



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P. DE ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES RESPECTO A
SU AUTOCUIDADO REPRODUCTIVO EN LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA 3054 LA FLOR, CARABAYLLO - 2014**

PRESENTADO POR

**GRADOS OTÁROLA, MERCEDES RAQUEL
ORDOÑEZ ZURITA, MARÍA CRISTINA**

ASESOR

MORALES QUISPE, JUAN

Los Olivos, 2016



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS
ADOLESCENTES RESPECTO A SU
AUTOCUIDADO REPRODUCTIVO EN LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA 3054 LA FLOR,
CARABAYLLO – 2014**

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

**PRESENTADA POR:
Grados Otárola, Mercedes Raquel
Ordoñez Zurita, María Cristina**

Lima – Perú

2016

SUSTENTADO Y APROBADO ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Rosa Eva Pérez Sigvas
Presidente

Rosa Casimira Tuse Medina
Secretario

Pedro Pablo Quispe Rosales
Vocal

Juan Morales Quispe
Asesor

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS
ADOLESCENTES RESPECTO A SU
AUTOCUIDADO REPRODUCTIVO EN LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA 3054 “LA FLOR”,
CARABAYLLO – 2014**

Dedicatoria

Gracias a Dios y nuestros padres, que siempre estuvieron listos para brindarme toda su ayuda. Ahora, nos toca regresar un poquito de todo lo inmenso que nos han otorgado. Con todo nuestro cariño esta tesis se las dedico a ustedes padres queridos.

Agradecimientos

A mi Universidad de Ciencias y Humanidades, por su gran apoyo y motivación en mi formación profesional; y, a nuestros profesores, por brindarnos sus conocimientos, dedicación y paciencia.

Índice

Resumen	
Abstract	
Introducción	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	23
1.3. Justificación del estudio	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	25
2.1. Marco contextual histórico social de la realidad	25
2.1.1. La fundación histórica del distrito de Carabayllo	25
2.1.2. Límites	25
2.1.3. Población	26
2.1.4. Extensión territorial	26
2.1.5. Reseña histórica de la Institución Educativa 3054 “La Flor”	27
2.2. Marco teórico conceptual	28
2.2.1. Definición de conocimiento	28
2.2.2. Niveles de conocimiento	29
2.2.3. Teoría de Enfermería	32
2.2.4. Perfil de la enfermera dedicada a la atención del adolescente	35
2.2.5. Adolescencia	36
2.2.6. Métodos anticonceptivos	40
2.2.7. Infecciones de transmisión sexual/VIH SIDA	48
2.2.8. El VIH	57
2.2.9. El SIDA	58
2.3. Antecedentes de la investigación	61
2.3.1. Internacional	61
2.3.2. Nacional	65
2.4. Objetivos	68
2.4.1. Objetivo general	68
2.4.2. Objetivos específicos	68
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	69

3.1. Tipo – Diseño de investigación	69
3.2. Población	69
3.2.1. Criterios de inclusión	70
3.2.2. Criterios de exclusión	70
3.3. Variable.....	70
3.3.1. Variable univariable	70
3.3.2. Definición conceptual de la variable	70
3.3.3. Definición operacional	71
3.3.4. Variables sociodemográficas	71
3.4. Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	71
3.4.1. Construcción y validación del instrumento.....	71
3.5. Proceso de Validación	72
3.5.1. Validez de contenido	72
3.5.2. Prueba piloto	73
3.5.3. Versión final del instrumento validado	73
3.6. Proceso de recolección de datos	74
3.6.1. Fase Previa: Validación del instrumento.....	74
3.6.2. Fase 2: Coordinaciones para recolección de datos.....	75
3.6.3. Fase 3: Aplicación del instrumento.....	76
3.7. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos	76
3.8. Aspectos éticos.....	77
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	80
4.1. Resultados.....	80
4.1.1. Descripción de los datos sociodemográficos.....	80
4.1.2. Descripción de resultados por dimensiones	80
4.2. Discusión	86
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
5.1. Conclusiones	91
5.2. Recomendaciones	92
Referencias bibliográficas	93
ANEXOS.....	97

Índice de gráficos

	Pág.
Gráfico 1: Nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014	81
Gráfico 2: Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014	82
Gráfico 3: Nivel conocimientos de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014	83
Gráfico 4: Nivel de autocuidado de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos de la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014	84
Gráfico 5: Nivel de autocuidado de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014	85

Índice de anexos

Anexo A: Cuadro de operacionalización de variables	98
Anexo B: Esquema del proceso de desarrollo del cuestionario	100
Anexo C: Formato de juicio de experto sobre la pertinencia del Instrumento	101
Anexo D: Coeficiente de concordancia de la validación de los jueces expertos.....	104
Anexo E: Alfa de Cronbach de piloto	104
Anexo F: Carta de autorización	105
Anexo G: Instrumento	106
Anexo H: Consentimiento informado.....	112
Anexo I: Asentimiento de menor de edad.....	113
Anexo J: Resultados complementarios	114

Resumen

Objetivos: Determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo. **Material y métodos:** El tipo de estudio es cuantitativa, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 125 alumnos. El instrumento utilizado fue un cuestionario y como técnica, la encuesta. **Resultados:** El nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo es bueno en un 78,40%, en la dimensión de nivel conocimientos sobre los métodos anticonceptivos es buena en un 35,2%, en la dimensión de autocuidado sobre métodos anticonceptivos es buena en un 38,4%, en la dimensión de conocimientos sobre las ITS y VIH-SIDA es deficiente, en la dimensión de autocuidado de las ITS y VIH-SIDA es excelente con un 44%. **Conclusión:** Se pudo determinar que hay un porcentaje excelente en el nivel de autocuidado de las ITS y VIH-SIDA; deficiente en el nivel de conocimientos de ITS y VIH-SIDA.

Palabras clave: Autocuidado, métodos anticonceptivos, ITS y VIH-SIDA.

Abstract

Objectives: To determine the level of knowledge of adolescents about their reproductive self. **Material and methods:** The study type is quantitative descriptive and cross-sectional. The population consists of 125 students. The instrument used was a questionnaire as the survey technique. **Results:** indicate that the level of knowledge of adolescents about their reproductive self is good at 78.40% in the dimension level knowledge about contraception is good in 35.2%, in the dimension of self on methods contraceptives is good in 38.4%, in the dimension of knowledge about STDs and HIV-AIDS is deficient in self-care dimension of STDs and HIV-AIDS is excellent with 44%. **Conclusion:** it was determined that there is a great percentage of self-care of STDs and HIV-AIDS, poor level of knowledge of STDs and HIV-AIDS.

Keywords: Self-care, contraception, STDs and HIV-AIDS.

Introducción

La salud sexual y reproductiva es uno de los temas de mayor interés a nivel mundial, ya que estos son los que conllevan los mayores índices de muertes e infecciones incluyendo la del VIH/SIDA. Los adolescentes son los de mayor riesgo de sufrir cualquiera de estas causas, ya que los atributos físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia contribuyen a que los jóvenes sean particularmente vulnerables a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados por la falta de conocimientos que poseen sobre los métodos anticonceptivos.

Los jóvenes son socialmente inexpertos y dependen de otros, la presión que ejercen sus iguales, influye fácilmente en ellos en modos que suelen aumentar el riesgo y es en las instituciones de educación donde los adolescentes se relacionan e intercambian conocimientos erróneos sobre salud sexual y reproductiva.

Se considera importante que los adolescentes obtengan información sobre los componentes de salud sexual y reproductiva en los institutos educativos por lo que la investigación realizada pretende conocer el porcentaje de conocimientos que poseen los alumnos, para que de esta manera se den los procesos de formación en los adolescentes.

La investigación se llevó a cabo en la Institución Educativa 3054 “La Flor” Carabayllo-2014 en que se describe los conocimientos que los adolescentes poseen sobre salud sexual y reproductiva. El estudio es descriptivo de corte transversal y abordaje cuantitativo; se realizó un cuestionario autoaplicado con los adolescentes de 14 a 19 años de edad de dicha institución.

Entre los aspectos éticos contemplados está el consentimiento informado, el derecho a la autodeterminación, derecho al tratamiento justo, derecho al anonimato y derecho a la intimidad.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

En el Capítulo I: Planteamiento del problema, se exponen conceptos claves para la mejor comprensión de la investigación como son la formulación del problema, objetivos y justificación. En el Capítulo II: Marco teórico, se describen los

antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las definiciones teóricas. En el Capítulo III: Metodología, se exponen el diseño metodológico, la muestra seleccionada, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, las técnicas para el análisis de los datos y el procedimiento. En el Capítulo IV, se muestran los resultados de la investigación con la respectiva discusión. En el Capítulo V, se muestra la conclusión y recomendaciones de la investigación. Finalmente, se mencionan las referencias bibliográficas y anexos.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La sexualidad, como campo de la conducta humana, es una de las áreas más cautivantes y cambiantes en nuestra sociedad. Esta palabra encierra una gama de valores como actitudes que, con frecuencia, hace suponer que al hablar de ello significa y se piensa que solo son relaciones coitales. Ciertamente, esta es una expresión de la sexualidad, pero en realidad es mucho más que eso. Parte de la población considera aún que hablar del tema significa describir al aparato reproductor y sus funciones, ya que el tema involucra el conocimiento acerca del desarrollo sexual, salud reproductiva, relaciones interpersonales, afecto, imagen corporal, roles de género, paternidad responsable, amistad y valores. El tema de sexualidad en los adolescentes ha sido ignorado, temido, tergiversado, distorsionado y satanizado. Los padres principalmente junto con la sociedad se han preocupado más por: reprimir, que por entender; prohibir, que explicar; ignorar o abortar el tema y no orientar al adolescente ante un asunto de vital interés personal y social ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en todo el mundo hay más de mil millones de adolescentes. Definiendo a esta etapa de transición entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases dentro de este grupo etario: Abarcando de los 10 a 15 años (temprana) y 15 a 19 años (tardía). En cada una de las ellas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas femeninas como masculinas), cambios estructurales, anatómicos,

modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo, la condición del adolescente no es uniforme, varía de acuerdo a las características individuales y grupales ⁽²⁾.

Para los adolescentes, la sexualidad está ligada al sexo (relaciones coitales). Es vista como algo osado, malo, pecaminoso relacionado a lo íntimo, lo oculto, despertando curiosidad, interés y ganas de experimentar, así como muchas dudas y preocupaciones.

Al no poder hablar del tema con sus padres ya que es algo incómodo y censurado, por ello, la mayoría busca información de diferentes medios (internet, libros, revistas, etc.) obteniendo respuestas erróneas o inconclusas. Encontrándose expuestos constantemente a símbolos y estímulos eróticos, manifestados en forma masiva provocando mayor interés, aumentando los pensamientos y provocando los mal llamados sueños húmedos. Mientras el adolescente va consolidando su identidad e independencia, tiene la gran necesidad de librarse de los padres y otras autoridades, dando más importancia a las relaciones amicales con personas de su misma edad. Asimismo, ven al sexo como medio para demostrar su aptitud en la toma de decisiones. Durante esta etapa surgen los primeros contactos físicos (besos, caricias, abrazos, roces) como forma de exploración, aventura, experimentación que posteriormente dará paso a las relaciones coitales ⁽²⁾.

Según diversos estudios sobre el inicio de las prácticas coitales y la influencia que ejerce los niveles de educación sobre el tema, se demostró que los adolescentes con estudios superiores corren menor riesgo con respecto a los que no tienen estudios. La sexualidad es una necesidad biológica e importante para los jóvenes, quienes comienzan a explorar, experimentar e indagar, teniendo en cuenta la falta de información y los pobres conocimientos incrementan el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), generando consecuencias sociales tales como: aborto, partos prematuros, complicaciones en el embarazo, madres solteras, muerte materna o fetal e inclusive, el rechazo de la sociedad ⁽³⁾.

Es cada vez más frecuente que las adolescentes inicien su maternidad a temprana edad, hecho que ha convertido al embarazo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en “un problema que amerita atención inmediata y abordaje a diferentes niveles y áreas de acción, especialmente en aspectos médico-asistenciales, jurídico y económico con un perfil que promueva la planificación familiar”⁽⁴⁾.

Casi un millón de personas entre adolescentes y adultos contraen, todos los días, una infección de transmisión sexual (ITS), como la causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Esas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y de sus madres. La presencia de otras ITS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Nuevas investigaciones parecen indicar que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos cinco años, pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH, dando menor importancia a las ITS que va en aumento, principalmente, en los jóvenes ⁽⁴⁾.

Los bebés de las madres adolescentes representan, aproximadamente, el 11% de nacimientos en el mundo; 95% ocurren en países en desarrollo y un aproximado de 4000 recién nacidos quedan ciegos cada año como consecuencia de infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y clamidianas maternas no tratadas. Son varios factores que contribuyen a esa situación. Algunas desconocen cómo evitar un embarazo por la falta de comunicación e información. La infección por el virus del herpes simple de tipo 2 es la principal causa de úlceras genitales en los países en desarrollo. Los datos procedentes del África muestran que el 30%–80% de las mujeres y el 10%–50% de los varones están infectados. Entre las mujeres de

América Central y América del Sur, la prevalencia de este virus varía entre el 20% y el 40%. En los Estados Unidos de América, la prevalencia de la infección viral entre personas de 14 a 49 años es del 19%, esta infección por el virus del herpes simple de tipo 2 desempeña un papel importante en la transmisión del VIH. El papiloma virus humano es otra importante infección que provoca anualmente unos 500 000 casos de cáncer cervicouterino y 240 000 defunciones, principalmente, en países de escasos recursos ⁽⁵⁾.

Las muertes perinatales son 50% más altas en madres de menos de 20 años que aquellos nacidos en madres entre 20 y 29 años. Los niños de madres jóvenes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso, así como tener riesgos a largo plazo. En América Latina, el 71% de los adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, debido a ello el promedio de embarazos no deseados es de 52%, y el 53% ha iniciado las relaciones sexuales antes de los 19 años. Dentro de ellos se encontró que en Colombia 70 de cada 1000 jóvenes se convierten en madres cada año, el 12% procede de zonas urbanas y el 16% de zonas rurales. Según el Congreso Venezolano de la Mujer, los adolescentes constituyen el 21,5% del total de la población, existiendo mayor incidencia de embarazo precoz entre los 12 y 14 años, atribuido al desconocimiento sobre la sexualidad e inicio temprano de las relaciones coitales. En Cuba, entre 1985 y 2000, la tasa de fecundidad de las adolescentes cubanas era de 8,5 hijos por cada 1000 mujeres, con una proporción de nacimientos en este grupo de 23% ⁽⁶⁾.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), anualmente se registran alrededor de 54 000 nacimientos de madres menores de 15 años, 2 millones de madres entre 15 y 19 años refleja el 23,4 por 1000 nacidos vivos en Chile y 136 por 1000 en Honduras. El grupo de 10 a 14 años de edad representa aproximadamente el 1% en Uruguay y Cuba; el 4%, en Brasil y Haití. La tasa de mortalidad es más alta entre 10 y 19 años que para las mujeres adultas. Esta delicada situación es consecuencia del desconocimiento y, sobre todo, por la falta de políticas en salud sexual que lleguen a los adolescentes en riesgo ⁽⁷⁾.

Los adolescentes tienen la tendencia a ser sexualmente activos a edades tempranas en toda América Latina y el Caribe, donde la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales viene a ser 14 y 16 años de edad, respectivamente. En los Estados Unidos, 77% de las adolescentes ha tenido su primera relación sexual, pero solamente el 17% quedaron embarazadas; en cambio, en América Latina y el Caribe el 56% representa a las adolescentes que se iniciaron sexualmente, pero 34% han tenido un hijo antes de los 19 años. Esta situación podría explicarse por la diferencia en la educación especial en temas de salud sexual, reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos en todas las regiones.

A nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población de adolescentes de 12 a 14 años es de 1 754 886, de 15 a 17 años es de 1 748 550 y la población joven de 18 a 19 años es de 1 146 363 ⁽⁸⁾. Según los resultados del 2012, del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,2% ya estuvo alguna vez embarazada, de esta cantidad el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez. Estos resultados difieren muy ligeramente de los obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2009. Los resultados nos muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,3% en las de 15 años hasta el 25,6 % en las de 19 años de edad. En algunas regiones, forman parte del patrón cultural, por ejemplo Loreto (32,2%), San Martín (27,2%), Tumbes (27,0%), Ucayali (26,5%) y Amazonas (23,5%) ⁽⁹⁾.

Las mujeres sin educación tendrían al final de su vida reproductiva 2,5 veces el número de hijas e hijos que aquellas con educación superior (4,7 frente a 1,9); siendo la brecha entre ambos niveles de 2,8 hijas e hijos, la misma que se ha incrementado en 0,3 hijas e hijos, respecto a la brecha observada en la ENDES 2009 que fue de 2,5 hijas e hijos. La Tasa Global de Fecundidad también muestra que, en los hogares del quintil inferior de riqueza, las jóvenes tenían en promedio más hijos (4,0), en contraste con las de los hogares del quintil superior de riqueza (1,7).

Los mayores porcentajes de adolescentes que han oído mensajes sobre planificación familiar se presentaron entre las que tenían educación superior (67,0%), del quintil superior y cuarto quintil de riqueza (64,4 y 63,6%, respectivamente) y entre las residentes de Lima Metropolitana (62,5%), así como en el área urbana (60,8%). Los mayores porcentajes de mujeres que no han oído mensajes sobre planificación familiar en los últimos 12 meses se presentaron entre aquellas sin educación (66,6%), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (63,6%), las residentes del área rural (57,6%) y en las jóvenes provenientes de la sierra, tales como Ayacucho, Apurímac, Huancavelica y Huánuco (51,7%).

Los adolescentes no hacen uso de los métodos anticonceptivos, solo el 0,9% de este grupo etario usan el condón; el 28,8% de ellos conoce el VIH-SIDA, pero no saben cómo evitarlo; el 50,7% de las mujeres entre 15 y 19 años no conocen sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), una de cada 20 jóvenes se ve afectada por una ITS. La falta de información sobre los métodos hace que inicien su actividad sexual a temprana edad: en los varones a los 17 años y en las mujeres a los 19 años. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS, en 2005, 4,9 millones de personas contrajeron la infección por el VIH. Otros 40,3 millones de personas ya vivían con VIH/SIDA ⁽¹⁰⁾.

En general, la prevalencia de las ITS tiende a ser más alta en áreas urbanas que en áreas rurales, en personas solteras y en adultos jóvenes. Las ITS, incluido el VIH, afectan tanto a hombres como mujeres. Sin embargo, las estadísticas rara vez muestran una distribución equitativa entre hombres y mujeres, y tampoco muestran una distribución equitativa entre los distintos grupos etarios. El vínculo restante entre las ITS y el VIH es obviamente el conductual: la conducta sexual sin protección expone a las personas tanto al VIH como a otras ITS.

En el mundo, más de 60 millones de personas han sido infectadas por el VIH en estos últimos 20 años, y aproximadamente la mitad de ellas lo contrajeron entre los 15 y 24 años. Actualmente, casi 12 millones de jóvenes están

viviendo con VIH/SIDA. Estas estadísticas subrayan la urgente necesidad de abordar el tema entre los adolescentes porque se encuentran más expuestos a adquirirla. La epidemia del VIH y SIDA se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importante, no solo se aborda la carga que representa para las personas, también se ve la trascendencia social, económica, cultural, su alta complejidad epidemiológica frente al reto que representa prevenirla y controlarla. Esto puede explicar el hecho de que por cada dos personas infectadas que acceden a tratamiento, se estima que ocurren aproximadamente cinco nuevas infecciones. De acuerdo con el informe de ONUSIDA de julio de 2008, sobre la situación de la epidemia en el mundo, cada día ocurren alrededor de 7 600 nuevas infecciones, lo que significa que cinco personas se infectan cada minuto. Se estima también que cerca de la mitad de esas nuevas infecciones ocurren entre jóvenes en la franja de edad de 15 a 24 años ⁽¹¹⁾.

En el informe de ONUSIDA mencionado anteriormente, se señala que, de acuerdo con los resultados de encuestas realizadas en 64 países, solamente el 40% de los jóvenes y 38% de las jóvenes tienen un conocimiento adecuado y amplio acerca del VIH y cómo evitar su transmisión. De esta información se puede inferir que hay un gran desconocimiento acerca de la importancia de las relaciones sexuales de bajo riesgo y la actividad sexual protegida.

En agosto de 2008, en vísperas de la XVII Conferencia Internacional de SIDA en México, el gobierno de ese país convocó a una reunión interministerial en la que los ministros de salud y educación de América Latina y el Caribe se comprometieron a revitalizar las acciones de prevención de VIH, infecciones de transmisión sexual, embarazos precoces y la problemática del aborto particularmente entre la población joven. Como producto de esa reunión, se emitió una declaración en la que se proponen acciones concretas, particularmente, de educación integral de la sexualidad, estrechamente vinculadas con servicios de promoción y atención de la salud sexual y reproductiva ⁽¹²⁾.

A nivel nacional, el total de adolescentes entrevistados durante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2012, el 96,6% conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA, lo que implica una mejora de 2,4 puntos porcentuales en relación con el año 2009 donde el porcentaje estimado de mujeres infectadas por VIH/SIDA en el total de la población infectada de 15 a 49 años fue alrededor del 34%. Con respecto a las mujeres jóvenes que desconocen los aspectos relacionados con el VIH/SIDA, se observa menores porcentajes en aquellas con educación superior y con educación secundaria (0,1 y 0,9%, respectivamente). De igual manera a las que se encuentran entre los quintiles de riqueza superior y cuarto (0,2 y 0,4%, respectivamente), frente a aquellas que no tienen educación superior o secundario con 27,1%, junto con los que pertenecen al quintil inferior de riqueza (15,7%). Por esa razón, constituyen el mayor porcentaje de personas que desconocen el VIH/SIDA. Sobre el conocimiento de las formas específicas de evitar el VIH, el 83% de los adolescentes respondieron “limitar el número de parejas sexuales o mutua fidelidad” y el 75,1%, el uso de condón, observándose un ligero incremento de 0,1 y 0,9 punto porcentual, respectivamente en el periodo de análisis ⁽¹³⁾.

Durante las edades de 12 a 14 años, la primera fuente de información son los maestros el 49% y 39%, respectivamente. En segundo lugar, se encuentran sus padres que representan un 19%. El padre habla más con los hombres siendo un 10% frente al 8% conformado por mujeres. El 40% considera que hay insuficiente información dentro de sus colegios ⁽¹⁴⁾.

Según las edades entre 15 a 19 años, consideran como primera fuente de información a los profesores que representan el 43%, sus padres se ubican dentro del segundo lugar: la madre representa el 14% en varones y 23% en mujeres, los papás hablan más del tema con sus hijos siendo el 14% frente al 7% formado por chicas. Finalmente, en tercer lugar, se encuentran las amistades y medios informativos como internet que es usado un 13% por jóvenes contra el 7% de las escolares. El Ministerio de Salud (MINSA) con nuevas políticas en mención a la sexualidad manifiesta según la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Establecida el 27 de julio de 2004 con RM N°771 – 2004/ MINSA, el propósito es mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana

concentrando el mayor esfuerzo en reducir la mortalidad materna y perinatal de las mujeres y adolescentes a través de líneas de intervención como: ayudar a lograr sus ideales reproductivos mediante el uso de anticonceptivos, prevenir las enfermedades de transmisión sexual, principalmente, el VIH/SIDA y prevenir la violencia basada en el género ⁽¹⁵⁾.

Según el Censo Distrital de Carabayllo – 2011, nos muestran que el inicio de la vida sexual activa de los adolescentes fue de 17,9%, siendo la edad promedio de inicio a los 14,5 años de edad; de los cuales el 83% ha tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de condón), mientras un 82,1% aún no inician su vida sexual ⁽¹⁶⁾. En lo que es una tendencia que no hemos logrado revertir al año 2007, existían en Lima Norte 8376 madres adolescentes cuyas edades se encontraban entre los 12 y 19 años; encontrándose en el distrito de Carabayllo 1109 (13,2%) de ellas; de las cuales, 44 eran prácticamente niñas entre 12 y 14 años de edad, y 1065 adolescentes entre 15 y 19 años.

Siguiendo los datos del Censo del 2007, las madres adolescentes de 12 a 19 años de edad, respecto de las que se ubican en el segmento de la Población Económicamente Inactiva solo 119 (14,4%) se dedican a estudiar, mientras que 671 (81,3%) se dedican exclusivamente al cuidado de su hogar y 35 (4,2%) a otras actividades o continúan siendo criadas como hijas. Los resultados del Censo Nacional - 2007 revelan que del total de madres adolescentes entre 12 y 19 años de edad en el distrito de Carabayllo, solo 277 (25%) se hallaban cubiertas por algún seguro de salud, en su mayoría en el SIS, y por el contrario, un número significativo de 832 (75%) no accedían a este servicio, siendo uno de los grupos poblacionales más vulnerables del distrito. Similares situaciones atraviesan las mujeres adolescentes que no son madres. La comunicación familiar sobre sexualidad entre padres e hijos fue: 4,1% buena, 16,4% grave y 79,5% muy mala; entre madres e hijos fue: 9% buena, 21,2% mala y 69,8% muy mala; globalmente entre progenitores y adolescentes fue: 4,6% buena, 19,4% mala y 76% muy mala⁽¹⁶⁾.

El ser humano, desde el punto de vista holístico, engloba y funciona biológica, simbólica y socialmente. Posee capacidades, aptitudes y voluntad de compromiso

para realizar el autocuidado. Existen tres tipos de autocuidado: autocuidado universal, autocuidado asociado a los procesos de crecimiento y de desarrollo, además, autocuidado unido a desviaciones de salud. De acuerdo con Dorotea Orem, la salud es el estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento. Asimismo, el entorno social influye en la capacidad de decisión del ser humano.

En la Institución Educativa 3054 “La Flor” Carabayllo se ha observado que las adolescentes tienen poca información sobre el uso de los métodos anticonceptivos, vergüenza por la crítica de haber empezado sus relaciones sexuales antes de culminar el colegio; esto sucede por falta de interacción entre el docente y el alumno en el ambiente escolar. La falta de conocimiento en los adolescentes es de asombro porque no tienen en cuenta los riesgos como, infecciones de transmisión sexual / VIH, embarazos no deseados, deserción escolar, abortos, por lo cual es de gran importancia la investigación para mejorar el autocuidado e los adolescentes.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la Institución Educativa “La Flor” Carabayllo – 2014?

1.3. Justificación del estudio

Según los artículos revisados y datos mundiales observados, existe un alto índice de inicio de las relaciones sexuales a temprana edad en los adolescentes; asimismo, el aumento de embarazos no deseados y alta prevalencia de contraer virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) e infecciones de transmisión sexual (ITS) es por este motivo que tanto los profesores y los padres deben brindar información y orientación en las aulas y las casas sobre los métodos anticonceptivos, su uso, ventajas y desventajas, principalmente, en los grupos de 14 – 17 años, porque están en riesgo de iniciar la actividad sexual a temprana edad.

Por otra parte, la falta de uso de métodos de planificación entre los adolescentes está asociado con la percepción de invulnerabilidad, la inseguridad frente a la efectividad de los métodos, las creencias acerca de sus efectos secundarios, pensar que, utilizar condón con la/el enamorada/do, es irrespetuoso, las expectativas que tienen de las relaciones, el deseo de complacer a la pareja, entre otros.

Estos elementos de incertidumbre hacen que el/la adolescente acudan a las consultas de planificación familiar con un nivel de expectativas que el profesional de Enfermería debe conocer y, en consecuencia, atender de manera efectiva, puesto que es sumamente importante lograr el nivel de integración del adolescente con la consulta. Todo ello permitirá que los adolescentes tengan un mejor enfoque y cuidarán su cuerpo para una vida saludable.

Es de mucha importancia realizar esta investigación con el objetivo de enseñar a la población por la salud preventiva promocional, interactuando con los encargados de la institución educativa y del centro de salud con la finalidad de proporcionar, educar sobre planificación familiar priorizando el uso de métodos anticonceptivos a los grupos etarios de riesgo mayor.

Es por ello que, como profesionales de la salud, debemos aportar e incrementar los conocimientos en los adolescentes acerca del tema y sus posibles consecuencias, tomando en cuenta la intervención dentro de la promoción de las prácticas de salud sexual para los adolescentes que está comprendido en las funciones de Enfermería en el primer nivel de atención, donde también evaluaremos la influencia que ejerce la familia en el inicio de las relaciones sexuales en los escolares adolescentes.

Desde el punto de vista social de la investigación, se constituye en un aporte imprescindible y de gran impacto, ya que indagaremos el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre las prácticas de autocuidado reproductivo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual histórico social de la realidad

2.1.1. La fundación histórica del distrito de Carabayllo

Terminada la visita al Valle, el 29 de junio de 1571, Juan Martínez funda la reducción de indios en la parte central de Carabayllo (en tierras del curaca Hernando Nacara), denominándolo: “Reducción de San Pedro de Carabayllo”. El nombre elegido se debió al día en que se celebraba la fiesta del santo. Este hecho, hoy en día, es considerado como la fecha histórica de fundación del distrito de Carabayllo.

Una vez establecida la reducción, Martínez Rengifo designó a un curaca como gobernante. El curaca servía como mediador entre los hispanos y los indígenas. En contraparte, los curacas no pagaban tributos ⁽¹⁷⁾.

2.1.2. Límites

- Noroeste: Ancón
- Norte: Huamantanga (Prov. de Canta)
- Noreste: Santa Rosa de Quives (Prov. de Canta)
- Este: San Antonio de Chaclla (Prov. de Huarochirí)
- Sureste: San Juan de Lurigancho
- Sur: Comas
- Suroeste: Puente Piedra

2.1.3. Población

Según datos del INEI (2007), el distrito de Carabayllo cuenta con una población de 213 386 habitantes, divididos de la siguiente manera: 3% zona rural y 97% zona urbana. El 50,4% son mujeres, el 49,6% son varones. El 58.6% son menores de 30 años.

2.1.4. Extensión territorial

Carabayllo tiene una extensión de 346,88 km². La municipalidad de Carabayllo ha realizado múltiples campañas de salud de acuerdo al presupuesto municipal:

A. Actividades realizadas por la municipalidad de Carabayllo

- Se enfatiza la atención primaria de niños, madres de familia, adolescentes embarazadas, adultos mayores, desnutridos, personas con TBC y población con determinado índice de pobreza.
- Descarte de TBC con toma de muestra en las personas que solicitan carnet de sanidad, así como en las personas que se van a casar por vía civil.
- Proyecto Municipal de Inversión Pública (PIP) “Fortalecimiento de capacidades para reducir la desnutrición infantil y prevenir la tuberculosis en el distrito de Carabayllo”, actualmente en ejecución y con proyección de beneficiar aproximadamente a 1 400 personas, tanto a niños desnutridos, así como a sus padres.
- Campaña contra el dengue, quedando pendiente la limpieza de techos a nivel distrital (de acuerdo al presupuesto municipal).
- En la Residencia Geriátrica Municipal del distrito de Carabayllo se albergará un aproximado de 30 a 40 adultos mayores en estado de pobreza extrema (abandonados sociales). Se les brindará techo, calidad de vida, atención médica, asistencia técnica las 24 horas, alimentación y vestimenta adecuadas.

2.1.5. Reseña histórica de la Institución Educativa 3054 “La Flor”

La historia de la Institución Educativa se encuentra ligada a la historia de la población del Pueblo Joven “La Flor” y se remonta a los años 1963. La Institución Educativa se encuentra ubicada en el Jr. Industrial N° 291 “La Flor”, distrito de Carabayllo. Empieza a funcionar en el año 1963 con cuatro secciones, mediante R.M N° 2984 del 11 de junio de 1966 con el nombre de Escuela Primaria 807 – La Flor, siendo su primera directora la profesora Zenaida Carbajal con una población escolar entre 15 y 20 alumnos.

En el año 1985 se hace cargo de la dirección el profesor Daniel Castillo Hidalgo, iniciando gestiones de reorganización de la banda de música de la Institución Educativa, obteniendo el primer gallardete a favor de la institución educativa. Además, gestionó oficialmente la ampliación del servicio educativo al nivel secundario, por R.D N° 0065 del 9 de mayo de 1968.

En 1992 y 1993 siendo presidente de la Asociación de Padres de Familia (APAFA) la señora Imelda Benítez y director el profesor Exaltación Vásquez Baltazar (fallecido), se inician las gestiones para la mejora de la infraestructura la que se objetiviza en el año 2003. El Instituto Nacional de Infraestructura Educativa y de Salud (INFES) construye un moderno edificio con el que cuenta hoy. Asimismo, la presente gestión con apoyo de la APAFA realizó la reconstrucción de un pabellón de seis aulas, el cual fue asumido en su totalidad por el alcalde de nuestro distrito Rafael Marcelo Álvarez Espinoza quien inaugura dichas aulas y el nuevo frontis de acceso al colegio. Se encuentra en plena elaboración un nuevo perfil técnico para la construcción de nuevos servicios higiénicos y otros ambientes bajo la responsabilidad de la Municipalidad de Carabayllo ⁽¹⁷⁾.

Actualmente, el director de la Institución Educativa N° 3054 “La Flor” designado por la R.D. N° 04639 es el Licenciado Víctor Raúl Ríos Castro, al haber sido ganador en la Segunda Fase del Concurso Público de Directores y Subdirectores del año 2005 -2006, teniendo como subdirector

al profesor Pedro Peña Palomino. Uno de sus objetivos es mejorar el servicio educativo en función de la eficiencia, eficacia, productividad, creatividad e innovación. Actualmente, cuenta con una población de 870 alumnos entre los niveles de primaria y secundaria.

2.2. Marco teórico conceptual

2.2.1. Definición de conocimiento

El conocimiento es la materia prima esencial de la sociedad de las organizaciones. Comienza a entenderse la real importancia de generar una cultura del conocimiento que pretende mejorar y armonizar la relación hombre y conocimiento y de esta manera alcanzar el tan anhelado desarrollo social ⁽¹⁸⁾.

A. El conocimiento suele entenderse como:

- Hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.
- Lo que se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo.
- Conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación.

B. En el nivel de conocimiento:

- Los sistemas son agentes racionales.
- El medio es el conocimiento.
- Los componentes son objetivos, acciones y cuerpos: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado.
- La ley de comportamiento es el principio de racionalidad: «Si un agente tiene el conocimiento de que una de sus acciones le conduce a uno de

sus objetivos, seleccionará esa acción», que se complementa con dos principios auxiliares: «Si dos acciones conducen al mismo objetivo, el agente selecciona ambas» y «si un conjunto de acciones conduce a un objetivo y otro conjunto a otro objetivo, el agente selecciona la intersección de los dos conjuntos de acciones».

- No hay leyes de composición para construir un sistema en el nivel de conocimiento: un agente tiene siempre los componentes mencionados.

2.2.2. Niveles de conocimiento

Se diferencian entonces según el caso los niveles: empírico, científico, filosófico y teológico del conocimiento ⁽¹⁸⁾.

A. Conocimiento empírico

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es ametódico y asistemático. Permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario y por lo mismo a él recurren todos por igual: cineastas, burócratas, voceadores de productos, biólogos, artistas, etc. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. Es propio del hombre común, sin formación, pero con conocimiento del mundo material exterior en el cual se halla inserto. En cuanto al alcance, lo único real es lo que se percibe; lo demás no interesa.

A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y surte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas; todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la

vida, por su propio esfuerzo o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. Su fuente principal son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como "saberes" (18).

B. Conocimiento científico

Va más allá de lo empírico; por medio de él, trascendido al fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Conocer, verdaderamente, es conocer por las causas; saber que un cuerpo abandonado a sí mismo cae, que el agua asciende en un tubo en el que se ha hecho vacío, etc. no constituye conocimiento científico; solo lo será si se explican tales fenómenos relacionándolos con sus causas y con sus leyes. La diferencia que el conocimiento científico tiene con el conocimiento más o menos espontáneo que preside la vida cotidiana, "el mundo del manipular", según Karel Kosic, es antes que nada el rigor que pretende imponer a su pensamiento. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano.

El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico. Además, son sus características el desinterés y el espíritu crítico. El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada, con pretensiones de infalibilidad. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. La ciencia y el pensamiento científico no toleran las afirmaciones gratuitas. Una afirmación -cualquiera que sea- solo alcanza rango científico cuando es fundamentada.

Ahora bien, entre los muchos rasgos que describen al conocimiento científico es esencial el que éste resulta de una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos, entre "lo endógeno" y "lo exógeno". De otra parte, lo específico del conocimiento científico puede ser nombrado con el término tradicional de "explicación

científica", ya que todo producto que se reconozca como "conocimiento científico" debe cumplir como requisito fundamental que culmine en una "explicación científica", o que realice algunas de sus fases preliminares ⁽¹⁸⁾.

C. Conocimiento filosófico

Se distingue del científico por el objeto y por el método. El objeto de la filosofía son las realidades inmediatas no perceptibles por los sentidos (suprasensibles), que traspasan la experiencia (método racional). Se parte de lo concreto material hacia lo concreto supramaterial, de lo particular a lo universal. El conocimiento filosófico es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. No es algo hecho, acabado. Es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta. La esencia de la filosofía es la búsqueda del saber y no su posesión.

El conocimiento filosófico procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes, pero habilita al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta. En el campo del conocimiento filosófico siempre estarán en juego las categorías de esencia, universalidad, necesidad, fundamental, etc. ⁽¹⁸⁾.

D. Conocimiento teológico

Es un conocimiento revelado, que implica siempre una actitud de fe y ocurre cuando, sobre algo oculto o un misterio, hay alguien que lo manifiesta y alguien pretende conocerlo. El misterio, aquello oculto que provoca curiosidad y lleva a la búsqueda, puede estar ligado o datos de la naturaleza, de la vida futura, de la existencia de lo absoluto, etc. Aquel que manifiesta lo oculto es el revelador. Podrá ser el propio hombre o Dios. Aquel que recibe la manifestación tendrá fe humana si el revelador es algún hombre; tendrá fe teológica si es Dios el

revelador. El conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por fe teológica constituye el conocimiento teológico. A ese conjunto de verdades el hombre llega, no con el auxilio de su inteligencia sino por aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente después de haber pasado por la crítica histórica más exigente⁽¹⁸⁾.

2.2.3. Teoría de Enfermería

A. Modelo conceptual de Dorothea Orem

Este es uno de los modelos clásicos de Enfermería desarrollado en su obra *Conceptos y prácticas de Enfermería*.

El fundamento del modelo de Enfermería de Dorothea Orem, organizado en torno a la meta de la Enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como el conjunto de actividades que realiza una persona por sí 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.

La Enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión, y a hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas.

Dorothea Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y función normales, ya que cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento representa una ausencia de salud en el sentido de integridad.

Dorothea 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 que se mencionan a continuación ⁽¹⁹⁾.

- Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimento.
- Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar.
- Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal.

Las necesidades antes mencionadas (requisitos de autocuidado) exigen que se tomen medidas y se les da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico.

Son los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas.

Las demandas de autocuidado para la prevención secundaria son los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad.

La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.

Es posible determinar la demanda terapéutica de autocuidado si se identifican todas las necesidades existentes o posibles de cuidado propio y los métodos más adecuados para atender dichas necesidades y se diseña, implementa, evalúa un plan de acción; esto es el proceso de cuidados de enfermería ⁽¹⁹⁾.

B. Dorotea Orem describe tres etapas del proceso de cuidados de Enfermería

- La primera etapa implica el diagnóstico de enfermería, esto es, determinar la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes.
- La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud; esta etapa incluye básicamente la planificación de acciones e intervenciones para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.
- La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado.

C. Dorotea Orem identifica tres sistemas de actividades de enfermería para satisfacer los requisitos de cuidados personales, conforme a la medida que se ven perturbados, a saber:

- **El sistema de compensación total:** En este sistema la enfermera realiza todas las necesidades del enfermo ya que éste se encuentra incapacitado para asumir una función activa en su atención y la enfermera le ayuda actuando en lugar de él.

- **El sistema de compensación parcial:** En este sistema tanto el enfermo como la enfermera participan en las acciones de autocuidados terapéuticos. La responsabilidad principal en la ejecución de estas acciones puede corresponder a la enfermera o al paciente, según las limitaciones de este, sus conocimientos y aptitudes, y disposiciones.
- **El sistema educativo y de apoyo:** Este sistema se usa cuando el enfermo es capaz de atender (o aprender la forma de hacerlo) su cuidado personal pero necesita ayuda, consistente en apoyo moral y emocional, orientación e instrucción ⁽¹⁹⁾.

En la presente investigación se considera el modelo de Dorothea Orem que tiene una adecuada aplicación dadas las limitaciones de conocimientos que tienen la generalidad de las adolescentes en cuanto a los métodos anticonceptivos y la prevención del embarazo precoz. Por ello, es necesario adaptar la teoría de Dorothea Orem, entendiéndolo que para lograr que la adolescente se involucre en su autocuidado se tiene que desarrollar una intensa y franca tarea educativa, llena de mucha calidez y dedicación, tratando de lograr el objetivo principal para que adquiera plena conciencia sobre las consecuencias de una vida sexual activa, la conservación de la salud, prevenir las enfermedades como VIH/SIDA, embarazos no deseados e incluir actividades realizadas para la adolescente o en colaboración con ella.

2.2.4. Perfil de la enfermera dedicada a la atención del adolescente

El personal de enfermería que labore con adolescentes debe poseer las siguientes características profesionales y personales:

A. Características profesionales

- Tener conocimiento y experiencia en el área materna infantil.

- Tener la capacitación básica en el programa de Atención Integral de Salud para la Adolescente.

B. Características personales

- Capacidad para desarrollar trabajos en equipos.
- Sensibilidad social.
- Disponibilidad para comunicarse con el adolescente, familia y comunidad.
- Ser cordial, comprensiva y positiva que refleje equilibrio en sus relaciones interpersonales.
- Responsabilidad para observar los principios básicos de respeto, confidencialidad y discreción.
- Capacidad de desarrollar deseos de superación profesional.
- Responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones.

C. Acciones del personal de Enfermería

Involucra niveles gerenciales y operativos del Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente, en donde se desarrollan a partir de reuniones y talleres multidisciplinarios en el que se cumple con las fases de:

- Información, sensibilización, adaptación organizativa, capacitación en el Programa, Integración con grupos organizados de la comunidad Inter-actuación con otras instituciones.
- Supervisión y evaluación. Expansión a nivel regional⁽¹⁹⁾.

2.2.5. Adolescencia

A. Definición de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos

fases, la adolescencia temprana 10 a 15 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo ⁽²⁰⁾.

Según Reátegui la adolescencia temprana (aproximadamente 11 a 14 años) ofrece oportunidades para el crecimiento, no solo en las dimensiones físicas sino también en competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima, e intimidad. Este periodo también conlleva riesgos. Algunos jóvenes tienen problemas para manejar todos estos cambios a la vez y es posible que necesiten ayuda para superar los riesgos que encuentran a lo largo del camino. La adolescencia es un tiempo de incremento en la divergencia entre la mayoría de los jóvenes, que dirigen hacia una adultez satisfactoria y productiva ⁽²¹⁾ .

El término adolescente se usa para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos.

Adolescencia es empleado en dos sentidos diferentes. Aplicado al desarrollo físico se refiere al periodo que comienza con el rápido crecimiento de la pubertad y termina cuando se alcanza madurez física. Esta definición es más ambigua de lo que parece, pues no es fácil establecer que es una “plena madurez física”. En el sentido físico, la adolescencia es un fenómeno universal. En sentido psicológico, la adolescencia es una situación anímica, un modo de existencia, que aparece aproximadamente con la pubertad y tiene su fin al alcanzar la madurez social ⁽²¹⁾.

La adolescencia es una etapa de cambios continuos, y no será necesario distinguir entre una “primera fase” y una “fase final. La primera, según nuestro uso, es el periodo que va desde el comienzo de la pubescencia (que solo se conoce retrospectivamente, en cada caso individual) hasta alrededor de un año después de la pubertad momento en que las nuevas pautas fisiológicas ya sean estabilizado bastante. La fase final de la adolescencia, por supuesto, es el periodo restante, hasta el comienzo de la edad adulta. ⁽²¹⁾.

B. Etapas de la adolescencia

La adolescencia se divide en tres periodos con la finalidad de unificar ciertas características fisiológicas, reacciones en los adolescentes, conductas comunes y soluciones adecuadas y puntuales ya que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años de edad ⁽²¹⁾.

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 15 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia tardía, de 15 a 19 años.

C. Características sexuales en la adolescencia

▪ Características sexuales primarias

Son los órganos necesarios para la reproducción que crecen y maduran durante la adolescencia. En las mujeres, los órganos sexuales incluyen los ovarios, trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina. En el varón, incluyen los testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata ⁽²²⁾.

▪ Características sexuales secundarias

Son los signos fisiológicos de maduración sexual que no implican directamente los órganos sexuales; por ejemplo, las mamas en las mujeres y los hombros amplios en los varones. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel,

desarrollo muscular y crecimiento de vello púbico, facial, axilar y corporal ⁽²²⁾.

D. Inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes

- **Definición de relaciones sexuales**

La relación sexual puede definirse, en un sentido amplio, como un intercambio erótico sensual y genital que en la mayoría de los casos implica una penetración pene-vagina. El contacto sexual no es sinónimo de contacto coital. Existen muchas otras maneras de expresión sexual a través de caricias, besos y estimulación de zonas erógenas que pueden llevar a un inmenso placer y conducir placenteramente al orgasmo. No se puede hablar de una edad determinada para las relaciones sexuales.

Tener relaciones sexuales es una decisión que cambia la vida y la óptica de las relaciones del adolescente. La curiosidad, la amenaza del abandono si no se tienen relaciones sexuales, la búsqueda de independencia, la reafirmación de la propia sexualidad, la necesidad de demostrar a la sociedad que no se es homosexual, asegurar que la pareja no sea infiel o hacer alarde a la libertad y experiencia sexual, no pueden ser las únicas razones que soporten una decisión tan importante en la vida del joven ⁽²²⁾.

El inicio de las relaciones sexuales marca un hito en el desarrollo físico y psicológico del hombre y la mujer en todas las sociedades, y tanto el momento en que se produce este evento como el contexto en el que ocurre, surge un impacto inmediato y tiene consecuencias a largo plazo para el individuo. Es probable que tenga serias consecuencias de salud y sociales para la mujer iniciar las relaciones sexuales a muy temprana edad o antes de contraer matrimonio, especialmente si queda embarazada y si tiene un parto no planeado o, en algunos casos, un aborto en condiciones no seguras. Algunos casos de relaciones

sexuales a muy temprana edad son involuntarios por ejemplo, cuando una persona joven es violada, es víctima de incesto o recurre a la prostitución para satisfacer sus necesidades económicas. Además, la primera relación sexual conlleva el inicio de una etapa de riesgo potencial de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ⁽²²⁾.

Se llama precoz a la iniciación sexual coital cuando esta se produce antes del proceso de consolidación. Implica identidad emocional lograda, mayor estabilidad, capacidad para intercambio amoroso (dar y recibir), capacidad de elegir utilizando criterios a largo plazo. Ello sucede alrededor de los 19 años. Tomando en cuenta el criterio ginecológico, se considera embarazo de alto riesgo, con implicancias de morbimortalidad, cuando se embaraza antes y hasta los 18 años ⁽²²⁾.

2.2.6. Métodos anticonceptivos

Según la OMS, los métodos anticonceptivos reducen la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres ya que previenen los embarazos no deseados y los de alto riesgo, disminuyendo así la práctica de aborto realizado en condiciones de riesgo. El uso sistemático de condón es para prevenir el contagio del (ITS) y que incluye VIH.

El Ministerio de Salud (MINS) define: Los métodos anticonceptivos evitan que la mujer salga embarazada y es la ayuda para una buena planificación; asimismo, el uso de los métodos anticonceptivos es una decisión personal para que la mujer no salga embarazada. La pareja es la que decide cuántos hijos tener al dejarlos de usar; la mayoría de métodos son reversibles salvo que sea quirúrgico; además, considera que los métodos anticonceptivos tienen hormonas que no producen ningún daño, pueden ser reversibles y temporales ⁽²³⁾.

Define que un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción tras un coito. También se llama contracepción o

anticoncepción. Los métodos anticonceptivos representan una forma de control de natalidad.

Según lo investigado, el MINSA, la OMS y los otros definen que los métodos anticonceptivos ayudan a la planificación familiar por parte de los varones y mujeres y a la prevención de embarazos no deseados.

El uso sistemático del condón, si es administrado y usado correctamente, sirve para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre lo que se incluye el VIH.

A. Los métodos de barrera

Según la OMS, es el bloqueo físico que impide que el espermatozoide alcance el óvulo o que el óvulo se implante con sustancias que contienen espermicidas, son métodos eficaces si se usan correctamente; y tienen pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante), son de fácil obtención y bajo costo, no requieren examen ni prescripción médica, fomentan la responsabilidad del varón en la anticoncepción, y reducen la transmisión de las ITS y VIH/SIDA, dependen del usuario, requiere una motivación constante, está relacionado con el coito, pueden mejorar la relación sexual ⁽²³⁾.

Según Corwin, es el método más antiguo utilizado por los hombres, y cuando se emplea de forma adecuada es eficaz en un 84% de los casos. Debido a que es barato y fácil de usar, no necesita supervisión médica y carece de efectos secundarios conocidos; es el anticonceptivo más empleado en el mundo. Además, su uso es vital para prevenir la transmisión el VIH y previene el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual, como gonorrea, el herpes, la hepatitis y otros. La OPS describe lo siguiente:

▪ **El preservativo masculino**

El condón es el más utilizado es un dispositivo de látex que crea una barrera entre el pene y la vagina e impide la fecundación. Reduce el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), hepatitis, gonorrea, herpes y SIDA ⁽²³⁾.

a. Forma de uso

Cuándo el pene esté erecto, antes de que tome contacto con los genitales femeninos.

Desenvolver el condón cubriendo desde la punta, hacia la base del pene dejando un centímetro de espacio libre en la punta, donde se acumula el semen. No usar aceites ni vaselina porque daña el condón.

Tiene una efectividad de 80% -90%.

b. Ventajas

- Sin riesgo, protege contra las ITS.
- El costo es barato.

c. Desventajas

Se coloca antes del coito. Algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad cuando retira el pene de la vagina todavía erecto.

B. Métodos naturales

Según la OPS, son los métodos en que no se utiliza ningún anticonceptivo y están basados en la abstinencia periódica. Se limita a tener relaciones sexuales en los días no "peligrosos", los días en que no existe ningún riesgo de embarazarse. Para que este método sea más o menos seguro se deben conocer los días "peligrosos", para lo cual existen diversas formas. Los métodos se basan en lo siguiente: un óvulo vive durante un lapso de 24 - 48 horas. Solamente durante este periodo el óvulo puede ser fecundado por los espermatozoides. Los espermatozoides viven un periodo

de aproximadamente 48 a 72 horas después que han sido liberados en la vagina. Solamente en este periodo los espermatozoides pueden fecundar el óvulo. Es entonces durante 4-5 días de cada ciclo se puede desarrollar una concepción. En la práctica, sin embargo, los días "peligrosos" o fértiles son mayores por la irregularidad del tiempo de ovulación

Según MINSA, es la abstinencia periódica, consiste en no tener relaciones sexuales próximo a la ovulación en los días fértiles ⁽²³⁾.

- **Método del ritmo o regla**

Es la abstinencia de contacto sexual los días fértiles, es aconsejable en mujeres que tienen menstruación regular⁽²³⁾.

El método del ritmo se basa en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer. Es aconsejable para las mujeres que tienen sus reglas o menstruaciones regulares, de 27 a 30 días. La regla o menstruación es regular cuando vienen todos los meses, siempre después de una misma cantidad de días. "La regla" es un instrumento que ayuda a ubicar con precisión los días fértiles para evitar las relaciones sexuales en esas fechas, y también los días infértiles.

Para usarla correctamente se ubica en una de las caras de "la regla" el mes en que empezó la menstruación. Luego se corre la reglilla interna hasta colocar el 1er día de la menstruación de la ventanilla circular. A aparecerá automáticamente en la ventana alargada los días de riesgo de embarazo. Todos los días y hasta que aparezca la próxima regla, se puede tener relaciones sexuales sin riesgo.

- **Método Billings de la ovulación del moco cervical**

- a. **Mecanismo de acción**

- Al evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, es más probable evitar la concepción ⁽²³⁾.

b. Tasa de falla

Es de 2 - 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso perfecto.

c. Características

Incrementa la participación masculina en la planificación familiar, puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos. Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada. Dependen de la pareja y requiere una motivación constante.

Los periodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual (estrés, viajes, etc.).

Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales metabólicas, infecciosas y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.

No previenen las enfermedades de transmisión sexual.

d. Precauciones

Mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de amamantar. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

e. No es recomendable

En mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.

En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

f. Forma de uso

Forma de identificar el período fértil de acuerdo al método del moco cervical:

La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas. Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en el fundillo de la trusa, si se desea puede tomarse de los anteriores el moco y observar su elasticidad entre los dedos.

El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad lubricación o de la observación de mucosidad.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método. Si hay dudas, para diferenciar el moco de descensos o restos de semen, puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, esta no era moco cervical.

▪ Coito interrumpido

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

No es recomendable, porque el retirar el pene de la vagina puede quedar esperma y quedar embarazada la mujer ⁽²³⁾.

Efectividad 75% - 80%.

a. Ventajas

No ocasiona problemas de salud, no necesita preparación previa ni adicional sin efectos secundarios.

Ayuda a saber cómo está funcionando el organismo.

b. Desventajas

Interfiere en el coito puede ser difícil de emplear con efectividad.

Los que lo practican no saben si el método ha dado resultado hasta que viene la menstruación.

C. Los métodos hormonales

Según la OPS, los anticonceptivos hormonales contienen un estrógeno combinado con diferentes gestágenos y su principal acción anticonceptiva es que inhiben la ovulación. Se pueden administrar en forma de píldora, pero también mediante un anillo vaginal o un parche que se coloca sobre la piel.

Según el MINSA, son sustancias químicas que alteran la función hormonal normal de la mujer para que no produzca ovulación y modifica el moco cervical. Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral (píldora), inyectables; cuando se utilizan adecuadamente los métodos hormonales son efectivos pero no ofrecen protección frente enfermedades de transmisión sexual tales como el sida⁽²³⁾.

▪ **La píldora**

La píldora es un método en la que las mujeres las tomas todos los días para no quedar embarazada.

Es segura y eficaz si sabemos usarla correctamente. Dependiendo del tipo de ciclo, se toma durante 21 o 28 días, La píldora es un medicamento para evitar el embarazo y funciona impidiendo que el óvulo madure y salga del ovario. Si se usa correctamente la píldora es un método muy efectivo. De

100 mujeres que la usan durante un año, sólo dos pueden quedar embarazadas. La píldora es fácil de conseguir y no interfiere con las relaciones sexuales.

La píldora debe tomarse cada día, durante 28 días; si se olvida por 2 o más puede sobrevenir un embarazo.

Algunas mujeres no deben tomar píldora por razones de salud, por ejemplo, aquellas mayores de 35 años que fuman. En general, las que estén amamantando a sus hijos. A las mujeres interesadas en utilizar la píldora, el personal de salud les indicará si pueden usarla y cuándo acudir a los controles.

- **La píldora anticonceptiva oral emergencia (AOE)**

Es una píldora con mayor cantidad de hormonas. La 1ra. Dosis se toma antes de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales. La 2da. Dosis se toma 12 horas después de la 1era. ⁽²³⁾.

- a. **Ventajas**

- Alivia los dolores menstruales, reduce el flujo menstrual, protege de enfermedades inflamatorias pélvicas.

- b. **Desventajas o reacciones adversas a la píldora**

- Cefalea, hipertensión, aumento de peso, cambio de humor, enfermedades cardíacas, insuficiencia respiratoria, náuseas, vómitos, mareos y sensibilidad en los pechos.

- **Las inyecciones**

- Es una inyección que se coloca en la nalga y protege del embarazo. A las 24 horas de haberse aplicado, impide que el óvulo salga del ovario. Es uno de los métodos más efectivos que existe. De cada 100 mujeres que la usan durante un año, menos de una quedará embarazada. Los tipos de inyección son: inyecciones de 3 meses, inyecciones de 1 mes.

La utilización de los métodos anticonceptivos evita que la mujer salga embarazada, ayuda a una buena planificación familiar y reduce la mortalidad materna. La información está orientada a la población, principalmente, a varones y mujeres adolescentes en alto riesgo productivo y los sexualmente activos que no usan métodos anticonceptivos ⁽²³⁾.

2.2.7. Infecciones de transmisión sexual/VIH SIDA

Las Infecciones de Transmisión Sexual o ITS son enfermedades que se transmiten de persona a persona a través del contacto sexual íntimo, es decir, a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales ⁽²⁴⁾.

Hombres y mujeres pueden contraer las infecciones de transmisión sexual (ITS) sin importar la edad, si se tienen relaciones sexuales sin protección con personas infectadas. En estos casos la única protección efectiva es el uso correcto del condón son causadas por bacterias, virus, parásitos y hongos. Algunas ITS apenas presentan señales al inicio, es decir, que una persona infectada puede seguir contagiando la enfermedad sin saberlo.

Además, las infecciones de transmisión sexual pueden afectar a la persona repetidamente porque no dejan protección y no hay vacunas contra ellas (sólo hay vacuna para la Hepatitis B).

Algunas de estas infecciones también se contagian por uso de transfusiones con sangre contaminada, material corto-punzante contaminado (agujas, piercing), desde una madre a su hijo/a durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Las ITS y el VIH comparten varias características en común: Vías de Transmisión, estrategias de promoción y prevención, seguimiento por parte de los programas de control ⁽²⁴⁾.

Las ITS facilitan la transmisión del VIH por:

- c. Ruptura de las barreras protectoras:
- Ruptura del epitelio en úlceras genitales.
 - Erosiones microscópicas en el cérvix de mujeres con Gonorrea y/o infección por Clamidia.
- d. Mayor concentración de células como los linfocitos y monocitos en los procesos inflamatorios de los genitales:
- Aumentando la susceptibilidad de las personas no infectadas debido a la mayor presencia de células blanco para el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.
 - Aumentando la infección de las personas infectadas debido al incremento de células infectadas por el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.

A. Sífilis adquirida no primaria

La Sífilis es una enfermedad sistémica ocasionada por el *Treponema pallidum*, tiene una historia natural muy compleja que comprende diferentes estadios clínicos ⁽²⁴⁾.

Identificamos dos estadios clínicos de la Sífilis:

- **Sífilis temprana** (hasta 1 año de producida la infección)
 - Primaria
 - Secundaria
 - Latente temprana
 - Neurosífilis asintomática temprana
 - Meningitis sifilítica aguda
- **Sífilis tardía** (más de 1 año de producida la infección).
 - Latente tardía
 - Neurosífilis asintomática tardía
 - Neurosífilis meningovascular
 - Sífilis cardiovascular
 - Sífilis tardía benigna (goma)

B. Sífilis congénita

La prevención y eliminación de la Sífilis Congénita depende de la identificación de Sífilis (RPR reactivo) en la mujer embarazada, por ello es que el Ministerio de Salud ha instaurado la prueba de RPR como obligatoria y gratuita para toda gestante en su primer control prenatal y en el tercer trimestre o durante el puerperio inmediato si no tuvo control prenatal. También se recomienda hacer la prueba de RPR a mujeres que acudan para diagnóstico de embarazo, por aborto, y a madres que requieren inscribir a sus hijos por partos domiciliarios.

No se recomienda el tamizaje de rutina del recién nacido o de la sangre del cordón. Se prefiere la prueba serológica en la madre ya que la prueba en el neonato puede ser negativa si la prueba de la madre es positiva a títulos bajos, o si se contagió hacia finales del embarazo ⁽²⁴⁾.

C. Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH es un virus ADN con más de 70 genotipos identificados, más de 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital. Las verrugas genitales son causadas por el VPH tipo 6 u Otros tipos (16, 18, 31, 33 y 35) han sido asociados a displasia cervical ⁽²⁴⁾.

▪ Manifestación clínica

El espectro clínico de la infección genital por el VPH es amplio y sus rangos van desde la completa ausencia de anomalías epiteliales, pasando por una variedad de microlesiones visibles sólo por amplificación y después de aplicar ácido acético, hasta las verrugas observadas a simple vista.

a) En los varones

- Las verrugas genitales son pleomórficas. El condiloma acuminado es la lesión más común. Por lo general las verrugas son pápulas exofíticas, hiperqueratósicas, sésiles o con un

pedúnculo cortó y ancho. Pueden variar desde pápulas perladas y lisas hasta proliferaciones acuminadas.

- Las lesiones aparecen con más frecuencia en el frenillo, surco balanoprepucial, glande y prepucio. En el caso de HSH, las lesiones aparecen frecuentemente en la zona perianal.

b) **En las mujeres**

- Suelen aparecer en la vulva y los labios mayores, invadiendo áreas adyacentes; el 20% de los casos invaden el periné y el área perianal e inclusive parte de la vagina.
- Las verrugas perianales usualmente constituyen condilomas acuminados. Más del 50% de pacientes con verrugas anales externas presentan condilomas “internos” afectando el epitelio escamoso, sin alterar la función ano rectal.

D. Herpes genital

▪ **Etiología y epidemiología**

El herpes genital es una de las enfermedades de transmisión sexual más extendidas en el mundo occidental. Se estima que entre el 25 y el 35% de los adultos sexualmente activos del mundo pueden estar infectados por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), que es el virus más frecuentemente causante del herpes genital, y alrededor del 20% presentan síntomas reconocibles. Su incidencia ha ido aumentando a lo largo de los últimos 20 años, y no existe tratamiento curativo, aunque los fármacos antivirales pueden limitar la duración y la gravedad de los síntomas si se inicia el tratamiento tempranamente.

El herpes genital es causado principalmente por el VHS-2, aunque en algunos casos el responsable es el VHS-1. Este último es el responsable de entre el 10 y el 30 % de los primeros episodios de herpes genital y de solo el 2-5 % de las recurrencias ⁽²⁴⁾.

▪ **Manifestaciones clínicas**

Estas dependen de la fase de la enfermedad.

a) Infección inicial: que puede ser:

- Sintomática
- Asintomática

b) Infección recurrente: que puede ser

- Asintomática sin excreción de virus
- Asintomática con excreción de virus
- Infecciones subclínicas
- Sintomática

▪ **Infección primaria**

En el primer episodio de infección primaria suele producirse un pródromo que dura varios días, con malestar general, fiebre, cefalea, mialgias y quemazón o prurito cutáneos en la zona donde se desarrollarán posteriormente las lesiones. Mientras persisten las lesiones se mantienen los síntomas locales de dolor (especialmente durante la micción) y prurito.

Los síntomas suelen ser más intensos en las mujeres que en los hombres. Los síntomas son más intensos cuando se trata de una infección por VHS-2 o cuando él o la paciente tienen serología positiva para VHS-1 (herpes simple tipo 1 usualmente causante de una infección viral pediátrica) y adquieren VHS-2.

El primer episodio del herpes genital suele presentarse con úlceras múltiples dolorosas, generalmente precedidas de un pródromo que dura varios días. Los síntomas dependen del número de las lesiones y de su localización. No obstante, todas evolucionan del mismo modo, comenzando con eritema y progresando a la formación de vesículas, que evolucionan a úlceras y terminan cubriéndose de costras. La diseminación del virus dura alrededor de 12 días. El proceso de curación tarda aproximadamente 12-20 días, y la duración completa de la enfermedad es de unas 3 semanas. No obstante, son frecuentes las presentaciones atípicas.

En los varones, las lesiones pueden producirse en el glande, en el propio pene o en la región perianal. En las mujeres pueden producirse en los labios, el clítoris, el periné, la vagina, vulva o la región perianal ⁽²⁴⁾.

- **Infección recurrente**

En los episodios recurrentes, los síntomas son similares pero tienden a ser menos intensos, de duración más corta y con menos lesiones. Los síntomas prodrómicos duran 24-48 horas y pueden acompañarse de dolores esporádicos en la distribución del nervio sacro, que pueden ser un indicador útil para comenzar el tratamiento. El dolor es frecuente; se presenta en el 67 % de los varones y en el 88 % de las mujeres. La disuria puede ser un problema especialmente en las mujeres, afectando en algunos estudios hasta al 27 % de ellas.

Las lesiones herpética (vesículas) en las infecciones recurrentes son más leves y más cortas. Las recurrencias consisten en una lesión única o un grupo pequeño de lesiones localizadas en los genitales externos. Aunque la mayoría de los pacientes sufren entre 1 y 4 recurrencias al año, cuanto más grave sea el primer episodio, más frecuentes serán las recurrencias (sintomáticas). La frecuencia de éstas suele ser mayor en el primer año que sigue al primer episodio, que en los años posteriores. El herpes genital producido por el VHS-1 no parece recibir con tanta frecuencia como el causado por el VHS-2, con un promedio de 5 episodios al año en la infección por el VHS-2 y de sólo uno con el VHS-1. Se han identificado traumatismos locales (como, relaciones sexuales, masturbación), la menstruación o factores psicológicos. También se pueden presentar lesiones extragenitales, como en los muslos o los dedos de las manos ⁽²⁴⁾.

- **Infecciones subclínicas**

También pueden producirse episodios asintomáticos cuando el virus se disemina desde la piel de la región genital sin que el paciente note síntomas. Muchos individuos seropositivos no han padecido nunca

herpes clínico pero mantienen una proliferación asintomática del virus, y muchos más de ellos no reconocen sus síntomas a lo que se denomina infecciones subclínicas. Se ha estimado que solo el 20 % de las mujeres infectadas sufren herpes genital sintomático reconocido, mientras que el 60 % padecen herpes genital sintomático no reconocido (infección subclínica), y otro 20 % presentan herpes genital asintomático. Este fenómeno constituye un claro desafío para el control de la transmisión. La educación del paciente es una parte importante del manejo de esta enfermedad ⁽²⁴⁾.

- **Complicaciones del herpes genital**

Las complicaciones graves del herpes genital son infrecuentes, excepto en los pacientes inmunodeprimidos y neonatos. El herpes neonatal es la complicación más grave de la infección genital materna por el VHS. Las lesiones herpéticas se desarrollan 4-7 días después del nacimiento, por lo general en zonas que sufren traumatismo, pero puede aparecer enfermedad visceral y de SNC sin lesiones cutáneas que hace que el proceso ponga en peligro la vida y sea difícil de diagnosticar. Por fortuna la transmisión del herpes genital de la madre al neonato causando herpes neonatal es un evento infrecuente que se asocia básicamente a infecciones primarias por herpes genital en el último trimestre del embarazo.

E. Gonorrea

Es una ITS muy frecuente, conocida también como blenorragia. Es producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. El periodo de incubación de esta infección se presenta entre dos y cuatro días después de una relación sexo-genital sin protección (condón) con una persona infectada y recién nacido al momento del parto ⁽²⁴⁾.

- **Síntomas**

En las mujeres puede presentarse flujo vaginal, afecciones en el recto o la faringe, dolor y sangrado al orinar. Los hombres pueden presentar

dolor al orinar, secreción por el pene de un líquido acuoso amarillento y de mal olor.

- **Consecuencias**

Infertilidad, aumento del flujo vaginal. Las embarazadas pueden transmitir la infección al niño durante el parto, provocando conjuntivitis, que, de no ser tratada oportunamente, puede producir ceguera en el recién nacido.

- **Diagnóstico**

El diagnóstico sólo puede establecerse con seguridad mediante examen vaginal o uretral. La gonorrea aumenta de 2 a 9 veces el riesgo de adquirir VIH. Ambos deben recibir tratamiento médico para no infectarse. El tratamiento es muy rápido, seguro y confidencial.

F. Hepatitis B

Es causada por el virus de hepatitis B (VHB); se transmite a través de la sangre, semen y saliva. Su período de incubación es entre uno a seis meses después de adquirir la infección.

- **Síntomas**

Cansancio, pérdida de apetito, peso, fiebre, tono amarillento de la piel y los ojos (ictericia), dolor muscular, dolor de estómago, náuseas, vómitos, diarrea, orina de color oscuro, heces de color blanco, hígado hinchado y sensible al tacto.

El virus de la hepatitis B es la única Infección de Transmisión Sexual que se puede prevenir con una vacuna. Es muy contagioso y representa un peligro grave para la salud, por lo que es recomendable que todos y todas las adolescentes entre 11 y 12 años de edad, y personas con mayor riesgo, deben ser vacunadas contra la Hepatitis B. Cuando un(a) adolescente no vacunado tiene contacto con el virus mediante relaciones sexuales sin protección o el contacto de líquidos

corporales, se debe ofrecer tratamiento para prevenir ITS y embarazo (24).

G. Chancro blando

Se presenta en forma de ampolla diminuta que luego se convierte en una úlcera profunda; esta lesión aparece en pene, ano, vulva o vagina.

El período de incubación es de tres a diez días después de tener una relación sexo-genital desprotegida (24).

▪ Síntomas

Inflamación de ganglios inguinales que pueden estar en una o ambos lados de la ingle, hay que enfatizar que si no se trata, puede llegar a tener el tamaño de una moneda de 10 ctvs. Y la profundidad suficiente para meter el dedo índice en su interior. Estas úlceras exponen a las personas a adquirir o transmitir el VIH con mayor facilidad.

H. Chlamydia

Causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Se puede transmitir por relación sexual vaginal, oral o anal con un compañero/a sexual infectado. Periodo de incubación es de siete a veintiún días (24)

▪ Síntomas

En la mujer, las infecciones por *Chlamydia* se presentan en el tejido interno del cuello uterino.

El cérvix puede aparecer enrojecido y con un moco purulento. En el hombre, se hospeda en el tejido interno de la uretra, es decir por donde pasa la orina. Algunos de los hombres infectados son asintomáticos. Los que manifiestan síntomas presentan ardor al orinar, orina frecuente y flujo de color ámbar a través del pene.

En ambos sexos la *Chlamydia* puede provocar una hinchazón inguinal, llamada Linfogranuloma Venéreo.

- **Consecuencias**

Las mujeres que tienen esta enfermedad y están embarazadas pueden transmitirle una infección en los ojos a los recién nacidos, lo que puede derivaren una ceguera.

- **Diagnóstico**

Se hace a través de un examen de cultivo de secreción vaginal.

2.2.8. El VIH

Significa virus de la inmunodeficiencia humana. Este virus puede contagiar a las personas y disminuir sus defensas frente a un ciertas enfermedades lo que puede producir el SIDA.

SIDA significa Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida y es el conjunto de enfermedades que se producen por el debilitamiento del sistema inmune, por lo que la persona se hace más sensible a tener infecciones repetidas o cánceres de diverso origen, porque no puede defenderse y ocasionándole muerte ⁽²⁴⁾.

A. Cómo se detecta el VIH

Los síntomas del VIH son similares a los de una infección común al momento inicial. Algunas personas experimentan un breve período de ligera fiebre, molestias en la garganta, inflamación de las glándulas linfáticas y salpullidos pocas días a semanas después infectarse, mientras que otras no presentan síntoma alguno y no muestran señales de la infección durante años. Se puede ser una persona con la infección y transmitirlo a otras personas sin siquiera saberlo. La única forma de estar totalmente seguro es mediante un análisis de laboratorio.

Se pueden detectar anticuerpos a las 8 semanas (aunque hay personas que pueden demorar seis meses o más) mediante una prueba de sangre, a este periodo se le conoce con el nombre de “Ventana”, ya que no es posible detectar al virus en la sangre.

B. Formas de transmisión

- Relaciones sexuales anales, vaginales, y orales sin usar condón, con una persona que tiene el virus.
- Compartir juguetes sexuales sin utilizar condón.
- Relaciones orales, boca pene, boca vagina, boca ano, sin usar condón, conlleva un riesgo de transmitir y adquirir alguna ITS incluido el VIH.
- El uso compartido de agujas, jeringas u otros objetos punzocortantes como los que usan para tatuajes, instrumentos quirúrgicos, piercing o para hacerse otro tipo de perforaciones en la piel, implica un riesgo importante para la transmisión.
- Transfusiones de sangre contaminada con el VIH, por lo que es necesario un estricto control en los donadores de sangre.
- De una madre infectada a su hijo(a), ya sea durante el embarazo a través de la placenta, el parto o durante la lactancia materna. Una mujer seropositiva tiene un 20 a 30% de posibilidades de tener un bebé infectado si no se realizan intervenciones. Después del nacimiento se recomienda a las mujeres con VIH que no amamenten a su hijo o hija, puesto que por medio de la leche materna también se puede transmitir la infección

2.2.9. El SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es la fase más avanzada de la infección ⁽²⁴⁾.

▪ Síndrome

Es el conjunto de síntomas y signos que presenta una persona. La persona que tiene Sida puede presentar un síntoma o signos o múltiples asociados directamente a la infección por el VIH o a otra u otras enfermedades asociadas.

- **Inmunodeficiencia**

Significa que el sistema inmunológico es deficiente o incapaz de defenderse de los microorganismos que producen infecciones y enfermedades, por el debilitamiento que causa el virus una vez que entra al cuerpo.

- **Adquirida**

La inmunodeficiencia se obtiene con la exposición al virus. Se llama así, a la etapa en la que el VIH ha desgastado seriamente el sistema inmunológico, por lo que la persona adquiere con gran facilidad infecciones que probablemente no la afectarían si su sistema de defensas estuviera fuerte. La enfermedad es crónica, progresiva, con períodos de recuperación y potencialmente fatal.

No existe periodo de incubación, dado a que esta depende de la cantidad de defensas con la que la persona inicia la infección, las medidas para evitar la progresión y los cuidados que cada persona tenga durante su vida y está muy relacionada con un buen nivel de nutrición.

A. Infecciones oportunistas

Cuando la inmunidad de una persona es deficiente, los microorganismos aprovechan la ocasión para invadir y provocar infecciones graves; Las manifestaciones varían de acuerdo con el microbio y según sea el órgano afectado: los pulmones, el sistema digestivo, el cerebro y la piel.

B. Tratamiento

El VIH/Sida es una enfermedad grave, que no tiene cura y para la cual aún no existe una vacuna, sin embargo existen tratamientos con los cuales es posible prolongar y mejorar la calidad de vida. Desde los primeros signos es posible administrar un tratamiento preventivo, con

antibióticos, antimicóticos, antiparasitarios y antivíricos, destinados a evitar la aparición de enfermedades oportunistas.

C. Prevención

Las acciones preventivas comienza con la educación continua a los padres jóvenes, en edad de adolescencia con programas preventivos, orientados sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) a las personas que tienen múltiples parejas o adolescentes que hayan tenido relaciones sexuales y para prevenir embarazos no deseados, aborto, deserción escolar y sobre todo protegerse del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ⁽²⁴⁾.

D. Formas de prevención de transmisión

▪ Materno infantil

- Prueba de VIH, Sífilis y Hepatitis B a toda embarazada.
- Medicamentos Antirretrovirales.
- Parto por Cesárea.
- Evitar la lactancia materna de mujeres con VIH a sus hijos.

▪ Sanguínea

Transfusiones de sangre o sus derivados que cumplan con los estándares de calidad del Ministerio de Salud Pública. Uso de agujas e instrumentos punzo cortantes desechables y equipo médico quirúrgico correctamente esterilizado.

E. El VIH no se transmite

- Por compartir comidas y utensilios. Por contacto con lágrimas, saliva o sudor de una persona infectada. Los mosquitos, zancudos, u otra clase de insectos no transmiten el VIH, ya que el virus no puede vivir fuera del cuerpo humano.

- El virus no se transmite por nadar en las mismas piscinas, usar la misma ducha o compartir ropa interior y tampoco por utilizar el mismo sanitario.
- No se transmite por besar, abrazar o acariciar a una persona que vive con el VIH ⁽²⁴⁾.

El personal de salud debe mantener una gran empatía con el adolescente para brindar una buena información y acceso a los servicios de salud para evitar grandes riesgos. Porque en esta edad es de gran curiosidad por el sexo opuesto, por los cambios anatómicos, por eso se debe brindar información exclusiva para adolescentes en los centros de salud y en los centros educativos para disminuir el riesgo que están sometidos por la falta de información o conocimiento.

2.3. Antecedentes de la investigación

2.3.1. Internacional

Perla Caridad López Hernández, Ineida Bravo Polanco, Carmen Benítez Cabrera y Lisbeth Cepero Águila, en Cienfuegos – Cuba, en 2010, realizaron un estudio sobre: “Caracterización de la conducta sexual y reproductiva en femeninas de la enseñanza secundaria”, con el objetivo de caracterizar la conducta sexual y reproductiva de femeninas de la enseñanza secundaria. El método que utilizaron fue un estudio de corte descriptivo. La población estuvo constituida por estudiantes del sexo femenino pertenecientes al 9no grado. El instrumento utilizado fue un cuestionario con las variables de interés por el método de encuesta, la cual fue validada por criterio de expertos (psicólogos, epidemiólogos, profesores generales integrales y ginecólogos que han trabajado o investigado en la población adolescente).

Concluyeron entre otros:

Las adolescentes analizadas desarrollaron conductas sexuales inadecuadas. La edad de inicio de estas fue entre 13 años y 14 años siendo en mayor proporción este último grupo etario. La

muestra de estudio la integraron 180 femeninas distribuidas en las edades de 14, 15 y 16 años. Las motivaciones fundamentales que las propiciaron fue la atracción física, en todos los grupos de edades con un 29,7%. Un número importante tiene sus relaciones sexuales sin protección (57,4 %) lo que representa más de la mitad de la población estudiada y solo el 42,6 % se protege, fundamentalmente con el preservativo. En conclusión las adolescentes analizadas desarrollan conductas sexuales inadecuadas ⁽²⁵⁾.

Flores Gutiérrez, Nurys; Olivia Lugo; Ana Luisa Lugo, Dorelys Moya – Venezuela, Junio - Noviembre 1998, realizaron un estudio sobre: “Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes en la ciudad del área urbana de la ciudad de Punto Fijo”, con el objetivo de ver el nivel de conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes. El método que utilizaron fue un estudio de corte exploratorio descriptivo. Población: Se seleccionó 4 liceos de Educación Básica y Diversificada del área Urbana de la Ciudad de Punto Fijo, de las cuales 3 pertenecen a entidades públicas y 1 a una entidad privada. Método: Se aplicó una encuesta, la cual fue tomada de un estudio previo realizado en el área rural, diseñada por especialistas psicólogos. indagando sobre las diferentes variables: edad, sexo, calidad de la educación sexual impartida en las escuelas, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual y las consecuencias de iniciarse en forma precoz en la vida sexual.

Concluyeron entre otros:

La Educación Sexual impartida a los adolescentes en las escuelas de educación secundaria. en área urbana de Punto Fijo, aún en este siglo. sigue siendo muy tímida y pudorosa; una educación impartida a medias con muchos tabúes, por los padres y hasta los maestros, a tal grado que la calidad de la información en torno al tema es considerado por la mitad de la población estudiada, como regular en un 54.6%, influenciada por fuentes de información que no son las más idóneas por ello es importante la preparación de padres y maestros como aspecto vital en los programas de

educación sexual aportando conocimientos básicos sobre fisiología de la reproducción, relaciones sexuales e instrucciones sobre el uso correcto de anticonceptivos y que aprendan además a controlar su fecundidad y a planificar sus embarazos ⁽²⁶⁾.

Cepero et al. realizaron un estudio de investigación sobre: "Nivel de información sobre anticonceptivos en alumnos de noveno grado en el municipio de San Nicolás provincia La Habana en el curso académico 97 – 98", con el objetivo de conocer el nivel de información sobre anticonceptivos en los alumnos. El método que utilizaron fue un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Población: El universo de estudiantes correspondió al noveno grado de edades entre 15 y 17; 172 matriculados en las dos secundarias básicas urbanas del municipio San Nicolás provincia la Habana en el curso académico 97 – 98.

Concluyeron que:

Estudios realizados han puesto de manifiesto que se ha producido un descenso en el inicio de la maduración sexual en relación con épocas anteriores por lo que se plantea en la literatura médica revisada que la fertilidad en ambos sexos se ha movido hacia edades más tempranas de la vida^{1,6} sobre todo en el sexo femenino, con los riesgos que esto trae consigo, no solo es el embarazo sino también hay muchos autores que plantean que la colocación del DIU no es aconsejable en mujeres nulíparas es decir, que nunca han parido, es posible que tengan un riesgo mayor de expulsar el DIU y de sufrir complicaciones causadas por su uso. Tal situación evidencia la necesidad de que todos los factores sociales que directa o indirectamente participen en el proceso docente - educativo de niños, adolescentes y jóvenes deben reconsiderar sana y objetivamente qué medidas tomar para hacer llegar la información suficiente y oportuna que les permita prevenir el embarazo no planificado y las enfermedades de transmisión sexual ⁽²⁷⁾.

López N., Vera, L., y Orozco L., en el 2001, realizaron un estudio de investigación sobre: "Diferencias en los conocimientos, actitudes y

comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga”, con el objetivo de establecer las diferencias existentes por sexo en los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en relación con el síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA). El método que utilizaron fue un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 272 mujeres y 186 hombres entre los 15 y 22 años. El instrumento utilizado fue el cuestionario. Se aplicó una encuesta diseñada para medir conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).

Concluyeron que:

El promedio de edad fue similar en ambos grupos. La información sobre SIDA es recibida principalmente por televisión. El nivel de conocimientos (escala: 0-5) tuvo un promedio de 3.6 en mujeres y 3.8 en hombres, con diferencia estadísticamente significativa. Presentaron diferencias estadísticamente significativas las actitudes hacia la disponibilidad de condones, al uso del condón con la pareja estable y la disminución del placer sexual al usar condón. El nivel de riesgo promedio para hombres fue 19.7 y para mujeres 18.1 (escala: 1-85); sólo 2.3% practica sexo seguro⁽²⁸⁾.

Piña J., 2003, reportó datos de un estudio que contó con una muestra de 445 estudiantes de nivel superior, pertenecientes a dos instituciones de la ciudad de Hermosillo, Sonora. “Se midieron variables psicológicas relacionadas con la práctica de comportamientos de riesgo/prevenición de la infección por el VIH, comparando las respuestas de los participantes en función del sexo y de la edad”. Las variables incluían los motivos que subyacen tanto a la práctica de comportamientos de riesgo como de prevención, así como las circunstancias sociales que facilitan la práctica de los primeros

Concluyó que:

Los resultados demostraron que son pocas las variables psicológicas que se ven afectadas por el sexo y la pertenencia a un grupo de edad. Se discute sobre la necesidad de realizar nuevos estudios con el objeto de replicar o rechazar estos hallazgos, sobre

todo por la importancia que revisten para el diseño de programas preventivos dirigidos a ese sector de la población⁽²⁹⁾.

2.3.2. Nacional

Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos /Ministerio de Salud – Lima: Ministerio de Salud, 2009. 97 personas. Se realizó el estudio de la salud del adolescente / análisis de la situación / Perú, con el objetivo proporcionar a los diferentes actores involucrados en la salud de las los adolescentes, Una herramienta necesaria para planificar y evaluar intervenciones intersectoriales con un enfoque de determinantes sociales.

Concluyeron entre otros:

En los análisis realizados por el Ministerio de Salud el Perú la población adolescente representa aproximadamente la quinta parte de la población total que es (20,72%) lo cual supera la población infantil del total de adolescente que hay en nuestro país es de, 51,93% lo cual comprenden de 10 y 19 años La salud sexual y reproductiva es el nudo crítico en la salud de las y los adolescentes, el inicio de las relaciones sexuales en ambos sexos se inician durante esta etapa ya que están más vulnerables ya que no cuentan con un factor protector de educación, lo que se da en la clase baja⁽³⁰⁾.

Carlos Alberto Jerónimo Maturana, Jesús Gabriel Álvarez León, Wilder Federico Carbonell Luyo, Julia Neira Goyeneche, Lima - Perú en el año 2009: “El estudio de Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria”, con el objetivo de evaluar las características del conocimiento, actitud y práctica sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes del cuarto y quinto año de educación secundaria del cercado de Ica. Estudio descriptivo de corte transversal en 489 estudiantes del 4to y 5to año de educación secundaria, durante el año 2002, mediante esta evaluación se descifro que tanta comunicación existe con los padres, lo cual se hayo que más comunicación hay en madres y profesores.

Concluyeron entre otros:

A través de las evaluaciones realizadas en los adolescentes de 12 y 18 años manifestaron que tanta comunicación hay con los padres y profesores y que tanto conocen o se enteran por otros medios sobre sexualidad y métodos anticonceptivos y que tanta predisposición tienen o lo adquieren⁽³¹⁾.

Patricia Gamarra-Tenorio & José Iannacone, (Lima), enero-junio 2010, realizaron el estudio de “Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009”, el objetivo es determinar los factores de tipo individual, familiar y sociocultural que pudieran asociarse al inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, la investigación fue cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacional el estudio de la investigación se basó en una población de 90 adolescentes de 14 a 19 años de dos colegios mixtos.

Concluyeron entre otros:

A través del estudio realizado para identificar los motivos de que llevan a los adolescentes a que inicien las relaciones sexuales en la adolescencia es el desarrollo cognitivo y psicosocial de los propios adolescentes, lo cual también influyen la familia, los factores individual y los medios de comunicación, donde el mayor problema de salud es embarazos en adolescentes lo cual se desconoce aún cuál de todos motivos conllevan a iniciar las relaciones sexuales en adolescentes⁽³²⁾.

Salazar en su estudio: “Conductas y actitudes de estudiantes adolescentes en relación a los métodos anticonceptivos”, estudio realizado en alumnos de 5to de secundaria de los distritos de Los Olivos y San Martín de Porres en Lima, 2001. La presente es una investigación de tipo descriptivo transversal que se realizó con una muestra de 394 estudiantes del 5to año de instrucción secundaria de cuatro Centros Educativos Estatales de los distritos de San Martín de Porres y de Los Olivos ubicados en el Cono Norte de Lima. Los resultados obtenidos indican que el 80% de los

estudiantes viven con sus progenitores los cuales tienen un nivel educativo entre secundaria y superior, Se encontró que los miembros de la familia son la fuente principal de información sexual y que los medios de comunicación donde se informaron sobre aspectos sexuales señalan al periódico y la TV considerando esta última como la más seria y confiable (62%).

Concluyeron entre otros:

Un elevado porcentaje señala que el condón y la píldora son los anticonceptivos más conocidos (varones 92% y mujeres 88%) consideran que el condón es el más usado por los jóvenes por ser "seguro". Las barreras para el uso de anticonceptivos, que indican, son "la falta de información" y "la vergüenza"⁽³³⁾.

Bahamonde y otros, en el estudio: "Relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos con vida sexual activa del Centro Educativo Nacional "Antenor Orrego Espinoza en el Distrito San Juan de Lurigancho - 2004". Este estudio es descriptivo de corte transversal, siendo una población muestral constituida por alumnos del 4to y 5to año de secundaria con vida sexual activa conformado por 60 alumnos, con los datos obtenidos se hizo un análisis cuantitativo de la formación.

Concluyeron en que:

Se encontró que la relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos no es estadísticamente significativa; obteniéndose un porcentaje de conocimiento regular de 58.3% mientras que el grupo que presenta un nivel de conocimiento bueno tuvo una aplicación correcta en un 66.7 %, además se encontró un nivel de conocimiento regular con una aplicación incorrecta de 54.3%⁽³⁴⁾.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la Institución Educativa 3054 La Flor, Caraballo – 2014.

2.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimientos de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo - 2014
- Identificar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH SIDA en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo - 2014
- Identificar el nivel de autocuidado de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo - 2014
- Identificar el nivel de autocuidado de los adolescentes sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH SIDA en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo - 2014

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo – Diseño de investigación

Este trabajo de investigación es de tipo cuantitativo ya que es medible y cuantificable, utilizamos la recolección y análisis de datos para contestar las interrogantes y probar las hipótesis establecidas con anterioridad, mediante el conteo y el uso de estadística para establecer el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes acerca de su autocuidado reproductivo.

La investigación es descriptiva porque se va narrar las características que tienen los adolescentes en salud reproductiva identificando la realidad del contexto social del estudio.

Además, es de corte transversal ya que se estudia las variables simultáneamente en un determinado tiempo.

3.2. Población

La población del presente estudio estuvo conformada por todos los adolescentes de 3ro., 4to. y 5to. de secundaria de la Institución Educativa 3054 La Flor de Carabayllo siendo un total de 150 alumnos, según criterios de inclusión y exclusión.

GRADO	Sección "A"	Sección "B"	Sección "C"	
3ro	24	22	15	
4to	19	21		
5to	26	23		
TOTAL	69	66	15	150

3.2.1. Criterios de inclusión

- Alumnos que cuenten con el consentimiento informado firmado por sus padres.
- Alumnos que se encuentra cursando el 3ro, 4to y 5to año de secundaria.
- Alumnos que asistan inicial y regularmente al colegio.
- Alumnos que estén matriculados hasta el 31 de abril.
- Los adolescentes que desean participar en el trabajo de investigación y firmen el asentimiento informado

3.2.2. Criterios de exclusión

- Alumnos que no asistan regularmente a clases.
- Alumnos que no tengan el consentimiento informado firmado por sus padres.
- Alumnos que no completen el cuestionario.
- Alumnos que se incorporen a mitad del semestre (traslado).
- Alumnos que no desean participar en el trabajo de investigación. Y no firmen el asentimiento informado.

3.3. Variable

3.3.1. Variable univariable

Nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a u autocuidado reproductivo. (Anexo A)

3.3.2. Definición conceptual de la variable

Es el nivel de capacidad que tienen los adolescentes para promover, mantener la salud. El procesamiento de información se da desde etapas tempranas de la vida, de modo que las personas reciben, utilizan y

almacenan la información para contribuir al bienestar o beneficio de su salud.

3.3.3. Definición operacional

Es el margen de conocimientos en que se encuentran los adolescentes relacionado a su autocuidado reproductivo, en donde se medirá el nivel de conocimientos e información adecuada que tienen los adolescentes para prevenir las ITS y VIH/SIDA como también evitando los embarazos prematuros, favoreciendo el cuidado de su propia salud.

3.3.4. Variables sociodemográficas

- Edad: será registrada como variable cuantitativa.
- Sexo: masculino y femenino será registrado como una variable cualitativa.
- Grado de instrucción: será registrada como variable cuantitativa.

3.4. Técnica e Instrumento de recolección de datos

La técnica para recolección de datos fue la encuesta y el instrumento aplicado fue el cuestionario “Nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo”.

3.4.1. Construcción y validación del instrumento

En esta etapa se ha considerado, los antecedentes, definición de dimensiones, selección de preguntas y confección del constructo, así como el proceso de validación. (Anexo B)

A. Antecedentes del instrumento

Este instrumento ha sido creado y validado por las autoras

Para la elaboración de las preguntas del instrumento se tomó como guía el instrumento de la tesis “**Nivel de Conocimientos de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y las acciones para prevenir el embarazo precoz**” de la Lic. Carmen Bendezú Sarcines en el año 2010.

B. Definición de dimensiones del instrumento

Mis dimensiones surgen a partir de las estrategias sanitarias de salud sexual y reproductiva del MINSA, donde identifique 3 dimensiones importantes para la elaboración de mi cuestionario. Se realizó una revisión bibliográfica para vincularlas según al tema de la investigación, para crear el instrumento que utilizaremos para medir desde la perspectiva de conocimientos de los adolescentes. La búsqueda de esta estrategia se realizó en la página web del MINSA.

Las palabras claves utilizadas fueron conocimientos, autocuidado, métodos anticonceptivos, ITS y VIH SIDA.

C. Selección de preguntas y confección del cuestionario

La selección de preguntas se elaboró en función al constructo teórico de la investigación. Elaboramos 37 preguntas y se clasificaron en 4 dimensiones, y se construyó la primera versión del cuestionario.

3.5. Proceso de Validación

Para esta etapa se consideró validar el contenido y la confiabilidad del instrumento.

3.5.1. Validez de contenido

Para evaluar la validez de contenido se convocó a cinco jueces expertos, en el área de enfermería y en el área de salud reproductiva como

ginecólogos y obstetras. Se realizaron reuniones presenciales en las cuales se discutió y se reformuló las preguntas.

El alfa de Crombach obtenido para la validez fue de 0,936 y este valor significa que es bueno para el trabajo de la investigación ya que los valores del alfa tienen que ser superiores a 0,7 o 0,8 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala ya que si sobrepasan esos valores se encontraría en una escala de fiabilidad alta considerándose así una buena alfa.

3.5.2. Prueba piloto

Para realizarla se planteó seleccionar a una muestra del 10 % de la población planificada, sin embargo, se llevó a cabo la encuesta a 11 adolescentes pertenecientes de la Institución Educativa Ciro Alegría de la zona de Carabaylo, del 4to grado de secundaria del turno tarde, con características similares a la población de investigación, para luego evaluar la confiabilidad del constructo.

3.5.3. Versión final del instrumento validado

- El cuestionario nivel de conocimientos del autocuidado reproductivo (NICAR) en versión final, consta de 31 preguntas cerradas y está estructurado en 4 dimensiones, autocuidado de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA y conocimientos de métodos anticonceptivos.
- La escala de valoración es tipo Likert para las 4 dimensiones.
- La dimensión de conocimiento de métodos anticonceptivos general tiene 13 preguntas que involucran.
- La dimensión de autocuidado de métodos anticonceptivos tiene 6 preguntas que involucran.

- La dimensión de conocimiento de ITS y VIH SIDA tiene 8 preguntas que involucran.
- La dimensión de autocuidado de ITS y VIH SIDA tiene 5 preguntas que involucran.
- Las respuestas del instrumento fueron diseñadas con preguntas de selección simple y contabilizadas con una escala de valoración del conocimiento según las respuestas correctas.
- Todas estas preguntas van a estar evaluadas en 4 escalas de valoración que son deficiente, regular, bueno, excelente.
- El cuestionario fue diseñado para ser aplicado en adolescentes Mediante una evaluación presencial con los participantes, para llevar a cabo la encuesta por el investigador.

3.6. Proceso de recolección de datos

3.6.1. Fase Previa: Validación del instrumento

A. Prueba de jueces

- Se invitó de forma verbal y a través de cartas de solicitud a 5 expertos solicitando su participación como evaluadores.
- Se les entregó el formato de validación de expertos (Anexo C), el cual en un periodo de 15 días devolvieron para su tabulación.
- Entre estos jueces expertos había 1 ginecólogo ,1 obstetra y 3 enfermeras relacionadas a este tema.
- Para el proceso de validación por jueces de expertos se hizo uso de la prueba no paramétrica, de muestras no relacionadas del

coeficiente de correlación de Kendall, el cual permitió identificar la correlación entre la evaluación realizada por los jueces.

B. Descripción de los datos de validación del instrumento

En la prueba de jueces se obtuvo un nivel de significancia de 0,000; lo que significa que se rechaza la hipótesis nula concluyendo que existe concordancia entre los jueces. (Anexo D)

En la prueba piloto se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,720 lo que significa que el instrumento es aceptable por estar en el rango superior a 0,7 a 0,8. (Anexo E)

C. Prueba piloto

- Se solicitó autorización a una institución educativa con población de características similares al estudio.
- Se coordinó con la responsable de la institución educativa que es el director, para la recolección de datos del piloto.
- En el mes de mayo del 2014 se realizó la recolección de datos para el piloto.
- El alfa de Cronbach obtenido fue de 0,720 ya que se encuentra en el rango adecuado de 7 a 8, lo que indicaría que el instrumento está validado para poder ejecutar el instrumento en la Institución Educativa.
- Con el instrumento validado, se procedió a la recolección de datos en el Centro educativo La Flor, estos datos fueron analizados a través de estadísticos descriptivos de frecuencia.

3.6.2. Fase 2: Coordinaciones para recolección de datos

Primero se le pidió una entrevista al director de la institución.

Una vez realizada la entrevista nos comunicó que debemos realizar un oficio dirigido a la dirección el cual será aprobado en una primera

instancia para luego pasar a él, por lo que se emitirán los documentos dirigidos al director(a) del centro educativo para obtener la autorización de los cuales serán emitidos con la ayuda de la Universidad de Ciencias y Humanidades. (Anexo F)

Después se convocó a una reunión para los padres y adolescentes informándoles sobre la tesis que se va realizar.

Se explicó las acciones a realizar y los objetivos, riesgos y beneficios de la participación de sus hijos en este estudio de investigación.

También se les brindó un consentimiento informado explicándole todos los puntos aceptando la aplicación del instrumento en sus menores hijos y finalmente se les solicitara su firma y No. de D.N.I.

También se realizó una reunión con los adolescentes para que opinen sobre el tema y decidir si desean participar o no de la investigación, aplicando el asentimiento informado y su firma.

3.6.3. Fase 3: Aplicación del instrumento

El instrumento se aplicó el día 9 de junio del 2014 a los estudiantes de La Flor. (Anexo G)

3.7. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos

En nuestra investigación se aplicó el software recomendado que es el SPSS versión 19, con el fin de medir las variables. El cual es un paquete estadístico para ingresar y analizar datos en ciencias sociales.

La información recolectada fue insertada en una base de datos del Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Para evaluar la fiabilidad del instrumento de la prueba piloto, se hizo uso del estadístico alfa de Cronbach, en el que se valoró estadísticos descriptivos para la escala si se elimina el elemento y coeficiente de correlación intra clase.

Las variables cualitativas fueron presentadas en gráficos de sectores y en porcentajes.

Para variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central como la media y de dispersión tales como la desviación típica, mínimo y máximo, los cuales se presentaron en tablas de frecuencia.

3.8. Aspectos éticos

Los aspectos éticos de la investigación se llevaron a cabo respetando los derechos de los estudiantes, las encuestas aplicadas fueron de forma anónima para respetar su confidencialidad.

Los estudiantes no correrán ningún riesgo para su salud, porque será un cuestionario autoaplicado.

En la relación a la dignidad humana la investigación respeta la voluntad de los participantes según el consentimiento informado. (Anexo H)

La información obtenida es de carácter objetivo, los resultados podrán ser difundidos sin aceptar arreglos de otras personas o instituciones que busquen encubrir la verdad. Se tuvo en cuenta la beneficencia ya que la investigación tuvo como fin beneficiar al investigado o a la sociedad.

3.8.1. Beneficencia: Benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficicos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

3.8.2. Autonomía: Principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. (Anexo I)

Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).

3.8.3. Justicia: Una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre los diversos pacientes de acuerdo a las necesidades que se presentan.

Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos.

Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

3.8.4. Fidelidad: Principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, cuando los beneficios de la ruptura de la promesa son mayores que su manutención, es que se puede quebrarla. La confianza es la base para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.

3.8.5. Veracidad: Principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y mantenimiento de la confianza entre los individuos.

Así, puede ser difícil elaborar un formulario para obtener el consentimiento del paciente, a quien no se le ha comunicado su diagnóstico. El profesional debe evaluar la importancia que tiene para el participante conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.

3.8.6. Confidencialidad: Principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Evidentemente, observaciones técnicas relacionadas con el diagnóstico o terapéutica deben ser registradas en las fichas clínicas, pues son de interés de todo el equipo de salud. En caso que el paciente revele, confidencialmente, una información que sea de interés de algún miembro del equipo, se debe solicitar autorización al paciente para revelarla al profesional específico, o solicitar para que él lo haga personalmente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1. Descripción de los datos sociodemográficos

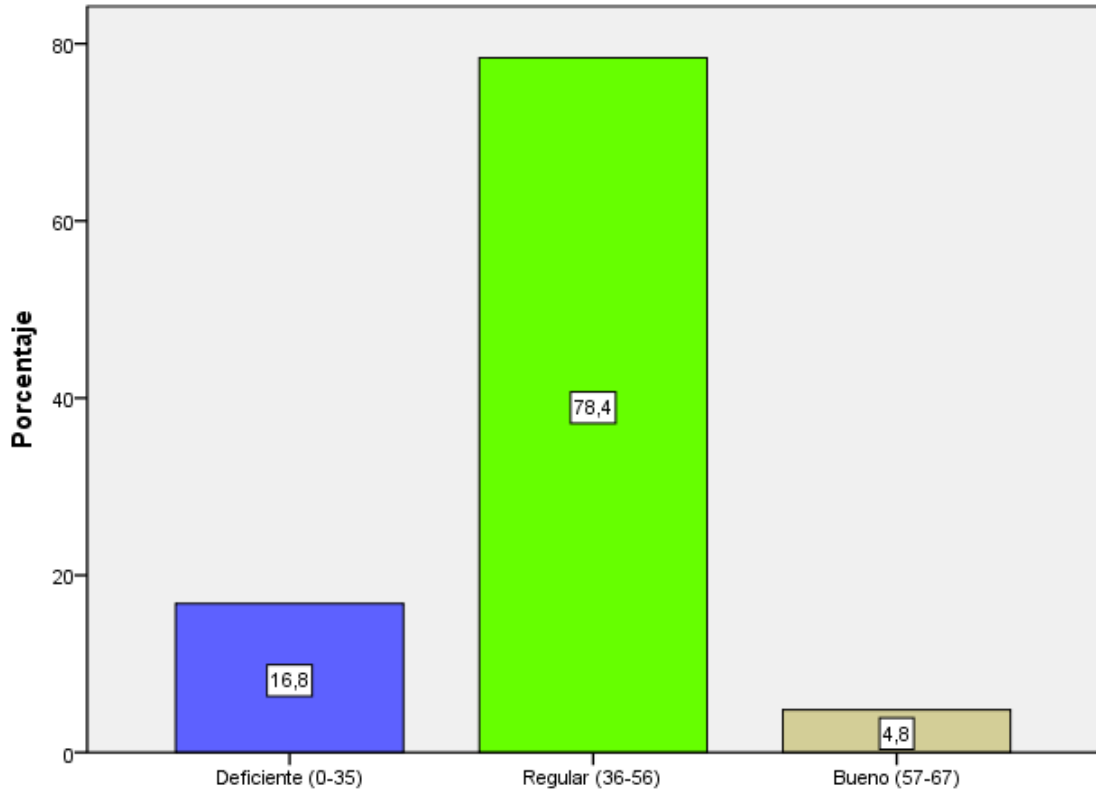
Los datos sociodemográficos revelaron que la media de edad fue de 15,18 años, con una moda de 15, con una desviación típica de $\pm 1,157$ teniendo como un mínimo 13 y como máximo 18 años de edad. (Anexo H)

El sexo más predominante de los estudiantes fue masculino en un 60.8% de los grados de 3ro., 4to. y 5to. de secundaria. (Anexo G)

4.1.2. Descripción de resultados por dimensiones

Gráfico 1

Nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014

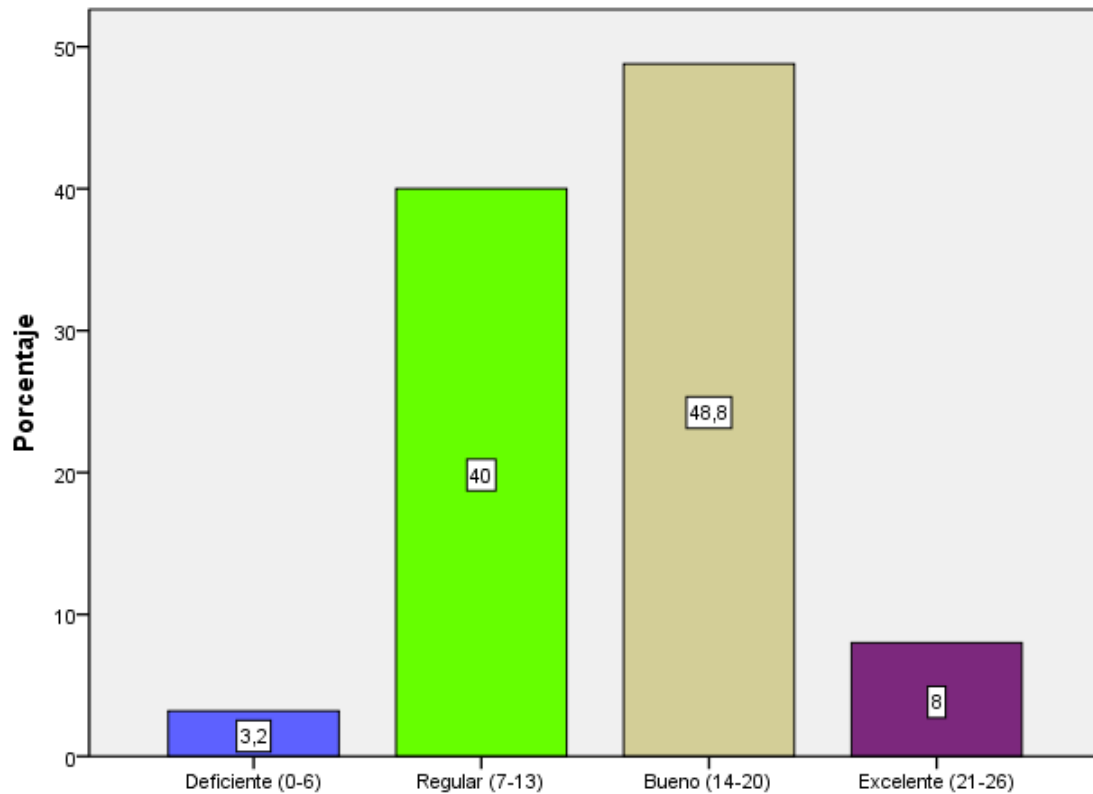


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Se ha identificado que el nivel de autocuidado global de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la institución educativa 3054 “LA FLOR”, Carabayllo 2014, que el 78,4% de los 150 estudiantes de 3ro, 4to y 5to de secundaria, se caracterizan por tener regular conocimientos sobre su salud reproductiva (Anexo H).

Gráfico 2

Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014

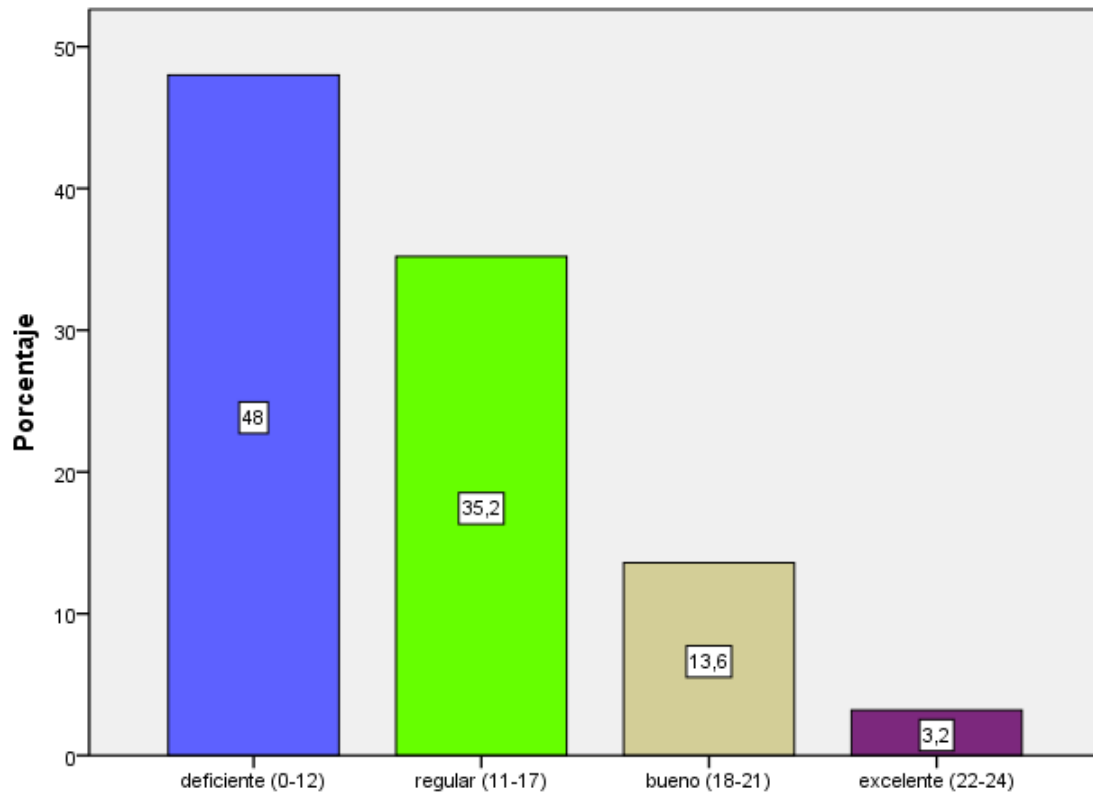


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Los resultados respecto a la dimensión de conocimientos de métodos anticonceptivos de los adolescentes de la institución educativa La Flor manifiesta que el 48,8%, se caracterizan por tener excelente conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. (Anexo I)

Gráfico 3

Nivel conocimientos de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014

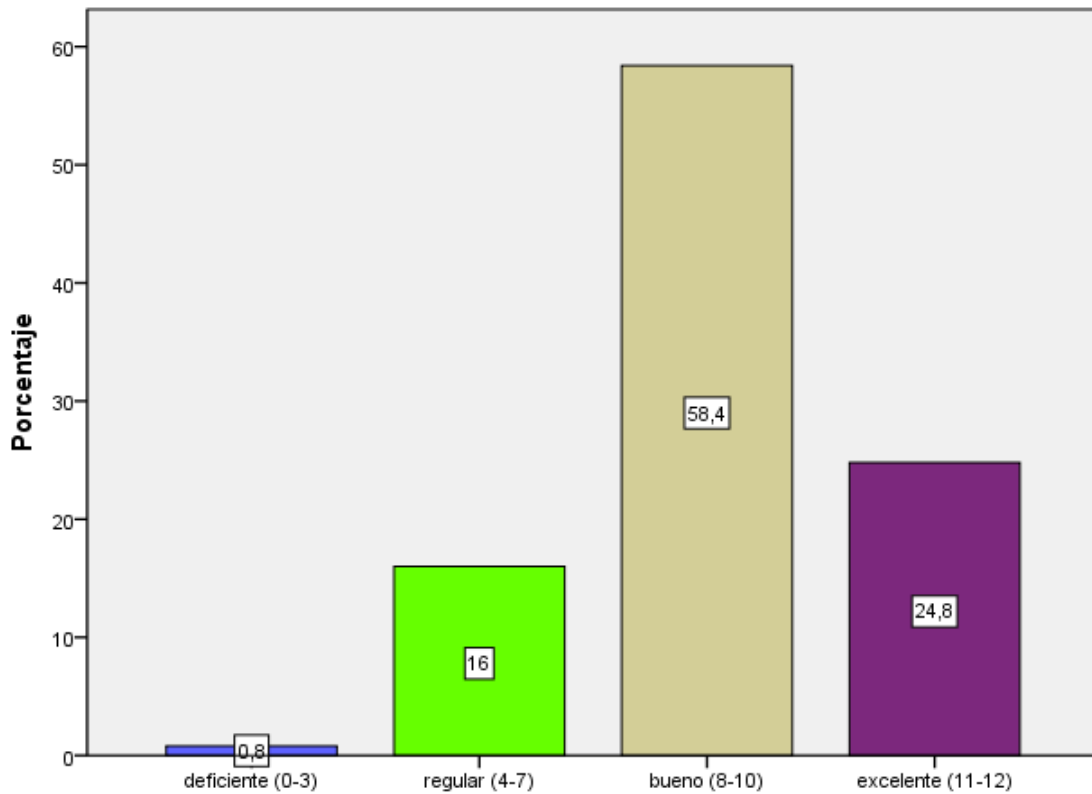


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

En la dimensión de conocimientos de ETS y VIH SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa La Flor se caracterizó por tener deficiente conocimiento con un 48%. (Anexo K)

Gráfico 4

Nivel de autocuidado de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos de la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014

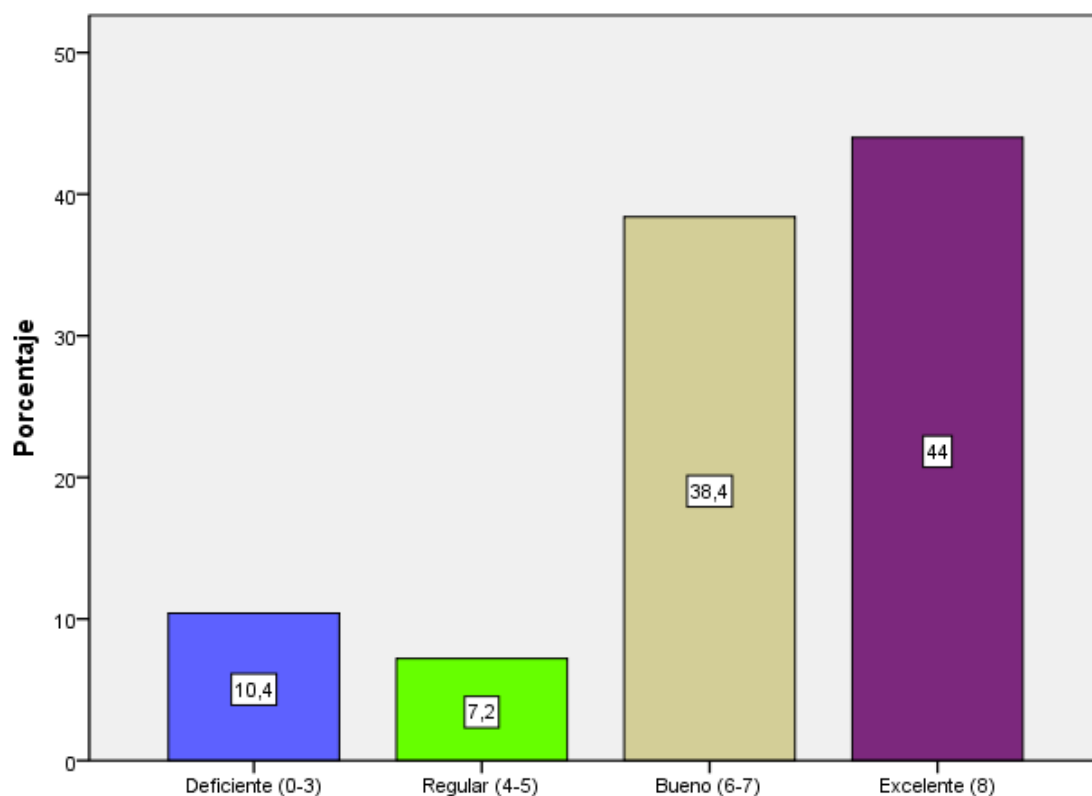


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

En la dimensión de autocuidado de métodos anticonceptivos, se obtuvo 58,4 % buena de los estudiantes respecto a su autocuidado de los estudiantes, sin embargo, los resultados varían para la dimensión de autocuidado de métodos anticonceptivos ya que un 16% tiene regular autocuidado con respecto al 0,80 % es deficiente y un 24.8 % excelente representa un autocuidado. (Anexo J)

Gráfico 5

Nivel de autocuidado de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA en la Institución Educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Los resultados de la dimensión de autocuidado de ETS y VIH SIDA de los adolescentes de la Institución Educativa La Flor se caracteriza por presentar excelente autocuidado. (Anexo L)

4.2. Discusión

El autocuidado y conocimientos reproductivos en adolescentes siempre ha sido tema de discusión entre las autoridades de todos los países, ya que la ausencia de conocimientos y formación entre adolescentes en temas de prevención, autocuidado reproductivo genera embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, ello no solo perjudica a los adolescentes sino a sus padres y al entorno social en la que se ve afectado el futuro de sus hijos.

Las adolescentes embarazadas son marginadas en los espacios educativos, familiares y laborales. Aún persiste la tendencia a expulsarlas de las escuelas, u otras formas de discriminación. Este tipo de conductas agrava el problema del goce de derechos de las adolescentes. Es más, la propia tasa de fecundidad en la adolescencia es un indicador de discriminación de género, esto obedece a varios factores que actúan simultáneamente: primero, porque los hombres tienen más facilidades para eludir su responsabilidad; segundo, porque la responsabilidad de la prevención se le imputa de modo más fuerte a la mujer; tercero por los prejuicios y estereotipos sociales que recaen en las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo en la adolescencia. Finalmente, quienes resultan más afectadas por las consecuencias del embarazo precoz no deseado son las mujeres ⁽³⁵⁾.

Es en este ámbito de estudio que se desarrolló la investigación: Nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado, que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo. Entre los resultados de la investigación se determinó que el nivel de autocuidado global de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo se caracteriza por tener regular conocimientos sobre su autocuidado reproductivo; sin embargo, los resultados varían para la misma dimensión, es bueno y deficiente el conocimiento sobre su salud reproductiva. Así mismo, en nuestro estudio, el 16.80% de encuestados presentan deficiencias en su conocimiento sobre su salud reproductiva. Al respecto, la investigación desarrollada por Castro M, Peniche A, Peña J. en dos instituciones educativas señala que los estudiantes conocen el concepto de métodos anticonceptivos y el

resto no lo conocen. Se evidencia que los alumnos del colegio Fulgencio Lequerica Vélez tienen más conocimientos que los alumnos de Jesús Maestro ⁽³⁶⁾.

En un estudio de UNICEF, respecto a conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva entre adolescentes de una institución educativa argentina se determinó que al menos conocen un método para evitar embarazos, y más de un tercio pudo indicar al menos dos. Los métodos anticonceptivos más mencionados fueron el preservativo, las pastillas anticonceptivas y en menor medida el DIU. Nuevamente se observa una diferencia marcada por los roles de género, ya que los dos últimos métodos son más mencionados por las mujeres, quienes los administran; a diferencia del preservativo que es administrado por el varón con menos posibilidad de decisión por parte de la mujer⁽³⁷⁾.

Respecto a los resultados de la dimensión de conocimientos de métodos anticonceptivos de los adolescentes, se pudo determinar que los estudiantes encuestados se caracterizan por tener regular conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, lo cual demuestra que hay una prevalencia porcentual de encuestados que sí tienen conocimientos y aproximaciones básicas respecto a métodos anticonceptivos.

Así mismo, se puede observar que hay un grupo importante de encuestados (adolescentes) que tienen un conocimiento regular del uso de métodos anticonceptivos, los cuales podrían estar propensos a embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

Según los estudios de Cáceres, H. Echevarría, M., en un grupo de adolescentes se determinó que el inicio de las relaciones sexuales en promedio fue de 17 años, todas fueron heterosexuales, lo que demuestra que los varones se inician sexualmente antes y más precozmente que las mujeres. Si bien ambos sexos se inician durante la adolescencia temprana, los más precoces entre los varones lo hacen a los 13 y las mujeres a los 15; y aquellos que se inician más tardíamente lo hacen a los 20 en varones, mientras las mujeres a los 22 ⁽³⁸⁾.

Es importante señalar que el inicio de relaciones sexuales entre adolescentes crece y se desarrolla, por lo que se considera, que la fecundidad en la

adolescencia constituye un problema de salud importante. En esta etapa el joven debe decidir su futuro, elegir su carrera o profesión, el trabajo que lo convertirá en productor de bienes materiales y culturales para la sociedad que lo ha formado, llegará también el primer encuentro con el sexo opuesto, ahora visto con una dimensión diferente. Tanto en niños como en niñas existen cambios preparatorios específicos para la adolescencia, producidos por el aumento de algunas hormonas tales como testosterona, estrógenos y andrógenos en ambos casos ⁽³⁹⁾.

Así mismo, respecto al nivel de autocuidado de los métodos anticonceptivos en los adolescentes, se registró que es buena respecto a su autocuidado, sin embargo, los resultados varían para la misma dimensión de autocuidado de métodos anticonceptivos ya que tiene regular, deficiente y excelente, lo cual representa un buen autocuidado.

Si bien es cierto se nota porcentajes elevados respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos entre los adolescentes ello a su vez contrasta con los elevados índices de embarazos no deseados en esta etapa. En el Perú en las últimas décadas, el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado, que como veremos son la mayoría. Al compararlas con los hombres, ellos son padres a la misma edad. En los estratos de mayor riqueza el embarazo en adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales ⁽⁴⁰⁾.

Así mismo, respecto al nivel conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH sida, nuestra investigación determinó que los adolescentes presentan un deficiente conocimiento, sin embargo, los resultados varían para la misma dimensión ya que es regular y bueno. Ello demuestra que hay una mayor prevalencia de encuestados que muestran desconocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, ello es preocupante ya que este desconocimiento puede provocar enfermedades lesivas en el organismo de los adolescentes.

Según Ríos B, Yera, M, Guerrero, M., Las ITS constituyen peligros importantes para la salud humana, estas causan problemas de salud en todas las edades, incluso en los niños que están por nacer o en el propio momento del nacimiento y la adolescencia representa entre todo el grupo más vulnerable. Se estima que las personas con SIDA tienen entre 20 y 30 años, lo que significa que contrajeron la enfermedad cuando eran adolescentes. Cada año se registran unos 340 millones de nuevos pacientes con infecciones de transmisión sexual en personas de entre 15 y 49 años de edad. Si bien esas infecciones son, en su mayoría, susceptibles de tratamiento, muchas no son diagnosticadas ni reciben tratamiento debido a la falta de servicios accesibles. Las ITS que no han recibido tratamiento son una de las principales causas de infertilidad, la cual afecta a entre 60 millones y 80 millones de parejas en todo el mundo ⁽⁴¹⁾.

Así mismo, Castro A., señaló que los conocimientos que poseen los adolescentes respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual: Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Manifestación clínica e Identificación de conductas que protegen contra las ITS, mostró que los conocimientos en materia de identificación de variedades de ITS, así como formas y/o métodos de prevención pueden valorarse como buenos con resultados bastante similares para ambos conocimientos. Se obtuvieron resultados malos en relación con la identificación de las ITS, según sus manifestaciones clínicas, donde los estudiantes reportaron desconocer la asociación de las patologías con su cuadro clínico característico⁽⁴²⁾. En la misma investigación se pudo determinar que el comportamiento es la conducta asumida por los adolescentes en relación con algunos aspectos de su sexualidad y consideramos que de cierta forma está vinculado con los conocimientos que poseen del mismo. Se investigaron algunas variables como: inicio de las relaciones sexuales, edad de inicio de las relaciones sexuales, motivación para la primera relación sexual, uso de condón y número de compañeros sexuales ⁽⁴²⁾.

Respecto al nivel de nivel de autocuidado de las enfermedades de transmisión sexual y VIH, la investigación determinó que tiene un conocimiento excelente, sin embargo, los resultados varían para la misma dimensión es bueno y deficiente.

Al respecto, Alba A., García R., Fullerat, Fuentes J., señalan que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual, continúan siendo una epidemia en la mayor parte de los países del mundo y constituyen el principal exponente de la profunda influencia que la conducta humana y los factores demográficos pueden tener sobre la epidemiología y la morbilidad de las enfermedades. Las ETS en los adolescentes van en ascenso por causa, en gran medida, de la iniciación temprana de las relaciones sexuales y por el desconocimiento sobre estas enfermedades ⁽⁴³⁾.

Las Enfermedades de transmisión sexual, en general, y de manera especial el VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes, constituyen un serio problema de salud y el riesgo de padecerlas está muy relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, entre otros factores. La falta de información para protegerse de las ETS/VIH-SIDA y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgo más relevantes para la adquisición de estas enfermedades ⁽⁴⁴⁾.

Según un estudio del nivel de conocimientos y autocuidado de enfermedades de transmisión sexual se pudo determinar que los estudiantes tienen un nivel de conocimiento “bueno”, seguido “regular” y “deficiente”. Así también se pudo observar diferencias estadísticamente significativas entre las variables nivel de conocimiento y género. Un alto porcentaje de las mujeres presenta un nivel de conocimiento bueno, los varones representan el porcentaje mayor de nivel de conocimiento “deficiente” ⁽⁴⁵⁾.

Estos resultados coinciden con los encontrados en nuestro estudio donde se evidencia un grado regular de conocimientos y autocuidado de enfermedades de transmisión sexual, aunque es necesario señalar que muchos de los adolescentes no ponen en práctica estos conocimientos, los cuales les genera enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El nivel de autocuidado de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo se caracteriza por tener regular conocimiento sobre su salud reproductiva.
- En la dimensión de conocimientos de métodos anticonceptivos, los adolescentes tienen un nivel bueno de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.
- En la dimensión de conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual, los adolescentes tienen un nivel deficiente de conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- En la dimensión de autocuidado de métodos anticonceptivos los adolescentes tienen un nivel bueno de autocuidado de los métodos anticonceptivos.
- En la dimensión de autocuidado de enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA, los adolescentes tienen un nivel excelente sobre su autocuidado.

5.2. Recomendaciones

- Es imprescindible responder las dudas de los adolescentes de manera directa y simple, para ello es necesario realizar charlas y conversatorios, en ellas se debe de entregar guías de orientación, que puedan servir como fuente informativa para los adolescentes, que permita mejorar y reforzar sus conocimientos de autocuidado reproductivo y protección de contraer alguna ETS.
- Toda institución educativa debería contar con alianzas estratégicas con instituciones privadas y públicas de carácter social que faciliten información especializada respecto al uso de los métodos anticonceptivos, para que de esta manera se beneficie a la comunidad educativa.
- Las instituciones del Estado deben de brindar y dotar a los docentes de capacitaciones relacionadas a salud sexual y reproductiva para que puedan educar oportunamente a los estudiantes, así como contestar a todas las interrogantes de sus alumnos.
- Es necesario una mayor difusión de la información respecto al autocuidado reproductivo y protección de contagio de ETS, para ello las instituciones del Estado, encargadas de velar la salud pública de sus pobladores, deben hacer uso de los medios de comunicación para informar sobre los riesgos de las ETS para concientizar a los adolescentes.
- Los estudiantes deben acudir al centro de salud o buscar profesionales que le puedan brindar la información sobre la salud sexual y reproductiva.

Referencias bibliográficas

1. Valdivia M. Planificación familiar y salud materna-infantil en el Perú: ¿Una cuestión de número o de momento? Artículo. 2002;6:1–63.
2. Donna L. Wong LFW. Enfermería pediátrica. 3ª Ed. México: Ed. Interamericana; 1998.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Artículo. 2012;1(1):1–8.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Artículo. 2006;1:1–68.
5. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. Lancet [Internet]. 2006 Dec 2;368(9551):2001–16. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2598641&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
6. Virginia A, Hubner C. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Artículo. 1998;1(1):1–69.
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva. Artículo. 2007;1:151–4.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Artículo. 2012;1:1–438.
9. Ministerio de Salud. La Salud de la Mujer en el Perú. Artículo. 2013;22(24):1–27.
10. Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión. Artículo. 2008;2(1):1–59.
11. Organización Panamericana de la Salud. Vinculación de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, género y prevención de VIH e ITS. Artículo; 2010;2(1):1–70.
12. Tuxtia Gutierrez C. Conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el Sida. Artículo. 2009;1:1–6.

13. Equipo de Trabajo Interinstitucional. Intervenciones relacionadas con el VIH para jóvenes. Artículo. 2008;1:1–61.
14. Dávila M. Situación de la adolescencia y juventud en el Perú (VIII Congreso Internacional de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes. Artículo. 2007;1(1):1–57.
15. Ministerio de Salud. Política de salud sexual y reproductiva. Artículo. 2012;1:1–31.
16. Municipalidad distrital de Carabayllo. Carabayllo: alternativa de desarrollo y calidad de vida. Artículo. 2011;1:1–42.
17. Pastrana EQ, Carabayllo MDE. Por los Caminos de Nuestra Historia. Artículo. 2012;1:1–26.
18. Ramírez A V. La teoría del conocimiento en investigación científica: Artículo. 2009;70(3):217–24.
19. Rodríguez Muñoz J. Nivel de información de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y las acciones para prevenir el embarazo no precoz. Enfermería actual. San Juan Bautista; 2009. p. 1–45.
20. Blanco M, Laski M, Pecheny M. Sexualidad y salud en la adolescencia. Artículo. 2003;1:1–129.
21. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. Artículo. 2010;1:1–62.
22. Departamento de Educación de los Estados Unidos. Guía para padres y madres. Artículo. 2010;1:1–23.
23. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial de Salud Reproductiva. Artículo. Lima-Perú; 2005;1:1–78.
24. Ministerio de Salud. Guía nacional de manejo de infecciones de transmisión sexual. Artículo. 2006;1:1–147.
25. López Perla Caridad, Bravo Eneida, Capero Lizbet BC. Caracterización de la conducta sexual y reproductiva en féminas de la enseñanza secundaria. Artículo. 2010;8(5):26–31.
26. Flores, Nurys L. Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes en la ciudad urbana de Punto Fijo Venezuela. Artículo. 1998;1(1):100–80.
27. Cepero, Montesino, Herrera GS. Nivel de información sobre anticonceptivos en alumnos de noveno grado en el Municipio de San Nicolas. Artículo. 1999;5(2):2–7. 27.

28. López N. Establecer las diferencias existentes por sexo de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en relación con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida SIDA. Artículo. 2001;1(1):110–9.
29. Piña JA. Psicología y VIH / SIDA en México: Prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. Artículo. 2005;10(1):71–83.
30. Salud M. Análisis de la situación de salud de los adolescentes ubicándolos y ubicándose. Artículo. 2009;1(1):1–100
31. Alberto C, Maturana J, Gabriel J, Leon A, Federico W, Luyo C, et al. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Artículo. 2009;26(3):175–9.
32. Anita S, Gamarra-Tenorio P, Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de la actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. Artículo. 2010;8(1):54–72
33. Salazar H. Conductas y actitudes de estudiantes adolescentes en relación a los métodos anticonceptivos. Artículo. 2001;1(1):91–8.
34. Bahamonde et al. Relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos con vida sexual activa del Centro Educativo Nacional Antenor Orrego Espinoza en el distrito de San Juan de Lurigancho. Artículo. 2004;1(1):112–8.
35. Arriagada S. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos Promsex. 2011 Perú.
36. Castro M, Peniche A, Peña J. Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en la ciudad de Cartagena. Universidad Rafael Núñez. 2012 1 (2), pp145.
37. Unicef. Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva. Fundación Huésped y UNICEF Argentina 2012.
38. Cáceres H, Echevarría F. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos previos al inicio de las relaciones sexuales y su comparación con el nivel de conocimientos actuales en estudiantes de medicina. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2009 190, pp.5.

39. Hernández A, Rodríguez Y, Rivero M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2012 16 (1), pp.28.
40. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2013 30(3) pp. 471.
41. Ríos B, Yera, M, Guerrero, M. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2009 13 (2) pp.35.
42. Castro Abreu I. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Revista Habanera de Ciencias Médicas 20109705-716. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180420196014>. Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2014.
43. Alba A, García R, Fullerat, Fuentes, J. Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. Rev Cubana Med Trop. 2009 52 (1) pp.18.
44. Fernández H, González V. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Ciencias Médicas. 2010 14 (3), pp.25.
45. Dávila, M, Tagliaferro, A, Bullones X, Daza D. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. Rev. salud pública. 2009 10 (5), pp.

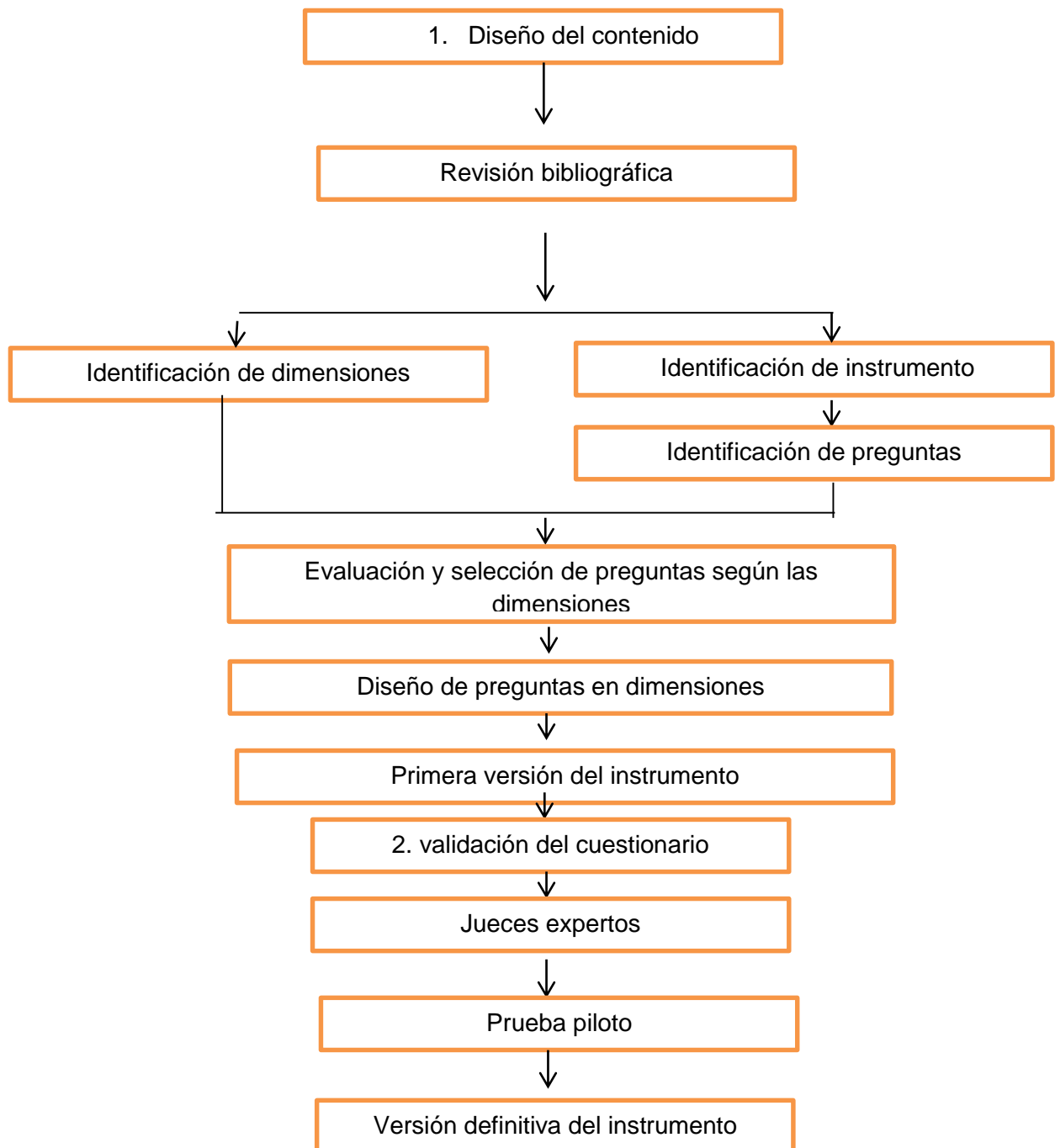
ANEXOS

Anexo A: Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° ítems	Asignar valores	Valor final
Nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo.	Es el nivel de capacidad que tienen los adolescentes para promover, mantener la salud. Es la forma de adquirir conocimientos mediante el aprendizaje u entendimiento de una determinada materia. El procesamiento de información se da desde etapas tempranas de la vida, de modo que las personas reciben, utilizan y almacenan la información para contribuir al bienestar o beneficio de su salud.	Es el margen de conocimientos en que se encuentran los adolescentes relacionado a su autocuidado Reproductivo” en donde se medirá el nivel de conocimientos e información adecuada que tienen los adolescentes para prevenir las ETS y VIH/SIDA como también evitando los embarazos prematuros, favoreciendo el cuidado de su propia salud.	Nivel de conocimientos de los métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • clasificación 	1-2-3-4	Correcto 2 puntos	Excelente
			Los métodos de barrera	<ul style="list-style-type: none"> • Protección • Ventajas 			
			Los Métodos naturales	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del método del ritmo o calendario • Uso del método de Billings o moco cervical 	5-6-7-8	Incorrecto 0 puntos	
			Métodos hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • Clases • Modo de uso • Inyectables • Píldoras 	9-10		
			Nivel de autocuidado en los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de uso adecuado de los métodos • Definición de 	11	Bueno	
					12-13		
					14-15-		

			<p>Nivel de conocimientos de las ETS y VIH SIDA</p> <p>El VIH</p> <p>El SIDA</p> <p>Nivel de autocuidado en la prevención de las ETS/ VIH y el SID</p>	<p>las ETS</p> <p>Tipos de ETS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sífilis • VPH (virus del papiloma humano) • Hepatitis <p>Definición del VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas de transmisión • Signos y síntomas <p>Identificamos:</p> <p>Definición de SIDA</p> <p>Prevención y actitudes frente a las ETS/VIH</p>	<p>16-17-18-19</p> <p>20-21-22-23-24-25-26-27</p> <p>28-29-30-31</p>		<p>Regular</p> <p>Deficiente</p>
--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------

Anexo B: Esquema del proceso de desarrollo del cuestionario



Anexo C: Formato de juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento (Parte 1)

Instrucciones:

Para efectuar la validación del instrumento, agradeceremos leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, donde podrá seleccionar una de las alternativas de acuerdo a su criterio profesional.

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Ejm:

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS					OBSERVACIONES
Nº	Ítem	a	b	c	d	e	
1	B	E	B	B	M	B	
2							
3							

En caso tuviera alguna interrogante, no dude en contactarnos:

Datos del contacto:

Investigador 1: Ordoñez Zurita María Cristina

e – mail: britnig_2005@hotmail.com

Cel.: 995543085

Investigador 2: Grados Otárola Mercedes Raquel

e – mail: meche-26@hotmail.com

Cel.:

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

(Parte 2)

Parte 1:

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS					OBSERVACIONES
Nº	Ítem	a	b	C	d	e	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: _____

Profesión: _____ **Nº Colegiatura:** _____

Cargo: _____

Institución: _____

Fecha: _____ **Firma:** _____

Anexo D: Coeficiente de concordancia de la validación de los jueces expertos

Test Statistics

N			37
Kendall's W ^a			,243
Chi-Square			36,000
Df			4
Asymp. Sig.			,000
Monte Carlo Sig.	Sig.		,000 ^b
	95% Confidence Interval	Lower Bound	,000
		Upper Bound	,000

a. Kendall's Coefficient of Concordance

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Anexo E: Alfa de Cronbach de piloto

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,720	35

Anexo F: Carta de autorización



"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"
I.E. 3054 "LA FLOR"



Jr. Industrial N° 291 "La Flor" - Carabaylo - Teléfono: 998 521930

i.e.3054_laflor@hotmail.com

UGEL N° 04 - COMAS

"INNOVACIÓN, CREATIVIDAD Y CALIDAD"

Carabaylo, 18 de Octubre del 2013

OFICIO N° 529 - DIE N° 3054 LA FLOR-2013

SEÑOR:

PEDRO PABLO QUISPE ROSALES
Coordinador de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Ciencias y Humanidades

PRESENTE:

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL
PROYECTO "CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES
RESPECTO A SU AUTOCUIDADO REPRODUCTIVO" EN
NUESTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.
REF. : CARTA N° 032-FCS-DI- UCH - 2013

Por medio de la presente le saludo a UD. en nombre de la I.E. N° 3054 "LA FLOR" y al mismo tiempo me valgo de la oportunidad, para comunicarle la Autorización para el Desarrollo del Proyecto "CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES RESPECTO A SU AUTOCUIDADO REPRODUCTIVO" EN NUESTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA la cual estará a cargo de los estudiantes enunciados en la carta de la referencia.

Sin otro particular me despido de UD. Expresándole los sentimientos de alta estima y consideración personal.

Atentamente,



Lic. Víctor R. Ríos Castro
DIRECTOR
CPP N° 045614
C.M. N° 1006673804

Anexo G: Instrumento

Nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la Institución Educativa 3054 La Flor Carabayllo – 2014.

Cuestionario dirigido a los adolescentes sobre el nivel conocimientos sobre su autocuidado reproductivo

ESTIMADOS USUARIOS:

La información obtenida con este instrumento será de carácter confidencial, utilizada con fines científicos, por lo que se le solicita que responda con la mayor sinceridad.

INSTRUCCIONES:

1. Lea cuidadosamente el instrumento.
2. El instrumento consta de III partes:
3. Responda con sinceridad toda la encuesta.
4. Si tiene alguna duda consulte al encuestador.

PARTE I.

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

GRADO EN QUE CURSAS _____

SEXO. F _____ M _____ EDAD: _____

FECHA: _____

PARTE II.

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

SELECCIONA LA OPCIÓN QUE CONSIDERES CORRECTA

Preguntas:

1. ¿Qué aspectos incluye la salud reproductiva?
 - a) Uso de métodos anticonceptivos
 - b) Decidir con, con quien o cuando tener relaciones sexuales
 - c) Derecho a decidir cuándo, cómo y dónde tener hijos
 - d) Todas
2. ¿Para qué sirven los Métodos Anticonceptivos?, puede marcar una o varias respuestas
 - a) Para evitar un embarazo

- b) Para evitar el contagio de alguna Infección de Transmisión Sexual
 - c) Para evitar el contagio del VIH/SIDA
 - d) No sabe / No Opina
3. ¿cuál es el método anticonceptivo más seguro?
- a) Coito interrumpido
 - b) Observar de moco cervical
 - c) T de cobre
 - d) abstinencia
4. ¿De los siguientes métodos, cuales considera usted que son anticonceptivos?
- a) Preservativo (condón), ducha vaginal, método del ritmo
 - b) Preservativo (condón), píldoras o pastillas, inyecciones
 - c) Preservativo (condón), realizar ejercicios pélvicos, píldoras o pastillas
 - d) Todas las anteriores
5. ¿Cuáles son los métodos de barrera?
- a) Vasectomía
 - b) Preservativo
 - c) Método del calendario
 - d) Píldoras
6. ¿Los métodos anticonceptivos de barrera están representados por?
- a) Objetos que impiden el paso de los espermatozoides hacia el útero
 - b) Objetos que permiten el paso de los espermatozoides hacia el útero
 - c) Objetos que permiten disfrutar de la relación sexual
 - d) Ninguna de las anteriores
7. ¿En qué momento del acto sexual se debe utilizar el preservativo?
- a) Antes del acto sexual
 - b) Después del acto sexual
 - c) No se debe usar
 - d) Desconoce
8. ¿Cuántas veces se deben utilizarse el preservativo?
- a) Uso permanente
 - b) Una sola vez
 - c) Todas las veces hasta que se deteriore
 - d) Ninguna de las anteriores
9. ¿Cuáles son los métodos naturales?
- a) Diafragma, condón
 - b) Píldoras, neoplant
 - c) Píldoras, inyectables

- d) Billings o moco cervical, método del calendario
10. ¿El método de ritmo o del calendario quienes pueden utilizarlas?
- a) Las mujeres del ciclo regular
 - b) Las mujeres del ciclo irregular
 - c) Todas las mujeres
 - d) Ninguna mujer
11. ¿Los métodos anticonceptivos hormonales se definen como?
- a) Hormonas que interfieren en el proceso de la fecundación o el embarazo
 - b) Se deben administrar cada mes, o cada tres meses en un centro de salud
 - c) Son sustancias químicas elaboradas para matar los espermatozoides
 - d) Da una prolongada protección anticonceptiva
12. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son hormonales?
- a) Píldoras orales, método del ritmo
 - b) Píldoras orales, inyectables
 - c) Preservativo, implantes
 - d) Ninguna de las anteriores
13. Los anticonceptivos orales e inyectables evitan:
- a) Menstruación
 - b) Dolores menstruales
 - c) Embarazo
 - d) Ninguna de las anteriores

PARTE III:

AUTOCUIDADO SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

14. ¿Utilizar preservativos permite tener relaciones sexuales más seguras y placenteras?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) Bastante de acuerdo
 - c) Bastante en desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
15. Como se adquieren las infecciones de transmisión sexual, por
- a) Darse la mano
 - b) Abrazo
 - c) Beso
 - d) Sexo
16. ¿Con qué métodos de anticonceptivos nos podemos proteger de infecciones?
- a) Preservativo
 - b) Pastilla del día siguiente

- c) Píldoras hormonales
 - d) T de cobre
17. ¿Antes de usar un preservativo en una relación sexual, qué cosa o cosas debes tener en cuenta?
- a) Que no esté roto
 - b) Lavarlo bien después de la relación para volverlo a usar
 - c) Dejar un depósito en la punta para el semen que se expulsa en la eyaculación
 - d) Que se ajuste bien al pene
18. En el terreno de la sexualidad, ¿qué tipo de necesidades tienes? (Elige un máximo de tres)
- a) Información sobre sexualidad y reproducción
 - b) Obtención de métodos anticonceptivos
 - c) Tratamiento de infecciones y enfermedades de transmisión sexual
 - d) Problemas de pareja
19. Estás de acuerdo con el uso de me todos anticonceptivos
- a) De acuerdo
 - b) No estoy de acuerdo
 - c) Me da igual
 - d) Ninguna mujer

PARTE IV:

Conocimiento y actitudes acerca del VIH/SIDA

20. ¿Las Infecciones de Transmisión Sexual son?:
- a) Infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales
 - b) Infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales desprotegidas, con una persona infectada
 - c) Infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales protegidas
 - d) Se transmite a través de las relaciones sexuales con protecciones con alguien que tiene una ITS
21. ¿Cuáles de las opciones pueden anunciar la Presencia De Una Infección de Transmisión sexual?
- a) picazón genital, ardor al orinar
 - b) Diarrea, dolor de cabeza
 - c) Dolor de garganta
 - d) Lesiones genitales (verrugas)
22. ¿Cuál de estas opciones consideras Como complicación de las Infecciones de Transmisión sexual?

- a) Muerte
- b) Enfermedad del corazón
- c) Embarazo ectópico
- d) Infertilidad en el hombre y la mujer

23. Colocar Verdadero (V) o Falso (F) en relación a los signos y síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual- VIH/SIDA

- a) La Sífilis pasa por varias etapas o estadios, uno de los signos y síntomas que se presenta en el estadio primario es el chancro. ()
- b) La Gonorrea es una Infección de Transmisión Sexual que afecta más a las mujeres que a los hombres. ()
- c) El prurito, hormigueo y úlceras son signos y síntomas del Herpes genital ()
- d) La pérdida de peso, el decaimiento y cansancio, el dolor y las erupciones de la piel son signos y síntomas del SIDA ()

24. ¿Qué significa las siglas VIH?

- a) virus humano muy infeccioso
- b) Virus de Inmunodeficiencia adquirida
- c) verruga infecciosa humana
- d) virus humano contagioso

25. ¿Pueden las personas protegerse contra el VIH usando un condón correctamente cada vez que tienen relaciones sexuales?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe
- d) No me interesa

27. Las 3 principales formas de transmisión del VIH son:

- a) De madre a hijo, por medio de los abrazos, a través de las relaciones sexuales
- b) Por compartir cubiertos, a través de las relaciones sexuales, por los abrazos
- c) A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, de madre a hijo
- d) A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, por los abrazos

27. ¿SIDA es?

- a) Es una enfermedad de transmisión sexual muy contagiosa que tiene cura
- b) Es una enfermedad de transmisión sexual muy contagiosa que aún no tiene cura
- c) Es una enfermedad de transmisión sexual muy contagiosa que se cura con el tiempo
- d) Es una enfermedad de transmisión sexual contagiosa que mata

PARTE V:

AUTOCUIDADO SOBRE LAS ITS Y EL VIH/SIDA

28. ¿Cómo consideras Que Pueda evitarse o prevenirse Una Infección de Transmisión sexual?

- a) No es sentándose baños Desconocidos
- b) Usar el preservativo desde el inicio Hasta el final, de las Relaciones Sexuales
- c) Abstinencia sexual (no Tener Relaciones Sexuales)
- d) Fidelidad en la pareja

29. ¿Cuáles de los Aspectos consideras como comportamientos de Riesgo?

- a) Cambio Frecuente de pareja
- b) Sexo desprotegido (no uso del condón)
- c) Tener Más De Una pareja sexual
- d) Seguir teniendo Relaciones Sexuales un Pesar de Tener Síntomas De Una Infección de Transmisión sexual (ITS)

30. ¿El preservativo constituye una medida preventiva para evitar contraer alguna Infecciones de Transmisión Sexual?

- a) Sí
- b) No

37. Al terminar el acto sexual se tiene que retirar el preservativo. Diga Ud. ¿Cuántas veces se puede de utilizar dicho preservativo?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) 4 veces

Anexo H: Consentimiento informado

Título de Investigación: “CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES RESPECTO A SU AUTOCUIDADO REPRODUCTIVO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA “LA FLOR” CARABAYLLO – 2014”

Nombres de los Investigadoras:

- Ordoñez Zurita, Maria
- Grados Otárola, Mercedes

A) Información:

Solicitando su autorización para que su hijo/a participe de este estudio de investigación, el cual se realizara con el fin de obtener el titulo de Licenciatura, a través de encuestas de tipo anónima la cual nos ayudara a ver el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre salud sexual, ITS/VIH en adolescentes.

Este tipo de investigación no va tener consecuencias negativas a futuro ya que no atenta contra la salud de los encuestados. Este tipo de estudio se realiza para saber cuanto saben o conocen acerca de la salud sexual.

Usted es libre de aceptar o no que su hijo forme parte del estudio de investigación, esperamos que usted analice sin presiones la posibilidad de que acceda su hijo/a.

Esperamos su comprensión y de agradecemos la colaboración de su parte.

Declaración:

Para tal fin dejo constancia de mi firma y número de DNI aceptando la participación de mi menor hijo/a en este estudio de investigación.

Nombre y apellido del padre
o apoderado.

Nombre y apellido del estudiante

DNI:.....

Anexo I: Asentimiento de menor de edad

Vamos a realizar un estudio que es parte de nuestro trabajo e investigación en el cual vamos a medir con el fin del nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre salud sexual, ITS/VIH en adolescentes. Te pedimos nos ayudes a brindar la información veraz la cual será totalmente confidencial y que solo será utilizado por los investigadores.

Si aceptas estar en nuestro estudio, solo tendrás que rellenar cuestionario con preguntas; el primero consta de preguntas acerca de cuanto sabe de los métodos de planificación familiar, y otro cuestionario acerca del VIH/SIDA

Puedes hacer preguntas al investigador si no entiendes algo sin fomentar desorden ni distraer a tus compañeros.

Si decides firmar este papel donde aceptas después de haber solucionado todas tus dudas y quede claro para que es este estudio, solo te pedimos un favor tomar en serio que será evaluado minuciosamente y si hay errores o vacíos no podremos obtener los resultados reales.

.....
Nombre y firma del adolescente (Alumno)

.....
Nombre y firma del investigador

¡Muchas gracias!

Anexo J: Resultados complementarios

Tabla 1

Edades de los adolescentes de la Institución Educativa La Flor Carabayllo 2014

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13	11	8,8	8,8	8,8
	14	21	16,8	16,8	25,6
	15	46	36,8	36,8	62,4
	16	31	24,8	24,8	87,2
	17	14	11,2	11,2	98,4
	18	2	1,6	1,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Tabla 2

Sexo de los estudiantes de la Institución Educativa La Flor Carabayllo 2014

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	76	60,8	60,8	60,8
	Masculino	49	39,2	39,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Tabla 3

Nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la Institución Educativa La Flor 3054 Carabayllo 2014

GLOBALTOTALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente (0-35)	21	16,8	16,8	16,8
	Regular (36-56)	98	78,4	78,4	95,2
	Bueno (57-67)	6	4,8	4,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Tabla 4

Nivel de conocimientos de los adolescentes respecto a los métodos anticonceptivos en la Institución Educativa La Flor 3054 Carabayllo 2014

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bueno (14-20)	5	45,5	45,5	45,5
	Excelente (21-26)	6	54,5	54,5	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Tabla 5
Nivel de autocuidado de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la Institución Educativa La Flor Carabayllo 2014

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	deficiente (0-3)	1	,8	,8	,8
	regular (4-7)	20	16,0	16,0	16,8
	bueno (8-10)	73	58,4	58,4	75,2
	excelente (11-12)	31	24,8	24,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Tabla 6
Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA de la Institución Educativa La Flor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	deficiente (0-12)	60	48,0	48,0	48,0
	regular (11-17)	44	35,2	35,2	83,2
	bueno (18-21)	17	13,6	13,6	96,8
	excelente (22-24)	4	3,2	3,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Tabla 7

Nivel de autocuidado de los adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA

Global autocuidado ITS Y VIH SIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente (0-3)	13	10,4	10,4	10,4
	Regular (4-5)	9	7,2	7,2	17,6
	Bueno (6-7)	48	38,4	38,4	56,0
	Excelente (8)	55	44,0	44,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	