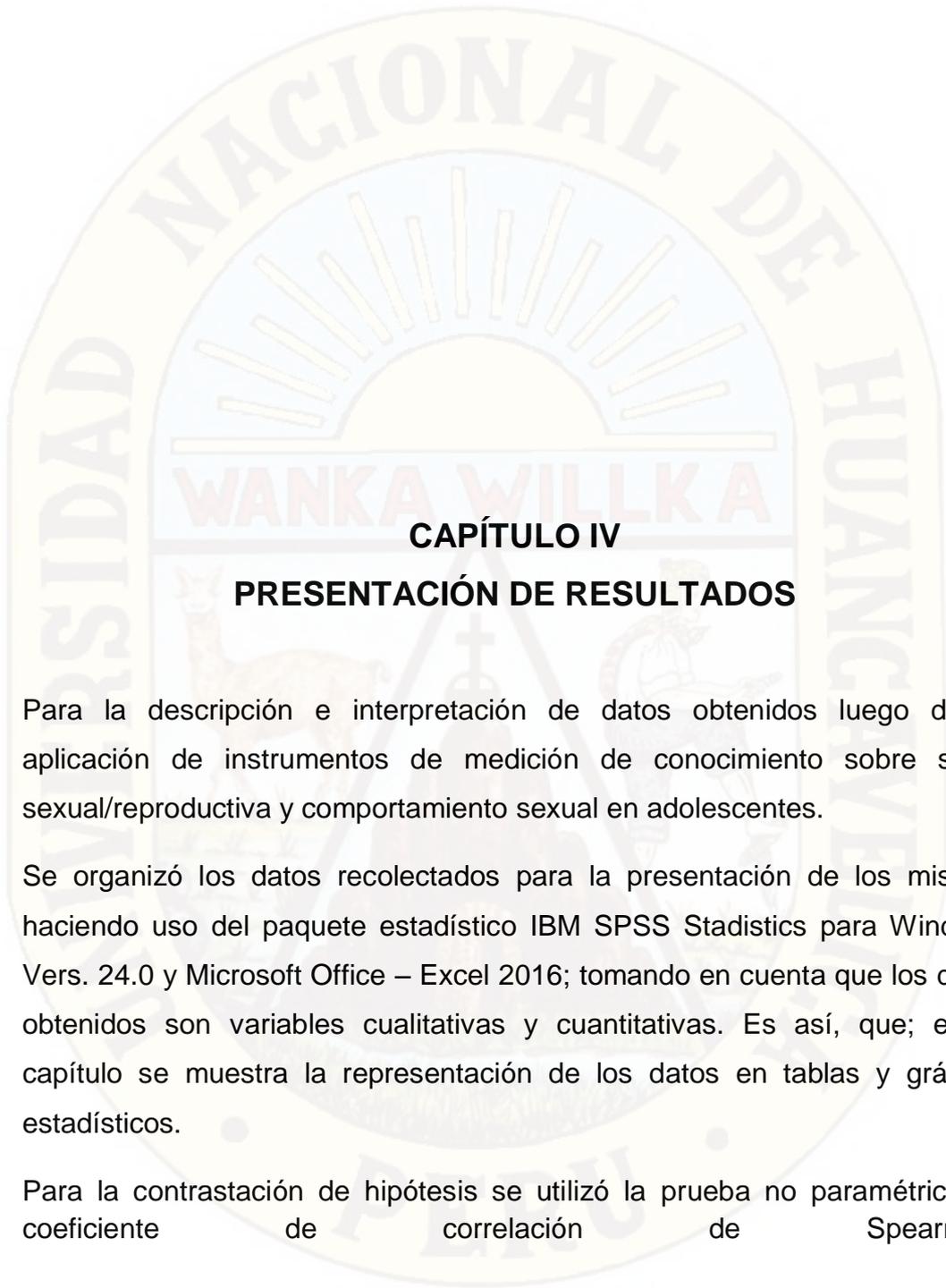
Para el procedimiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico IBM PSS para Windows vers. 24.0, hojas de cálculo de Microsoft office Excel 2016.

Así mismo, se utilizó la estadística descriptiva: para la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos. Asimismo la estadística inferencial: para la contrastación de hipótesis se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman.

3.8. Descripción de la prueba de hipótesis

El coeficiente de correlación de Spearman es una prueba no paramétrica cuando se quiere medir la relación entre dos variables y no cumple normalidad en la distribución de tales valores.

El coeficiente de correlación de Spearman se designa por r_s .



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación de instrumentos de medición de conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y comportamiento sexual en adolescentes.

Se organizó los datos recolectados para la presentación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office – Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

Para la contrastación de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica; el coeficiente de correlación de Spearman.

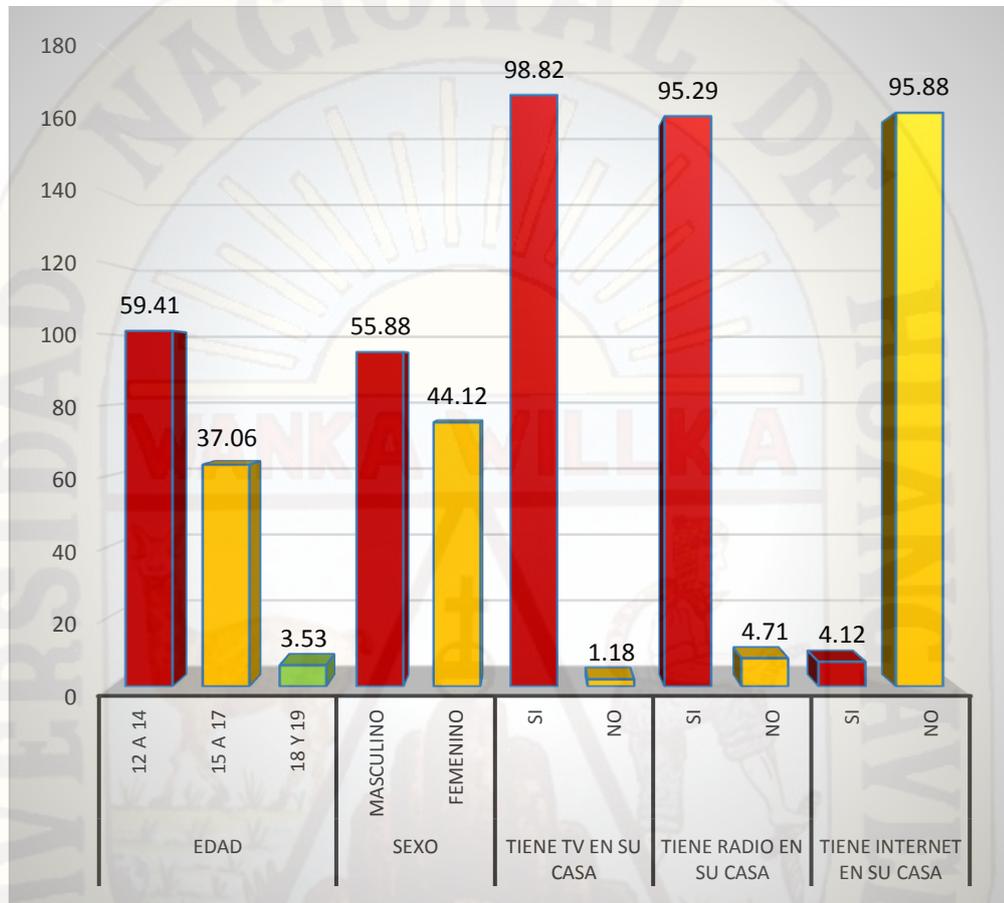
4.1. Presentación e interpretación de datos

TABLA Nº 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA

Características Sociodemográficas		fi	f%
Edad	12 - 14	101	59.41
	15 - 17	63	37.06
	18 - 19	6	3.53
Sexo	Masculino	95	55.88
	Femenino	75	44.12
Tiene TV en su casa	Si	168	98.82
	No	2	1.18
Tiene Radio en su casa	Si	162	95.29
	No	8	4.71
Tiene internet en su casa	Si	7	4.12
	No	163	95.88
Total		170	100.00

Fuente: Encuesta 2016

GRÁFICO N° 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA



Fuente: Tabla N° 01

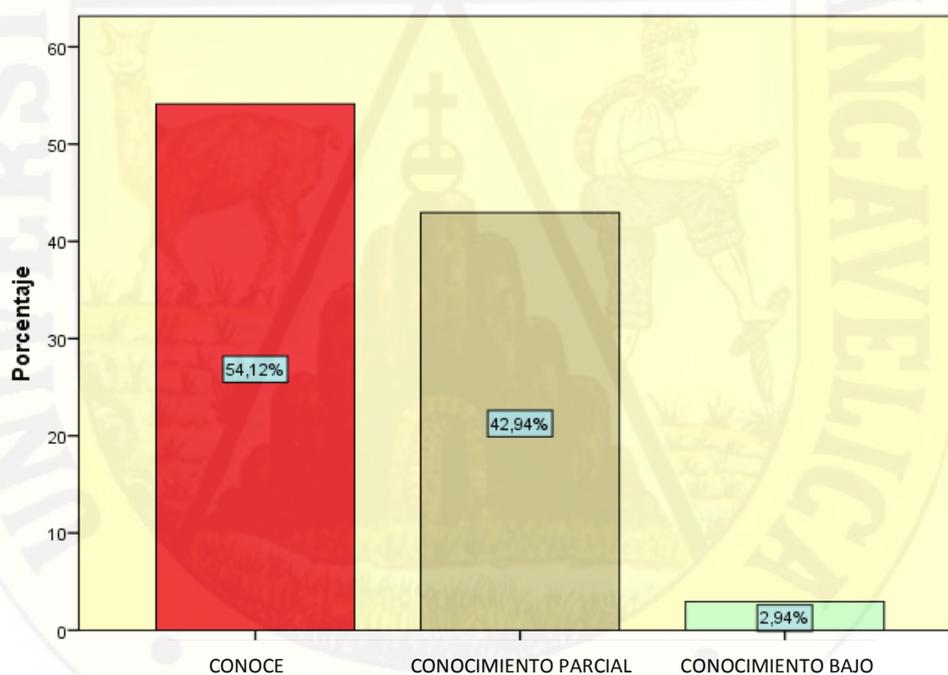
En la tabla N° 01 se evidenció que la edad de mayor frecuencia de los adolescentes encuestados fueron entre los 12 a 14 años con un 59.41% (101) y el de menor frecuencia entre 18 a 19 con 3.53% (06); también se evidenció que el sexo de mayor frecuencia fue masculino 55.88% (95) y femenino el de menor frecuencia con 44.12% (75); contaron con televisión un 98.82% (168) y lo que no 1,18% (02); un 95.29% (162) contaron con radio en su casa y los que no 4.71% (08); un 95.88% (163) no contaron con internet en su casa y un 4.12% (07) cuenta.

TABLA N° 2. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES.

Conocimiento sobre salud sexual / reproductiva	fi	f%
Conoce	92	54,2
Conocimiento parcial	73	42,9
Conocimiento bajo	5	2,9
Total	170	100,00

Fuente: Encuesta 2016

GRÁFICO N° 2. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES



Fuente: Tabla N° 02

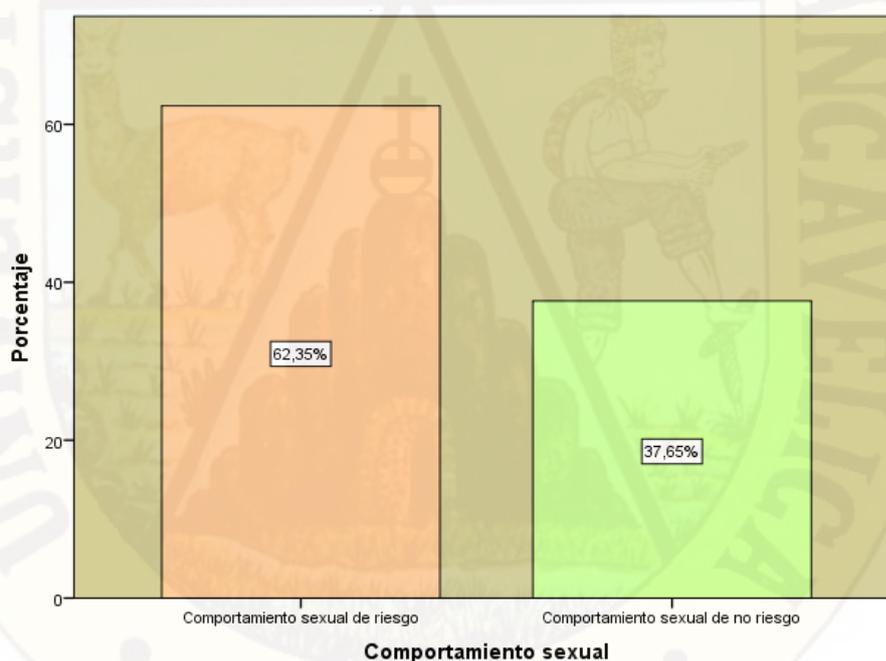
En la tabla N° 02 se evidenció que 54.2% (92) adolescentes presentaron conocer sobre salud sexual/reproductiva, 42.9% (73) conocimiento parcial y 2.9 (05) conocimiento bajo; en el ámbito del distrito de Lircay-Huancavelica.

TABLA N° 3. COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA

Comportamiento sexual	fi	f%
Comportamiento sexual de riesgo	106	62,4
Comportamiento sexual de no riesgo	64	37,6
Total	170	100,00

Fuente: Encuesta 2016

GRÁFICO N° 3.COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA



Fuente: Tabla N° 03

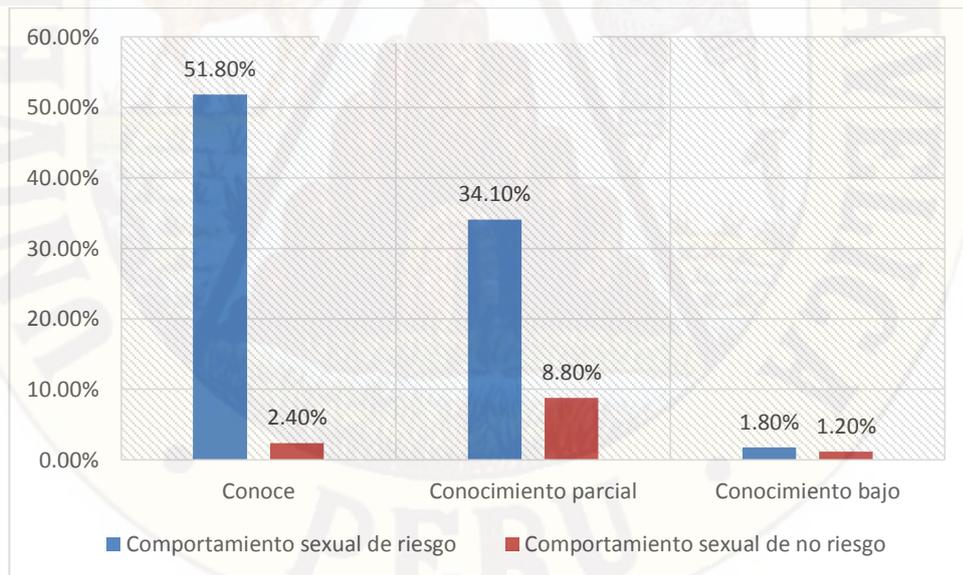
En la tabla N° 03 se evidenció que 62.4% (106) adolescentes expresaron un comportamiento sexual de riesgo y el 37.6% (64) comportamiento sexual de no riesgo; en el ámbito del distrito de Lircay-Huancavelica.

TABLA N° 4. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA AÑO 2016

Conocimiento sobre salud sexual / reproductiva	Comportamiento sexual				Total	
	Comportamiento sexual de riesgo		Comportamiento sexual de no riesgo		fi	f%
	Fi	f%	Fi	f%		
Conoce	88	51,8%	4	2,4%	92	54,1%
Conocimiento parcialmente	58	8,8%	15	34,1%	73	42,9%
Conocimiento bajo	3	1,8%	2	1,2%	5	2,9%
Total	106	62,4%	64	37,6%	170	100,0

Fuente: Encuesta 2016

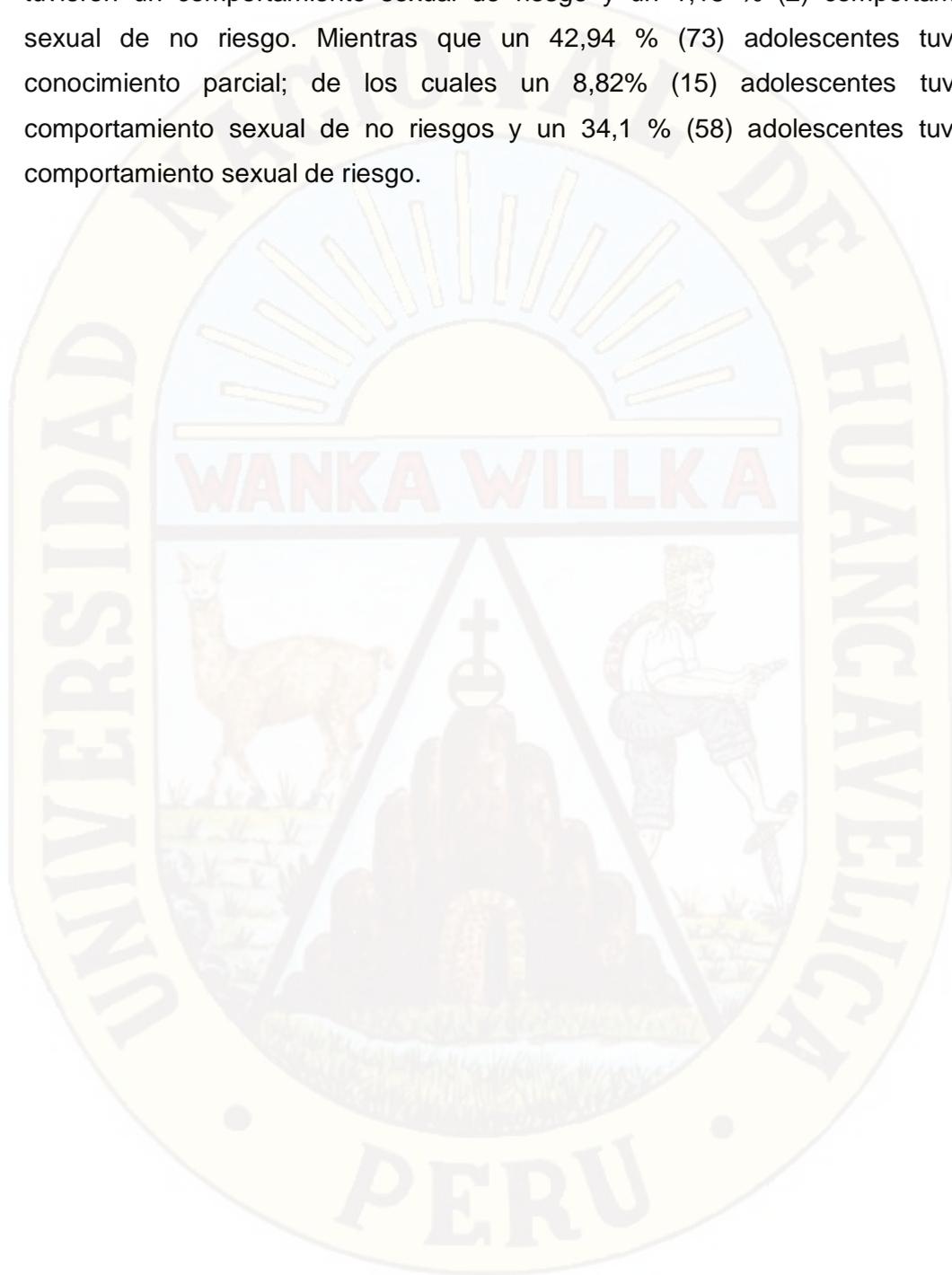
GRÁFICO N° 4. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY-HUANCAVELICA AÑO 2016



Fuente: Tabla N° 04

En la tabla N° 04 se evidenció que el valor de mayor frecuencia es 54,01% (92) adolescentes representaron conocer sobre salud sexual/reproductiva; de los cuales 51,76%(88) indicaron comportamiento sexual de riesgo y 2,35% (4) indicaron comportamiento sexual de no riesgo; siendo el de menor frecuencia el 2,94% (05) adolescente que representaron un conocimiento bajo; de los cuales un 1,76% (3)

tuvieron un comportamiento sexual de riesgo y un 1,18 % (2) comportamiento sexual de no riesgo. Mientras que un 42,94 % (73) adolescentes tuvieron conocimiento parcial; de los cuales un 8,82% (15) adolescentes tuvieron comportamiento sexual de no riesgos y un 34,1 % (58) adolescentes tuvieron comportamiento sexual de riesgo.



4.2. Proceso de prueba de hipótesis

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

a) Hipótesis estadísticas

Hipótesis de investigación

- La relación que existe es significativa entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica.

$H_i: r > 0$ (Existe relación)

Hipótesis nula

- La relación que existe no es significativa entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica.

$H_o: r \leq 0$ (No hay relación)

b) Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Es la probabilidad de cometer error.

c) Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

d) Estadístico de prueba

Coeficiente de correlación de Spearman.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos correspondientes a los valores de conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual.

n: Es el número de parejas de datos

e) Regla de decisión

Si: p valor $\leq 0,05$ se RECHAZA la hipótesis nula.

Si: p valor $> 0,05$ se **ACEPTA** la hipótesis nula

f) Calculo de la prueba

Correlaciones				
			VAR00001	VAR00002
Rho de Spearman	VAR00001	Coeficiente de correlación	1,000	,000
		Sig. (bilateral)	.	,999
		N	170	170
	VAR00002	Coeficiente de correlación	,000	1,000
		Sig. (bilateral)	,999	.
		N	170	170

Correlación de Spearman	0,000
P valor	0,999

Escala de direccionalidad y grado de correlación de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

g) Decisión

Como p valor 0,999 es mayor que 0,05 entonces se **ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA.**

h) Conclusión

Se acepta la hipótesis nula y se concluye que “ **La relación que existe no es significativa entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica**”.

4.3. Discusión de resultados

La edad de mayor frecuencia en adolescentes fueron los comprendidos entre los 12 a 14 años con un 59.41% (101) y el de menor frecuencia un 3.53% (06); también se evidenció que el sexo de mayor frecuencia fue masculino 55.88% (95) y los de sexo femenino 44.12% (75); contaron con televisión 98.82% (168) y los que no 1,18% (02); un 95.29% (162) tuvieron radio en su casa y un 4.71% (08) no; un 95.88% (163) no tuvieron internet en su casa y un 4.12% (07) si tuvieron, en el distrito de Lircay – Huancavelica.

Las características sociodemográficas como edad, sexo son características que el investigador debe conocer y que a partir de ello permita un mejor abordaje de las etapas subsecuentes en la ejecución del trabajo de investigación y por ende no se tenga limitaciones mayores y sea viable.

Por otro lado; las características sociodemográficas de los individuos, como edad, sexo, estado conyugal, nivel educacional y zona de residencia, condicionan su conducta frente a la sexualidad, fecundidad, la mortalidad y, por tanto, inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.

El 54.12% (92) de los/las adolescentes conocen sobre salud sexual/reproductiva, un 42.94% (73) tuvieron un conocimiento parcialmente y un 2.94 (05) de adolescentes contaron con un conocimiento bajo en el distrito de Lircay-Huancavelica.

Estos resultados se corroboran con lo publicado por Castaño Castrillón, J. J. et. al. (2014); Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8 a 11 grado en una institución educativa de la ciudad de Manizales (Colombia). Cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas sexuales en la población de

adolescentes de los grados 8 a 11 de una institución educativa de la ciudad de Manizales (Caldas, Colombia). Resultados: El promedio de edad fue de 16,31 años, de género masculino en un 56,5 %. Presentaron un promedio de 2,9 (sobre 5) de conocimientos en educación sexual, 1,8 en métodos anticonceptivos, 2,4 en embarazo, 3,5 en enfermedades de transmisión sexual, para un promedio total de 2,7. El 91,8 % ha tenido experiencias sexuales, 70,1 % con penetración; 46,6 % no emplea métodos anticonceptivos; 5 % de las mujeres manifestó que había tenido embarazos; 4,2 % dijo que no ha tenido enfermedades de transmisión sexual. El bajo puntaje de conocimientos correlaciona significativamente con incomodidad en el empleo de métodos anticonceptivos ($p=0.018$), desconocimiento de para qué se emplean ($p=0.019$), no empleo de ellos ($p=0,007$). Conclusiones: Debido al bajo conocimiento en temas de sexualidad y la intensa práctica sexual, esta población se convierte en población de alto riesgo para presencia de embarazos no deseados, de abortos inducidos y de enfermedades de transmisión sexual. (11)

La teoría del conocimiento propuesta por Kant, que sintetizó ideas del empirismo (basado en la experiencia) y el racionalismo (parte de que las ideas son innatas). Considerando así que: “Todo el conocimiento empieza con la experiencia, pero no todo el conocimiento procede de la experiencia.” (16)

Por lo tanto, ésta es la teoría más acertada puesto que combina la experiencia con la razón. En nuestra vida cotidiana nos damos cuenta de que la experiencia es necesaria, pero a su vez también es importante la razón; porque si no existieran conceptos como sustancia o causa. (16)

El conocimiento sobre salud sexual y reproductiva por los adolescentes se puede atribuir a razón de que en los medios de comunicación hacen difusiones parciales y continuas sobre salud sexual/reproductiva, spots radiales continuos; estas con mayor intensidad la semana de prevención del embarazo en adolescentes que se conmemora todos los años la tercera semana del mes de setiembre alcanzando las expectativas de la población en etapa reproductiva como son los adolescentes; quienes son considerados grupo de riesgo. Así mismo; el resultado del estudio podría ser por el acceso a la información, comunicación y educación en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en las instituciones educativas con jornada educativa completa en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes. (24)

En efecto; se requiere una reforma operativa en la salud del adolescente en materia de salud sexual y reproductiva ya que están difundidas las normas técnicas para promover la salud sexual y reproductiva saludable en esta etapa de vida. (24)

El 62.94% (107) adolescentes expresaron un comportamiento sexual de riesgo y el 37.06% (63) adolescentes expresaron un comportamiento sexual de no riesgo en el distrito de Lircay-Huancavelica.

Estos resultados se corroboran con lo publicado por Cortés Alfaro A., García Roche R. y Ochoa Soto R., (2015) en su estudio "Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud". El cual tuvo por objetivo: identificar los comportamientos sexuales y el uso del preservativo como medio de protección hacia estas enfermedades en educandos de la Facultad de Tecnología de la Salud del Municipio Cerro. Resultados: los principales resultados fueron: el 91 % de los encuestados tenía vida

sexual activa. El 27,05 había tenido más de una pareja al año y el 11,0 % más de una pareja a la vez, un 11,0 % refirió que debían utilizarse dos condones a la vez para su seguridad, solo el 35,0 % refirió que el momento de ponerse el condón era en el momento de la erección. El 51,88 % uso siempre el condón en sus relaciones sexuales, el 61,0 % estuvo en desacuerdo en no utilizar el condón con sus parejas estables. Conclusiones: el comportamiento en cuanto al uso del preservativo o condón para evitar las ITS/VIH/sida fue bajo, un porcentaje alto no estuvo de acuerdo con el uso del condón con sus parejas estables. Momento inadecuado para ponerse el condón en sus relaciones sexuales. (10)

Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales; son influenciados en múltiples niveles (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su entorno. (18)

Las teorías de la persuasión y modelos, también llamadas teorías de conducta humana y sus determinantes; la utilidad de las teorías es que pueden ayudarnos a comprender la índole de los comportamientos de salud a los que se requiere llegar. Pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. Adicionalmente pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación. Las teorías y los modelos explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo. Las teorías de la persuasión forman la base para la comunicación en salud y la planificación, implementación y evaluación de programas de salud. (18)

Otra de las teorías en la que se sustenta vienen a ser la Teoría de Dorothea Orem, en la que fundamenta el concepto de autocuidado, considerado como el conjunto de actividad que realiza una persona por si misma (cuando puede hacerlo) y que contribuyen a su salud. Tales actividades se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, la etapa del desarrollo y el estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. (19)

D. Orem, sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de autocuidado asociados con el desarrollo o desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de autocuidado.

Existen las llamadas demandas de autocuidado para la prevención primaria. Son los requisitos de autocuidado, universales y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas. (19)

Los resultados del estudio con respecto al comportamiento sexual de no riesgo, se podría atribuir a que los adolescentes no se expusieron a la experiencia sexual, y si tuvieron la experiencia sexual hacen uso de los métodos anticonceptivos como lo más difundido, el preservativo; así mismo, la práctica de la abstinencia, entre otras. Y el comportamiento sexual de riesgo; se atribuye a que los adolescentes no hacen uso del preservativo al momento de tener la experiencia sexual; probablemente por la inhibición de placer; por otro lado, tuvieron múltiples parejas sexuales, práctica de sexo ocasional, entre otras.

Estos hechos contribuyen a que los profesionales comprometidos con la salud de los adolescentes operativicen acciones integrales en el marco de habilidades sociales para la vida, atenciones integrales de salud. (20)

Así mismo; enfatizar que los adolescentes tomen conciencia del peligro inminente que representa el comienzo en edades tempranas de las relaciones sexuales, y mucho más si estas son desprotegidas, pues pudieran terminar en riesgosos abortos, en contraer una ITS incluyendo el VIH/SIDA y embarazos no deseados, con la consiguiente afectación a la madre o al producto de la concepción, por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos. (20)

Si bien es cierto cuando se habla de adolescentes se trata de un segmento de la población más vulnerable en algunos aspectos, son personas que piensan, viven y disfrutan de su sexualidad; en su gran mayoría tienen prácticas sexuales concordantes con su edad y el desarrollo afectivo y sexual que viven, asumen los riesgos de una sexualidad activa y utilizan algunos de los mecanismos existentes para evitar consecuencias negativas para su vida. (20)

El valor de mayor frecuencia es 54,01% (92) adolescentes representaron conocer sobre salud sexual/reproductiva; de los cuales 51,76%(88) indicaron comportamiento sexual de riesgo y 2,35% (4) indicaron comportamiento sexual de no riesgo; siendo el de menor frecuencia el 2,94% (05) adolescente que representaron un conocimiento bajo; de los cuales un 1,76% (3) tuvieron un comportamiento sexual de riesgo y un 1,18 % (2) comportamiento sexual de no riesgo. Mientras que un 42,94 % (73) adolescentes tuvieron conocimiento parcial; de los cuales un 8,82% (15) adolescentes tuvieron comportamiento sexual de no riesgos y un 34,1 % (58) adolescentes tuvieron comportamiento sexual de riesgo.

Estos resultados es contradictorio con lo publicado por Rodríguez C. A., Sanabria R. G., Contreras P. M. E., y Perdomo C. B., (2013); en Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Cuyo Objetivo: mostrar el diseño y resultados de la implantación de una estrategia educativa extracurricular, de tipo participativa, dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en instituciones universitarias cubanas. Resultados: se diseñó una estrategia educativa extracurricular conformada por el componente capacitación y comunicación articulados entre sí y que se desagregan en un conjunto de acciones. Se encontraron deficiencias en la educación sexual, baja percepción del riesgo de un embarazo o de contraer alguna infección de transmisión sexual, prácticas de cambio frecuente de parejas, tanto en sexo masculino, como el femenino; comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón, unido a poca comunicación entre padres e hijos. Conclusiones: el diseño de la estrategia educativa conduce a fomentar un pensamiento responsable sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes. Su implantación ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes y además, hace que los mismos una vez egresados de sus respectivos perfiles de formación puedan realizar correctamente actividades de promoción, prevención y educación para la salud en la población donde trabajen. (12)

Muchos adolescentes están teniendo relaciones sexuales, a menudo sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. (25)

El limitado acceso a la información, el inicio sexual a edades más tempranas, parejas sexuales ocasionales y la resistencia al uso del condón, se identifican como condiciones y situaciones que aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes de infectarse con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. (25)

Los resultados del estudio hacen denotar que el conocimiento sobre un aspecto, en este caso de la salud sexual y reproductiva no determina que algunos adolescentes tengan la capacidad de toma de decisiones en su conducta o comportamiento sexual de riesgo e irresponsable, mientras que a muchos de los adolescentes persiste las creencias que toda persona esta aparentemente sana y que no presenta ninguna enfermedad, o que tener sexo fortalece su masculinidad, y acontece el comportamiento sexual de riesgo. (28)

Por otro lado; debe considerarse que la población adolescente, por su condición etárea pueden tener una vida sexual activa, por lo que se justifica el desarrollo de proyectos y acciones que favorecen el autocuidado y la responsabilidad que ellos deben de asumir en el manejo de la salud sexual y reproductiva, contribuyendo de esta manera en la reducción de la vulnerabilidad a las infecciones por VIH/SIDA en este grupo de población. (28)

La difusión de estos resultados servirá de base para otros estudios relacionados y también para establecer alternativas de solución a nivel de gobierno en el campo del sector salud y educación ya que la información a la que acceden los jóvenes no se traduce totalmente en sus conductas y actitudes. Estos programas deberían fomentar de manera oportuna la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad focalizados en los grupos más vulnerables de nuestra población. (28)

CONCLUSIONES

1. Las cantidades según el sexo son casi equivalentes en adolescentes involucrados en el estudio, tanto masculino y femenino. Las edades se encuentran comprendidas entre 12 a 19 años de edad. En su gran mayoría los/las adolescentes tuvieron radio y televisor en su casa (95.29%) y una mínima cantidad (4.12%) internet.
2. En cuanto al conocimiento de los/las adolescentes el 54.2% (92) adolescentes presentaron conocer sobre salud sexual/reproductiva, 42.9% (73) conocimiento parcial y 2.9 (05) conocimiento bajo sobre salud sexual y reproductiva en el distrito de Lircay-Huancavelica; la mayoría conocen sobre salud sexual/reproductiva, siendo así que en su mayoría conocen que una mujer podría quedar embarazada en su primera relación sexual y que el virus del papiloma humano se transmite por vía sexual, además reconocen al condón, píldora y anticonceptivo intramuscular (ampolla) como métodos anticonceptivos, mientras otro porcentaje conocen las vías de transmisión de las infecciones de transmisión sexual.
3. Más de la mitad del grupo de estudio de los/las adolescentes tienen un comportamiento sexual de riesgo (62.4%) y un porcentaje menor a la mitad tiene un comportamiento sexual de no riesgo (37.6%). Este último hecho es probable a que los adolescentes aún están vinculados a una sociedad conservadora. Además, se puede apreciar que el adolescente al presentar un comportamiento sexual de riesgo ya tuvieron relaciones sexuales por primera vez entre los 14 y 15 años de edad, de los cuales estos no usaron condón durante su primera relación sexual (sin alguna consecuencia aparentemente). Otro aspecto importante es que los/las adolescentes mayores de 17 años manifiestan haber realizado por lo menos un aborto, por ello este

grupo esta vulnerable a embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA y al riesgo de muerte por interrupción voluntaria del embarazo.

4. No existe relación entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica, es decir la relación es no significativa por presentar un P valor de 0,999 y un coeficiente de correlación de Spearman de 0,000. Más de la mitad de los/las adolescentes representaron conocer sobre salud sexual/reproductiva y tienen un comportamiento sexual de riesgo, a esto se incluyen la cantidad de adolescentes que conocen parcialmente del tema; pero una cantidad menor que no conocen sobre este tema presentan un comportamiento sexual de no riesgo, estos resultados indican que el comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. Así mismo, el grado de vulnerabilidad del adolescente está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el micro ambiente familiar, así como el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva que estos poseen, el cual es un factor social muy importante para el comportamiento sexual que actualmente se está percibiendo en las/los adolescentes el cual no garantiza un adecuado comportamiento sexual.

RECOMENDACIONES

Al sector salud:

1. El Ministerio de Salud; debería realizar e impartir sus Resoluciones Ministeriales en función a la realidad nacional, que estos contemplen la pluriculturalidad e idiosincrasia.
2. La Dirección Regional de Salud; podría realizar Normas técnicas con información en tiempo real y no desfasada como hasta el día de hoy se utiliza.
3. Las redes de salud; deberían de realizar una adecuada programación para garantizar los insumos, medicamentos y materiales que se utiliza para impartir información a esta población vulnerable.
4. A las instituciones prestadoras de servicios de salud; fortalecer actividades preventivas como parte de los lineamientos de políticas sectoriales, con el propósito de contribuir hacia una atención integral de salud en los/las adolescentes.
5. A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Huancavelica:
 - 5.1. Desarrollar estudios operativos o aplicativos para mejorar la interpretación de los resultados con la finalidad de integrar en las políticas públicas de las instituciones regionales.
 - 5.2. Constituir alianzas estratégicas para direccionar actividades sostenibles en el fortalecimiento de atención integral en la salud sexual/reproductiva del adolescente.

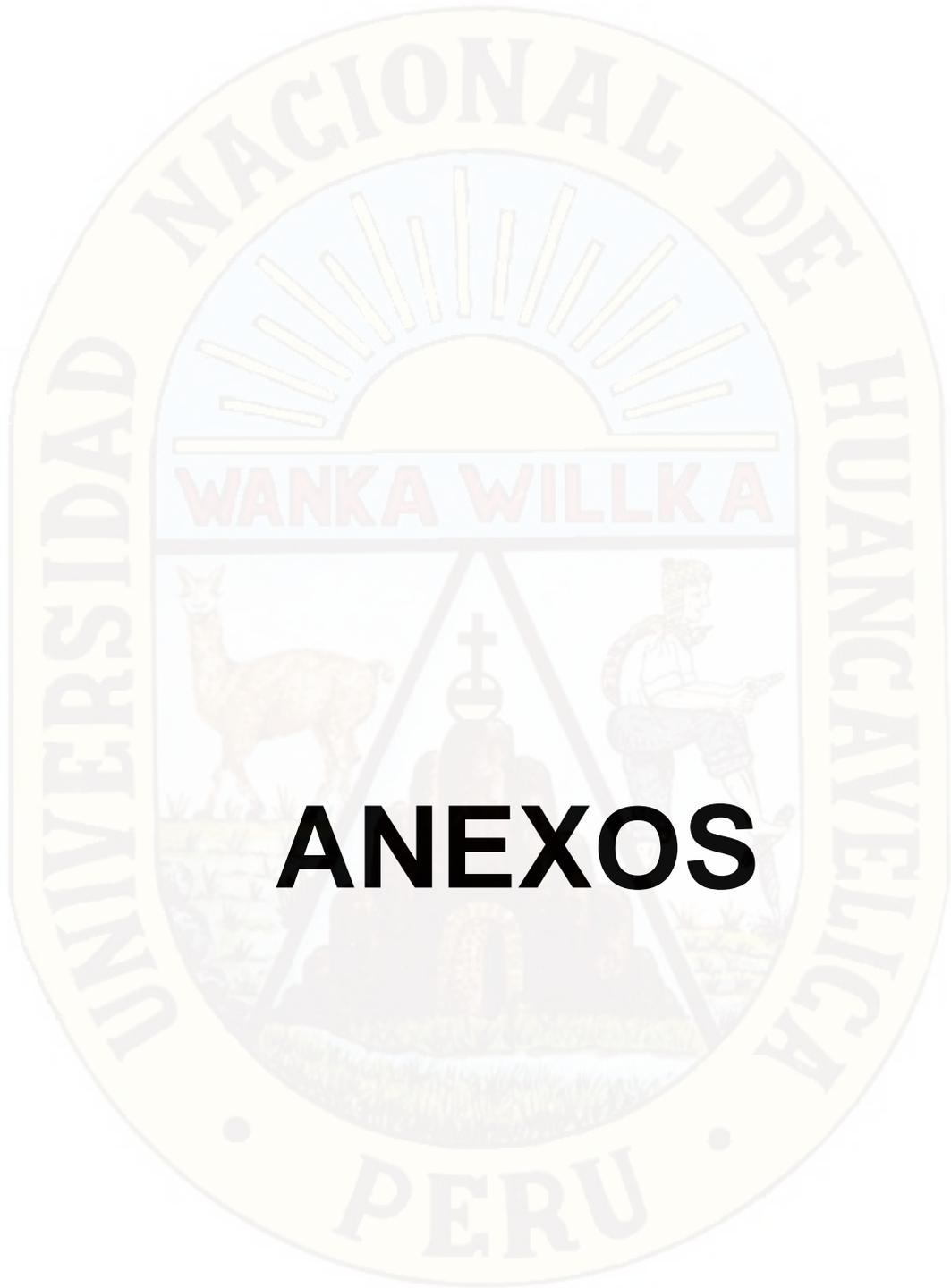
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. United Nations Pubns; 2011, Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia: Una época de oportunidades. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/honduras>
2. Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo 2014. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
3. United Nations: Informe Mundial de Fertilidad 2013: Fertilidad en los extremos. [Internet]. [citado 28 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/worldFertilityReport2013.pdf>
4. Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA PUB 2017: Estado de la Población Mundial. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática; Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016-ENDES 2016. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
6. Naciones Unidas-CEPAL. Población y Desarrollo: Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7132-mirada-america-latina-caribe-al-objetivo-desarrollo-milenio-acceso-universal-la>
7. Ministerio de Salud. Situación de Salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú 2017. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>

8. Dirección Regional de Salud Huancavelica. Análisis de Situación de Salud Región Huancavelica 2015. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.diresahuancavelica.gob.pe>
9. Camacho SM, Muñiz GM, Sánchez AM, López AO, Jiménez MP. Conocimientos y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en alumnos/as de 1º. Semestre de Licenciatura en Enfermería de la Escuela superior de Tlahuelilpan. XIKUA Bol Científico Esc Super Tlahuelilpan. 2016;4(7).
10. Cortés Alfaro A, García Roche R, Ochoa Soto R. Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud. Rev Cubana Med Trop. 2015;67(2):0–0.
11. Castaño Castrillón JJ, Castro C, García GV, García MK, Morales L, Rivera B, et al. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8 a 11 grado en una institución educativa de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Salud Uninorte. 2014;30(3).
12. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cuba Salud Pública. 2013;39(1):161–174.
13. Corona Lisboa J, Ortega Alcalá J. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. MediSan. 2013;17(1):78–85.
14. Carrión JR, Blanco CIT. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit. 2012;26(6):519–524.
15. Urgellés Carrera SA, Reyes Guerrero E, Figueroa Mendoza M, Batán Bermúdez Y. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2012;38(4):549–557.
16. Blasco JL, Grimaltos T. Teoría del conocimiento. Vol. 73. Universitat de València; 2015.
17. Luna N. Teoría del conocimiento. Vol. 1. La Editorial, UPR; 2001.

18. Fernández Concha R. Teorías del comportamiento humano. 2016;
19. Díaz-Guerrero R. Hacia una teoría histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento humano. Edit. Trillas; 1972.
20. Organización Panamericana de la Salud. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril 2001 [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>
21. Aberastury A. A. Adolescencia. Kargieman; 1973.
22. Berk, L. Desarrollo del niño y el adolescente. Prentice Hall Iberia; 1999.
23. Ceballos G. C. El adolescente y sus retos: La aventura de hacerse mayor. Piramide Ediciones Sa; 1999.
24. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. Washington, DC : OPS, 2013. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=25322&lang=es
25. Peláez Mendoza J. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2008;34(2):0-0.
26. Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA PUB 2014: Estado de la Población Mundial. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads>.
27. Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles Poblac. 2005;11(45):177-219.
28. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública México. 2003;45:S132-S139.

29. Revueltaa JC, PrevInfad G. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Rev Pediatría Aten Primaria. 2005;7(Suplemento 1).
30. Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM, Falconier de Moyano M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. N Y U N Popul Fund. 2001.
31. Garcia-Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Int J Psychol Res. 2012;5(1).
32. Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA PUB 2013: Estado de la Población Mundial. [Internet]. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads>.
33. Bernal Cesar A. Metodología de la Investigación 3 Ed.pdf.
34. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación. 6ta Edición. Edit. McGraw Hill (2014)



ANEXOS

Anexo N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: "CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL/REPRODUCTIVA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE LIRCAY – HUANCAMELICA”

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	SISTEMA DE HIPOTESIS	METODOLOGIA	VARIABLE
<p>Pregunta general: ¿Cual es la relación que existe entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay –Huancavelica?</p> <p>Preguntas Específicas; 1. ¿Cual es el conocimiento sobre salud sexual / reproductiva en las /los adolescentes del distrito de Lircay-Huancavelica? 2. ¿Como es el Comportamiento sexual en las/los adolescentes del distrito de Lircay - Huancavelica?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación del conocimiento sobre salud sexual/reproductiva con el comportamiento sexual en adolescentes del distrito de Lircay - Huancavelica.</p> <p>Objetivos específicos: - Describir las características socio-demográficas de los adolescentes del distrito de Lircay - Huancavelica. - Identificar el conocimiento sobre salud sexual / reproductiva en las/los adolescentes. - Identificar el comportamiento sexual en las/los adolescentes del distrito de Lircay-Huancavelica</p>	<p>Hipótesis General: Existe una relación significativa entre el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva con el comportamiento sexual en las/los adolescentes.</p> <p>Hipótesis Nula; No existe una relación significativa entre el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva con el comportamiento sexual en las/los adolescentes</p>	<p>1.TIPO DE ESTUDIO: Descriptiva-Correlacional. 2. NIVEL DE INVESTIGACION: Correlacional. 3. METODO DE INVESTIGACION; Inductiva-Deductiva, Descriptiva, Bibliográfica y Estadístico 4. DISEÑO DE INVESTIGACION No experimental. Transversal, Descriptivo Correlacional. 5.POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO: N = 1064 adolescentes. n = 170 adolescentes. Muestreo: Probabilístico aleatorio simple. 6. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: Tecnica; Cuestionario Instrumento; Encuesta 7. TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS; Aplicacion de estadística descriptiva e inferencial.</p>	<p>Variable 1: Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva</p> <p>Variable 2; Comportamiento sexual.</p>

Cuestionario conocimiento sobre comportamiento sexual

I. PRESENTACIÓN

Estimada(o) adolescente:

Le estamos brindando un cuestionario sobre su comportamiento sexual.

El estudio es completamente confidencial y anónimo, nadie sabrá lo que tú respondas y sólo se considerarán con fines científicos, sin revelar su identidad.

II. ASPECTOS GENERALES:

Edad: _____ años.

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Tienes televisión en tu casa: Si () No ()

Tienes radio en tu casa: Si () No ()

Tienes Internet en tu casa : Si () No ()

III. **INDICACIONES:**A continuación usted encontrará una serie de afirmaciones, frente a cada una de ellas tendrá dos alternativas de respuesta y Ud. deberá marcar con una "X" la alternativa que es verdadera.

IV. BLOQUE DE CONTENIDOS

N°	AFIRMACIONES	SI	NO
01	He tenido relaciones sexuales voluntariamente.		
02	He tenido relaciones sexuales contra mi voluntad (violación).		
03	He tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.		
04	He tenido relaciones sexuales entre los 16 y 18 años de edad		
05	He tenido relaciones sexuales a los 19 años de edad.		
06	Use un preservativo (condón) cuando tuve relaciones sexuales por primera vez.		
07	Tomé la píldora del día siguiente después de tener relaciones sexuales por primera vez.		
08	Uso algún método anticonceptivo (píldoras, condón, inyectable o anticonceptivo de emergencia) cada vez que tengo relaciones sexuales.		
09	He tenido relaciones sexuales solo con mi enamorado.		
10	He tenido relaciones sexuales en algún momento con una persona mayor de 20años.		
11	Le he sido infiel sexualmente a mi pareja.		
12	He tenido relaciones sexuales con más de un chico.		
13	He tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol.		
14	He abortado por lo menos una vez.		
15	Tengo al menos un hijo.		

Gracias por su participación...

Anexo N° 03

Validez de instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
ESCUELA DE POST GRADO
SECCION MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : Calero Miranda Doris Nilda
 1.2. Grado Académico / mención : Magister en Salud Pública y Comunitaria
 1.3. DNI / Teléfono y/o celular : 01663753 / 997467283
 1.4. Cargo e institución donde labora : Directora Adjunta, Dirección Pasco
 1.5. Autor del instrumento(s) : Jim Kelvin Solano Tacza
 1.6. Lugar y fecha : Pasco, Huancavelica, 2016

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CATEGORÍAS				
		DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				X	
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				X	
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				X	
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E
		0	0	0	6	4

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{44}{50} = 0.88$

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA	OPCIÓN	INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 - 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 - 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 - 0,80]
Válido, aplicar	<input checked="" type="radio"/>	<0,81 - 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

Gobierno Regional de Pasco
 Inspección Regional de Salud Pasco
 Firma del Juez
 Mg Doris N CALERO MIRANDA
 (e) DIRECTORA EJECUTIVA ADJUNTA

Maestrando: Obsta. Jim Kelvin SOLANO TACZA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
 ESCUELA DE POST GRADO
 SECCION MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

5. DATOS GENERALES

- 5.1. Apellidos y nombres del Juez : MAXIMO JUNQUE CRONA
 5.2. Grado Académico / mención : MAESTRO EN GESTION PUBLICA
 5.3. DNI / Teléfono y/o celular : 27211353 / 98052654
 5.4. Cargo e institución donde labora : COORDINADOR REGIONAL DE MEJORA CONTINUA - DUECO A.V.O.
 5.5. Autor del instrumento(s) : DCHA. SOLANO TACZA JIM KELVIN
 5.6. Lugar y fecha : HUANCABELICA, 11 de mayo del 2016

6. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
11. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					P
12. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.				P	
13. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					P
14. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					P
15. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					P
16. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					P
17. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				P	
18. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					P
19. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					P
20. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					P

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E
		0	0	0	2

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{48}{50} = 0.96$

7. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input checked="" type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

8. RECOMENDACIONES:

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD P.B.A.
 MSc. MAXIMO A. JUNQUE CRONA
 COORDINADOR REGIONAL CONTINUA
 DCPH MAT. N° 024-018

Firma del Juez

Maestrando: Obsta. Jim Kelvin SOLANO TACZA



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

5. DATOS GENERALES

- 5.1. Apellidos y nombres del Juez : RODRIGUEZ CAYULES JIMMY FERNANDO
 5.2. Grado Académico / mención : DOCTOR EN PEDAGOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
 5.3. DNI / Teléfono y/o celular : 967 903377 / 967 903377
 5.4. Cargo e institución donde labora : COORDINADOR REGIONAL PROMISO - DIVISIÓN HUANCAMELICA
 5.5. Autor del instrumento(s) : OBSTA JIM KELVIN SOLANO TACZA
 5.6. Lugar y fecha : HUANCAMELICO, 08 NOVIEMBRE DEL 2016

6. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
11. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
12. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.				✓	
13. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
14. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.				✓	
15. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
16. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				✓	
17. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
18. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.				✓	
19. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				✓	
20. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				✓	

CONTEO TOTAL DE MARCAS	A	B	C	D	E
(realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	0	0	0	2	8

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{48}{50} = 0.96$

7. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 - 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 - 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 - 0,80]
Válido, aplicar	<input checked="" type="radio"/>	<0,81 - 1,00]

8. RECOMENDACIONES:

[Firma]

 Firma del Juez

Maestrando: Obsta. Jim Kelvin SOLANO TACZA



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

5. DATOS GENERALES

5.1. Apellidos y nombres del Juez : *Rodolfo Pineda Lina Zubana*
 5.2. Grado Académico / mención : *Mag. en Administración y Gerencia en Salud*
 5.3. DNI / Teléfono y/o celular : *200.598.666 / 985696060*
 5.4. Cargo e institución donde labora : *Directora de la Unidad de Investigación*
 5.5. Autor del instrumento(s) : *Codr. Danilo Acosta Jimenez*
 5.6. Lugar y fecha : *Huancavelica, Diciembre del 2016*

6. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
11. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
12. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.				X	
13. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
14. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.				X	
15. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				X	
16. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				X	
17. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				X	
18. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.				X	
19. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				X	
20. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E
		0	0	0	3	7

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{47}{50} = 0.94$

7. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input checked="" type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

8. RECOMENDACIONES:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 Firma del Juez
 Mg. Yubana Barónas Pineda
 DIRECTORA (a)

Anexo N° 04

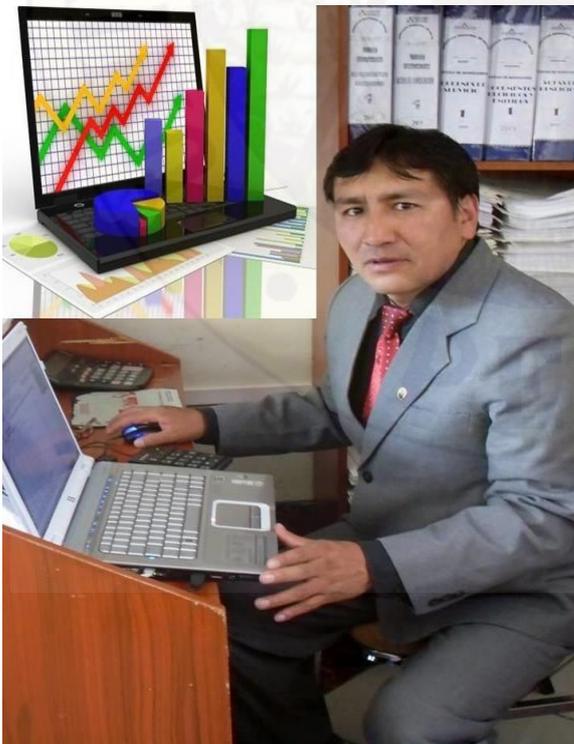
GALERIA FOTOGRAFICA

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR CRITERIO DE JUECES



Mg. Doris CALERO MIRANDA

DIRECTORA ADJUNTA DE LA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
PASCO



Mg. MAXIMO TUNQUE LIZANA

COORDINADOR REGIONAL DE
PROYECTOS DE MEJORA DE LA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HUANCABELICA



Mg. LINA CARDENAS PINEDA

DIRECTORA DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
DE A UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HANCAVELICA



Mg. GUIDO FLORES MARIN

DIRECTOR DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERIA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCVELICA



Mg. FREDDY RODRIGUEZ CANALES

DIRECTOR EJECUTIVO DE
PROMOCION DE LA SALUD DE LA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HUANCVELICA

RECOPIACION DE DATOS











