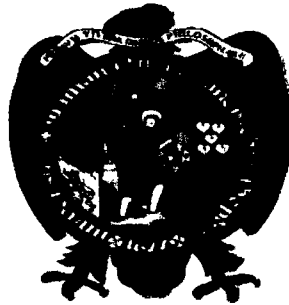


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES  
DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO TARDE. INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES AYACUCHO. Abril – Octubre  
2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRA**

**PRESENTADO POR:**

CHÁVEZ SOTO, Rosmery

ELLISCA VEGA, Lucy

**ASESORA:**

Obsta. PRADO MARTÍNEZ, Clotilde

**AYACUCHO-PERU**

**2015**

## DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis padres Marcelino y Onésima por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Con cariño y admiración a mis hermanos, Jorge, Teodoro y Antonio, por su apoyo y comprensión.

A Mis sobrinos. Krissia, Sharet y Daniel por ser quienes le dan alegría a mi vida

**Rosmery**

## DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, porque nos concede el privilegio de la vida, quien siempre estuvo en el camino de vida como una luz que guía mi camino constante, en los momentos difíciles enseñándome a valorarlo cada día más.

A mis padres: Gilberto y Lucia por darme la vida, en reconocimiento a su esfuerzo, sacrificio y dedicación por el apoyo que han brindado en todas las etapas de mi vida y hacer posible los logros de mi aspiración ¡Los amo mucho!

A la memoria de mi hermano Héctor que desde el cielo encamina mis pasos, de quien estoy segura que en estos momentos estará orgulloso de mí.

**Lucy**

## AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater, la **Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga**, forjadora de grandes profesionales, por habernos brindado la oportunidad de lograr esta noble profesión.

A la **Facultad de Obstetricia** y su plana Docente, nuestro reconocimiento y agradecimiento, por las enseñanzas, orientaciones, conocimientos, experiencias e idoneidad impartida durante nuestra permanencia en las aulas universitarias.

A nuestra asesora, MG. Clotilde, PRADO MARTÍNEZ. Por su constancia y desinteresada colaboración y orientación en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A la Institución Educativa Mariscal Cáceres donde se desarrolló exitosamente el presente trabajo de investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra manera han colaborado en la conclusión del presente trabajo de investigación.

# ÍNDICE

Pág.

## INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	13
1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL .....	14
1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	14

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN .....	15
2.2 BASE TEÓRICO CIENTÍFICA .....	27
2.2.1 LA ADOLESCENCIA .....	27
2.2.2 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA .....	28
2.2.3 CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO .....	29
2.2.4 COITARQUIA PRECOZ .....	30
2.2.5 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS .....	31
2.2.6 NUMERO DE PAREJAS SEXUALES .....	36
2.2.7 INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL .....	36
2.2.8 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS .....	39

<b>2.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS .....</b>	<b>45</b>
<b>2.4 HIPÓTESIS .....</b>	<b>47</b>
<b>2.5 VARIABLES DE ESTUDIO .....</b>	<b>48</b>

### **CAPÍTULO III**

#### **DISEÑO METODOLOGICO**

<b>3.1 TIPO DE INVESTIGACION .....</b>	<b>49</b>
<b>3.2 METODO DE ESTUDIO .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....</b>	<b>49</b>
<b>3.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ....</b>	<b>50</b>
<b>3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>51</b>
<b>3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>52</b>

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADO Y DISCUSIÓN**

<b>3.8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>67</b>
<b>3.9. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>68</b>

#### **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

#### **ANEXOS**

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual se adquiere la capacidad reproductiva y se hace la transición de la niñez a la adultez, abarca las edades entre 10 y 19 años y se caracteriza por la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y múltiples experiencias. <sup>1</sup>

La sexualidad forma parte del proceso de maduración sexual y personal. Pero la sexualidad cuenta también la búsqueda de modelos de identificación que guían futuras comportamientos para adoptar y/o minimizar conductas riesgosas. <sup>2</sup>

Los adolescentes presentan una serie de cambios y reacciones pueden llevar a los adolescentes a ocultar sus impulsos y conductas sexuales, exponiéndose a prácticas de riesgo ( coitarquía precoz , más de dos parejas sexuales , consumo de sustancias psicoactivas), lo que hace más difícil la comunicación acerca del desarrollo sano de la sexualidad y limita la existencia de relaciones afectuosas y responsables entre los jóvenes y

con sus familiares al abordar este aspecto tan importante de la vida. <sup>3</sup>  
Entre las consecuencias relacionadas a las prácticas sexuales de riesgos destacan: Embarazo precoz, embarazo no deseado, aborto, las infecciones de transmisión sexual (incluidos el VIH/SIDA),y sus consecuencias ulteriores(desigualdad, marginación, baja autoestima, subempleo , pobreza, discriminación), que pueden terminar en la depresión y el suicidio . <sup>4</sup>

Se estima que en Latinoamérica el 50% de las adolescentes menores de 17 años son activas sexualmente .En el Perú el porcentaje de población adolescente representa un 22 % de la población total. La tasa de actividad sexual entre adolescentes ha subido a través de los últimos treinta años. El inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos es un fenómeno común y la actividad sexual, se vuelve cada vez más común: A los 12 años 9 %, a los 14 años 23 %, a los 16 años 42 % y a los 18 años 71 %. En el Perú del total de estudiantes el 23 % de estudiantes de nivel secundario tenían relaciones sexuales: El 72 % eran varones y el 28 % mujeres. Lo cual indica la prevalencia de prácticas de riesgo en la sexualidad. <sup>5</sup>

El presente estudio tuvo como objetivo general conocer las prácticas de riesgo de la sexualidad en los adolescentes del quinto año de secundaria del turno tarde de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho durante los meses abril a octubre 2014. En relación al diseño metodológico: Fue analítico, prospectivo y transversal, la muestra de la investigación fue un total de 115 estudiantes alcanzando así los siguientes



resultados: Que el 35.6%(41) adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres presenta una actitud de rechazo al uso de métodos anticonceptivos, que el 53.9% (62) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad procede de la zona periurbana, que el 74.8% (86) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad solo estudian, que el 56.5% (65) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad proceden de familia disfuncional, el 40% (46) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad mantiene una relación familiar conflictiva.

La importancia de este presente trabajo de investigación radica en conocer las prácticas de riesgos de la sexualidad puesto que la mayoría de los(as) adolescentes de nuestro estudio realizado piensan y actúan en su vida sexual pero desconocen los riesgos que puede traer el inicio precoz de su actividad sexual sin protección y la variabilidad de parejas sexuales relacionados o no al entorno familiar. Todo esto evidencia que los adolescentes requieren de programas especiales que atiendan sus necesidades de salud y muy en particular, aquellos relativos a su conducta sexual y reproductiva. Ahora bien, para lograr buenos resultados en éstos se deben conocer, desde la perspectiva del adolescente, las percepciones sobre su vida sexual y reproductiva, así como educarlos para que asuman comportamientos responsables, sustentados en fuertes vínculos con la pareja, con su familia y la comunidad.

## CAPÍTULO I

### **1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Más de la cuarta parte de la población mundial (1,200 millones de personas) tiene entre 10 y 24 años de edad y esta cifra va en aumento, sumado a ello, la pubertad está ocurriendo a una edad más temprana en los niños y niñas, por lo que la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes se ha convertido en una prioridad mundial comparado con cualquier otro grupo etario. <sup>6</sup>

Durante la adolescencia, los y las jóvenes experimentan una serie de cambios que influyen en su salud sexual, forman parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo.

Todos estos procesos son interdependientes, así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual. <sup>7</sup>

Aunque el inicio de la actividad sexual durante la adolescencia no es

un tema nuevo, merece especial atención debido a que generalmente sucede en un periodo donde no se ha alcanzado la madurez física, cognoscitiva ni emocional suficiente para asumir la responsabilidad del acto y sus consecuencias. Por otra parte, su inicio precoz, se asocia a conductas sexuales de riesgo como: Mayor número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, menor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos y mayor riesgo de embarazo. <sup>8</sup>

En nuestro país de cada 10 mujeres activas sexualmente 3 son adolescentes, el uso de métodos de planificación familiar modernos es menor en adolescentes; el uso del preservativo es menor en las adolescentes sexualmente activas unidas a su pareja que en las que eventualmente presentan parejas (5.6% Vs 39%); la tasa de fecundidad se ha incrementado desde 59% en el año 2006 a 63% en el 2009. <sup>9</sup> Por otra parte, cabe mencionar que el 13.5% de las adolescentes entre 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas <sup>10</sup> y en las zonas rurales del país como en la región de la sierra, estas cifras se duplican o triplican, como en la Región Ayacucho que tiene uno de los mayores índices de embarazo adolescente en el Perú (23%). Habiéndose registrado 3,056 embarazos adolescentes en el 2010. <sup>11</sup>.

En nuestra región los estudios realizados en el Pueblo Joven de Belén, reportaron que el 98% de adolescentes encuestados, presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre sexualidad, seguido de un 2% con nivel de conocimiento medio. Así mismo la mayoría de varones y mujeres adolescentes entrevistados no tienen claro que el VIH /SIDA es una

enfermedad mortal y por lo tanto desconocen las formas de contagio, en un (100%). Referente a las actitudes sexuales, se halló que la gran mayoría de los entrevistados presentan una actitud desfavorable (56%).<sup>12</sup>

Los hallazgos encontrados en el estudio nos permiten señalar que existen adolescentes que presentan prácticas de riesgo en la sexualidad lo cual servirá como instrumento de trabajo a la Institución Educativa Mariscal Cáceres.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles son las prácticas de riesgo de la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria turno tarde. Institución Educativa Mariscal Cáceres. Ayacucho. Abril – Octubre 2014?

### **1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:**

#### **1.3.1 GENERAL:**

- Conocer las prácticas de riesgo de la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria turno tarde. Institución Educativa Mariscal Cáceres. Ayacucho. Abril – Octubre 2014

#### **ESPECÍFICOS:**

- Identificar la frecuencia de prácticas de riesgo de la sexualidad en los adolescentes del quinto año de secundaria turno tarde. Institución Educativa Mariscal Cáceres. Ayacucho, Abril – Octubre 2014.
- Identificar las prácticas de riesgo de la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria turno tarde. Institución Educativa Mariscal Cáceres. Ayacucho, Abril – Octubre 2014.
- Determinar los factores asociados a la práctica de riesgo de la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria tales como: tipo de familia, relaciones intrafamiliares, procedencia y ocupación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

**CONEJOS JERICÓ, Laura (España 2011)<sup>13</sup>** En este estudio “Conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo en sexualidad en adolescentes estudiantes de institutos de educación secundaria públicos del municipio de Teruel” estudio que tuvo como. **Objetivo:** Conocer el comportamiento sexual de los adolescentes que estudian en el municipio de Teruel y el conocimiento sobre prevención de los riesgos asociados a la sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal a través de una encuesta anónima. **Muestra:** constituida por 350 adolescentes que estudiaban en dos de los Institutos de Educación Secundaria públicos de Teruel. **Resultados:** Se observó que el 33.3% de los adolescentes encuestados, ya habían mantenido en alguna ocasión relaciones coitales, siendo el sexo masculino el de mayor representación, y la edad media de inicio alrededor de los 15 años sin diferencia significativa entre hombres y mujeres. Además la mayoría de estos adolescentes emplean el preservativo tanto en su

primera relación como en las posteriores. En cuanto a los conocimientos sobre prevención de riesgos asociados a la sexualidad y métodos anticonceptivos se evidenció que existe una carencia de conocimientos sobre todo en la anticoncepción de emergencia y en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

Las vías más comunes por las que recibieron información sobre anticonceptivos fueron la televisión en primer lugar seguida de los amigos, maestros y padres. **Conclusión:** Casi todos los encuestados creen que un embarazo en la adolescencia puede acarrear algún riesgo, pero sólo un 21% los identifica, siendo el abandono de estudios el riesgo que más perciben.

**TEVA INMACULADA y Col. (España 2007)** <sup>14</sup> En este estudio "Variables socio demográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes", estudio que tuvo como. **Objetivo:** Analizar si existen en adolescentes diferencias en conductas de riesgo para la infección por el VIH y las ITS de acuerdo al tipo de centro educativo (público / privado o concertado), el sexo y la edad. **Métodos:** Es un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas de tipo transversal. **Muestra:** Participaron 4 456 adolescentes con tipo de muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional siendo los estratos la comunidad autónoma y el tipo de centro educativo (público/privado o concertado). La muestra es representativa a nivel nacional con un nivel de confianza del 95,5%. **Resultados:** El porcentaje



de adolescentes de centros privados que no utilizó el preservativo en la primera relación sexual era superior al de los adolescentes de centros públicos ( $\chi^2 (1)=5,06$ ;  $p=0,02$ ). Los adolescentes de entre 17 y 18 años eran los que informaron en mayor porcentaje que no utilizaron el preservativo en la última relación sexual ( $\chi^2 (2)= 6,90$ ;  $p=0,03$ ). Un mayor porcentaje de varones que de mujeres tuvo una pareja ocasional en la última relación sexual ( $\chi^2 (1)=127,79$ ;  $p=0,00$ ). Los adolescentes de centros privados informaron en mayor porcentaje que los adolescentes de centros públicos sobre el consumo de drogas en la última relación sexual ( $\chi^2 (1)=5,72$ ;  $p=0,02$ ) así como los varones en comparación con las mujeres ( $\chi^2 (1)=36,37$ ;  $p=0,00$ ). **Conclusiones:** Se muestran diferencias en conductas de riesgo para la infección por el VIH en función de variables socio demográficas que hacen reflexionar sobre la necesidad de considerar estos aspectos en los programas de educación sexual dirigidos a adolescentes.

**TREJO Perla María (Cuba - Habana 2011)<sup>15</sup>** En este estudio "Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas" que tuvo por. **Objetivo:** Identificar el conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes de nuevo ingreso al área de ciencias de la salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, comparativo. Se incluyeron 965 estudiantes. La información se recolectó mediante la aplicación de una encuesta electrónica. **Resultados:** Participaron El 65,6 % de los adolescentes con una edad promedio de

18,39 años donde las prácticas sexuales de mayor riesgo son resultados altamente significativos. Una tercera parte tenía vida sexual activa con edad promedio de inicio a los 17 años. El número de parejas sexuales fue mayor en hombres que en mujeres. Los alumnos procedentes del área Periurbano con un 63,3 %, iniciaron su vida sexual a edades más tempranas en comparación con los del área Urbana con un 31,4 %. El anticonceptivo de mayor uso fue el preservativo. **Conclusiones:** El conocimiento no es la única herramienta que garantiza prácticas sexuales saludables en los adolescentes, lo que denota que las estrategias encaminadas a cambiar comportamientos no deben limitarse a proporcionar información.

**DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ Inés (Cuba - Habana 2011)**<sup>16</sup> En su estudio "Influencia de la familia en la sexualidad adolescente" que tuvo como. **Objetivo:** Conocer el rol de la familia en la esfera sexual de los adolescentes, y la repercusión en la salud reproductiva. **Métodos:** Cualitativa o interpretativa. **Muestra:** La muestra fue de 128 alumnos de secundaria básica, residentes en Centro habana. En grupos focales se les aplicó una encuesta y se entrevistaron los padres en los hogares. **Resultados:** El 69 % de los adolescentes vive con uno de sus padres. El 52 % pertenece a una familia disfuncional y el 48 % a familias funcionales. Los adolescentes de núcleos disfuncionales recibieron escasa información sobre temas sexuales por parte de sus padres en un 100 %. Los padres, poseen elevados conocimientos sobre temas sexuales, no fue así en el

78 % de los adolescentes. Es inadecuada la comunicación según los adolescentes (57 %) y para los padres, adecuada en el 82 %. El 47 % de los adolescentes se encuentra altamente expuesto a sufrir daño en la reproducción, 63 % de los miembros de familias disfuncionales. Solo el 18 % de los padres reconocieron que el comportamiento de sus hijos era riesgoso. **Conclusiones:** La información recibida sobre sexualidad fue insuficiente, así como deficientes sus conocimientos a pesar de ser adecuada la comunicación entre padres e hijos. Todos estaban expuestos a factores de riesgo reproductivo y los miembros de familias disfuncionales fueron los más vulnerables.

**LEDESMA GAIRAUD Luis (Costa Rica 2008)**<sup>17</sup> En este estudio "Acercamiento a la Atención integral del Adolescente - Aplicación de un instrumento de tamizaje" que tuvo por **Objetivo:** Conocer cuáles son las necesidades y riesgos en la sexualidad a los cuales los adolescentes están expuestos, en los programas de atención integral, permitiendo la introducción o variación de programas ya existentes. **Método:** Estudio analítico de corte transversal. Se analizó una muestra significativa de la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad. A los adolescentes se les entregó una encuesta sencilla, previa explicación de las instrucciones, de respuesta sencilla de sí o no, para poder clasificar de acuerdo al riesgo, si existe, de manera tal que pueda dividirse como riesgo social, de exposición a drogas o alcohol, o de riesgo reproductivo. Dentro del riesgo social se incluyen la depresión y malas relaciones familiares. Se entrevistaron adolescentes tanto en la consulta externa como en colegios y

otras instituciones para lograr una adecuada captación de todos los sectores. **Resultados:** Del total de los entrevistados un 46.5% de la población es de sexo masculino y un 63.5% son mujeres, dentro de los cuales un 70% se dedica a estudiar, un 28% a estudiar y trabajar y solo un 2% se encuentra desocupado (todas mujeres), las mujeres presentan mayor predisposición hacia la ingesta de alcohol o drogas y los hombres hacia episodios de violencia. Respecto a la conducta de riesgo reproductivo se encuentran contradicciones en las respuestas. **Conclusión:** Los programas que se han estado realizando no se encuentran acordes a los resultados del estudio, por lo tanto, se deben realizar adecuaciones a los mismos.

**PÉREZ VILLEGAS y Col. (Santiago Chile 2009)** <sup>18</sup> En su estudio "vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos" estudio que tuvo como **Objetivo:** Analizar la relación entre vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos. **Métodos:** Estudio transversal. **Muestra:** Fue de 297 adolescentes, 154 mujeres y 143 varones. Se utilizó la ficha CLAP OPS/OMS y un instrumento de vulnerabilidad social y conducta sexual. Se aplicó t-Student y Ji 2 ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** la edad promedio fue  $16,5 \pm 1,5$  años en varones y  $16,4 \pm 1,5$  mujeres. El 63% vive con ambos padres. El 74% describe sus relaciones familiares como buenas y excelentes. El 44% de los adolescentes que han iniciado actividad sexual definen sus relaciones familiares como malas o sin relación; el 62% de los adolescentes que

han iniciado actividad sexual percibe escaso o nulo apoyo familiar ( $p = 0,0031$ ). El 51% señala que hay delincuencia en su entorno social próximo. No hubo diferencias significativas al asociar variables de vulnerabilidad social con uso de métodos anticonceptivos y el número de parejas sexuales. Las relaciones sexuales asociadas al consumo de alcohol y drogas fueron superiores en varones (21%) que en mujeres (10%) ( $p = 0,019$ ); las relaciones sexuales sin protección fueron superiores en mujeres (35%) que en varones (20%) ( $p = 0,05$ ).

**Conclusión:** Se reconoce la importancia de la familia en el proceso de formación de la conducta sexual de las y los adolescentes.

**CASTELLÁ SARRIERA, Jorge (Brasil 2004)** <sup>19</sup> En su estudio "Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes" que tuvo como **Objetivo:** Evaluar los predictores de conducta sexual de riesgo en adolescentes. **Método:** Probabilístico, polietápico y Estratificado. **Muestra:** la muestra se compuso de 389 jóvenes con edades entre 15 y 25 años, estudiantes de siete regiones de Porto donde se contó con dos escuelas que ofrecían enseñanza secundaria (una pública y otra privada). **Resultados:** Con relación al comportamiento sexual de la muestra en estudio, se encontró que el 31,8% tenían pareja estable pero no vivían juntos, 20,8% mantenían alguna relación pasajera y 3,6% tenían pareja estable con la cual vivían. Cuanto a las relaciones sexuales, 33,1% tenían vida sexual activa con sus parejas, 3,8% las tenían con sus parejas y otras personas y 13,6% no tenían pareja estable pero mantenían relaciones sexuales. **Conclusión:** los adolescentes con mayor

número de parejas sexuales en el último año y que presentaron mayor frecuencia en el consumo de alcohol tienden a presentar comportamiento sexual de riesgo.

**PARRA VILLARROEL y Col. (Chile 2010)**<sup>20</sup> En su estudio “Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales” que tuvo como. **Objetivo:** analizar el comportamiento sexual de adolescentes escolares y su relación con variables biológicas y sociales. **Métodos:** Investigación de tipo cuantitativa, observacional, analítica, de corte transversal. **Muestra:** Constituida por 2,562 adolescentes entre 11 a 19 años en 12 establecimientos educacionales de la provincia de Ñuble (Chile). **Resultados:** Un 53.3% corresponde a mujeres y un 46.7% a hombres. El 6.7% de los adolescentes < de 15 años, ha tenido relaciones sexuales y un 27.7% de 15 a 19 años. El grupo de adolescentes que ha tenido relaciones sexuales es mayor en el grupo que refiere violencia intrafamiliar (28.1%). La práctica de relaciones sexuales es mayor entre el grupo que consume marihuana u otras drogas con amigos (62.9%). Casi un 70% de los/as adolescentes que tienen relaciones sexuales refieren usar algún método para evitar un embarazo. **Conclusiones:** Las características sociales como familias mono parentales, violencia intrafamiliar, mal comportamiento escolar y consumo de alcohol y drogas provocan mayor frecuencia de relaciones sexuales. Entre las prácticas sexuales, las menos frecuentes son aquellas descritas como de mayor riesgo.

**VARELA ARÉVALO María Teresa y Col. (Colombia 2007)<sup>21</sup>** En este estudio “Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes”, estudio que tuvo por **Objetivo:** Describir el consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes y los factores psicosociales de riesgo y de protección asociados. **Método:** Estudio no experimental, con diseño transversal correlacional. **Resultados:** En 763 estudiantes (46,5% hombres y 52,4% mujeres) muestran que la marihuana fue la droga de mayor consumo; y que existe una fuerte asociación entre el consumo de las cuatro SPA ilegales (marihuana, opiáceos, cocaína y éxtasis) El 23,2% de los estudiantes de la muestra ha consumido alguna vez o consume actualmente marihuana y el 31% de ellos continúa haciéndolo.

**Conclusiones:** El consumo actual de esta SPA se presenta en mayor proporción entre los hombres (67,3%); es superior entre los mayores de 18 años (96%) y entre los solteros (98%). En la totalidad de los casos, la marihuana es fumada, Generalmente ésta es consumida en momentos de diversión con los amigos (47,3%) y en reuniones sociales (31,4%), siendo los principales lugares de consumo las casas de amigos (58,6%), los parques (44,4%) y los autos (35,5%). El 39,1% reconoce que ha sido presionado por sus iguales para consumir.

**ORCASITA Linda Teresa (Colombia-Cali 2012)<sup>22</sup>** En este estudio “Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander” que tuvo por **Objetivo:** Evaluar el apoyo social y las conductas sexuales de riesgo presentes en adolescentes de una institución educativa del municipio de Lebrija-Santander. **Método:** De

carácter no experimental de tipo descriptivo-correlacional. La muestra se conformó por 359 adolescentes con edades entre los 12 y 18 años. Se utilizaron una serie de cuestionarios: Conductas de Riesgo de Vigilancia, Cuestionario MOS y finalmente el APGAR Familiar **Resultados:** Del total de los entrevistados un 52.1% de los adolescentes son mujeres y el 47.9% son hombres. El 40.9% de los adolescentes han iniciado su vida sexual y presentan conductas sexuales de riesgo, las más frecuentes son: dentro de las cuales el 40.9% no utilizan métodos anticonceptivos, un 33.2% quienes consumen alcohol y otras drogas, el 12.9% iniciaron la vida sexual a edades tempranas y el 7.0% tienen más de dos parejas sexuales. Asimismo los jóvenes que han iniciado su vida sexual son quienes perciben un menor apoyo tanto emocional como instrumental por parte de su principal red de apoyo (la familia). **En Conclusión:** Fortalecer las redes de apoyo (la familia) de los adolescentes, debido a que están directamente relacionadas con conductas sexuales de riesgo adoptadas por esta población, es importante la participación no solo de los adolescentes sino también la vinculación de padres de familia instituciones educativas, docentes, entre otros, en los programas de salud sexual y reproductiva diseñados para los adolescentes.

**SOLÍS VILLANUEVA, Nelly (Chimbote, Perú 2007)**<sup>3</sup> En su estudio “Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote” que tuvo por **Objetivo:** Describir globalmente el conocimiento y las actitudes sexuales que tienen los adolescentes entrevistados. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo,



descriptivo simple o de una casilla, de cohorte transversal. Población: estuvo constituido por los 8298 adolescentes que radican en la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote. **Resultados:** Edad promedio de entrevistados 16,5 años; 79% son católicos; 89% estudiantes; 56% tiene enamorado(a); 96% son heterosexuales; 34% inició actividad sexual a los 16 años; 85% desconoce su sexualidad; 41% desconoce su anatomía genital; 43% desconoce los días fértiles; 85% reconoce que el sexo necesita aprendizaje; 53% desconoce uso de preservativos; 28% desconoce métodos de planificación familiar; 75% tiene actitudes desfavorables; 77% no previene el riesgo; 80% no decide libremente; 77% no tiene autonomía ni respeto mutuo; 82% no relaciona la sexualidad con el amor; 76% no percibe la sexualidad como algo positivo. **Conclusiones:** Los adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva Chimbote, en su mayoría desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexualmente responsable y segura.

**SALAZAR Eduardo y Col (Lima 2004)**<sup>23</sup> En este estudio “Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima” que tuvo por **Objetivo:** Determinar la prevalencia del consumo de alcohol y drogas y los factores psicosociales asociados con dicho consumo en adolescentes de Lima. **Método:** Estudio analítico de corte transversal. Población: estuvo constituido de 430 adolescentes de educación secundaria de un colegio de Lima. Se utilizó el Cuestionario Tamiz de Experiencias Personales **Resultados:** Se recibió 391 encuestas válidas

donde la prevalencia de consumo de alcohol o drogas fue 43%, de alcohol 42,2%, de marihuana 8,7% y de cocaína 3,1%. Se encontró problema de consumo de alcohol o drogas en el 10,7%, los factores psicosociales asociados fueron distrés psicológico severo (OR 4,58 IC 95% 1,60-13,05), pensamiento problemático severo (OR 2,63 IC 95% 1,15-6,01) y abuso físico (OR 2,31 IC 95% 1,19-4,49). **Conclusiones:** El factor psicosocial más asociado al problema de consumo de drogas fue el estrés psicológico severo. El acoso sexual sólo se encontró asociado en los adolescentes de segundo de secundaria.

## **2.2 BASE TEÓRICO CIENTÍFICA:**

### **2.2.1 LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inician con los cambios puberales que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo: de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la organización mundial de la salud. La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10-19 años, considerándose tres fases: La adolescencia temprana (10-14 años), la adolescencia media. (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (16-19 años). <sup>24</sup>

#### **✓ Adolescencia inicial o temprana. (10 a 14 años).**

Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después

comienza el crecimiento del pene.

✓ **Adolescencia media. (14 a 16 años).**

Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquía que da inicio a la etapa que da inicio a la etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

✓ **Adolescencia tardía. (16 a 19 años).**

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes: Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos, Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento y separación del tutelaje familiar.<sup>25</sup>

### **2.2.2 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.**

Dados los trascendentales cambios producidos y la orientación tomada por las tareas evolutivas, la adolescencia carga la consolidación de la identificación genérica y la orientación sexual. Las expresiones sexuales varían según género, clase social, grupo cultural de referencia,

educación, religiosidad y tipo de comunidad.<sup>26</sup>

Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos formas: como vía de procreación (lo que les resulta más importante), como vía de disfrute sexual y atracción física erótica para otras personas<sup>27</sup>. Sus manifestaciones pueden clasificarse en fantasías, deseos, caricias, atracción, búsqueda de pareja y coito.

En la adolescencia, aunque con capacidad biológica para la procreación, el joven por lo general no se encuentra maduro desde la perspectiva psicológica, social y emocional para enfrentar el proceso de la reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, basada fundamentalmente en relaciones pasajeras, carentes de amor, donde el continuo cambio de pareja es habitual, lo cual convierte la conducta sexual de los adolescentes en conductas riesgosas, que lo pueden llevar tanto al embarazo no deseado o a padecer una infección de transmisión sexual (ITS).<sup>27</sup>

### **2.2.3 CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO**

Se denomina conducta sexual de riesgo a la exposición de situaciones que ocasionen daños a la salud propia o de otros, como la posibilidad de embarazos no deseados, de contraer alguna ITS o SIDA. También se incluyen como conducta sexual de riesgo el inicio de actividad sexual a edad temprana, el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas), al cambio frecuente de más de dos parejas sexuales y rechazo al uso de métodos anticonceptivos. Las conductas sexuales de riesgos pueden tener consecuencias a corto y largo plazo, muchas de

las cuales son de carácter irreversible. Estas conductas son practicadas, en ocasiones, para evitar la crítica de compañeros.<sup>28</sup>

#### **2.2.4 COITARQUIA PRECOZ**

Es el inicio de la actividad sexual precoz con consentimiento o sin ella durante la etapa de la adolescencia, lo cual puede convertirse en un factor de riesgo. Es evidente que los adolescentes sostienen relaciones sexuales y lo hacen a una edad cada vez más temprana, ya que en los últimos años se ha producido un adelanto en la edad de inicio especialmente en mujeres. La edad media de inicio de las relaciones sexuales oscila entre 14 y 17 años en las mujeres, mientras que en el varón oscila entre los 12 y 16 años. La evidencia científica muestra que la actividad sexual a edades más tempranas trae consecuencias negativas para la salud de los y las adolescentes la misma que puede llevar a un embarazo no deseado, al contagio de infecciones de transmisión sexual, a someterse a prácticas abortiva; situaciones que incrementan el riesgo de morbilidad de este grupo poblacional muy vulnerable.<sup>3</sup>

Dentro de las consideraciones que los y las adolescentes plantean se encuentran que no se puede planificar la primera experiencia sexual. Las motivaciones para la iniciación sexual en mujeres por lo general son la espontaneidad y romanticismo; en cambio, en los varones las motivaciones son impulso e irreflexión. La Organización Mundial de la Salud plantea que las chicas se inician mayoritariamente con sus novios, en cambio los chicos se distribuyen entre relaciones con

prostitutas (42%), con alguien que conocieron ocasionalmente (11%) y entre relaciones de mayor compromiso afectivo, como pueden ser sus novias (27%) o amigas (20%).

### **2.2.5 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

El consumo de sustancias psicoactivas tales como el tabaco, alcohol y otras drogas entre los adolescentes suscita preocupación social. Se ha visto en los últimos años, en la población adolescente, un descenso en el consumo de tabaco y alcohol, sin embargo ha ido en aumento el consumo de drogas ilícitas como la marihuana, cocaína y pasta básica.

En el ámbito neurobiológico, se sabe desde hace mucho tiempo, que las funciones interactivas superiores están contenidas dentro de la corteza cerebral. La mente humana depende en parte del encéfalo, el cual se desarrolla en secuencia evolutiva para varias estructuras y funciones biológicas. Con la pubertad se da inicio a la adolescencia, etapa en la cual el cerebro está sometido a un sin número de cambios que lo hacen más sensibles a un sin número de estímulos, entre ellos los estímulos químicos generados por las distintas drogas.

Estos estímulos, tienen la potencialidad de producir cambios, que tendrían a perdurar en el tiempo, generando ciertas modificaciones en la corteza cerebral, base fundamental de la adicción en el adulto.

La corteza pre frontal, estructura involucrada en el juicio, planificación y toma de decisiones, es la última en desarrollarse en el adolescente, esto puede ayudar a explicar, por qué los adolescentes tienden a tomar

riesgos, por qué estos son particularmente vulnerables al abuso de drogas y por qué la exposición a drogas en este periodo crítico, puede afectar la propensión para adicción futura. Esto enfatiza la relevancia de sustancias consideradas bajo el término de “droga puerta de entrada”, las cuales producirían cambios neurobiológicos que aumentarían la respuesta del SNC a otras sustancias adictivas.<sup>29</sup>

## **TIPOS DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS**

### **EL ALCOHOL**

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, dificultad para hablar, asociar ideas, descoordinación motora y finalmente, Intoxicación aguda por lo que puede confundirse con un estimulante.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración ejemplo: la cerveza, el vino, el ron, etc.

#### **✓ EFECTOS QUE PRODUCE EN EL ORGANISMO**

El alcohol ingerido en una bebida es absorbido en el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas. Es eliminado finalmente a través del hígado. La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido es responsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia produce en



nuestro cuerpo, como la cirrosis hepática o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado.

## **TABACO**

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes es la nicotina que posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.

### **✓ EFECTOS QUE PRODUCE EN EL ORGANISMO**

Fumar un cigarrillo significa exponer a la salud y el riesgo de desarrollar una dependencia. El monóxido de carbono se encuentra en el humo del tabaco, y pasa a la sangre a través de los pulmones. Es el responsable del daño en el sistema vascular por una parte, y de la disminución del transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por otra. Produce fatiga, tos y expectoración.

La nicotina actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. También actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardiaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol.

## **PASTA BÁSICA DE COCAÍNA**

La pasta básica de cocaína se extrae de las hojas de coca con un proceso de maceración y mezcla con solventes como parafina, bencina, éter y ácido sulfúrico. Estos solventes son sustancias de alta toxicidad para el

organismo. Además se caracteriza por un alto poder adictivo. Generalmente se consume fumándola mezclada con tabaco o con Marihuana.

#### ✓ EFECTOS QUE PRODUCE EN EL ORGANISMO

Aumenta la actividad del sistema de neurotransmisión que modula importantes procesos en nuestro organismo, y produce los siguientes efectos:

- Estado de excitación motora y aumento del nivel de actividad de la persona.
- Cambios emocionales variados que pueden llegar a provocar crisis de ansiedad u otras alteraciones.
- Aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración, que permiten un aparente mayor rendimiento intelectual, aunque este efecto es pasajero.
- Aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria así como de la tensión arterial, lo que favorece la aparición de enfermedades cardíacas y respiratorias

#### ÉXTASIS

El éxtasis es una composición basada en las anfetaminas a las que se adicionan otras sustancias. Así, además de los efectos estimulantes y de acuerdo a la composición puede alcanzar propiedades alucinógenas,

semejantes a las producidas por la mezcalina. En general se ingiere, pero puede fumarse e inyectarse.

#### ✓ EFECTOS QUE PRODUCE EN EL ORGANISMO

Después de un tiempo de consumir éxtasis pueden aparecer trastornos neuropsicológicos y psiquiátricos permanentes, desde alteraciones de la memoria hasta trastornos efectivos y psicosis paranoide. También se presentan alteraciones cardiovasculares graves, como arritmias y colapso cardiovascular.

### **MARIHUANA**

La marihuana es una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta de cáñamo, Cannabi. La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa los efectos de alteración mental que acompañan la intoxicación con marihuana.

#### ✓ EFECTOS QUE PRODUCE EN EL ORGANISMO

Al fumar marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones hacia el torrente sanguíneo, de donde es transportado al resto del cuerpo, incluyendo al cerebro el THC se adhiere a lugares específicos en las células nerviosas, afectando así la actividad de estas células. Algunas áreas del cerebro tienen muchos receptores de cannabinoides que ejercen influencia sobre el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, la percepción sensorial, el corazón comienza a latir más rápido, los pasajes bronquiales se relajan y se ensanchan, y los vasos sanguíneos en los ojos

se dilatan, haciendo que los ojos se vean rojos, así como el movimiento coordinado. Con el tiempo puede producirse una infección pulmonar, obstrucción de las vías respiratorias y el cáncer del aparato respiratorio,

### **2.2.6 NUMERO DE PAREJAS SEXUALES**

Se refiere a la persona que tiene múltiples parejas sexuales sea simultánea o progresivamente, en una serie interminable de intercambios íntimos. Naturalmente esta sobre exposición a múltiples parejas sexuales y a la adquisición de numerosas infecciones de transmisión sexual tales como sida, gonorrea, sífilis, verrugas genitales o condilomas, linfogranuloma venéreo, granuloma vulvar, chancroide, etc.<sup>13</sup>

“Los adolescentes en particular corren el riesgo de contraer diversas infecciones de transmisión sexual debido a sus altos niveles de actividad sexual, experimentación sexual a menudo con múltiples parejas.”<sup>14</sup>

### **2.2.7 INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un grupo de enfermedades infecciosas, provocadas por diferentes microorganismos que comparten un mecanismo de contagio relacionado con la actividad sexual. Incluyen enfermedades provocadas por virus como el Herpes simple o los Virus del Papiloma Humano (VPH); enfermedades bacterianas como la infección gonocócica o la sífilis y enfermedades parasitarias como la escabiosis o la pediculosis púbica.

La mayoría de los casos en los que hay una infección de transmisión sexual no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo cual facilita la

transmisión de la infección y, si no se instaura el tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones como esterilidad, embarazo extrauterino, cáncer genital u otros. Entre las principales tenemos: <sup>30</sup>

✓ **GONORREA**

Es una infección de transmisión sexual. Los síntomas pueden aparecer entre los 2 a 7 días (o incluso más) del contacto sexual genital, oral genital o rectal. Más del 50% de las mujeres y entre el 5 al 25% de los varones no presentan síntomas.

✓ **SÍFILIS (TREPONEMAPALLIDUM)**

Es una infección crónica generalizada, que suele ser de transmisión sexual, En la mayoría de los casos la transmisión de una persona a otra se produce por contacto sexual (oral, vaginal, anal) con una lesión sifilítica. También puede producirse a través de la sangre.

En cuanto a la clínica la mayoría de los casos son asintomáticos. En otros aparece alrededor de 20-40 días del contacto sexual una úlcera o chancro indoloro, con bordes sobre elevados, en la zona que estuvo en contacto con la zona lesionada. Desaparece entre 6-8 semanas y es lo que conocemos como sífilis primaria. Si no se trata la infección puede pasar a otra etapa que conocemos como sífilis secundaria en la que se puede producir una erupción en la piel incluida las palmas de las manos y las plantas de los pies (cuyas lesiones son muy contagiosas).

### ✓ **HERPES GENITAL**

Es una infección que aparece entre 2 y 20 días tras el contacto sexual aparecen unas pequeñas ampollas (perladas como cabezas de alfiler) o úlceras dolorosas cuya localización variará según la práctica sexual que ha producido la infección (primo infección): vaginal, anal o buco genital. Cuando la lesión desaparece el virus queda latente en el organismo y puede producir nuevas reinfecciones en situaciones de disminución de la inmunidad o estrés.

### ✓ **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

En la mayoría de los casos, la infección es asintomática. Puede aparecer entre 1 y 20 meses del contacto sexual (en los órganos genitales, anales y orales) unas lesiones irregulares, verrugosas con aspecto de coliflor, aunque también pueden presentar un aspecto aplanado.

### ✓ **VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

Produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH puede transmitirse por vía parenteral, sexual y vertical (de madre a hijo a través de la placenta, en el momento del parto o a través de la leche materna). Tras la práctica de riesgo deben pasar 3 meses para que se puedan detectar en la analítica los anticuerpos frente al VIH.

La infección aguda puede no tener síntomas o dar un cuadro semejante a una gripe.

## **2.2.8 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Los métodos anticonceptivos son sustancias, u objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada. Los métodos anticonceptivos nos permiten tener control y regular nuestra reproducción ayudando a la pareja a decidir cuántos hijos deben tener y en el momento en el que están adecuadamente preparados para ello.<sup>31</sup>

La FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) clasifica a los métodos anticonceptivos para adolescentes en:

### **PREFERENTES:**

#### **✓ PRESERVATIVO**

Es un método temporal y de barrera para el hombre. Consiste en una delgada bolsa o funda hecha de látex, un material elástico que se coloca en el pene erecto del hombre antes de cada relación sexual.

El condón impide de manera mecánica o química el encuentro del óvulo de la mujer con los espermatozoides del hombre. Su eficacia es de un 98% para prevenir el embarazo.

### **CONTRACEPCIÓN HORMONAL ORAL.**

#### **✓ LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)**

Son preparados hormonales que contienen estrógeno y progestágeno. Se administran con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible. Se toma una pastilla cada día, durante 21 ó 28 días dependiendo de la presentación. Los anticonceptivos orales inhiben la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, evitando así que fecunden al óvulo. Producen cambios

en el endometrio: lo adelgaza y produce atrofia de las glándulas, por lo que el sangrado menstrual es minimizado. El uso correcto y consistente de este método brinda una protección del 99.7%

#### **ACEPTABLES:**

##### ✓ **ESPERMICIDAS**

Los espermicidas se presentan en diferentes formatos: crema, gel, óvulos vaginales, tableta espumosa y espuma en aerosol. Los más habituales son las cremas y óvulos vaginales:

- **Crema:** suele venir acompañada de un aplicador para que la introducción en la vagina sea más sencilla.
- **Óvulos:** pequeños supositorios que se introducen en la vagina cerca de 15 minutos antes del coito. No son reutilizables, hay que emplear uno en cada relación sexual porque se disuelven en la vagina. Es aconsejable no lavar los genitales con jabón hasta después de ocho horas tras la penetración, dado que el jabón puede desactivar el efecto del espermicida. La mujer puede lavarse sólo con agua.

##### ✓ **ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)**

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular mensual. Contienen progestágeno y estrógeno sintéticos.

La inyección mensual inhibe la ovulación, espesa el moco cervical y produce cambios en el endometrio, al igual que los anticonceptivos orales combinados. El uso correcto y consistente de los anticonceptivos



inyectables combinados brinda una protección del 99.95%.

#### ✓ **INYECTABLES SÓLO DE PROGESTÁGENOS**

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular bimensual o trimestral. Contienen un progestágeno sintético de depósito. Inhibe la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) y aumenta la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides. También produce cambios en el endometrio, alterando su crecimiento y grosor, lo que origina ausencia del sangrado menstrual. El uso correcto y sistemático de este método brinda una protección del 99.7%

#### ✓ **IMPLANTES SUB DÉRMICOS**

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brinda protección hasta por tres a cinco años. Está compuesto por dos cilindros o tubitos delgados y flexibles hechos de silicón, que contienen una hormona llamada levonorgestrel. Tienen 4.3 cm de largo y 2.5 mm de diámetro. Los implantes se colocan debajo de la piel, en la cara interna del brazo que menos se use, usualmente el izquierdo.

Impiden la ovulación y condensan el moco cervical para que no pasen los espermatozoides. Al igual que la inyección trimestral, producen alteración en el endometrio lo que origina cambios en el sangrado menstrual.

El implante tiene una efectividad del 99%.

#### **NO ACEPTABLES:**

#### ✓ **DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

La T de Cobre es un pequeño dispositivo u objeto de plástico flexible y

cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos; es de carácter temporal y reversible. El más usado actualmente es la T de Cobre 380A que consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380 mm<sup>2</sup> de cobre. Aproximadamente 314 mg de cobre se localizan en el vástago vertical y 33 mg en cada brazo horizontal, en el extremo inferior presenta un bulbo de 3 mm del cual salen dos monofilamentos de polietileno.

La T de Cobre reduce la posibilidad de que el espermatozoide fertilice el óvulo:

- Afectando la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina a las trompas inmovilizándolos o destruyéndolos
- Alterando la consistencia del moco cervical, espesándolo y disminuyendo de esta forma la movilización de los espermatozoides
- Aumentando la fagocitosis (proceso mediante el cual células especializadas se comen y destruyen sustancia extrañas) en la cavidad endometrial

#### ✓ **ABSTINENCIA PERIÓDICA**

- **MÉTODO DEL CALENDARIO**

Las parejas que usan estos métodos deben abstenerse de tener relaciones sexuales con penetración por 10 días (5 días antes y 5 días después de la ovulación) ya que el óvulo puede vivir hasta 24 horas y los espermatozoides sobreviven entre 3 y 6 días dentro del cuerpo de la mujer. Suelen ser métodos muy poco eficaces por dos razones: porque su correcta utilización exige un conocimiento muy preciso del cuerpo (que es

difícil) y porque sólo pueden ser practicados por mujeres con ciclos menstruales regulares, es decir que la cantidad de días que pasa entre una menstruación y otra es siempre la misma.

✓ **CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA:**

• **ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)**

Consiste en cortar o ligar las trompas de Falopio de manera que quede cerrado el paso entre los óvulos y los espermatozoides.

La mujer continúa teniendo su ciclo menstrual y sus ovulaciones pero los óvulos encuentran el camino cerrado y se desintegran.

La intervención quirúrgica para la ligadura también es sencilla y puede ser realizada después de un parto o durante una cesárea o en cualquier otro momento en que la mujer lo solicite.

• **ESTERILIZACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)**

Consiste en cortar o ligar una pequeña parte de los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos hasta las vesículas seminales, de manera tal que el semen no contenga espermatozoides y por lo tanto no pueda fecundar un óvulo.

Se trata de una intervención sencilla en la que se utiliza anestesia local. No tiene efectos secundarios, ni interfiere en la relación sexual, ni en la capacidad de erección.

**DE EMERGENCIA:**

✓ **PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA.**

La OMS recomienda la píldora de levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia. Lo ideal es que la mujer tome una sola dosis de esta

píldora de progestágeno solo (1,5 mg) en los cinco días posteriores (120 horas) a la relación sexual sin protección. Otra posibilidad es que tome dos dosis de levonorgestrel (de 0,75 mg cada una, con un intervalo de 12 horas).

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo impidiendo o retrasando la ovulación. También pueden impedir la fertilización de un óvulo por su efecto sobre el moco cervical o la capacidad del espermatozoide de unirse al óvulo.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación, y no pueden provocar un aborto.

## 2.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

**Adolescente:** Etapa de vida caracterizada por la transición de la niñez a la adultez. Comprende el grupo etario de 10 a 19 años.

**Coitarquia precoz:** Es la primera actividad sexual a una edad temprana.

**Familia funcional:** Es un tipo de familia en la que existe afecto, comprensión y dialogo entre padres e hijos.

**Familia disfuncional:** Es un tipo de Familia conflictiva o en la que suceden conflictos, que la hacen no funcional, en la sociedad en la cual se encuentran.

**Prácticas sexuales riesgo:** Conjunto de respuestas sexuales de riesgo o insalubre que ocurre en él y la adolescente. Son actividades o situaciones en la que existe la posibilidad de que se intercambie o compartan fluidos potencialmente infectados.

**Infección de Transmisión Sexual:** Causadas por microorganismos como bacterias, virus y parásitos. La misma que se adquiere y transmite vía sexual

**Riesgo:** Es la posibilidad o amenaza de presentar un daño.

**Sexualidad:** Son estereotipos basados en la expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que tienen todos los seres humanos y que tienen que ver con los procesos biológicos, sociales y culturales de cada sexo.

**Consumo de sustancias Psicoactivas:** Ingestas de alcohol y/ drogas.

**Procedencia:** Origen o principio donde nace o se deriva una persona.

**Ocupación:** Labor o trabajo que tiene una persona.

**Variable Independiente:** Define la condición bajo la cual se examina a la variable dependiente.

**Variable Dependiente:** Es la de interés principal. Representa al desenlace o resultado que se pretende explicar o estimar en el estudio.

## **2.4 HIPÓTESIS**

Las prácticas de riesgo de la sexualidad están asociadas a factores como: tipo de familia, relaciones intrafamiliares, procedencia, ocupación en los adolescentes del quinto año de secundaria turno tarde. Institución Educativa Mariscal Cáceres Ayacucho. Abril – Octubre 2014.

## **2.5 VARIABLES DE ESTUDIO**

### **2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Adolescentes

### **2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

- Prácticas de riesgo de la sexualidad

### **2.5.3 VARIABLES INTERVINIENTES**

- Tipo de familia
- Relaciones intrafamiliares
- Procedencia
- Ocupación



## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLOGICO**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACION:**

Aplicada.

#### **3.2 METODO DE ESTUDIO:**

Analítico, Prospectivo y Transversal.

#### **3.3 POBLACION Y MUESTRA**

##### **3.3.1 POBLACION**

Estuvo comprendida por 230 estudiantes del 5° año de secundaria del turno tarde .Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho.

##### **3.3.2 MUESTRA**

Estuvo constituida por (115) de casos (Adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad) y 115 el grupo control (adolescentes sin riesgo de la sexualidad) del 5° año de secundaria del turno tarde. Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho.

##### **3.3.3 TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico, por conveniencia.

### **3.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.4.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN**

- (casos) estudiantes con prácticas de riesgo que pertenecen 5° año de secundaria turno tarde.
- Estudiantes que aceptaron participar de la investigación.

#### **3.4.2 CRITERIO DE EXCLUSION**

- (control) Estudiantes sin prácticas de riesgo del 5° año de secundaria turno tarde.
- Estudiantes de otros grados de estudio.
- Estudiantes del 5° año de secundaria del turno mañana.
- Estudiantes del 5° año de secundaria del turno tarde que no aceptaron participar.

### **3.5 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.5.1 TÉCNICA**

- Entrevista

#### **3.5.2 INSTRUMENTO**

- Ficha de entrevista

### 3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Mediante el Decanato de la Facultad de Obstetricia de la universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, se solicitó el permiso correspondiente para realizar el presente trabajo de investigación en la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho, conseguido el permiso se procedió a identificar las aulas de los estudiantes del quinto año de secundaria del turno tarde.
- Previo consentimiento informado se realizó captación y sensibilización de los estudiantes. Se aplicó la entrevista en horarios programados; a los adolescentes que aceptaron participar en la presente investigación con una duración de 45 minutos.
- El formato contiene una primera sección de información de carácter general de la muestra en estudio. La segunda parte estuvo referida a la aplicación de una entrevista personal, que recogen los principales elementos para establecer las conductas de riesgo referente a la sexualidad de los adolescentes.
- Concluido con las recolecciones de datos de información se procedió a la codificación de cada instrumento, designando (casos) adolescentes con prácticas de riesgo y (control) sin prácticas de riesgo. Seguidamente se procedió a crear la base de datos en la hoja de cálculos Excel.

### **3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

La base datos fue procesada en el Software Estadístico SPSS Versión 20, IBM (Statistical Package for Social Science). Con los cuales se construyeron cuadros de contingencia de tamaño  $n \times m$ , a los que se aplicó la prueba de Chi Cuadrado para determinar la relación de las variables de estudio con los factores asociados.

**CAPÍTULO IV**  
**DISCUSIÓN Y RESULTADO**

FRECUENCIA DE PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO TARDE. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES. AYACUCHO, ABRIL - OCTUBRE 2014.

$$\text{Frecuencia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Casos}}{\text{Población Total}} \times 100\%$$

$$\text{Frecuencia} = \frac{115}{230} \times 100$$

$$\text{Frecuencia} = 50\%$$

Podemos observar que la frecuencia del 100%(230) de estudiantes adolescentes, se observa el 50% (115) casos en adolescentes presentan prácticas de riesgo de la sexualidad.

De los resultados podemos concluir que la frecuencia representa el 50% de adolescentes con práctica de riesgo de la sexualidad.

**TABLA 01. PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO TARDE. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES. AYACUCHO, ABRIL - OCTUBRE 2014**

PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD	Nº	%
Coitarquia precoz	37	32.2
Más de 2 parejas sexuales	23	20.0
Rechazo al uso de métodos anticonceptivos	41	35.6
Consumo de sustancias psicoactivas	14	12.2
Total	115	100.0%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**En la tabla 01** se observa que del total 100% (115) de estudiantes adolescentes con el mayor porcentaje 35.6%(41) presentó una actitud de rechazo al uso de métodos anticonceptivos, el 32.2% (37) presentaron coitarquia precoz, el 20% (23) tuvieron más de dos parejas sexuales y solo el 12,2% (14) presentaron consumo de sustancias psicoactivas.

De la tabla podemos concluir que el 35.6%(41) adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres presenta rechazo al uso de métodos anticonceptivos.

Nuestros resultados se asemejan a lo hallados **Linda Teresa Orcasita** quien en su estudio "Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en

adolescentes” quienes reportaron que del total de los entrevistados. El 60.9% de los adolescentes han iniciado su vida sexual y presentan conductas sexuales de riesgo, el 40.9% no utilizan métodos anticonceptivos, un 33.2% quienes consumen alcohol y otras drogas, el 12.9% iniciaron la vida sexual a edades tempranas y el 7.0% tienen más de dos parejas.

Los hallazgos permiten hacer algunas reflexiones, en primer lugar puede señalarse que los(as) adolescentes piensan y actúan en su vida sexual condicionados por el contexto social, el sentimiento de abandono de los propios padres motiva a que los adolescentes busquen suplir dichas carencias familiares, por medio de una sexualidad prematura, buscando en una o múltiples parejas y predominantemente sin protección lo cual involucra consecuencias como: embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual entre otros.

Muchos de los adolescentes que han inicia con su vida sexual ocultan su sentir, por temor, culpa o vergüenza, lo cual dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada.

La falta de capacitación, calidad y calidez por parte del personal de salud imposibilita una buena comunicación entre el adolescente creándose una barrera lo cual dificulta el acceso a los métodos anticonceptivos.



TABLA 02. PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO TARDE EN RELACION A LA PROCEDENCIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES. AYACUCHO, ABRIL – OCTUBRE 2014

PROCEDENCIA	CON PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CASOS)		SIN PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CONTROLES)	
	Nº	%	Nº	%
Periurbano	62	53,9	32	27.8
Urbana	53	46.1	83	72.2
Total	115	100	115	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2$ : 16,585    gl: 1  $p < 0.05$     OR: 3.0.

En la tabla 02 se observa que del 100% (115) de casos (Adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad) el 53.9% (62) procede de la zona periurbana y el 46,1%(53) procede de la zona urbana. Mientras que en el grupo control (adolescentes sin riesgo de la sexualidad) el mayor porcentaje 72.2% (83) procede de la zona urbana y solo el 27.8% (32) de la zona periurbana.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado indican que existe asociación entre las variables procedencia y prácticas de riesgo de la sexualidad. Y según el análisis estadístico Odds ratio OR la probabilidad

de tener prácticas de riesgo de la sexualidad es 3 veces más en aquellos adolescentes de procedencia periurbana.

Del análisis de los resultado concluimos que el 53.9% (62) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad procede de la zona periurbana.

Nuestros resultados se asemejan a lo hallados de **TREJO Perla María** quien en su estudio "Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes". Los alumnos procedentes del área Periurbano con un 63,3 %, iniciaron su vida sexual a edades más tempranas en comparación con los del área Urbana con un 31,4 %.

Más de la tercera parte de los jóvenes del área periurbana presenta prácticas de riesgo en su sexualidad, probablemente ello se asocie a la falta de conocimiento o conocimiento erróneo, lo que quizá les otorga una "aparente seguridad" para iniciar con esta práctica. ya que influye el ambiente del que se rodea el adolescente donde muchas veces la ausencia de uno de los miembros de la familia , la falta de comunicación, y la existencia o no de conflictos en el entorno familiar, condicionan a una mayor probabilidad de que el adolescente pueda presentar prácticas de riesgo en la sexualidad, pero también cabe mencionar que las conductas sexuales no se encuentran bajo una configuración individual del estudiante, sino se presentan como una conducta grupal, la misma que puede ser impulsada por la percepción que tiene el estudiante sobre lo que hace su grupo de amigos.

La familia es encargada de la crianza y las normas al interior del grupo familiar, juega un papel fundamental en la aparición y desarrollo de conductas de alto riesgo.

TABLA 03. PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO TARDE EN RELACION A LA OCUPACION. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES. AYACUCHO, ABRIL – OCTUBRE 2014

OCUPACIÓN	CON PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CASOS)		SIN PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CONTROLES)	
	Nº	%	Nº	%
	Solo estudia	86	74.8	69
Trabaja y estudia	29	25.2	46	40
Total	115	100	115	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2$ : 6,045 gl: 1  $p < 0.05$  OR: 2.0

En la tabla 03 se observa que del 100% (115) de casos (Adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad) el 74.8% (86) solo estudia y el 25.2% (29) trabaja y estudia. Mientras que en el grupo control (adolescentes sin riesgo de la sexualidad) el mayor porcentaje 60% (69) solo estudia y el 40% (46) trabaja y estudia.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado indican que existe asociación entre las variables ocupación y prácticas de riesgo de la sexualidad. Y según el análisis estadístico Odds ratio OR la probabilidad

de tener prácticas de riesgo de la sexualidad es 2 veces más en aquellos adolescentes que solo estudian.

Del análisis de los resultado concluimos que el 74.8% (86) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad solo estudian.

Nuestros resultados se asemejan a lo hallados de **Luis Ledesma Gairaud**, quien en su estudio "Acercamiento a la Atención integral del Adolescente- Aplicación de un instrumento de tamizaje", quienes reportan que del total de los entrevistados, un 70% se dedica a estudiar, un 28% a estudiar y trabajar y solo un 2% se encuentra desocupado.

De todo ello se puede concluir que el conocimiento no es la única herramienta que garantiza prácticas sexuales saludables en los adolescentes. Sin embargo, esto no significa, necesariamente que el adolescente que estudia se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida.

Aquellos jóvenes que estudian y mencionaron tener mucho conocimiento sobre sexualidad, no sabemos de dónde se percibe el conocimiento (la cultura, ambiente que rodea al adolescente, televisión, internet, etc.), dado que la palabra sexualidad abarca un tema amplio, sino otras cuestiones que el joven pudiera desconocer y en consecuencia, no medir los riesgos.

TABLA 04. PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO TARDE EN RELACION AL TIPO DE FAMILIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES. AYACUCHO, ABRIL - OCTUBRE 2014

TIPO DE FAMILIA	CON PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CASOS)		SIN PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CONTROLES)	
	Nº	%	Nº	%
Disfuncional	65	56.5	50	43.5
Funcional	50	43.5	65	56.5
Total	115	100	115	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2$ : 4,159 gl: 1  $p < 0.05$  OR: 2.0

En la tabla 04 se observa que del 100% (115) de casos (Adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad) el 56.5% (65) procede de familia disfuncional, el 43.5% (50) procede de familia funcional. Mientras que en el grupo control (adolescentes sin riesgo de la sexualidad) el mayor porcentaje 56.5% (65) procede de familia funcional y el 43.5% (50) procede de familia disfuncional.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado indican que existe asociación entre las variables tipo de familia y prácticas de riesgo de la sexualidad. Y según el análisis estadístico Odds ratio OR la probabilidad

de tener prácticas de riesgo de la sexualidad es 2 veces más en aquellos adolescentes que proceden de familia disfuncional.

Del análisis de los resultado concluimos que el 56.5% (65) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad proceden de familia disfuncional.

Nuestros resultados se asemejan a los resultados **Domínguez Domínguez**, Inés quien en su estudio “Influencia de la familia en la sexualidad adolescente”. El 69 % de los adolescentes vive con uno de sus padres. El 52 % pertenece a una familia disfuncional y el 48 % a familias funcionales.

Los adolescentes que conviven en el seno de familias disfuncionales son los más afectados ya que no reciben información adecuada sobre temas sexuales.

Los conocimientos que sobre temas de educación sexual que tienen los adolescentes son deficientes. Contradictoriamente, pues los padres que poseen adecuado nivel de conocimientos no son capaces de transmitirlo a sus descendientes. La población de jóvenes estudiados, presenta en su totalidad exposición a factores de riesgo reproductivo, fundamentalmente los miembros de familias disfuncionales, esto permite corroborar que los adolescentes son promiscuos, comienzan precozmente su práctica sexual, tienen escasa valoración y conocimiento de los riesgos reproductivos a los cuales constituye una influencia negativa y con repercusión marcada en las actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes.

**TABLA 05. PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA TURNO TARDE EN RELACION A LAS RELACIONES FAMILIARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES. AYACUCHO, ABRIL – OCTUBRE 2014**

RELACIONES FAMILIARES	CON PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CASOS)		SIN PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA SEXUALIDAD (CONTROLES)	
	Nº	%	Nº	%
Armoniosa	42	36.5	61	53
Conflictiva	46	40	13	11.3
Indiferente	27	23.5	41	35.7
Total	115	100	115	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$\chi^2$ : 6,999 gl: 2  $p < 0.05$

En la tabla 05 se observa que del 100% (115) de casos (Adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad) el 40% (46) mantiene una relación familiar conflictiva, el 36.5% (42) mantiene una relación familiar armoniosa y el 23.5%(27) mantiene una relación familiar indiferente. Mientras que en el grupo control (adolescentes sin riesgo de la sexualidad) el mayor porcentaje 53% (61) mantiene una relación familiar armoniosa, 35.7%(41) mantiene una relación familiar indiferente y el 11.3% (13) mantiene una relación familiar conflictiva.



Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado indican que existe asociación entre las variables relaciones familiares y prácticas de riesgo de la sexualidad.

Del análisis de los resultado concluimos que el 40% (46) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad mantiene una relación familiar conflictiva.

Nuestros resultados se asemejan a lo hallados de **Pérez Villegas y colaboradores**. En su estudio Vulnerabilidad Socia y conductas sexuales de riesgo quienes reportan. El 44% de los adolescentes que han iniciado actividad sexual definen sus relaciones familiares como malas o sin relación, el 62% perciben escaso o nulo apoyo familiar.

Uno de los problemas actuales que enfrenta la relación familia-adolescencia es la comunicación fluida en torno a la sexualidad que marca el modelo formador de actitudes y acciones en este plano de la vida, Con respecto a la comunicación los jóvenes consideran que es mala, contrario a la percepción de los padres que creen lo contrario. Siempre se debe tener en cuenta que la comunicación con los jóvenes a esta edad es limitada porque ellos son reservados hacia los padres en algunos aspectos de la vida y que en esta etapa no basta solo lo que los adultos piensen, expresen; sino el patrón de conducta que hayan sabido reflejar en su actuación diaria y que no todo es trabajo. Los padres en la mayoría de casos, se muestra desorientada acerca de cómo enfrentar la sexualidad de los más jóvenes y en especial, la de los adolescentes. No se comprende

que ellos sean sexualmente activos y menos aún, que tengan el derecho de serlo. La verdadera solución al problema no está en la prohibición de la relación sexual, sino brindar confianza y ayudar a nuestros jóvenes a expresar su sexualidad sin riesgo con valores ético-morales.

## CONCLUSIONES

Entre las prácticas de riesgo de la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la institución educativa Mariscal Cáceres, podemos mencionar que:

- ✓ Los resultados demuestran que el 35.6%(41) de estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres presenta rechazo al uso de métodos anticonceptivos.
- ✓ De los resultado concluimos que el 53.9% (62) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad proceden de zona periurbana.
- ✓ De los resultado concluimos que el 74.8% (86) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad solo estudian.
- ✓ De los resultado concluimos que el 56.5% (65) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad proceden de familia disfuncional.
- ✓ De los resultado concluimos que el 40% (46) adolescentes con prácticas de riesgo de la sexualidad mantiene una relación familiar conflictiva.

## RECOMENDACIONES

1. Al Director de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, como también el equipo multidisciplinario y multisectorial; diseñar y ejecutar estrategias de promoción, prevención y enfoques sobre comportamientos sexuales que utilicen mensajes claros con respecto la iniciación sexual , anticoncepción apropiadas a la edad con atención integral a la población adolescente acorde a su realidad, con servicios diferenciados según sus necesidades y expectativas; brindando charlas de superación y desarrollo que ayuden a encaminar su proyecto de vida y fortalezca su autoestima.
2. Que incluyan, diseñar y/o implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, reforzando las escuelas de padres conjuntamente con los adolescentes, desarrollando talleres, habilidades que fortalezca el vínculo familiar, contribuyendo así a la reducción de las prácticas de riesgo de la sexualidad en la adolescencia
3. Los alumnos de la Facultad de Obstetricia de la universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga conjuntamente con sus docentes, deben ser partícipes en la disminución de prácticas de riesgo de la sexualidad en adolescentes mediante las charlas educativas, orientaciones personalizadas, campañas y pasacalles informativos, sobre todo en la zona periurbana que es la más vulnerable.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. VIH, Adolescentes y Jóvenes: La OMS interviene. (En línea), noviembre 2005. (Fecha de acceso 12 agosto 2013). URL disponible: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-VIH.noviembre.pdf>.
2. Magdaleno M. y Col. Sexualidad y adolescencia. La personalidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud; 2004:1- 17. Publicación.
3. SOLÍS VILLANUEVA Nelly. Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote Perú 2007.
4. SANTIAGO CUETO y Col. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal 2009.
5. DRA. LUCY DEL CARPIO (Ministerio de Salud) salud sexual y salud reproductiva de/la adolescente peruano 2013.  
URL:<http://es.slideshare.net/INPPARESinforma/salud-sexual-y-reproductiva-de-la-adolescencia-minsa-dra-lucy-del-carpio> (UNFPA, 2004.)
6. JESSIE SHUTT Aine. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas Organización Panamericana de la Salud 2008.
7. TORRICO y Colaboradores. Factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz, Bolivia, Revista Social Boliviana Pedagógica, Bolivia. 2004).

8. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009.
9. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010
10. Dirección Regional de Salud Ayacucho 2010. Ministerio de Salud, "Estadística de Prácticas de riesgo en la sexualidad en adolescentes"
11. CAMPOS M y Col. Conocimientos y actitudes de los adolescentes hacia la sexualidad responsable. Pueblo Joven de Belén, del Distrito de Ayacucho 2009.
12. CONEJOS JERICÓ Laura. Conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo en sexualidad en adolescentes estudiantes de institutos de educación secundaria públicos del municipio de Teruel. España 2011.
13. TEVA INMACULADA y Col. Variables socio demográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España 2007.
14. TREJO Perla María. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Cuba - Habana 2011.
15. DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ Inés. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Cuba - Habana 2011.
16. LEDESMA GAIRAUD Luis. Acercamiento a la Atención integral del Adolescente-Aplicación de un instrumento de tamizaje. Costa Rica 2008
17. PÉREZ VILLEGAS Ruth y Colaboradores. Vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos. Santiago Chile 2009.
18. CASTELLÁ SARRIERA Jorge. Predictores de Conductas

Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. Brasil 2004.

**19.** PARRA VILLARROEL Jaime y Colaboradores. Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. Chile 2010.

**20.** VARELA ARÉVALO María Teresa y Col. Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes. Colombia 2007.

**21.** ORCASITA Linda Teresa. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. Colombia-Cali 2012

**22.** SALAZAR Eduardo y Col. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Lima 2004.

**23.** HERNANDEZ .A. : Familia y adolescencia .indicadores de la salud. Washington OPS/OMS. Programa de salud integral del adolescente. 1996

**24.** LÓPEZ NODARSE M, Flores Madan L, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: Resultado. 1996; 2(4):12-6

**25.** Manual de capacitación para facilitadores Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva. Lima: (FOCUS on Young Adults 1998.).

**26.** MADIEDOI y Colaboradores. Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. Rev Cubana Enfermer 2001; 17: 9-13.

**27.** PARAMO, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. Terapia psicológica. 29 (1), 85-95. 2011.

- 28.** Cortés Alfaro A. ETS en adolescencia temprana. Rev. Cubana Serología y Sociedad 2001.
- 29.** Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011. URL: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prostitucion/docs/infecTransmSexual.pdf>
- 30.** Revista médica Herediana "Salud reproductiva" Vol. 10 N° 2. Lima, Perú. 1999.