

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



=====

**“NIVELES DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LAS ACTITUDES HACIA
CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES
DEL DISTRITO DE HUAYLLAHUARA - 2017”**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

**TESISTA: MILAGROS LIZBET ZAVALA AQUINO
ASESOR: JESUS ILIZARBE CALLE**

**HUÁNCAYO – PERÚ
2017**

Las inteligencias poco capaces se interesan en lo extraordinario; las inteligencias poderosas, en las cosas ordinarias.

Víctor Hugo

DEDICATORIA

A Dios todopoderosos por darme salud para cumplir mis metas

A mis padres María y Daniel por su apoyo incondicional

En todas mis metas trazadas, por ser la
fuente de inspiración para superarme día a día.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme cumplir una meta más en mi vida

A la Universidad Hermilio Valdizán, por brindarme la oportunidad de obtener el grado académico de magister en Salud Pública.

A mis profesores por sus enseñanzas dentro y fuera de las aulas.

A mi asesor de la tesis el Mg. Jesús Ilizarbe Calle por su asesoría y tiempo dedicado a la revisión de la Tesis

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron en la realización del presente trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
Pensamiento	II
Dedicatoria	III
Agradecimientos	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras	VII
Resumen	VIII
Abstract	IX
Introducción	X
I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1. Descripción del problema	12
2. Formulación del problema	14
Problema general	14
Problemas específicos	15
3. Objetivo general y objetivos específicos	15
4. Hipótesis	16
5. Variables	18
6. Justificación e importancia	23
7. Viabilidad	23
8. Limitaciones	23
II. MARCO TEÓRICO	25
1. Antecedentes	25
2. Bases teóricas	37
3. Definiciones conceptuales	66
III. MATERIALES Y MÉTODOS	69

1. Tipo de investigación	69
2. Diseño y esquema de investigación	69
3. Población y muestra	71
4. Instrumento de recolección de datos	76
5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	77
IV. RESULTADOS	81
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	107
CONCLUSIONES	109
RECOMENDACIONES	111
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	112
ANEXOS	114

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla N°1: Síndromes de Infecciones de Transmisión Sexual	40
Tabla N°2: Datos descriptivos de las muestras por edades	72
Tabla N°3: Distribución por edades en frecuencia y porcentaje	72
Tabla N°4: Distribución por sexo	73
Tabla N°5: Distribución por año escolar	73
Tabla N°6: Distribución por tipo de familia	75
Tabla N°7: Técnicas e instrumento de recolección de datos	78
Tabla N°8: Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra	81
Tabla N°9: Confiabilidad del cuestionario de conocimientos	82
Tabla N°10: Confiabilidad de la escala de actitudes	83
Tabla N°11: Análisis de interés de la escala de conocimientos	84
Tabla N°12: Análisis de interés de la escala de actitudes	85
Tabla N°13: Distribución por niveles en el cuestionario de conocimientos	86
Tabla N°14: Distribución por niveles en la escala de actitudes	87
Tabla N°15: Establecimiento de correlaciones entre los puntajes de la Escala de conocimientos y de la escala de actitudes	88
Tabla N°16: Niveles de conocimiento y distribución por sexo	88
Tabla N°17: Niveles de conocimiento y distribución por años de estudio	90
Tabla N°18: Niveles de conocimiento y distribución por edades	91
Tabla N°19: Niveles de conocimiento y distribución por tipo de familia	92
Tabla N°20: Niveles de actitudes y distribución por sexo	94
Tabla N°21: Niveles de actitudes y distribución por edades	95
Tabla N°22: Niveles de actitudes y distribución por año de estudio	98
Tabla N°23: Niveles de actitudes y distribución por tipo de familia	100
Tabla N°24: Comparación del promedio de conocimientos según el sexo	101
Tabla N°25: Establecimiento de diferencia de los promedios en Conocimientos según edades	102
Tabla N°26: Establecimiento de diferencia de los promedios en	103

Conocimientos según años de estudio

Tabla N°27: Establecimiento de diferencia de los promedios en conocimiento según tipo de familia	103
Tabla N°28: Comparación del promedio de actitudes según el sexo	104
Tabla N°29: Establecimiento de diferencia de los promedios en actitudes según edad	105
Tabla N°30: Establecimiento de diferencia de los promedios en actitudes según año de estudio	105
Tabla N°31: Establecimiento de diferencia de los promedios en actitudes según tipo de familia	106

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura N°1: Representación de la distribución por edades	72
Figura N°2: Representación de la distribución por sexo	74
Figura N°3: Representación de la distribución por año escolar	75
Figura N°4: Representación de la distribución por tipo de familia	75
Figura N°5: Distribución por niveles de la escala de conocimientos	86
Figura N°6: Distribución por niveles de la escala de actitudes	87
Figura N°7: Niveles de conocimiento y distribución por sexo	89
Figura N°8: Niveles de conocimiento y distribución por año escolar	90
Figura N°9: Niveles de conocimiento y distribución por edades	92
Figura N°10: Niveles de conocimiento y distribución por tipo de familia	93
Figura N°11: Niveles de actitudes y distribución por sexo	95
Figura N°12: Niveles de actitudes y distribución por edades	97
Figura N°13: Niveles de conocimiento y distribución por año escolar	99
Figura N°14: Niveles de conocimiento y distribución por tipo de familia	100

RESUMEN

La investigación de tipo descriptiva correlacional y comparativa tuvo como objetivo general Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017. Para ello, se elaboró y validó un cuestionario de conocimientos y una escala de actitudes y se aplicó a una muestra censal de 94 escolares matriculados en la Institución Educativa Secundaria San Francisco (1ro al 5to año). Los datos se procesaron con el SPSS versión 22.0 en español y se llegó a las siguientes conclusiones: 1. Ambos instrumentos obtuvieron una validez de constructo y una confiabilidad mayor a 0.70; 2. En conocimientos el 25.5% de escolares presentan un nivel deficiente de conocimientos; el 34% presentan un nivel bajo de conocimientos; el 23.4% presentan un nivel promedio; el 14.9% presentan un nivel alto y el 2.1% presentan un nivel excelente de conocimientos. Resumiendo, el 59.5% de los escolares presentan niveles de conocimientos que están por debajo del promedio a diferencia del 17% de los escolares que presentan niveles de conocimientos que son superiores al promedio. 3. En actitudes, el 2.1% presentan actitudes totalmente negativas; el 5.3% presentan actitudes regularmente negativas; el 7.4% presentan actitudes ligeramente negativas; el 41.5% presentan actitudes ligeramente positivas; el 34% presentan actitudes regularmente positivas y el 9.6% presentan actitudes totalmente positivas. Resumiendo, el 14.8% de los escolares presentan actitudes negativas, a diferencia del 85.2% de los escolares que presentan actitudes positivas. 4. Existe relación positiva alta y muy significativa ($r = 0.510$; $p < 0.001$) entre los puntajes de la escala de

conocimientos y los puntajes de la escala de actitudes. Esto significa, que a mayores conocimientos mayores son las actitudes positivas que tienen hacia ellos. 5. Existe relación significativa entre los niveles de conocimientos en función del año escolar y por edades. 6. Existe relación significativa entre los niveles de actitudes en función de años de estudios. 7. Existen diferencias en los promedios de conocimientos según la edad, años de estudios y tipos de familia. 8. Existen diferencias en los promedios de actitudes según años de estudios.

Frases clave: conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual, actitudes hacia conductas sexuales de riesgo, adolescentes, distrito de Huayllahuara.

ABSTRACT

Descriptive correlational research aimed to determine the relationship between the level of knowledge about sexually transmitted infections and the attitude towards risky sexual behaviors in adolescents in the district of Huayllahuara 2017. To that end, a study was developed and validated questionnaire of knowledge and a scale of attitudes and applied to a census sample to 94 students enrolled in the San Francisco Secondary Educational Institution enrolled in the level of secondary education (1st to 5th year). The data were processed with SPSS version 22.0 in Spanish and the following conclusions were reached: 1. Both instruments obtained a construct validity and a reliability greater than 0.70; 2. In Knowledge, 25.5% of schoolchildren present a deficient level of knowledge; 34% have a low level of knowledge; 23.4% have an average level; 14.9% have a high level and 2.1% have an excellent level of knowledge. In summary, 59.5% of schoolchildren present below-average levels of knowledge, as opposed to 17% of schoolchildren with higher than average levels of knowledge. 3 Attitudes, 2.1% have totally negative attitudes; 5.3% have regularly negative attitudes; 7.4% have slightly negative attitudes; 41.5% have slightly positive attitudes; 34% have regularly positive attitudes and 9.6% have totally positive attitudes. In summary, 14.8% of schoolchildren present negative attitudes, as opposed to 85.2% of students with positive attitudes. 4. There is a high and very significant positive relationship ($r = 0.510$; $p < 0.001$) between the scores on the knowledge scale and the scores on the attitudes scale. This means that greater knowledge is the positive attitude they have towards them. 5. There is a significant relationship between levels of knowledge based on the school year and age. 6. There is a significant

relationship between levels of attitudes based on years of schooling. 7. There are differences in the averages of knowledge according to age, years of studies and types of family. 8. There are differences in attitudes averages according to years of studies.

Key phrases: knowledge about sexually transmitted infections, attitudes towards risky sexual behaviors, adolescents, Huayllahuara district.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grave problema de salud a nivel mundial ya que más que ninguna otra epidemia actual depende del comportamiento humano, es por eso que la prevención y la promoción de salud en esta esfera rebasan los marcos de la salud para no ser tan solo un problema sino también una responsabilidad de todos los sectores de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que ocurren anualmente en el mundo, más de 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS), de las cuatro más comunes tenemos: sífilis (12 millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones), tricomoniasis (174 millones). En la mayoría de los países en desarrollo, ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva, después de las relacionadas con la maternidad.

A partir de 1996, se produjeron incrementos en los casos declarados de gonococia en el Reino Unido, Irlanda, Holanda y Suecia. Los casos de sífilis aumentaron a partir de esa fecha y se han descrito numerosos brotes en ciudades europeas afectadas principalmente a personas jóvenes, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, contactos heterosexuales de prostitución y usuarios de drogas.

Según la OMS en el 2008 la información epidemiológica muestra que la infección por clamidia trachomatis, que afecta principalmente a mujeres jóvenes, es la ITS bacteriana más frecuente notificada.

Con relación a los adolescentes se observa un aumento anual importante de la incidencia de infección por VIH e infecciones de transmisión sexual, esto vinculado a una serie de factores y a los estilos de vida en la adolescencia, pudiendo contribuir tanto para la salud (práctica de ejercicio físico, dieta saludable, etc.) en una vertiente positiva, como para la deterioración de la misma (consumo de tabaco, alcohol y drogas, actos delincuentes, ciertas prácticas sexuales, etc.) en su vertiente negativa.

Las conductas sexuales de riesgo son factores modificables que los jóvenes adquieren por medio de los conocimientos y la experiencia, por ende cabe

resaltar que estos deben ser gran importancia ya que depende de ellos el control de los casos de morbilidad.

Huayllahuara es un distrito perteneciente a la provincia de Huancavelica, departamento de Huancavelica, ubicado en la zona rural de la frontera con el departamento de Junín, tiene una población asignada según INEI de 873 habitantes dentro de los cuales la proporción de adolescentes no es ajeno a esta problemática de infecciones de transmisión sexual en este grupo etario por lo que es importante investigar el nivel de conocimientos de estos en infecciones de transmisión sexual y su actitud hacia conductas sexuales de riesgo.

En tal sentido se ha creído conveniente plantear como objetivo general determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

La presente investigación está distribuida en 05 capítulos: en el I capítulo se describe la problemática de la investigación, la formulación del problema, objetivos, variables, hipótesis y la justificación del trabajo. En el II capítulo se describen los reportes de los antecedentes de investigación y el marco teórico de la investigación. En el III capítulo, se plantea la metodología, tomando en cuenta, el tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnica e instrumento de obtención de datos y las técnicas de análisis de los datos. En el IV capítulo se describen los resultados. En el V capítulo se analizan y discuten los resultados con los antecedentes de la investigación. Se plantean las conclusiones y recomendaciones. Las referencias y en los anexos se describen los instrumentos de obtención de los datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Hoy por hoy la población adolescente y adulto joven están más propensos a adquirir una infección de transmisión sexual por ser el grupo poblacional que adquieren comportamientos sexuales inadecuados. Es así que la OMS/ONUSIDA en la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA (2011) confirma que la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) dispensada a grupos clave de la población como los adolescentes y los jóvenes en el momento oportuno de una epidemia puede reducir la transmisión de las ITS/VIH.

En nuestro país no estamos ajenos a esta problemática por tener una población adolescente y adulto joven en incremento, en el año 2006 UNICEF PERÚ estimó que la población de adolescentes y adultos jóvenes es de 3.600.00 de habitantes. En el año 2011 en la Encuesta Nacional Población a jóvenes peruanos 2011 (INEI) menciona que hay 8.000.000 personas entre 15-24 años que representan al 27.5% de la población del país y que de este número 50.5% son mujeres y 49.5% son varones. Además coloca a las ITS como segunda causa de muerte en este rango de población.

En el Perú desde el comienzo de la epidemia hasta la fecha se ha reportado al Ministerio de Salud 19 944 casos de SIDA y 24 589 casos de VIH. En relación a estas cifras, se estima que existe un sub registro de casos debido a problemas de notificación, a la falta de un sistema nacional coordinado de tamizaje a poblaciones de alto riesgo y al estigma y discriminación. La prevalencia de VIH en población general es de 0,2%, pero se reconocen algunos grupos con prevalencias altas. Además existen diferencias dentro del país. Si bien Lima concentra 70% de los casos notificados, los estudios poblacionales muestran tasas altas de VIH e ITS en ciudades de la selva.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son muy frecuentes en nuestro país, estudios recientes demuestran que en población joven, casi una de cada diez mujeres tienen infección por Chlamydia

trachomatis, tres de cada diez vaginosis bacteriana y la prevalencia de herpes en varones es casi en un 24%.

Esto como ya se mencionó anteriormente debido a los conocimientos adquiridos por los adolescentes no convencionalmente por parte de los amigos, familiares, vecinos, creencias, etc.

Durante la adolescencia surge el interés por las actividades que se consideraban prohibidas en las edades tempranas y que son permitidas en la adultez, por ejemplo las relaciones sexuales coitales. Por otra lado, en relación con el comportamiento que asumen los adolescentes en la práctica de su sexualidad, en aspectos tales como protegerse durante la relación sexual coital para evitar un embarazo o una enfermedad, en los adolescentes está mediada por variables muy ligadas a la conducta y al contexto social.

Precisamente esto fortalece la creencia errónea de que el conocimiento de los métodos de protección contra Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados, estimula la iniciación de las prácticas sexuales coitales durante la adolescencia.

Se pueden mencionar una serie de conductas sexuales de riesgo que los adolescentes practican diariamente como: el uso inadecuado del preservativo, relaciones sexuales sin protección, uso de alcohol, uso de drogas, inicio temprano de relaciones coitales, poligamia, etc.

Por ejemplo, algunos estudios han señalado que las parejas jóvenes tienden a usar el preservativo para evitar embarazos no deseados y no para evitar contagiarse de ITS tales como el VIH. Esto hace llegar a considerar que en las relaciones sexuales de los adolescentes, cuando se protegen, lo hacen para evitar la reproducción y dejan de lado el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, quizá por el desconocimiento acerca de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual y de las consecuencias que presentan para la salud en general.

Sin embargo tras observar la problemática a la que se enfrentan las personas durante la adolescencia, aún no se ha logrado la concientización acerca de la importancia de brindar educación veraz y confiable, debido al tabú existente relacionado con la prohibición de

hablarle a los y las jóvenes acerca de sexualidad, ya que esto podría incrementar la curiosidad típica de esta etapa y erróneamente se llega a la conclusión de que el resultado es prácticas sexuales precoces por parte de la población adolescente.

Se considera que la población joven y adolescente es la mayormente afectada por las infecciones de transmisión sexual y se estima que las actitudes son modificables con la adquisición de conocimientos positivos, al ser los adolescentes potenciales perceptores y emisores a su vez de los conocimientos adquiridos.

La educación de los jóvenes por parte de los padres y profesores, sigue siendo un arma importantísima por la falta de toma de conciencia y el desconocimiento que existe la prevención de estas enfermedades. Es necesario "profesionalizar" la información, mejorando las barreras de comunicación, venciendo obstáculos sociales y culturales. Puesto que, más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves para la salud del adolescente como: mayor riesgo de contraer el VIH-SIDA, transmisión de la madre al niño de infecciones de transmisión sexual, muerte neonatal, malformaciones congénitas, conjuntivitis neonatal, cáncer cervicouterino, infertilidad, rechazo de la sociedad, deserción escolar, etc.

Debido a múltiples estudios realizados se puede evidenciar que las infecciones de transmisión sexual esta mediada en parte por las conductas sexuales de riesgo ya que si se logra controlar estas con diversas actividades a fin de modificar estilos de vida se tendrá la disminución de estos casos de morbilidad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 PROBLEMAS GENERALES:

1. ¿Cuál es la relación que existe entre los niveles de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?

2. ¿Existen diferencias en los promedios en los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?
2. ¿Cuál es la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?
3. ¿Cómo se relacionan los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual con las actitudes en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?
4. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el género, edad, año escolar y tipo de familia en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?
5. ¿Cuál es la relación entre el nivel de actitudes hacia conductas sexuales de riesgo con el género, edad, año escolar y tipo de familia en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?
6. ¿Existen diferencias significativas en los promedios de los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?
7. ¿Existen diferencias significativas en los promedios de las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES:

1. Determinar la relación que existe entre los niveles de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia

conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

2. Determinar la diferencia de los promedios en los niveles de conocimientos y actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPÉCIFICOS:

1. Describir el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.
2. Describir la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.
3. Hallar la relación de los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual con las actitudes en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.
4. Hallar la relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.
5. Hallar la relación entre el nivel de actitudes hacia conductas sexuales de riesgo con el género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.
6. Hallar las diferencias de los promedios del conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.
7. Hallar las diferencias de los promedios de actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

1.4 HIPÓTESIS:

1.4.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Hipótesis general 1:

H₀: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

H_i: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?

Hipótesis general 2:

H₀: No existen diferencias significativas en los promedios de los conocimientos y actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

H_i: Existe diferencias significativas en los promedios de los conocimientos y actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Para los objetivos específicos 1 y 2 no se plantean hipótesis ya que son objetivos descriptivos, solo se plantean hipótesis para los objetivos 3, 4, 5, 6 y 7 los cuales son:

Hipótesis 3:

H₀: No existe relación entre los puntajes totales de los conocimientos con las actitudes en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

H_i: Existe relación entre los puntajes totales de los conocimientos con las actitudes en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

Hipótesis 4:

H₀: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

H_i: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el género, edad, año

escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

Hipótesis 5:

H₀: No existe relación entre el nivel de actitudes hacia conductas sexuales de riesgo con el género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

H_i: Existe relación entre el nivel de actitudes hacia conductas sexuales de riesgo con el género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

Hipótesis 6:

H₀: No existen diferencias significativas en los promedios de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual con el género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

H_i: Existe diferencias significativas en los promedios de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

Hipótesis 7:

H₀: No existen diferencias significativas en los promedios de las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

H_i: Existe diferencias significativas en los promedios de las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en función al género, edad, año escolar y tipo de familia en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

1.5 VARIABLES:

1.5.1 Variables de estudio

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual

Variable 2: Actitud hacia conductas sexuales de riesgo

1.5.2 Variables de relación - comparación

Año escolar: 1, 2, 3, 4 y 5 año de secundaria

Género: masculino – femenino

Tipo de familia:

Nuclear	(padre, madre e hijos)
Monoparental	(padre o madre e hijos)
Extendida	(padre, madre, hijos, abuelos y tíos)
Equivalente	(solo con tíos o abuelos)
Extendida incompleta	(padre o madre con hijos, abuelos y tíos)

Edad: 12 a 17 años

1.5.3 Definición operacional de las variables:

Esta dado por los puntajes y niveles obtenidos por los adolescentes al responder los ítems de cada instrumento de obtención de datos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES FINALES	ESCALA
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	CONOCIMIENTO SOBRE DEFINICIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Son aquellas que se transmiten de una persona enferma a una sana por cualquier contacto	CUESTIONARIO NIVEL DEFICIENTE DE CONOCIMIENTOS (0 - 5.2) NIVEL BAJO DE CONOCIMIENTOS (6 - 10.4) NIVEL PROMEDIO (11 – 15.6) NIVEL EXCELENTE (21 – 26)	ORDINAL
		Son aquellas que transmiten por acariciar, abrazar y besar a una persona enferma.		
		Son aquellas que se transmiten de una persona enferma a otra sana sin tener relaciones sexuales.		
		Son aquellas que se transmiten por las relaciones sexuales con una persona enferma.		
		Son aquellas que se transmiten por conversar y tomase de la mano con una persona enferma		
		sin conocimientos		
	CONOCIMIENTO SOBRE CUALES SON LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	Sífilis, gonorrea, clamidiasis, VIH/SIDA		
		Hepatitis b, diabetes, epilepsia.		
		Hipertensión arterial, apendicitis, cáncer		
		Hipertensión arterial, apendicitis, cáncer.		
	CONOCIMIENTO SOBRE AGENTE CAUSAL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Sin conocimientos		
		Bacterias		
		Virus		
		Hongos		

		Todos los microbios		
		Sin conocimientos		
	CONOCIMIENTO SOBRE FORMAS DE CONTAGIO DE LAS ITS	Sangre, besos, abrazos, coger de la mano a un enfermo		
		Contacto con objetos contaminados, caricias, abrazos		
		Flujo vaginal, semen, contacto sexual		
		Sin conocimientos		
	CONOCIMIENTOS SOBRE MANIFESTACIÓN CLINICA DE LAS ITS	Signos y síntomas de las ITS en las mujeres		
		Signos y síntomas de las ITS en los varones		
	CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LAS ITS	Evitando tener relaciones sexuales		
		Compartiendo utensilios personales como cepillo, rasurador.		
		Evitando tener relaciones sexuales con dos o más personas sin protección Protegiéndose durante cada relación sexual: uso correcto del condón.		
		Teniendo relaciones sexuales con personas desconocidas; reutilizando agujas o jeringas usadas		
		Teniendo contacto con sangre o secreciones vaginales o anales de personas infectadas		
		Desconocimiento		
		GRUPOS DE RIESGO PARA CONTRAER ITS	Los homosexuales	

		Los bisexuales		
		Los heterosexuales		
		Todos por igual		
		Desconocimiento		
	USO DEL PRESERVATIVO	En cada relación sexual		
		Un preservativo para varias relaciones sexuales		
		No es necesario el uso		
		Desconocimiento		
ACTITUD HACIA CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	Consumo de alcohol	ESCALA DE LICKERT: ACTITUDES TOTALMENTE NEGATIVAS (0 – 13.3) ACTITUDES REGULARMENTE NEGATIVAS (14 – 26.6) ACTITUDES LEVEMENTE NEGATIVAS (27 – 39.9) ACTITUDES LEVEMENTE POSITIVAS (40 – 53.2) ACTITUDES REGULARMENTE POSITIVAS (54 – 66.5) ACTITUDES TOTALMENTE POSITIVAS (67 – 80)	ORDINAL
		Consumo de tabaco		
		Consumo de drogas		
	PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO	Relaciones sexuales promiscuas		
		Relaciones coitales contranatura		
		Visita a prostíbulos		
	ACTITUD FRENTE AL USO DEL PRESERVATIVO	Aceptación del uso del preservativo		
		Uso del preservativo en las relaciones coitales		
		Uso correcto del preservativo		

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA:

La presente investigación constituye un aporte a la salud pública ya que nos permitió conocer el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara – Huancavelica.

Tiene implicancia práctica ya que se diagnosticó cual es el riesgo de nuestros adolescentes según su nivel de conocimiento y se podrán tomar medidas para poder mejorar o incrementar sus conocimientos en este tema.

Tiene valor teórico ya que la presente investigación servirá como antecedente para futuras investigaciones sobre este tema.

La investigación tiene justificación metodológica porque nos permitió validar instrumentos de recolección de datos que podrían ser utilizados en otros distritos para diagnosticar el riesgo de los adolescentes y/o en futuras investigaciones.

1.7 VIABILIDAD:

El estudio sustentó su viabilidad en el acceso a la población de adolescentes para poder investigar mediante instrumentos los niveles de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y su actitud hacia conductas sexuales de riesgo en el distrito de Huayllahuara; los adolescentes representan en su mayoría una población estática (cautiva) que por razones de estudio en su gran mayoría siempre permanecen en el distrito por lo que la investigación no tuvo obstáculos en cuanto a población.

Por otro lado, se contó con los recursos financieros, humanos, tecnológicos, conocimientos y experiencia para ejecutar la investigación.

1.8 LIMITACIONES:

El presente estudio se realizó en el distrito de Huayllahuara en los meses de enero a agosto del presente año con la participación de

todos los adolescentes de educación secundaria donde se encontraron las siguientes limitaciones:

- ✓ Idiosincrasia de la población a hablar temas de sexualidad.
- ✓ Vergüenza de la población adolescente a hablar temas de salud sexual.
- ✓ Los adolescentes pertenecientes a la población de estudio tienen diferentes niveles de educación que dificultaron la comprensión de las preguntas del cuestionario.
- ✓ Tiempo reducido de la población estudiantil para participar en la encuesta.
- ✓ Huelga indefinida por parte de los docentes a partir del mes de julio.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES:

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Trejo (2011) en su investigación "Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes en el Área Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas" tiene como objetivo identificar el conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes de nuevo ingreso al área de ciencias de la salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas, para este estudio se incluyeron 965 estudiantes, la información se recolectó mediante la aplicación de una encuesta electrónica. Entre los resultados se hayo que la mayoría de los adolescentes se percibió con un nivel adecuado de conocimiento. Los hombres se consideraron con mayor conocimiento y presentaron prácticas sexuales de mayor riesgo, resultados altamente significativos. La información sobre sexualidad la adquirieron principalmente de padres, amigos y personal sanitario. Una tercera parte tenía vida sexual activa con edad promedio de inicio a los 17 años. El número de parejas sexuales fue mayor en hombres que en mujeres. Los alumnos procedentes del área urbana iniciaron su vida sexual a edades más tempranas en comparación con los del área rural. El anticonceptivo de mayor uso fue el preservativo. Un bajo porcentaje manifestó que el médico había indicado el método anticonceptivo. Los alumnos que manifestaron tener muy poco conocimiento sobre sexualidad fueron quienes en menor porcentaje tenían vida sexual activa ($X^2=14,51, p=0,002$). De igual manera aquellos que se percibieron con mucho conocimiento dijeron haber iniciado su práctica sexual a más temprana edad ($X=16,12$ años, $DE=1,42$; $H=9,08, p=0,02$) y tener un promedio de 2,55 parejas sexuales ($DE=6,465$), a diferencia de aquellos que consideraban muy poco, regular o adecuada su instrucción (menos de 2 parejas). Con este estudio se llegó a la conclusión que el conocimiento no es la única

herramienta que garantiza prácticas sexuales saludables en los adolescentes, lo que denota que las estrategias encaminadas a cambiar comportamientos no deben limitarse a proporcionar información.

Porras (2007) en su investigación Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre infecciones de transmisión sexual cuyo objetivo es identificar conocimientos y actitudes en adolescentes de la parroquia Las Delicias sobre las Infecciones de Transmisión Sexual/ VIH-SIDA en el período marzo 2005- febrero 2006. La muestra del estudio es 362 adolescentes a las cuales se les aplicó una encuesta de preguntas sobre Infecciones de Transmisión sexual VIH-SIDA. Los resultados obtenidos fueron que predominó el sexo femenino sobre el masculino (76,8), la edad más frecuente de los encuestados fue entre los 15 – 18 años lo que representa un (54,7%); la mayoría de los adolescentes estaban solteros y el mayor porcentaje cursaba el liceo (55.0%). Gran número de los encuestados dedicaban su tiempo libre a realizar tareas domésticas (49,2%), ver televisión (78,0%) y practicar deportes (45,0%). Se encontró que la mayoría tenía una conducta heterosexual, siendo el SIDA, la Blenorragia y la Sífilis las enfermedades más conocidas por ellos. Los adolescentes acudirían al médico o les pedirían ayuda a los padres en caso de padecer las enfermedades, consideraron que las charlas por los médicos y la televisión eran los métodos más eficaces para obtener conocimiento. Se definió el conocimiento sobre el tema abordado como bueno en el 40.3% de los adolescentes encuestados, regular en el 45.3% y malo en el 14.3 %. La investigación concluye en que el nivel de conocimiento en los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual es elevado, por lo que se sugiere que se incrementen charlas educativas sobre infecciones de transmisión sexual.

Gayet (2003) realizó la investigación “Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual” que tiene como objetivo Investigar el

comportamiento sexual actual y el uso de condón en la primera relación sexual de adolescentes de 12 a 19 años de edad, la variación en distintos contextos y la influencia de factores sobre el uso del condón en esa primera relación. Se utiliza la Encuesta Nacional de Salud 2000, y se consideran 285 adolescentes a jóvenes de 12 a 19 años de edad, de ambos sexos. Se presenta en primer lugar un análisis descriptivo básico y luego una regresión logística multivariada para determinar la influencia de cuatro tipos de factores (demográficos, socioeconómicos, culturales y cognitivos) sobre el uso de condón en el debut sexual. Entre los principales resultados se reporta mayor actividad sexual y un mayor uso de condón entre los hombres y en áreas urbanas. El perfil del adolescente que usó condón en la primera relación es ser adolescente que inicia la vida sexual a una mayor edad, de residencia urbana, que no habla lengua indígena, altamente escolarizado y de sexo masculino. La investigación concluye en que deben diseñarse nuevas políticas de prevención de infecciones de transmisión sexual para cerrar la brecha entre conocimiento y práctica, y dirigidas a los adolescentes que inician su vida sexual más temprano, a los que hablan lengua indígena, a los que viven en áreas rurales, a los menos escolarizados y a las mujeres.

Vásquez (2014) tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente a las ITS en los estudiantes de la Unidad Educativa General Córdova del distrito educativo 02 Circuito C05.06. Método: El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 230 estudiantes de educación básica que cursan el octavo, noveno y décimo año respectivamente, se utilizó como instrumento un cuestionario. Resultados: Del 100% (230) estudiantes; solo el 91.5% de estudiantes conocen sobre las ITS así como las formas de contagio; información obtenida a través de la televisión y con alguno de sus progenitores, el 64% conoce como prevenirlas mediante la utilización de preservativo seguida de la abstinencia (29%) y fidelidad (27%). Conclusión: El mayor porcentaje de estudiantes tienen conocimiento

medio acerca de las ITS y sus prácticas preventivas, mediante la prueba estadística de Chi cuadrado existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica preventiva.

Ortiz, Rodríguez y Vásquez (2015) en su investigación “Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes” tiene como objetivo de incrementar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de la enseñanza media superior del Consejo Popular Oeste del municipio Colón, con la participación de estudiantes de tercer año de la carrera Medicina de la Filial de Ciencias Médicas Dr. Eusebio Hernández Pérez, en el período comprendido desde marzo del 2014 a marzo del 2015. Se aplicaron instrumentos como encuesta y entrevista grupal que permitieron constatar la existencia de limitaciones y dificultades que significan vulnerabilidades para la prevención de estas infecciones como el escaso uso del condón. Las prácticas sexuales que mantienen y que constituyen comportamientos irresponsables, indicadores que demuestran la baja percepción del riesgo que tiene esta población. Conclusión: La intervención educativa que se puso en práctica, demostró su pertinencia pues evidenció profundización en el conocimiento de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual.

Ríos (2009) en su investigación conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro 2009, tiene como objetivo: determinar y modificar el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en un grupo de adolescentes de Barrio Adentro en la República Bolivariana de Venezuela y sobre esta base crear un programa de instrucción y promoción para modificar sus actitudes ante la vida sexual. Método: Se realizó un estudio de investigación acción en un grupo de adolescentes del Barrio San José del Perú, en el municipio Heres del estado Bolívar, desde enero hasta julio de 2007. Se aplicó una encuesta antes y después de someterlos a

un sistema de intervención donde se les brindó información sobre las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Resultados: Se incrementó significativamente la información sobre las infecciones de transmisión sexual y el médico la señaló como la principal vía de información. Se logró que un mayor número de adolescentes reconocieran las características de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes así como sus formas de contagio y que identificaran en un mayor por ciento las medidas adecuadas para prevenirlas. Conclusiones: Se logró un incremento significativo en el nivel cognoscitivo de los adolescentes sobre estas infecciones, se demostró la eficacia de la labor realizada y la efectividad de la misión Barrio Adentro como accionar en la promoción de salud en los sectores más necesitados de la República Bolivariana de Venezuela.

Chaiban (2004) en su investigación Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro tuvo como objetivo determinar diseñar un programa de prevención de ETS dirigido a adolescentes de 12 a 15 años de edad de la U.E Departamento Libertador, parroquia Unión. La investigación es de tipo cualitativo. Para la recolección de datos se utilizó la observación participante, el diario de campo y la entrevista semi estructurada. La información obtenida se verifico a través de la triangulación y se utilizó el modelo de Glater para la presentación de los resultados. En los resultados se determinó que los adolescentes tienen escasos conocimientos sobre ETS y de los factores que influyen en el contagio, esos datos llevaron a realizar un plan de acción que consistió en cinco talleres teórico – prácticos donde se trataban los temas mencionados. En los adolescentes se observó un cambio de actitud positivo frente a la prevención de las ETS, mejorando sus conocimientos y también su disposición hacia la promoción de la salud.

Silva (2014) en su investigación “Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres y planteo como objetivo

determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las infecciones de transmisión sexual en un programa de adolescentes de un hospital público. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con 286 adolescentes mujeres entre 12 y 19 años, atendidas en el Programa de Adolescentes de un hospital público. Para la colecta de datos se utilizaron los cuestionarios de perfil social y Cuestionario de conocimiento y riesgos sobre Infecciones de transmisión sexual. Resultado: De las participantes predominaron aquellas entre 14 y 16 años, solteras y con estudios secundarios. En relación con el conocimiento predominó el nivel regular. Se observó que más de la mitad conocen los síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual y una proporción similar usa preservativo. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas. Conclusión: Se identificó la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes creando una interiorización y concientización de las usuarias para que mantengan una adecuada salud reproductiva.

2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES:

Pareja y Sánchez (2016) en su investigación “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria 9 de abril Chupaca periodo 2016” planteo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria 19 de abril de Chupaca, periodo 2016, se tomó como muestra 465 adolescentes de la mencionada institución educativa; los instrumentos que se utilizaron fue un cuestionario y los principales resultados fueron: los adolescentes presentan un nivel bajo de conocimiento sobre sexualidad y en menor proporción un conocimiento medio, el 96.8% de los adolescentes presentan actitudes favorables mientras que solo el 3.2% muestra actitudes desfavorables, en cuanto a nivel de conocimiento sobre sexualidad por sexo se evidencia que la población de varones presenta un mayor nivel de conocimiento en comparación a la población femenina. La investigación concluye en que los

conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes en sus cuatro dimensiones resaltan que un 48.8% presentan un conocimiento bajo, un 14.6% presentan conocimiento medio y un 36.6% presentan conocimiento alto sobre sexualidad esto debido a que existe la necesidad de potenciar y fomentar actividades de educación para la salud para conseguir una sexualidad responsable y saludable, por ello debería ser prioritario dar información sanitaria a los adolescentes en relación con la salud sexual.

Sulca (2014) en su investigación "Relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión" planteo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La autora trabajo como muestra a 198 gestantes atendidas en el mes de mayo en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Los instrumentos que se utilizaron fueron un cuestionario y un test de Likert y los principales resultados fueron: predomina el conocimiento medio sobre las ITS con un 64.1%, seguido de un nivel bajo con un 24.2% y el conocimiento alto con 11.2%; la mayoría tiene una conducta de indiferencia hacia las conductas sexuales de riesgo, seguido de la conducta de rechazo y un pequeño porcentaje de conducta de aceptación. La investigación concluye en que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes tienen conocimiento medio acerca de las ITS y actitudes de indiferencia hacia las conductas sexuales de riesgo mediante la prueba estadística de chi cuadrado existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud.

Aguirre (2012) en su investigación "Conocimientos y Actitudes Sexuales en Adolescentes del Asentamiento Humano Alberto Romero Leguia 2012" planteo como objetivo describir el conocimiento y las actitudes sexuales en los adolescentes del asentamiento humano Alberto Romero Leguia 2012. La autora trabaja como muestra a 44

adolescentes de 14 a 19 años a quienes se aplicó un cuestionario estructurado de conductas cerradas previamente validado, los principales resultados fueron: El 68,2% de adolescentes conoce de manera global sobre la sexualidad, siendo las dimensiones más conocidas el ciclo de respuesta sexual (84,1%) y la prevención de ITS-VIH/SIDA (81,8%). El 100% de encuestados muestra una actitud favorable hacia la sexualidad. La edad promedio de los entrevistados fue de 16,9 años, siendo el 56,8% de sexo masculino, 59% católicos, todos solteros y 63,6% estudiantes. El 36,4% inició su actividad sexual, principalmente, durante la adolescencia media. Los adolescentes encuestados del AA.HH. Alberto Romero Leguía en su mayoría conocen sobre sexualidad y presentan actitudes favorables para una sexualidad responsable, compartida y gratificante.

Choccare (2007) en su investigación "Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA y sus medidas preventivas en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007" planteo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de enfermería de la UNMSM. La muestra estuvo conformada por 116 estudiantes y se utilizó como instrumento un cuestionario. Entre los principales resultados se tiene que en relación al nivel de conocimiento alto el mayor porcentaje predomina en el 3er año con el 29% de estudiantes, seguido, en orden decreciente, por el 2do con el 26%, el 5to con 18% , el 4to con 15%; siendo el 1er año el que tiene el porcentaje más bajo representado por el 13% de estudiantes, en relación al nivel de conocimiento bajo está presente en todos los años de estudio excepto en el 3er año que como se observa sus valores fluctúan entre nivel medio y alto. El mayor porcentaje de conocimiento de nivel bajo corresponde al 1er año con 17% de estudiantes, seguido en orden decreciente por el 4to año con el 15% y luego por el 5to año con el 5% y finalmente el 2do año con el 4%. El estudio concluye en que se tiene que no existen diferencias estadísticamente significativas del nivel de conocimientos según años de estudio; predomina el nivel medio de

conocimiento en los cinco años, siendo mayor en el 5to. Las medidas preventivas tienen un nivel alto de conocimiento en los cinco años a diferencia del nivel medio de conocimiento obtenido del 2do al 5to año sobre las ITS-VIH/SIDA relacionado con su agente causal, signos/síntomas tratamiento y complicaciones, al respecto, el 1er año obtuvo un nivel bajo de conocimiento. Son áreas críticas del conocimiento lo relacionado al agente causal, signos/síntomas, tratamiento y complicaciones. La única medida preventiva que desconocen los estudiantes es el procedimiento para usar el preservativo, esto en el 1er año.

Flores, Ríos y Vargas (2015) en su investigación "Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén 2015" planteó como objetivo determinar la asociación que existe entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y el comportamiento sexual en adolescentes de 15 a 19 años de edad de ambos sexos de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya – Distrito de Belén 2015. El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional. La población estuvo conformada por 96 adolescentes y la muestra fueron 77 adolescentes con las mismas características de la población. La técnica empleada fue la entrevista, y los instrumentos fueron dos cuestionarios sobre: conocimiento sobre VIH/SIDA (Validez = 90,5 % y confiabilidad = 89,0%) y el Comportamiento sexual del adolescente (Validez= 92,3% y confiabilidad = 90,0%). Los datos fueron analizados con el SPSS versión 22.0. La prueba estadística inferencial fue el Chi Cuadrado, con $\alpha = 0.05$ y nivel de confianza de 95%. RESULTADOS: Los adolescentes tuvieron conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA (61%), y comportamiento sexual con riesgo de VIH/SIDA (77,9%). CONCLUSION: Al establecer la relación entre comportamiento sexual y el conocimiento sobre VIH/SIDA, se obtuvo $p = 0.139$, con $\alpha = 0,05$; este resultado permitió rechazar la hipótesis de investigación siguiente: Adolescente con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA tendrán comportamiento sexual de bajo riesgo, mientras que los adolescentes con conocimiento inadecuado sobre VIH/SIDA tendrán

comportamiento sexual de alto riesgo en la comunidad San Francisco Rio Itaya del Distrito de Belén - 2015.

Zarate (2008) en su investigación Efectividad de la Educación Sanitaria en el Nivel de Conocimientos y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio Marco Punte Llanos – Ate 2008; tuvo como objetivo determinar la efectividad de la educación sanitaria en el nivel de conocimiento y prevención de infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 4to y 5to de secundaria, con la finalidad de contar con información válida y confiable para plantear como estrategia un programa de educación sanitaria. El método es cuantitativo. La muestra estuvo conformada por un total de 120 estudiantes de 15 a 18 años de edad. La información se recolecto mediante la aplicación de un cuestionario a través de una encuesta, siendo las conclusiones: Existe un porcentaje considerable de alumnos que no conoce las medidas preventivas de infecciones de transmisión sexual en el pre test. La mayoría de los alumnos en el pre test presentan conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en un nivel medio, lo que indica una práctica sexual riesgosa sin control y madurez. El programa educativo fue eficaz porque incrementó el nivel de conocimiento y prevención de infecciones de transmisión sexual en los alumnos de 4to y 5to secundaria. El papel preventivo promocional de la enfermera es fundamental en la prevención de la pandemia actual de infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

Rojas (2013) realizó una investigación en “Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en madres adolescentes del centro de salud Chilca. 2013”. Objetivo general: Identificar el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en las madres adolescentes del Centro de salud Chilca.2013. Para alcanzar el objetivo de La investigación propuesto se desarrolló una investigación de tipo cualitativo, de nivel descriptivo con diseño simple de corte transversal, mediante la muestra censal, siendo esta de 12 madres adolescentes, A quienes se aplicó una prueba objetiva para determinar nivel de conocimientos de infecciones de transmisión sexual. Siendo la

conclusión la siguiente: Con respecto al nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de una Infección de transmisión sexual se identifica que poseen un nivel bajo 67%, nivel medio 25% y nivel alto 8% del total de madres adolescentes, Con respecto al nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de una Infección de transmisión sexual se identifica que poseen un nivel bajo 67%, nivel medio 25% y nivel alto 8% del total de madres adolescentes, Con respecto al nivel de conocimientos de Infecciones de transmisión sexual, se identifica que poseen un nivel bajo 59%, nivel medio 33% y nivel alto 8% del total de madres adolescentes, El 50% de las madres adolescentes del presente estudio son solteras; de ocupación estudiantes; e iniciaron sus relaciones coitales entre las edades de 12 - 14 años, 41,66% de ellas tienen estudios de secundaria completa.

2.2.3 INVESTIGACIONES LOCALES:

Lázaro y Lipa (2015) realizaron la investigación “Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I. E. de varones San Cristóbal- Huancavelica- 2014” que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa de varones San Cristóbal- Huancavelica- 2014. Para la recolección de información se empleó la técnica de encuesta y el instrumento cuestionario, con una población de 85 adolescentes; entre los principales resultados obtenidos se demuestra que el 84.7% (72) presenta un nivel de conocimiento insuficiente, seguido de un 10.6% (9) un nivel de conocimiento suficiente, el 4.7% (4) presento un nivel de conocimiento bueno sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa de varones San Cristóbal de Huancavelica, en el nivel de conocimiento muy bueno y sobresaliente no se presentó ningún valor significativo. Con los resultados obtenidos se concluyó que los métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa de varones San Cristóbal presentaron un nivel de conocimiento insuficiente.

Pari (2015) realizó la investigación Conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud Ascensión, Huancavelica – 2015, que tuvo por objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Ascensión, Huancavelica. La muestra fue 38 adolescentes embarazadas atendidas en los meses de octubre, noviembre del año 2015 en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud de Ascensión Huancavelica. Resultados. Existe relación entre el conocimiento y la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud, debido a que en la prueba de hipótesis basado al Coeficiente de correlación de Spearman ,arrojó un valor de 0,331 y un P valor de 0,042. Cerca de la mitad de adolescentes presentan conocimiento bajo y ligeramente más de la mitad un conocimiento medio. Con respecto a la dimensión conocimiento hacia el uso de métodos anticonceptivos temporales, el 68,4 % presentan un conocimiento bajo seguido del 31,6% conocimiento medio. En relación a la dimensión conocimiento hacia el uso de métodos anticonceptivos permanentes el 84,2 % no conoce a diferencia del 15,8 que si conoce. Más de la mitad presentan una actitud positiva, y el resto es actitud negativa hacia el uso de métodos anticonceptivos. Cerca del total en el componente cognitivo y afectivo de la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos es negativa, ligeramente más de la mitad de adolescentes embarazadas en el componente conductual es positiva. La investigación concluyó en que el conocimiento es bajo y la actitud es negativa hacia los métodos anticonceptivos, en la mayoría de las adolescentes embarazadas.

Riveros (2013) en su investigación “Habilidades sociales y comportamiento sexual en adolescentes embarazadas y no embarazadas que acuden al hospital departamental – 2013” tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre las habilidades sociales y la conducta sexual en adolescentes embarazadas y no embarazadas que acuden al Hospital Departamental de Huancavelica - 2013. La

población estuvo conformada por 07 adolescentes embarazadas que acudieron al Consultorio externo de Obstetricia y 14 adolescentes no embarazadas del Servicio Amigable de Adolescentes y Jóvenes que acudieron al Hospital Departamental de Huancavelica en el mes de septiembre del 2013. Los resultados indican que no existe relación entre las habilidades sociales y el comportamiento sexual en adolescentes embarazadas y no embarazadas que acuden al Hospital Departamental de Huancavelica - 2013. Con respecto a las Primeras habilidades, Habilidades Sociales Avanzadas, Habilidades relacionadas con los sentimientos, Habilidades alternativas a la agresión, Habilidades para hacer frente al stress, en la mayoría de adolescentes embarazadas es negativa y en las adolescentes no embarazadas es positiva, a diferencia que solo en las habilidades de planificación ambos grupos en la mayoría de adolescentes presentan habilidades positivas que acuden al Hospital Departamental de Huancavelica - 2013. En relación al comportamiento sexual según el dominio social y el dominio corporal se encuentran sin riesgo la mayoría de adolescentes embarazadas a diferencia que la mayoría de adolescentes no embarazadas se encuentran con riesgo en ambos dominios. En conclusión las habilidades sociales de la mayoría de adolescentes embarazadas son positivas. Las habilidades sociales de la mayoría de adolescentes no embarazadas son negativas. El comportamiento sexual de todas las adolescentes embarazadas se encontraron sin riesgo.

2.2 BASES TEÓRICAS:

2.2.1 Infecciones de Transmisión Sexual:

Son un grupo de infecciones comúnmente llamadas veneras que se transmiten predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS –en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la

hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis–, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal. (Guía Nacional de Consejería en ITS, VIH - SIDA 1998)

Manejo de los pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual:

El manejo de casos de ITS consiste en la atención de una persona que presenta un síndrome asociado a una ITS o una prueba positiva para una o más ITS. El manejo de casos incluye: anamnesis, examen físico, diagnóstico correcto, tratamiento temprano y efectivo, asesoramiento sobre comportamientos sexuales, campaña de promoción y suministro de condones, notificación y tratamiento de la pareja, informe de casos y seguimiento clínico cuando corresponda. Por lo tanto, el manejo efectivo de casos comprende el tratamiento antimicrobiano para obtener la curación y reducir la infectividad, así como el cuidado y la atención integral de la salud reproductiva del paciente.

El manejo de las infecciones de transmisión sexual puede abordarse a través de diferentes enfoques o manejos. Los tres tipos de manejo en general son:

A) Manejo etiológico: el diagnóstico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico.

Ventajas:

- Tratamiento con diagnóstico definitivo
- Ayuda a conocer el comportamiento etiológico de las ITS dentro de una región.

Desventajas:

- Los laboratorios capaces de realizar las pruebas necesarias requieren de equipos sofisticados, insumos costosos y personal altamente capacitado.

- Los lugares de primer nivel de encuentro con el sistema de salud (puestos de salud) no disponen de laboratorio.
- Ayuda a conocer el comportamiento etiológico de las ITS dentro de una región.

Este tipo de manejo ha ocasionado que los pacientes no puedan ser tratados en la primera consulta, necesitando varias visitas de seguimiento para tratar un tratamiento adecuado.

B) El manejo Clínico: El diagnóstico se encuentra basado en la experiencia del examinador y en la elaboración del diagnóstico en base a la historia natural de una ITS.

Muchos médicos consideraban que el examen clínico practicado a sus pacientes era suficiente para obtener un diagnóstico certero, sin embargo, la experiencia ha demostrado que la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico certero de las ITS es pobre. Esto es debido especialmente a la diversidad de los signos y síntomas y a las infecciones mixtas:

Ventajas:

- Precisa de un diagnóstico clínico asociado a un probable agente etiológico.
- Efectiviza insumos y medicamentos al dirigirlos a un solo diagnóstico.

Desventajas:

- Puede existir más de un patógeno asociado a un mismo cuadro clínico.
- Los pacientes tardan en buscar ayuda médica llegando parcialmente tratados o en estadios tardíos más difíciles de diagnosticar.
- Las infecciones secundarias alteran la presencia de las lesiones

Este tipo de tratamiento ha ocasionado que no se trate oportuna y/o adecuadamente a un número importante de ITS, lo que llevare a la aparición de complicaciones, a la diseminación de la

infección hacia las parejas sexuales del infectado y a generar una actitud negativa y de menor aceptación hacia el proveedor de salud.

C) El manejo sindrómico: Es una estrategia utilizada como medida efectiva para diagnóstico y tratamiento de la ITS y es usado para personas con un síntoma de ITS, como propuesta de la OMS, busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos durante la primera consulta haciendo uso de recursos de laboratorio solo cuando estén disponibles, pero sin considerar ni retardar la decisión terapéutica.

Los síndromes de las ITS son fácilmente diagnosticables por esto se usa fluxogramas que guían las decisiones y acciones tomadas frente a una persona con ITS.

Estos fluxogramas integran:

- El reconocimiento del síndrome.
- La decisión de tratamiento
- Los aspectos de información, educación y promoción de la prevención a través de las 4 C: cumplimiento del tratamiento, consejería, tratamiento de los contactos y dotación de condones)

Ventajas:

- Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.
- Permite decisiones y acciones claras y de fácil uso por todos los proveedores de salud.
- Estandariza tratamientos en todos los niveles de atención, garantizando su eficacia con el uso de esquemas de alta efectividad.
- Permite el tratamiento de los pacientes en la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana.
- Combina la educación del paciente con el tratamiento médico.

Desventajas:

- No puede ser usado por personas asintomáticas, condición muy común entre las mujeres.
- No abarca a otras entidades que se presentan con cierta frecuencia (ejemplo: infección por papiloma virus), como tampoco algunos estadios clínicos de la sífilis.

El manejo sindrómico es una estrategia de salud pública, que demuestra ser efectiva para disminuir la transmisión de las ITS comunes y tratables. Adicionalmente en lugares donde el empleo del manejo sindrómico se implementa adecuadamente, es una determinante importante para disminuir la transmisión de VIH. (Norma Técnica de Salud para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú 2009)

Síndromes de las Infecciones de Transmisión Sexual:

Tabla N° 1

Síndromes de Infecciones de Transmisión Sexual

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiología más comunes
Flujo vaginal	Descenso vaginal	Descenso vaginal o flujo vaginal anormal	Vaginitis asociada a: Vaginosis bacteriana, tricomoniasis, candidiasis
Descarga uretral en varón	- pus o secreción por el pene - ardor al orinar	pus o secreción por el pene	Clamidia y gonorrea
Úlcera genital en varón y mujer	Úlcera genital	- úlcera genital - ganglios inguinales palpables	Sífilis, Herpes Chancroide Menos frecuentes: donovanosis, Linfogranuloma venereo
Dolor abdominal bajo	- dolor abdominal bajo - dolor en las relaciones sexuales	- descenso vaginal - dolor a la movilización del cérvix y anexos - temperatura mayor a 38°	Clamidia, gonorrea y anaerobios
Bubón inguinal	ganglios inguinales	Ganglios inguinales	Linfogranuloma

	inflamados dolorosos	y	inflamados acompañados absceso y fistula	de	venéreo Menos frecuente: chancroide
--	-------------------------	---	--	----	---

Nota: Norma Técnica Sanitaria 077- MINSA/DGSP-V01

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

✓ Asesoramiento y enfoques conductuales:

Las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen: educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH; asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos; intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables; y asesoramiento y educación sexual adaptadas a las necesidades de los adolescentes. Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones.

✓ Métodos de barrera:

Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero en el marco de los programas nacionales no se utilizan tan ampliamente como los preservativos masculinos. OMS (2016)

✓ Diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual:

En los países de altos ingresos se utilizan ampliamente pruebas de diagnóstico de ITS muy precisas. Esas pruebas son particularmente útiles para diagnosticar infecciones asintomáticas. Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos las pruebas de diagnóstico generalmente no están disponibles. Cuando lo están, suelen ser

costosas y geográficamente inaccesibles; además, con frecuencia, los pacientes tienen que esperar mucho tiempo (o deben regresar) para recibir los resultados. En consecuencia, el seguimiento puede ser difícil y la atención o el tratamiento pueden quedar incompletos.

Los únicos análisis rápidos y económicos actualmente disponibles en relación con una ITS son los de la sífilis y del VIH. El análisis de la sífilis ya se realiza en algunos entornos de recursos limitados. El análisis es preciso, los resultados se pueden obtener en 15 o 20 minutos, y es posible realizarlo fácilmente con una capacitación básica. Estos análisis rápidos han dado lugar a un aumento del número de embarazadas que se examinan para detectar una posible sífilis. Sin embargo, aún es necesario redoblar esfuerzos en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, a fin de asegurar que todas las embarazadas puedan realizar un análisis de la sífilis.

Con respecto a otras ITS, se están desarrollando algunos análisis rápidos que podrían mejorar el diagnóstico y tratamiento de esas infecciones, especialmente en entornos de recursos limitados. OMS (2016)

2.2.2 LA ADOLESCENCIA:

Según Piaget la adolescencia se desarrolla en la etapa de operaciones formales que consta de dos niveles: Adolescencia temprana y media. Es el inicio de la pubertad, comienza la madurez física y el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal. Se les da mucha importancia a los amigos, se desarrolla una cierta independencia de los padres y los adolescentes pueden estar emocionalmente inestables.

Adolescencia temprana (10 a 14 años):

Se presenta un desarrollo físico evidente, de le da gran interés a la sexualidad. Los adolescentes buscan una identidad, y aceptación. Se presenta el egocentrismo que se enfoca en sus propias ideas.

Características:

Desarrollo físico: Existen cambios más rápidamente, es el inicio de la pubertad, comienza la madurez física, comienza el interés sexual (pensamientos y sentimientos)

Desarrollo cognoscitivo: Se da un cambio gradual a la etapa de las operaciones formales.

Autodesarrollo: Se da una autodefinición e integración, se da la autonomía versus la dependencia se da la fábula personal y la audiencia imaginaria.

Desarrollo social: Se le da más importancia a las relaciones interpersonales (amigos, etc) se desarrolla la independencia de los padres la resistencia a la autoridad.

Desarrollo emocional: Se da la inestabilidad emocional, se incrementa la expresión de las emociones (incluyendo el enojo), las emociones pueden ser abrumados.

Adolescencia Media (15 a 18 años):

- Operaciones formales: Tareas mentales vinculadas con el pensamiento abstracto.
- Razonamiento hipotético-deductivo: Estrategia para solucionar problemas deduciendo sistemáticamente soluciones específicas.
- Egocentrismo del adolescente: Supone que todos los demás comparten los pensamientos, sentimientos y preocupaciones que él tiene.

Características que desarrolla el adolescente según Piaget.

Desarrollo físico: Existe una diferencia notoria entre el desarrollo físico del hombre y la mujer en términos de velocidad, se da un mayor interés por la sexualidad (pensamientos y sentimientos).

Desarrollo cognoscitivo: Continúa el desarrollo de las operaciones formales, se da el pensamiento abstracto, aún existen inconsistencias entre el pensamiento y la conducta.

Auto – desarrollo: Se da la independencia, se busca y se afina la identidad, existen cuestionamientos en general, se desarrolla la autoconfianza.

Desarrollo social: Continúa la socialización y la importancia por las relaciones interpersonales, se da mayor importancia a los amigos más cercanos, existe una mayor sensibilidad social, se busca la autonomía de la familia.

Desarrollo emocional: Hay mayor estabilidad emocional, se depende del pensamiento formal (operacional), existe mayor madurez emocional.

Desarrollo Cognoscitivo del adolescente:

Jean Piaget se inició como biólogo en las primeras décadas del siglo XX. Según Piaget, el desarrollo del ser humano se produce por etapas como resultado de la interacción de los esquemas cognitivos que poseen las personas con el medio.

Dos ideas importantes de su teoría son las siguientes: La interacción con el medio ambiente hace que las personas se desarrollen y adquieran estructuras de pensamiento cada vez más sofisticadas. La inteligencia es la capacidad que le permite al ser humano adaptarse al medio.

Las etapas del desarrollo cognitivo: Jean Piaget describió la evolución del desarrollo cognitivo a través de la sucesión de 4 estadios o etapas desde el nacimiento a la edad adulta. Estos estadios se diferencian cualitativamente entre sí en función de las características estructurales del pensamiento y el tipo de razonamiento que se desarrolla en cada momento. Estas 4 etapas son:

- Sensoriomotora (0-2 años): En la cual los bebés construyen su comprensión del mundo a través de la coordinación de sus experiencias sensoriales y motoras, es decir el niño usa esquemas basados únicamente en los sentidos y en sus capacidades de movimiento. En esta etapa, los bebés progresan

desde la utilización de patrones reflejos de acción a la elaboración de esquemas sensoriomotores complejos y a la utilización de símbolos primitivos. Un logro importante en esta etapa es la conservación de objeto, o sea, la capacidad del niño de darse cuenta que los objetos no desaparecen si no son percibidos por ellos.

- Preoperatoria (2-7 años): en la cual los niños desarrollan su capacidad para representar el mundo a través de las palabras, imágenes y los dibujos, y en la que la capacidad simbólica trasciende de la experiencia inmediata.
- Operacional concreta (7 – 11 años): en la que los niños desarrollan su capacidad para realizar operaciones (acciones interiorizadas que permiten hacer mentalmente lo que antes solo se podía llevar a cabo físicamente) y la aplicación de principios lógicos de razonamiento a problemas concretos.
- Operacional formal (a partir de los 11 años hacia adelante): en la que los sujetos desarrollan la capacidad de abstracción y de hipotetizar aplicando principios más lógicos que en la etapa anterior. (Delval 1996)

Sexualidad en la adolescencia:

La teoría freudiana del desarrollo psicosexual plantea la evolución de la personalidad desde el nacimiento hasta la adolescencia, a través de la muy conocida sucesión de etapas: oral, anal, fálica, de latencia y genital (a partir de los 12 años).

En la adolescencia nos adentramos en la etapa genital en la que los impulsos sexuales requieren satisfacción urgente. Los conflictos edípicos resurgen y se resuelve definitivamente con la elección de objeto sexual. Es común observar a adolescentes "enamorados" de personas adultas en claro desplazamiento del amor al padre o la madre. La tarea primordial del adolescente, será el logro de la primacía genital y la consumación definitiva del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto sexual.

Para Ana Freud el desarrollo de las funciones sexuales tiene una influencia psicológica directa en la personalidad y provoca un desequilibrio psíquico, produciendo en los adolescentes conflictos internos.

Durante el proceso del desarrollo del Superyó, en la etapa de la latencia, el niño asimila los valores y la moral de las personas importantes con las cuales se ha identificado, como por ejemplo su padre. De modo que el miedo al mundo externo se convierte en ansiedad interior producida por el Superyó o conciencia y sentimientos de culpa cada vez que su comportamiento no está de acuerdo a su sentido del bien y del mal.

Por lo tanto, esta ansiedad es la consecuencia de la identificación del sistema de valores morales de los padres y otras personas significativas de autoridad y de la incorporación de esta estructura.

El desequilibrio que producen los cambios de la adolescencia, incrementan las tendencias agresivas, la inclinación por el desorden, la suciedad y el exhibicionismo.

Ana Freud sostiene que en el comienzo de la pubertad aparece un segundo Complejo de Edipo que provoca el mismo miedo a la castración en los varones y envidia del pene en las mujeres, que en el primero.

En este período los impulsos edípicos se pueden llegar a fantasear y la ansiedad del súper yo acciona los mecanismos de defensa del yo que son la represión, la negación y el desplazamiento, que vuelven los impulsos libidinales contra sí mismo, provocando temores, ansiedad y síntomas neuróticos.

Esta condición conduce a comportamientos que van de las gratificaciones sexuales pre genitales perversas y el comportamiento agresivo y hasta criminal, en el caso de triunfar el ello, a los rasgos de ascetismo e intelectualización y la acentuación de síntomas neuróticos e inhibiciones cuando el éxito es del yo.

El ascetismo es debido a la desconfianza del adolescente contra los deseos instintivos que trasciende la sexualidad y llega a la comida, el sueño y la vestimenta. Así como el aumento de intereses intelectuales y la preferencia por intereses abstractos en lugar de concretos.

Ana Freud supone que un equilibrio armonioso entre el ello, el yo y el superyó es posible y lo demuestran la mayoría de los adolescentes normales.

De manera que los factores que influyen en los conflictos de la adolescencia son: las fuerzas de los impulsos instintivos que están determinados por procesos orgánicos; la capacidad del yo para superar esas fuerzas o ceder ante ellas, dependiendo esta disyuntiva del carácter y del Superyó; y la eficacia de los mecanismos de defensa del yo. (Freund 2010)

2.2.3 CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO:

Las conductas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor, o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.

Diferentes autores se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo, debido a que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto. En el caso de los adolescentes, dicha situación se agudiza debido a las condiciones físicas, emocionales y psicológicas de desarrollo y elaboración, que los hacen más vulnerables.

Las relaciones sexuales en la adolescencia:

Según el último informe sobre la epidemia del sida (ONUSIDA, 2002), casi la mitad de las nuevas infecciones se dan en jóvenes entre los 15 y los 24 años. Para poder realizar intervenciones preventivas eficaces, es preciso conocer las variables que originan y mantienen las conductas de riesgo de los adolescentes. En este artículo se revisan las investigaciones sobre conductas sexuales en la adolescencia y se analizan los modelos teóricos más relevantes que explican las conductas de protección ante situaciones de riesgo relacionadas con el sida. Las aportaciones teóricas de estos modelos han de reflejarse en la adecuación de los programas preventivos, que deben incidir en las variables de peso en los comportamientos de salud.

La adolescencia es un período en el que se experimentan importantes cambios a nivel biológico, psicológico y social. Durante esta etapa suele aumentar el interés por el sexo y darse las primeras relaciones sexuales. Para que esta primera relación pueda considerarse saludable, debe cumplir algunos requisitos: anticipada (prevista con antelación), deseada por ambos miembros de la pareja, con protección ante riesgos de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, y disfrutada, resultando gratificante para los dos (Mitchel y Wellings, 1998). Estos autores pidieron a un grupo de jóvenes de 16 a 29 años que les relataran su primera experiencia sexual. Gran parte de ellos reconoció que su primera relación fue totalmente inesperada. En esta línea, Loewenstein y Frustenberg (1991) hallaron que en una muestra de mil personas, el 65% no había previsto su primera relación sexual. Esta circunstancia, que se da también entre los adolescentes españoles (López, 1995), hace muy improbable la adopción de medidas protectoras.

A continuación se describen los principales aspectos que caracterizan las relaciones sexuales en la adolescencia:

- ✓ **Edad de las primeras relaciones:** Como promedio, el primer contacto sexual suele darse en torno a los 16 años. Aunque las chicas alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero. Weinberg, Lottes y Aveline encuentran promedios muy

similares en mujeres y varones europeos, siendo en las primeras la edad media 17,3 años en las mujeres y 17,7 en los varones.

✓ **Conductas sexuales en la adolescencia:**

a) Masturbación: Tanto la autoestimulación, como la masturbación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes se han observado tasas que llegan al 95 %, y cerca de la mitad se masturban con una frecuencia de una o más veces por semana. Dos tercios de los varones la practican frecuentemente, frente a tan sólo un tercio de las mujeres (McCabe y Cummins, 1998; Weinberg, Lottes y Aveline, 1998).

b) Sexo oral: Los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna práctica de sexo oral, llegando al 76 % en los varones y al 66 % en las mujeres (Murphy et al., 1998). Otras investigaciones, sin embargo, muestran que las chicas practican el sexo oral con más frecuencia que los chicos (McCabe y Cummins, 1998).

c) Coito vaginal: Entre el 68 y el 83 % de los jóvenes manifiestan haber mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal (McCabe y Cummings, 1998). Otros estudios indican que entre chicas y chicos sexualmente activos, el 100 % ha tenido alguna relación con penetración vaginal (Murphy et al. 1998).

d) Coito anal: Esta práctica es una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tiene una frecuencia muy variable en función de los estudios. Murphy et al. (1998) encontraron que el 11 % de los adolescentes iniciados sexualmente habían realizado este tipo de relación. Distinguiendo entre sexos, Weinberg, Lottes y Aveline 1998) señalan que entre el 8 y el 12 % de jóvenes varones habían mantenido relaciones con penetración anal, siendo algo más frecuente esta práctica en las mujeres, entre el 11 y el 15 %. Otros estudios refieren porcentajes superiores, hasta del 25 % en mujeres adolescentes (McFarland, 1999).

✓ **Número de parejas sexuales:** Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos

(Founilloux, 1999). La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Se da además la circunstancia de que los jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el preservativo. En nuestro país, los adolescentes entre 15 y 17 años sexualmente activos han tenido entre uno y dos compañeros sexuales como promedio (INJUVE, 2000). Existe diferencia de género en cuanto a la promiscuidad sexual: los chicos suelen tener mayor variedad de parejas que las chicas, llegando en ocasiones a ser el doble (Cerwonka, Isabel y Hansen, 2000; Rotheram-Borus, Marelich y Srinivasan, 1999).

- ✓ **Conocimientos sobre el SIDA:** En una muestra representativa de más de 1500 estudiantes con edades entre 14 y 21 años en Ordoñana. (1995) estudiaron el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH, formas de transmisión y medidas de prevención. Una gran mayoría (80%) pensaba que el agente causante del SIDA era una bacteria. Más de un tercio desconocía la posibilidad de ser seropositivo y no estar enfermo, y más de la mitad pensaban que a una persona infectada se le reconoce por su aspecto. Respecto a las formas de transmisión, casi una tercera parte (32,2%) veía riesgo por convivir con un afectado, y una gran mayoría (94%) opinaba que recibir una transfusión de sangre implicaba un alto riesgo de infección. El 23% pensaba lo mismo de los besos. En cuanto a las medidas de protección, los jóvenes conocían la eficacia del preservativo, ya que era valorado por casi todos los sujetos (91%) como un buen método de prevención. Sin embargo, existían también creencias inexactas al respecto, observándose que cerca de la mitad (40%) pensaba que teniendo únicamente relaciones heterosexuales no existe riesgo de contagio. Estos datos son coincidentes con los hallados en otras investigaciones en población española (Usieto y Sastre, 2002) por lo que se constata que, pese a que los adolescentes están informados acerca del SIDA, mantienen creencias erróneas que pueden exponerles a situaciones de riesgo.

Adquisición y mantenimiento de conductas de protección

Tras analizar algunos aspectos sobre la conducta sexual de los jóvenes, surgen varias cuestiones al respecto: ¿por qué razón los adolescentes se exponen a situaciones que implican riesgo para su salud?, ¿carecen de información?, ¿les falta concientización?, ¿desconocen el riesgo de las relaciones sin protección?, ¿qué elementos obstaculizan la puesta en práctica de las medidas que les protegen de la infección? Se ha tratado de dar respuesta a estos interrogantes desde las diversas aproximaciones teóricas.

Según el modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994) el comportamiento humano se explica a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) los determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta, y c) el ambiente. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes:

- a) Información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección.
- b) Desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas.
- c) Potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo
- d) Apoyo social: fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos. Para que la información resulte eficaz, debe transmitir a los destinatarios la

creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de los comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos.

El modelo de creencias de salud según Becker se enmarca entre las teorías del valor-expectativa, y supone que las conductas de protección están en función de:

- La percepción subjetiva del riesgo que corre el sujeto de contraer una enfermedad.
- La gravedad percibida acerca de la enfermedad: la seriedad que el sujeto le atribuye, incluyendo consecuencias médicas como el dolor y la muerte, y también sociales y económicas.
- Los beneficios esperados por la puesta en práctica de las conductas de protección.
- Las barreras percibidas, o los costes derivados de realizar un comportamiento saludable. Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento, por su costo económico, por lo desagradable de su ejercicio, o por el tiempo requerido. El sujeto sopesa los costos de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que puede obtener.
- Las señales de atención que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas.

Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994) aplican este modelo a la prevención del SIDA, señalando que para que un adolescente adopte

conductas de prevención deben darse cinco elementos: a) que perciba el sida como una enfermedad grave, b) que esté realmente en riesgo o sea susceptible de adquirirlo, c) que conozca los mecanismos de prevención, d) que se encuentre motivado para ponerlos en práctica, y e) que cuente con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección.

El modelo de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) postula que los sujetos tienden a comportarse en función de dos factores: la valoración que realizan de las consecuencias de su comportamiento y las expectativas de obtener esos resultados. Estos dos elementos, junto con la norma subjetiva, conforman una intención conductual, que posteriormente puede dar lugar a realizar una conducta de prevención. Si aplicamos este esquema a la adopción de medidas protectoras frente al SIDA, en primer lugar el adolescente debería evaluar positivamente el uso del preservativo y tener expectativas favorables acerca de los beneficios que su uso le puede reportar. Además, si considera que sus "otros significativos" (amigos y compañeros de su edad), valoran positivamente su uso y a su vez lo utilizan, el adolescente tenderá con mayor probabilidad a emplear el preservativo en sus relaciones sexuales.

La última aproximación teórica que queremos comentar es la propuesta por Green et al. (1980) a través del modelo PRECEDE. El término proviene de la expresión inglesa "Predisposing, reinforcing and enabling causes for educational diagnosis evaluation". El modelo describe las variables que anteceden y suceden a las conductas de salud, agrupándolas en tres apartados: variables predisponentes, facilitadoras y reforzantes.

a) Factores predisponentes: incluyen la información, las actitudes, los valores y las creencias.

b) Factores facilitadores: se refieren a las habilidades para desarrollar los comportamientos preventivos, los recursos (materiales) y accesibilidad a los mismos (por disponibilidad o por factores personales).

c) Factores reforzantes: incluyen las actitudes y conductas presentes en el medio (consecuencias que se obtienen en la familia, la pareja, la escuela etc. por desarrollar las conductas saludables).

2.2.4 ACTITUD:

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (Allport, 1935, en Martín-Baró, 1988).

Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud:

- Es un constructo o variable no observable directamente.
- Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos
- Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción aunque no se debe confundir con ella y también influencia la percepción y el pensamiento
- Es aprendida
- Es perdurable
- Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado o desagrado.

Además, otros dos aspectos que se suelen integrar en los fenómenos actitudinales son: a) su carácter definitorio de la identidad del sujeto; y,

b) el ser juicios evaluativos, sumarios accesibles y archivados en la memoria a largo plazo (Zimbardo y Leippe, 1991).

Teorías Clásicas de la Formación de las Actitudes

Las teorías clásicas de la formación de las actitudes postularon que éstas se aprendían de la misma forma que otras respuestas aprendidas. Se consideraba que las respuestas actitudinales se reforzaban por procesos de condicionamiento clásico e instrumental.

El Condicionamiento Clásico de las Actitudes: El condicionamiento clásico plantea que un estímulo neutral no capaz de elicitar una determinada respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la asociación de éste, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta. Diferentes autores han considerado que la formación de las actitudes podía darse por un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podían afectar a posteriores respuestas de comportamiento. Staats y Staats (1958) presentando a estudiantes el nombre de ciertas nacionalidades acompañadas por adjetivos positivos, negativos o neutros, encontraron que aquellas que habían sido apareadas con adjetivos positivos se evaluaban más favorablemente que las apareadas con adjetivos negativos. Según el condicionamiento clásico, la respuesta actitudinal es debida a la mera asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado. Sin embargo, esta aproximación ha sido criticada ya que no llega a explicar los procesos que median entre la asociación de las respuestas evaluativas con los estímulos incondicionados. Igualmente, algunos investigadores (Insko y Oakes, 1966) criticaron dicha conceptualización aduciendo una explicación en términos de características de la demanda. Es decir, se sugirió que los sujetos se daban cuenta de la relación existente entre los nombres de las nacionalidades y las palabras evaluativas y respondían según a las expectativas del experimentador. En definitiva, las investigaciones desde la perspectiva

del condicionamiento clásico sugieren que nuestras actitudes pueden ser 'teñidas' sin querer por el contexto en que un objeto se ha experimentado, siendo un proceso bastante funcional cuando la relación entre el estímulo y el contexto es estable (Stroebe y Jonas, 1996).

El Condicionamiento Instrumental de las Actitudes: Según el paradigma del condicionamiento instrumental una respuesta que forma parte del repertorio comportamental del sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tenderán a ser repetidas en mayor medida que aquellas que eliciten consecuencias negativas (Stroebe y Jonas, 1996). Un estudio clásico es el de Verplanck (1955) que encontró que el refuerzo verbal a través del reconocimiento diferencial de las opiniones de los sujetos producía una mayor frecuencia de declaraciones de opinión cuando éstas eran reforzadas positivamente. Igualmente, otra serie de autores (Hildum y Brown, 1965; Insko, 1965) demostraron que las actitudes podían modificarse a través del refuerzo diferencial. Por ejemplo, Insko (1965) entrevistó a una serie de estudiantes acerca de un tema de interés. A la mitad de ellos se les reforzó a través de respuestas verbales actitudinales favorables y a la otra mitad con respuestas actitudinales desfavorables. Posteriormente, se pasó a los sujetos un cuestionario para valorar su actitud acerca del asunto fruto de la entrevista y se encontró que, una semana más tarde, los grupos -reforzados diferencialmente diferían en su actitud. Sin embargo, aunque se acepta que el refuerzo verbal puede suscitar un cambio de actitud, una crítica que se establece a este paradigma es que no llega a explicar si estos efectos se dan automáticamente o si, por el contrario, existen diferentes procesos cognitivos que median la relación. En este sentido, Cialdini e Insko (1969) plantean que el refuerzo verbal presenta dos funciones: a) es un indicador de la posición actitudinal del entrevistador; y, b) establece una relación entrevistador-entrevistado.

Psicología Social, Cultura y Educación Comparación entre Actitudes y otros Constructos Representacionales Actitudes y valores.

En su concepción más consensual, podemos considerar la actitud como la evaluación de un objeto social. En este sentido, tanto las actitudes como los valores suponen evaluaciones generales estables de tipo positivo-negativo. A pesar de ello, no se deben confundir ambos constructos. Los valores, a diferencia de las actitudes, son objetivos globales y abstractos que son valorados positivamente y que no tienen referencias ni objetos concretos. Los valores sirven como puntos de decisión y juicio a partir de los cuales el sujeto desarrolla actitudes y creencias específicas. Los valores se tratarían, de alguna forma, de actitudes generalizadas (Garzón y Garcés, 1989).

- Actitudes y opiniones. Existe una cierta similitud entre estos dos constructos si se tiene en cuenta su aspecto cognitivo. Las opiniones son verbalizaciones de actitudes o expresiones directas de acuerdo-desacuerdo sobre temas, que no necesariamente tienen que estar asociadas a actitudes ya desarrolladas. Además, las opiniones son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas.
- Actitudes y creencias. Las creencias son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal. La diferencia entre creencia y actitud reside en que, si bien ambas comparten una dimensión cognitiva, las actitudes son fenómenos esencialmente afectivos.
- Actitudes y hábitos. Tanto las actitudes como los hábitos son fenómenos aprendidos y estables. Los hábitos son patrones de conducta rutinizados generalmente inconscientes. Sin embargo, las actitudes son orientaciones de acción generalmente conscientes. Además, la actitud es un conocimiento de tipo declarativo, es decir, que el sujeto puede verbalizar, lo que

ocurre difícilmente con el hábito que es un conocimiento de tipo procedimental.

La medición de las actitudes:

Entre los diversos procedimientos existentes para medir las actitudes se pueden destacar los auto-informes, la observación de conductas, las reacciones ante estímulos estructurados, el rendimiento objetivo del sujeto y las respuestas fisiológicas. Sin embargo, las medidas dominantes son el auto informes y, dentro de éstas, caben señalar las siguientes escalas:

- La escala de Thurstone: Ésta suele estar formada por unas 20 afirmaciones que intentan representar la dimensión actitudinal a intervalos iguales.
- La escala de Guttman. Aunque su elaboración es sencilla, suele ser de uso y utilidad limitada. Con ella se busca obtener una escala con un orden explícito. Así, esta escala se basa en el porcentaje de aceptación de una respuesta de tipo A hasta E.
- La escala de Likert. A diferencia de la escala Thurstone, la escala de Likert no presupone que haya un intervalo igual entre los niveles de respuesta. Sencillamente se pide a los sujetos que indiquen su grado de acuerdo-desacuerdo con una serie de afirmaciones que abarcan todo el espectro de la actitud.
- El diferencial Semántico. El diferencial semántico de Osgood se ha aplicado a la medición de la dimensión afectiva o evaluativa de la actitud. Éste consiste en una serie de escalas bipolares que vienen definidas por diferentes adjetivos antónimos como por ejemplo: bueno y malo.

2.2.5 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA:

El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual.

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución.

La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental en el ser humano, sobre todo en la adolescencia, debido a que es durante esta etapa que el individuo empieza a fortalecer su identidad sexual y puede tomar decisiones propias en su vida sexual, siendo necesario su reconocimiento como sujeto de derecho y capaz de ejercer su ciudadanía.

Sin embargo a la actualidad se puede evidenciar que el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual se ha ido incrementando en este grupo vulnerable de la población debido a que se han planteado varias estrategias a nivel de salud para lograr empoderar a estos individuos como talleres, horarios diferenciados para adolescentes, sesiones educativas, etc; y poder disminuir los casos de morbilidad por esta patología.

2.2.6 DEFINICIÓN Y FUNCIONES DE LA FAMILIA

Según Nervi, R. y Condori, W. (2007): La familia es el sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo

cualquiera de su vida, sino el formado de sus faces evolutivas cruciales (neonatal, infancia y adolescente (p. 38)).

Conceptualización del término Familia: Se dice que: "La familia es un sistema social integrado por personas de diferente sexo y edad que tienen una relación de parentesco por consanguinidad o por afinidad y cuyo propósito es la convivencia prolongada y la realización de actividades cotidianas estrechamente relacionadas con la reproducción social: reproducción biológica o más precisamente bio-social, mantenimiento cotidiano de las personas, reposición de la fuerza de trabajo, socialización primaria de niños y jóvenes y en general con la reproducción cultural." (Sandin 1995 en Prado, R. y Del Águila, M. 2004)).

Según la socióloga Minerva D. (1991) "se entiende operacionalmente a la familia como "toda convivencia bajo el mismo techo con ánimo de permanencia y ámbito de privacidad, sin considerar sexo, identidad, edad o parentesco legal".

Entendemos que los seres humanos se integran a la sociedad y participa de ella para bien o para mal, esto va a depender de cómo haya sido su socialización que en una primera etapa se desarrolla generalmente en el medio familiar.

Para Minuchin S. (1999), la familia es un grupo social natural, el cual constituye un factor significativo en el proceso del desarrollo de la mente humana, la información y actitudes son asimiladas y almacenadas, convirtiéndose en la forma de acercamiento de una persona al contexto con el que interactúa, Minuchin afirma que este grupo social llamado familia determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia.

La familia vista desde una perspectiva sistémica es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema que es la sociedad. Cada miembro de este sistema posee roles que varían en el tiempo y que depende de la edad,

el sexo y la interacción con los otros miembros familiares, por tanto, las influencias dentro de la familia no son unidireccionales sino que son una red donde todos los integrantes de la familia influyen sobre los otros integrantes de la misma familia.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia (Herrera, 1997). Así los problemas que se suscitan en ella no serán vistos de una manera lineal (causa-efecto), sino que dichos problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El mismo autor continua diciendo que: “el funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa (Pacheres, 2008).

La familia se caracteriza porque las relaciones que se dan en su seno deben tener un carácter estable y favorecer un compromiso físico y afectivo entre sus miembros, que conforma la funcionalidad familiar. Un ambiente familiar positivo favorece la transmisión de valores y normas sociales a los hijos, así como el sentimiento de seguridad y confianza en sí mismos.

Aunque no es fácil definir lo que es el funcionamiento familiar, sí lo es entender lo que queremos decir cuando nos referimos a él. Todos hemos tenido la oportunidad de captar como es el ambiente de una familia, hemos vivido la nuestra y hemos compartido algunos ratos con otras familias.

El funcionamiento es, pues, el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducidas en algo que proporciona emoción. A su vez la funcionalidad se enrarece o mejora en la medida en que se establecen relaciones entre los miembros de una familia.

Entre las dimensiones de funcionamiento familiar que más directamente se relacionan con la conducta antisocial encontramos el

grado de disfunción familiar que determinan, en gran medida, el resto del ambiente familiar, como las relaciones que se dan en el seno de la familia, la estabilidad de normas y criterios de conducta, o el grado en que se favorece el correcto desarrollo de los hijos (fomentando su autonomía, el interés por actividades intelectuales, culturales, sociales, recreativas y su desarrollo moral).

Funciones de la familia

"El concepto de función familiar abarca: las actividades que realiza la familia, las relaciones sociales que establece en la ejecución de esas actividades y, en un segundo nivel de análisis, comprende los aportes (o efectos) que de ellos resultan para las personas y para la sociedad" (Minuchin 1999). Este concepto nos habla de relaciones sociales, de actividades, de aportes o efectos que la familia lleva a cabo durante el proceso de socialización de un niño.

En relación a estos dos objetivos podemos hablar de las siguientes cuatro funciones:

Función bio-social: comprende la realización de la necesidad de procrear hijos y vivir con ellos en familia.

Función cultural: comprende aquella parte de los procesos de reproducción cultural y espiritual de la sociedad que transcurren dentro de la familia, particularmente los relacionados con los valores sociales que transmite la familia y las actividades de tiempo libre que transcurren en el hogar o aquellos que los integrantes disfrutan en grupo fuera del hogar.

Función socializadora: esta función, no solo se inscribe dentro de la función cultural. Ella no resulta sólo de actividades propiamente "educativas" (dirigidas conscientemente a formar, disciplinar o educar), sino del conjunto de las actividades y relaciones propias de todas las funciones distinguidas y de los efectos que pueden atribuírsele en términos de la formación de la personalidad de los niños y jóvenes"

Función económica: se realiza a través de la convivencia en un hogar común y la administración de la economía doméstica. Para el cumplimiento de esta función resulta central la variada gama de

actividades que se realizan en el hogar, dirigidas al mantenimiento de la familia y que corrientemente se denominan "trabajo doméstico", cuyo aporte es fundamental para asegurar la existencia física y desarrollo de sus miembros, muy especialmente la reposición de la fuerza de trabajo" (Minuchiin 1999)

De acuerdo al tipo de familia en que está inserto un niño será la forma en que se cumplan estas funciones y tenemos claro que no siempre son cumplidas por los padres de familia. La función bio-social claramente solo es cumplida por los procreadores de un niño, teniendo en cuenta que no necesariamente puede llevarla a cabo la madre y padre ya que son tema de siempre los incestos dentro de las familias.

Características y estructura de la familia peruana

Las familias peruanas se caracterizan por tener una peculiar forma de enfrentar y soportar las diversas crisis, desarrollando iniciativas de sobrevivencia y propiciando estrategias de empleo e ingresos, además han tenido que enfrentar la violencia de distintos tipos (económicos y sociales). En esta lucha cotidiana y heroica, las familias peruanas tuvieron y tienen un gran papel tanto social como económico. Han creado un futuro para los niños y niñas, se han multiplicado en la creación de empleos y han iniciado un éxodo de progreso dentro y fuera del país. Las familias están contribuyendo a su desarrollo con mucho más de lo que hace el Estado con sus programas sociales, o lo que aporta toda la cooperación internacional que llega al país.

Según Muñoz (2004), la mayoría de las familias pobres no están pasivas. Son parte de una sociedad civil pobre, pero activa. Están desarrollando iniciativas de resistencia y estrategias contra la pobreza. Buscan el progreso, el desarrollo por vías individuales y/o colectivas. Tardan varios años, pero avanzan económicamente y logran algunas victorias parciales. Y así, muchas familias logran pasar el umbral o varilla de la pobreza y mejoran sus ingresos y parte de sus condiciones de vida. Muestra de esto son los millones de personas que se han ubicado en la esfera del autoempleo. Este autoempleo, lo mismo que los cientos de miles de microempresas urbanas, son básicamente

empresarios familiares y en muchos casos las conductoras son las mujeres.

La estructura de la familia peruana aún se basa en el patriarcado, en donde el varón es el jefe y protector de la familia, pero esto, está cambiando y en muchos casos la jefa del hogar es una mujer.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (INEI, 2008) el 76,9% de los hogares es conducido por un varón y un 23,1% por una mujer y el promedio de miembros del hogar es de 4,1%, en donde la edad promedio del jefe(a) del hogar es de 49,8%. Según esta encuesta los tipos de hogares son: a) unipersonal o monoparental 10,1%, b) nuclear 60,1%, c) extendido 21,6%, d) compuesto 3,7%, e) sin núcleo 4,5%.

Los modelos actuales de la interacción familiar

De manera muy resumida trataremos aquí de mencionar la clasificación de los modelos de interacción familiar hecha por Nardone, Giannotti y Rocchi, (2005).

- **Familia hiper protector**, este tipo de familias ejercen una protección desmedida sobre los hijos, los cuales son considerados frágiles para realizar determinada labor o actividad.
- **La familia democrático-permisivo**, en este modelo padre e hijo son amigos, existe la falta de autoridad. No se delimitan las funciones.
- **La familia sacrificante**, en este modelo de familias, los padres se sacrifican constantemente por dar el máximo a los hijos y viceversa, o el sacrificio te hace bueno.
- **La familia intermitente**, los miembros de la familia oscilan de un modelo al otro.
- **La familia delegante**, los padres delegan a los demás su papel de guía o no cuentas conmigo.

- **La familia autoritaria**, los padres ejercen el poder en forma decidida y rígida, o el más fuerte es el que manda.

Tipos de familia según su estructura

En líneas anteriores, se hizo referencia que la familia mantiene una estructura, ante ello Garrido (1995; véase en Pisfil) clasifica a la familia de la siguiente manera:

A.- Familia nuclear

También llamada básica o simple; se utiliza para designar a un grupo formado por un núcleo de forma aislada, sino que pueda formar partes de grupos más amplios.

B.- Familia extensa

Se caracteriza por incluir a varias generaciones; incluye la familia nuclear, los abuelos, los bisabuelos, tíos, etc.

1.- Familia multigeneracional: Está formada por al menos tres generaciones, conviviendo bajo la autoridad del abuelo; los hijos de éste cohabitan en la misma casa con sus esposas y sus respectivos hijos.

2.- Familia multinuclear: Comprende dos generaciones viviendo en la casa, la generación de los hermanos, que a la muerte del padre heredan un patrimonio indivisible del que viven todos juntos con sus respectivas esposas e hijos.

3.- Familia conjunta: Se da cuando dos o más parientes por línea directa y del mismo sexo, junto con sus cónyuges y descendientes, comparten una misma vivienda y están sujetos a una misma autoridad o cabeza de familia. Este tipo de familias no es un simple agregado de familias nucleares. Ya que se da y mantiene

porque realizan actividades más amplias que pueda desarrollar una familia nuclear.

4- Familia tronco: Trigeneracional compuesta por los padres, propietarios de la casa, el primogénito que hereda la hacienda, su esposa e hijos, así como los hermanos menores ni casados. El patriarca conserva la autoridad aun cuando el primogénito se haga cargo de la administración de la hacienda.

C.- Familia poligámica

Se refiere a que un marido pueda tener (según cada norma del país), más de una esposa o concubinas legales dentro del hogar. Mientras que la familia poliándrica es aquella en la que una sola mujer puede desposarse con varios maridos.

D.- Familia monoparentales

Puede tener varios orígenes, ya sea el divorcio o separación, la viudez y la soltería del padre o madre; se ha descrito bastante sobre las carencias que padecen, en las que destacan los problemas económicos, el excesivo apego de las madres con sus hijos debido a que se convierten en su soporte emocional, la falta de disciplina, etc. Por otro lado las familias monoparentales se ven sometidas a más estrés con menos apoyo debido que solo una adulto es el que hace frente a todas las dificultades, por ello es necesario destacar que las familias con ambos padres enfrentados en peleas interminables o con padres ausentes pueden ser más problemáticos.

E.- Familia reconstituida

Es la formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior, descartando modelos familiares en los que pueda haber hijos de varias relaciones, si no hay también dos adultos, como podría suceder en algunos casos de familias monoparentales.

F.- Familia equivalente

Es la conformada por individuos que conviven en un mismo hogar sin ser un núcleo familiar tradicional como un grupo de amigos que viven juntos, vivir solo con los abuelos, tíos, un grupo de religiosos, etc.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

- **Infección de transmisión sexual (ITS):** Las ITS son infecciones que se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS –en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis–, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto. Pueden dar lugar a enfermedades crónicas, SIDA, complicaciones durante el embarazo, infertilidad, cáncer cervicouterino y muerte (OMS 2016).
- **Actitud:** Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden (Floyd 2016).
- **Conducta:** Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales. (Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales 1997).
- **Síndrome:** Es un cuadro clínico sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus propias características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de signos y síntomas (datos semiológicos), que ocurren en tiempo y forma con variadas causas o etiología. (Diccionario de la lengua española 2014)
- **Síntomas:** Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad. (Mosby 2003).
- **Signo:** Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observadas en la exploración médica, es decir, el examen físico del paciente, a diferencia de los síntomas que son elementos subjetivos

(señales percibidas únicamente por el paciente como el dolor, la debilidad, el mareo, etc.)

- **Adolescencia:** La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 12 y 17 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 17 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. (Dirección corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud 2013).
- **Conductas sexuales de riesgo:** Son los factores que ponen en riesgo la sexualidad de un individuo (Comportamiento sexual de alto riesgo 2012).
- **Riesgo:** Es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro. (Diccionario de la Real Academia Española 2015).
- **Sexualidad:** Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. (Mosby 2010).
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. (Mosby 2010).
- **Conocimiento:** El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados por si solos, poseen un menor valor cualitativo. (Diccionario de la Real Academia Española 2015).
- **Nivel:** Altura que alcanza algo o grado en que se sitúa respecto a una escala. (Diccionario de la Real Academia Española 2015).
- **Familia:** Grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos), que convive y tiene un proyecto

de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen. (Diccionario de la Real Academia Española 2015).

- **Tipo de familia:** Es la denominación que se le da a una familia según una determinada característica; estructura, religión, etc. (Psicología de la familia 2008).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO:

El tipo de investigación es descriptiva, observacional de corte transeccional; porque trata de describir para medir la relación de dos variables el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.58).

Según Fernández, Hernández y Baptista (2010) “las investigaciones transeccionales miden las variables de estudio en un solo momento.

Por lo tanto, la presente investigación es de tipo descriptivo de corte transeccional porque busca describir los fenómenos a decir de los sujetos analizados y evalúa las variables del estudio de los niveles de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en un solo momento para poder describirlos e interpretarlos de acuerdo a las dimensiones.

3.2 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

El diseño de la presente investigación es no experimental, correlacional, comparativa.

“El diseño es no experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.58).

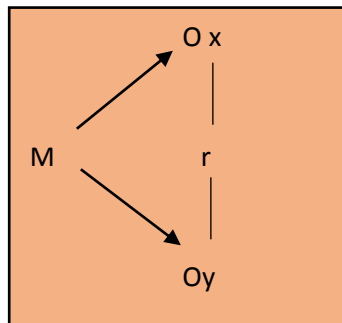
Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “Los estudios de alcance correlacional tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular”.

Según Sánchez Carlessi y Reyes (2008) nos indica que el tipo de estudio comparativa parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples, esto es, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta comparación en los datos generales o en una categoría de ellos

Por lo tanto, la presente investigación tiene el diseño no experimental, correlacional, comparativa por estar orientada a mostrar o examinar las relaciones entre las variables nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo, no manipula las variables y trata de comparar la relación que existe entre los conocimientos y las actitudes en función a la edad, sexo, año escolar y tipo de familia.

Esquema de la investigación:

Correlacional:



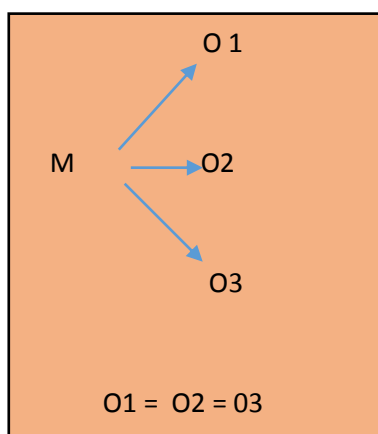
Dónde:

M = Unidad de análisis o muestra de estudio.

Ox = Variable nivel de conocimiento sobre las infecciones de Transmisión Sexual.

Oy = Variable actitud hacia las conductas sexuales de riesgo.

r = coeficiente de correlación.

Comparativa:**Dónde:**

M = Unidad de análisis o muestra de estudio.

O1, O2 y O3 = Información obtenida

O1 = O2 = O3 = Comparaciones que se llevan a cabo en cada

Categoría, puede ser $=$ (igual) \neq (diferente) o

~ semejante

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO:**3.3.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

La población objeto de estudio está conformada por 94 adolescentes del distrito de Huayllahuara – 2017.

No se realizó el cálculo del tamaño muestral ya que se consideró toda la población para el estudio realizando un muestreo censal a todas las adolescentes de 12 a 17 años del distrito de Huayllahuara.

En vista que la población es pequeña se tomara toda la población para el estudio. Según López (2008) “la muestra censal es aquella que está conformada por toda la población en caso esta sea pequeña”

Criterios de inclusión:

- Adolescentes con edades comprendidas de 12 a 17 años.
- Adolescentes que estudian en la Institución Educativa Secundaria San Francisco.

- Adolescentes que sus padres firmen el consentimiento informado para participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no estudian en la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Huayllahuara.
- Adolescentes con problemas mentales que limitan la información.
- Adolescentes que no tengan el consentimiento para participar en el presente estudio.

Características de la muestra de estudio

En la tabla 2 se describe la distribución de los participantes según datos descriptivos por edades, reportándose que la edad mínima es de 12 años y la edad máxima es de 17 años; con una media de 14.60 y una desviación estándar de 1.519.

Tabla 2

Datos Descriptivos de la muestra por edades

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Distribución por edades	94	12	17	14,60	1,519
N válido (por lista)	94				

En la tabla 3 y la figura 1 se describe y representa la distribución de los participantes por edades, reportándose que el 12.8% tiene 12 años; el 10.6% tienen 13 años; el 22.3% tienen 14 años; el 24.5% tienen 15 años; el 18.1% tienen 16 años y el 11.7% tienen 17 años de edad.

Tabla 3

Distribución por edades en frecuencia y porcentajes

Distribución por edades	Frecuencia	Porcentaje
12	12	12,8
13	10	10,6
14	21	22,3
15	23	24,5
16	17	18,1
17	11	11,7
Total	94	100,0

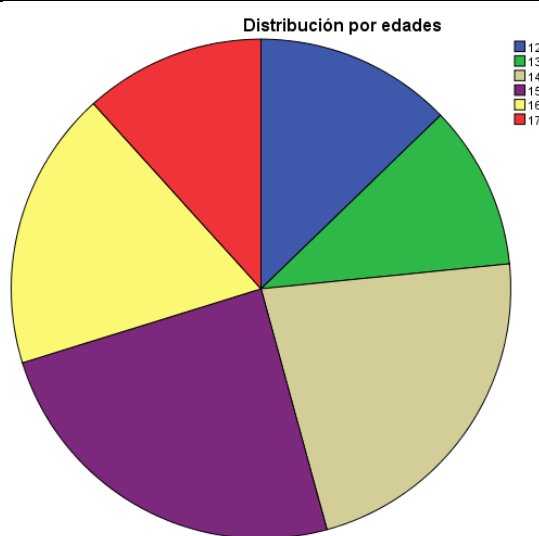


Figura 1: Representación de la Distribución por edades en porcentajes

En la tabla 4 y la figura 2 se describen y representa la distribución de los participantes según el sexo, reportándose que el 43.6% pertenecen al sexo masculino y que el 56.4% pertenecen al sexo femenino.

Tabla 4

Distribución por sexo

Distribución por sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	41	43,6
Femenino	53	56,4
Total	94	100,0

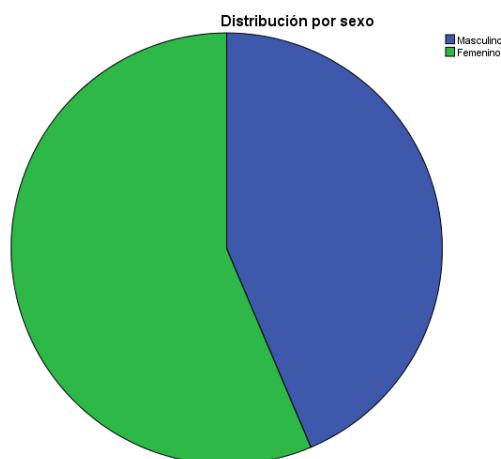


Figura 2: Representación de la distribución por sexo

En la tabla 5 y la figura 3 se describe y representa la distribución de los participantes por año escolar, reportándose que el 24.5% de los escolares están cursando el 1er año de secundaria; el 19.1% de los escolares cursan el 2do año; el 21.3% curan el 3er año; el 17% cursan el 4to año y el 18.1% cursan el 5to año de secundaria.

Tabla 5

Distribución por año escolar

Distribución por año escolar	Frecuencia	Porcentaje
Primer año secundaria	23	24,5
Segundo año secundaria	18	19,1
Tercer año de secundaria	20	21,3
Cuarto año de secundaria	16	17,0
Quinto año de secundaria	17	18,1
Total	94	100,0

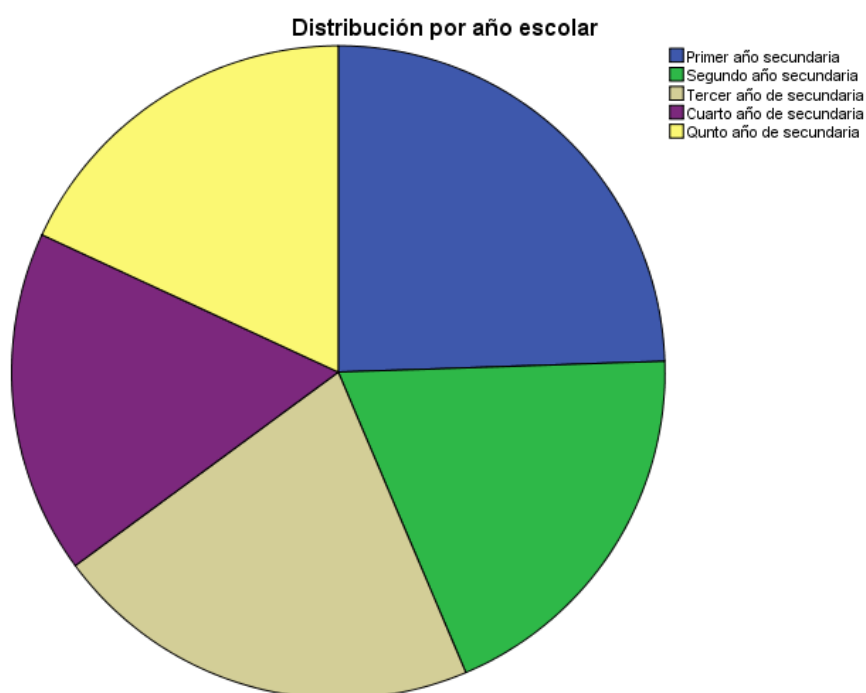


Figura 3: Representación de la distribución por año escolar

En la tabla 6 y la figura 4 se describe y representa la distribución de los participantes según el tipo de familia, reportándose que el 53.2% pertenecen al tipo de familia nuclear, el 29.8% pertenecen al tipo de familia monoparental; el 11.7% pertenecen al tipo de familia extendida; el 3.2% pertenecen al tipo de familia equivalente y el 2.1% de los escolares pertenecen al tipo de familia extendida incompleta.

Tabla 6

Distribución por tipo de familia

Distribución por tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Familia nuclear	50	53,2
Familia monoparental	28	29,8
Familia extendida	11	11,7
Familia equivalente	3	3,2
Familia extendida incompleta	2	2,1
Total	94	100,0

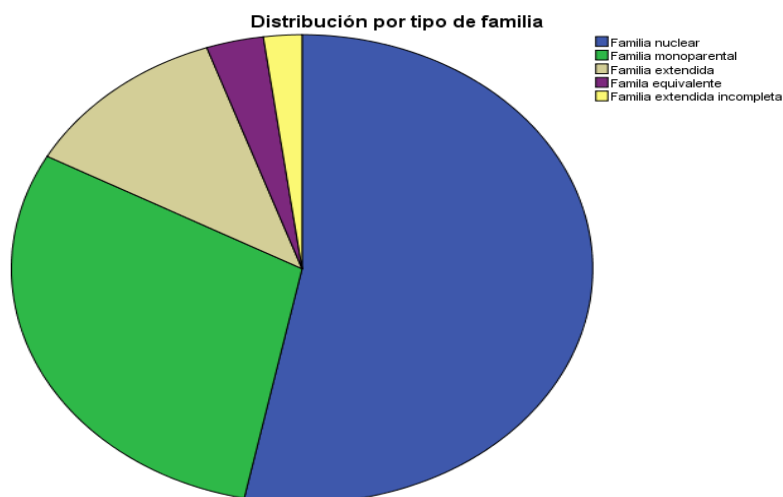


Figura 4: Representación de la distribución por tipo de familia

3.4 DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Instrumento 1: El cuestionario tiene como objetivo determinar el nivel el nivel de conocimientos acerca de las ITS en adolescentes del distrito de Huayllahuara, el cual está dividido en 4 partes: La introducción, el instructivo del cuestionario, datos generales y los datos específicos por medio de ítems cerrados (politómicos) que contienen definición de ITS, agente causal, formas de contagio, signos y síntomas de las ITS, Medidas de protección para evitar una ITS y uso de preservativo, siendo un total de 13 preguntas. Cada pregunta correcta valdrá 2 puntos, mientras que la pregunta incorrecta valdrá 0 puntos. Para las dimensiones se considerara 5 escalas de medición: nivel deficiente de conocimientos, nivel bajo de conocimientos, nivel promedio de conocimientos, nivel alto de conocimientos y nivel excelente de conocimientos.

La validez fue determinada a través de juicios de expertos y la confiabilidad a través del método alfa de Crombach, donde se establece que para las estimaciones encontradas sobrepasan el valor Alpha de 0.70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los

instrumentos de obtención de datos. Por lo tanto, el cuestionario es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de 0.742.

Niveles diagnósticos de los instrumentos

Escala de conocimientos

1	0 – 5.2	Nivel deficiente de conocimientos
2	6 – 10.4	Nivel bajo de conocimientos
3	11 – 15.6	Nivel promedio de conocimientos
4	16 – 20.8	Nivel alto de conocimientos
5	21 – 26	Nivel excelente de conocimientos

Instrumento 2: La escala de Licker es un test de actitud de Lickert modificada cuyo objetivo es determinar el tipo de actitudes que tienen los adolescentes frente a conductas sexuales de riesgo, la escala de Lickert está dividido en 2 partes: El instructivo, una lista de 16 enunciados con seis niveles de intensidad de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ligeramente de acuerdo, ligeramente desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Cada nivel tendrá un puntaje de 5, 4, 2, 3, 1 y 0 a los seis niveles, totalmente de acuerdo, de acuerdo, ligeramente de acuerdo, ligeramente desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo; respectivamente en caso de ser una proposición con una conducta positiva mientras que si es una conducta negativa el puntaje será en inversa.

La validez fue determinada a través de juicios de expertos y la confiabilidad a través del método alfa de Crombach donde las estimaciones encontradas sobrepasan el valor Alpha de 0.70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los instrumentos de obtención de datos. Por lo tanto, la escala de actitudes es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de 0.816.

Escala de actitudes

1	0 – 13.3	Actitudes totalmente negativas (desfavorables)
2	14 – 26.6	Actitudes regularmente negativas (desfavorables)
3	27 – 39.9	Actitudes levemente negativas (desfavorables)

4	40 – 53.2	Actitudes levemente positivas (favorables)
5	54 – 66.5	Actitudes regularmente positivas (favorables)
6	67 – 80	Actitudes totalmente positivas (favorables)

3.5 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCEDIMIENTOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS:

Técnica de recojo de datos: Las técnicas para la recolección de datos fueron la encuesta y la psicometría.

Según Tamayo y Tamayo (2008: 24), la encuesta “es aquella que permite dar respuestas a problemas en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida sistemática de información según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida”. La encuesta nos dará respuesta a la variable nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual.

La psicometría es una técnica que permite evaluar la psiquis de un individuo y plasmar los resultados mediante un valor numérico. Mediante el test de Lickert que es una técnica psicométrica nos permitirá evaluar las actitudes de los adolescentes hacia las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.

Tabla 7

Técnicas e instrumento de recolección de datos

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
V1: Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual	Encuesta	Cuestionario
V2: Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo	Psicometría	Test de Lickert

Nota: elaboración propia

3.5.2 Procedimientos y presentación de datos:

- Se coordinó con el director de la Institución Educativa de educación Secundaria San Francisco y con los docentes

para dar a conocer el estudio a desarrollar y el aporte que con ello contribuirá en mejora de la salud de los adolescentes del distrito de Huayllahuara.

- Se solicitó el consentimiento informado de los padres de los adolescentes del distrito de Huayllahuara para participar en el estudio.
- Se aplicó previamente los instrumentos de recolección para validarlos.
- Se empleó la encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del distrito de Huayllahuara.
- Se empleó el test de Likert para evaluar la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del distrito de Huayllahuara
- Los datos se recogieron teniendo en cuenta el control de calidad de la información.

3.5.3 Análisis e interpretación de datos:

- Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva.
- Para realizar el análisis inferencial se utilizaron pruebas no paramétricas como chi cuadrado, correlación y otras
- Los resultados se presentan en tablas, cuadros y/o gráficos respectivos aplicando la estadística y el Software del SPSS versión 22.
- La información recogida fue ingresada a una base de datos preparada específicamente para la investigación.
- El análisis de resultados cuantitativos se realizó haciendo uso de la técnica estadística: distribución de frecuencias, etc.

Consideraciones Éticas:

Los procedimientos que se realizaron en la investigación no atentaron contra la dignidad y confidencialidad de los adolescentes.

Sus objetivos y resultados son transparentes y abiertos a las comisiones de ética y supervisión. En todo momento de la investigación se tomó en cuenta la práctica de los siguientes valores éticos:

- ❖ **Respeto a la autonomía:** El respeto a la autonomía considera que los participantes tienen derecho a decidir voluntariamente si participan o no en el estudio sin el riesgo de exponerse a represalias o un trato precipitado.
Además tiene derecho a ser informado y tomar voluntariamente la decisión de participar en dicho estudio lo cual implica que el investigador describa detalladamente la naturaleza del mismo.
- ❖ **Consentimiento informado:** Cuando los participantes del estudio se encuentran debidamente informados acerca de la naturaleza de éste y de los costos y beneficios potenciales que entrañan podrán tomar la decisión razonada sobre su participación o no.
- ❖ **Respeto a la privacidad:** Respeto a la privacidad a través del anonimato donde los datos recolectados serán utilizados sólo para la finalidad del estudio.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis exploratorio de las variables

En la Tabla 8, se presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), donde las variables presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) no es significativo ($p > 0.05$) para las variables, en consecuencia, es pertinente emplear pruebas paramétricas en los análisis de datos.

Tabla 8

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		Puntaje total de conocimientos	Puntaje total de actitudes
N		94	94
Parámetros normales ^{a,b}	Media	9,47	48,50
	Desviación estándar	5,689	14,680
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,105	0,078
	Positivo	0,105	0,056
	Negativo	-0,076	-0,078
Estadístico de prueba		0,081	0,083
Sig. asintótica (bilateral)		0,112^c	0,109^d

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Decisión estadística: Los valores no son significativos ($p > 0.05$).

Por lo tanto, se aplica pruebas paramétricas en el análisis de los datos

4.2 Medidas psicométricas (objetivo específico 1)

A. Confiabilidad de los instrumentos

- Cuestionario de conocimientos

En la tabla 9 se describen las estimaciones de confiabilidad realizadas a través del estadístico inferencial Alfa de Crombach, donde se establece que para el cuestionario de conocimientos, las estimaciones encontradas sobrepasan el valor Alpha de 0.70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los instrumentos de obtención de datos. Por lo tanto, el cuestionario es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de 0.742

Tabla 9

Confiabilidad del cuestionario de conocimientos

Resumen de procesamiento de casos				
	N	%		
Válido	94	100,0		
Excluido ^a	0	,0		
Total	94	100,0		
Estadísticas de fiabilidad				
Alfa de Cronbach		N de elementos		
0,742		13		
Estadísticas de elemento				
	Media	Desviación estándar	N	
co1	,89	1,000	94	
co2	1,09	1,002	94	
co3	,30	,716	94	
co4	,68	,953	94	
co5	,72	,966	94	
co6	,94	1,003	94	
co7	,02	,206	94	
co8	,77	,977	94	
co9	,74	,972	94	
co10	,43	,823	94	
co11	1,26	,972	94	
co12	,38	,791	94	
co13	1,34	,945	94	
Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
co1	8,66	25,668	,638	,689
co2	8,47	27,736	,416	,719
co3	9,26	31,396	,152	,746
co4	8,87	31,962	,024	,765

co5	8,83	29,455	,262	,739
co6	8,62	26,497	,545	,702
co7	9,53	32,983	,045	,747
co8	8,79	26,513	,563	,700
co9	8,81	28,931	,311	,733
co10	9,13	27,661	,554	,706
co11	8,30	28,469	,358	,727
co12	9,17	29,799	,313	,731
co13	8,21	27,825	,442	,716

▪ **Escala de actitudes**

En la tabla 10, se describen las estimaciones de confiabilidad realizadas a través del estadístico inferencial Alpha de Crombach, donde las estimaciones encontradas sobrepasan el valor Alpha de 0.70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los instrumentos de obtención de datos. Por lo tanto, la escala de actitudes es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de 0.816

Tabla 10

Confiabilidad de la escala de actitudes

Resumen de procesamiento de casos		
	N	%
Válido	94	100,0
Excluido	0	,0
Total	94	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,816	16

Estadísticas de elemento			
	Media	Desviación estándar	N
ac1	3,83	1,528	94
ac2	2,84	1,674	94
ac3	3,68	1,621	94
ac4	3,19	1,774	94
ac5	3,39	1,497	94
ac6	2,59	1,548	94
ac7	3,24	1,733	94
ac8	2,55	1,644	94
ac9	3,21	1,606	94
ac10	2,22	1,862	94
ac11	3,59	1,394	94
ac12	3,71	1,325	94
ac13	3,52	1,508	94
ac14	3,38	1,518	94
ac15	2,81	1,648	94
ac16	2,28	1,681	94

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ac1	46,21	157,116	,405	,807
ac2	47,20	163,475	,203	,820
ac3	46,36	147,438	,632	,792
ac4	46,85	150,429	,492	,801
ac5	46,65	159,306	,355	,810
ac6	47,46	165,907	,167	,821
ac7	46,80	148,980	,543	,797
ac8	47,49	157,005	,370	,809
ac9	46,83	153,799	,467	,803
ac10	47,82	159,376	,258	,818
ac11	46,46	155,047	,518	,801
ac12	46,33	156,137	,516	,801
ac13	46,52	150,983	,586	,796
ac14	46,66	148,464	,654	,791
ac15	47,23	159,622	,303	,814
ac16	47,77	157,558	,346	,811

B. Validez de constructo

▪ Cuestionario de conocimientos

Para el análisis de los resultados se utilizó la validez de constructo por el método de análisis factorial. Este método tiene por objetivo estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. De este modo, se verifica que el instrumento mida lo que dice medir. Como se puede observar en la Tabla 11 todos los Coeficientes de Correlación de Pearson (r) son fuertes y muy significativas ($p < 0.01$), como se podrá observar están en un rango de valor $r = 0.273$ a un valor $r = 0.728$ y que su nivel de significancia es altamente significativo, dado que los valores de p son < 0.01 . Estos valores reportados en la tabla 11 confirman que el cuestionario de conocimientos presenta validez de constructo, dado que existe una fuerte correspondencia entre cada ítem con el valor del constructo (cuestionario total de conocimientos).

Tabla 11

Análisis de ítems de la escala de conocimientos

N°	R	P	N°	R	P	N°	r	P
1	0.728**	0.000	6	0.669**	0.000	11	0.490**	0.000
2	0.549**	0.000	7	0.383**	0.000	12	0.447**	0.000
3	0.283**	0.006	8	0.670**	0.000	13	0.577**	0.000
4	0.273**	0.009	9	0.470**	0.000			
5	0.401**	0.000	10	0.636**	0.000			

- **Escala de actitudes**

Para el análisis de los resultados se utilizó la validez de constructo por el método de análisis factorial. Este método tiene por objetivo estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. De este modo, se verifica que el instrumento mida lo que dice medir. Como se puede observar en la Tabla 12 todos los Coeficientes de Correlación de Pearson (r) son fuertes y muy significativas ($p < 0.01$), como se podrá observar están en un rango de valor $r = 0.280$ a un valor $r = 0.715$ y que su nivel de significancia es altamente significativo, dado que los valores de p son < 0.01 . Estos valores reportados en la tabla 12 confirman que la escala de actitudes presenta validez de constructo, dado que existe una fuerte correspondencia entre cada ítem con el valor del constructo (Escala total de actitudes).

Tabla 12

Análisis de ítems de la escala de actitudes

N°	R	P	N°	R	p	N°	r	P
1	0.496**	0.000	7	0.623**	0.000	13	0.650**	0.000
2	0.325**	0.000	8	0.462**	0.000	14	0.715**	0.000
3	0.708**	0.000	9	0.529**	0.000	15	0.404**	0.000
4	0.565**	0.000	10	0.375**	0.000	16	0.454**	0.000

5	0.459**	0.000	11	0.590**	0.000			
6	0.280**	0.006	12	0.587**	0.000			

4.3 Descripción por niveles de las escalas

A. Escala de conocimientos (objetivo específico 1)

En la tabla 13 y la figura 5, se describen y representan la distribución de la muestra por niveles en el cuestionario de conocimientos. Se pueden reportar que el 25.5% de escolares presentan un nivel deficiente de conocimientos; el 34% presentan un nivel bajo de conocimientos; el 23.4% presentan un nivel promedio de conocimientos; el 14.9% presentan un nivel alto de conocimientos y el 2.1% presentan un nivel excelente de conocimientos. Resumiendo, el 59.5% de los escolares presentan niveles de conocimientos que están por debajo del promedio a diferencia del 17% de los escolares que presentan niveles de conocimientos que son superiores al promedio.

Tabla 13

Distribución por niveles en el cuestionario de conocimientos

Niveles de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
0 - 5.2 Nivel deficiente conocimientos	24	25,5
6 - 10.4 Nivel bajo de conocimientos	32	34,0
11 - 15.6 Nivel promedio de conocimientos	22	23,4
16 - 20.8 Nivel alto de conocimientos	14	14,9
21 - 26 Nivel excelente de conocimientos	2	2,1
Total	94	100,0

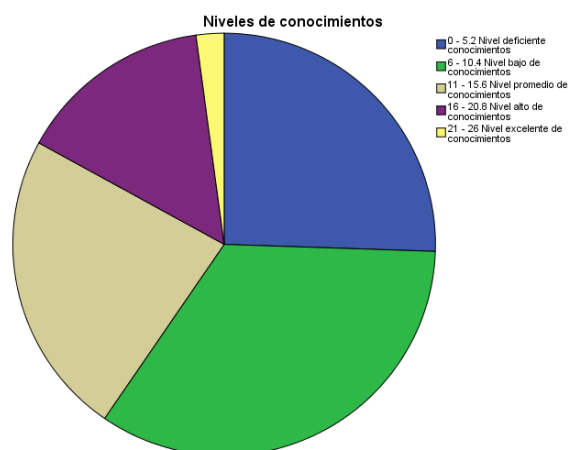


Figura 5: Distribución por niveles en la escala de conocimientos

B. Escala de actitudes (objetivo específico 2)

En la tabla 14 y la figura 6 se describen y representan la distribución de la muestra por niveles en la escala de actitudes. Se pueden reportar que el 2.1% presentan actitudes totalmente negativas; el 5.3% presentan actitudes regularmente negativas; el 7.4% presentan actitudes ligeramente negativas; el 41.5% presentan actitudes ligeramente positivas; el 34% presentan actitudes regularmente positivas y el 9.6% presentan actitudes totalmente positivas. Resumiendo, el 14.8% de los escolares presentan actitudes negativas, a diferencia del 85.2% de los escolares que presentan actitudes positivas.

Tabla 14

Distribución por niveles en la escala de actitudes

Niveles de actitudes	Frecuencia	Porcentaje
0 - 13.3 Actitudes totalmente negativas	2	2,1
14 - 26.6 Actitudes Regularmente negativas	5	5,3
27 - 39.9 Actitudes levemente negativas	7	7,4
40 - 53.2 Actitudes levemente positivas	39	41,5
54 - 66.5 Actitudes regularmente positivas	32	34,0
67 - 80 Actitudes totalmente positivas	9	9,6
Total	94	100,0

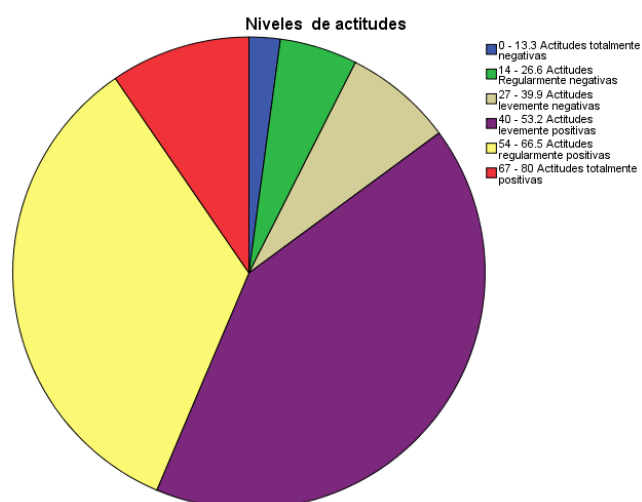


Figura 6: Distribución por niveles en la escala de actitudes

4.4 Contrastación de hipótesis

A. Establecimiento de correlaciones (objetivo específico 3)

En la tabla 15, se reporta que Existe relación positiva alta y muy significativa ($r = 0.510$; $p < 0.001$) entre los puntajes de la escala de conocimientos y los puntajes de la escala de actitudes. Esto significa, que a mayores conocimientos mayores es la actitud positiva que tienen hacia ellos.

Tabla 15

Establecimiento de correlaciones entre los puntajes de la escala de conocimientos y de la escala de actitudes

Correlaciones		Puntaje total de conocimientos	Puntaje total de actitudes
Puntaje total de conocimientos	Correlación de Pearson	1	0,510**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	94	94
Puntaje total de actitudes	Correlación de Pearson	0,510**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	94	94

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Decisión estadística: se rechaza la Ho (existe relación entre las variables).

B. Establecimiento de asociaciones

1. Niveles de conocimientos según las variables de asociación (objetivo específico 4)

En la tabla 16, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de conocimientos y por distribución por sexo, en la aplicación del X^2 de Pearson, se halló que no existe asociación entre ellas. Ambas variables son independientes entre sí. Se acepta la H_0 . En la figura 7 se representan los Niveles de conocimientos y Distribución por sexo

Tabla 16

Niveles de conocimientos y Distribución por sexo

Tabla cruzada

Niveles de conocimientos		Distribución por sexo		Total
		Masculino	Femenino	
0 - 5.2 Nivel deficiente conocimientos	Recuento	8	16	24
	% del total	8,5%	17,0%	25,5%
6 - 10.4 Nivel bajo de conocimientos	Recuento	12	20	32
	% del total	12,8%	21,3%	34,0%
11 - 15.6 Nivel promedio de conocimientos	Recuento	14	8	22
	% del total	14,9%	8,5%	23,4%
16 - 20.8 Nivel alto de conocimientos	Recuento	5	9	14
	% del total	5,3%	9,6%	14,9%
21 - 26 Nivel excelente de conocimientos	Recuento	2	0	2
	% del total	2,1%	0,0%	2,1%
Total	Recuento	41	53	94
	% del total	43,6%	56,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gf	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,045 ^a	4	0,090
Razón de verosimilitud	8,792	4	0,067
Asociación lineal por lineal	2,385	1	0,123
N de casos válidos	94		

a. 2 casillas (20,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,87.

Decisión estadística: se acepta la H_0 (no existe asociación)

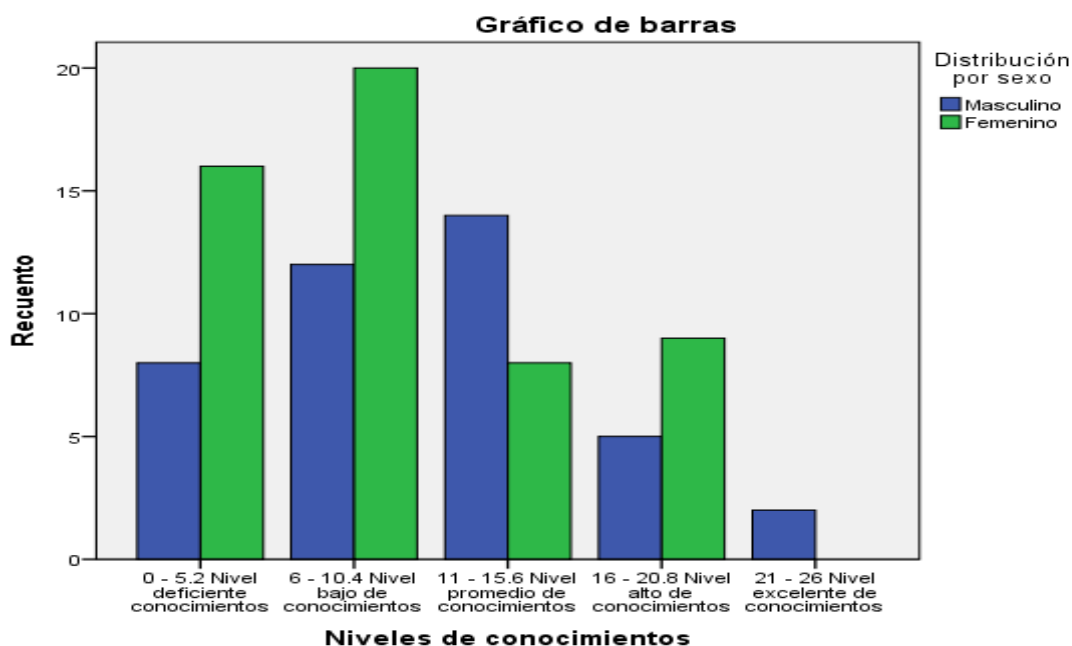


Figura 7: Niveles de conocimientos y Distribución por sexo

En la tabla 17, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de conocimientos y por distribución por año de estudios y en la aplicación del χ^2 de Pearson, se halló que existe asociación estadística significativa entre ellas. Ambas variables son dependientes entre sí. Se rechaza la H_0 . En la figura 8 se representan los Niveles de conocimientos y Distribución por año de estudios.

Tabla 17

Niveles de conocimientos y Distribución por año de estudios

Niveles de conocimientos		Distribución por año estudios					Total
		Primer año secundaria	Segundo año secundaria	Tercer año de secundaria	Cuarto año de secundaria	Quinto año de secundaria	
0 - 5.2 Nivel deficiente de conocimientos	Recuento	17	3	4	0	0	24
	% del total	18,1%	3,2%	4,3%	0,0%	0,0%	25,5%
6 - 10.4 Nivel bajo de conocimientos	Recuento	6	11	7	3	5	32
	% del total	6,4%	11,7%	7,4%	3,2%	5,3%	34,0%
11 - 15.6 Nivel promedio de conocimientos	Recuento	0	4	3	8	7	22
	% del total	0,0%	4,3%	3,2%	8,5%	7,4%	23,4%

16 - 20.8 Nivel alto de conocimientos	Recuento % del total	0 0,0%	0 0,0%	5 5,3%	5 5,3%	4 4,3%	14 14,9%
21 - 26 Nivel excelente de conocimientos	Recuento % del total	0 0,0%	0 0,0%	1 1,1%	0 0,0%	1 1,1%	2 2,1%
Total	Recuento % del total	23 24,5%	18 19,1%	20 21,3%	16 17,0%	17 18,1%	94 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	63,264^a	16	0,000
Razón de verosimilitud	73,616	16	0,000
Asociación lineal por lineal	37,401	1	0,000
N de casos válidos	94		

a. 17 casillas (68,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

Decisión estadística: se rechaza la Ho (existe asociación)

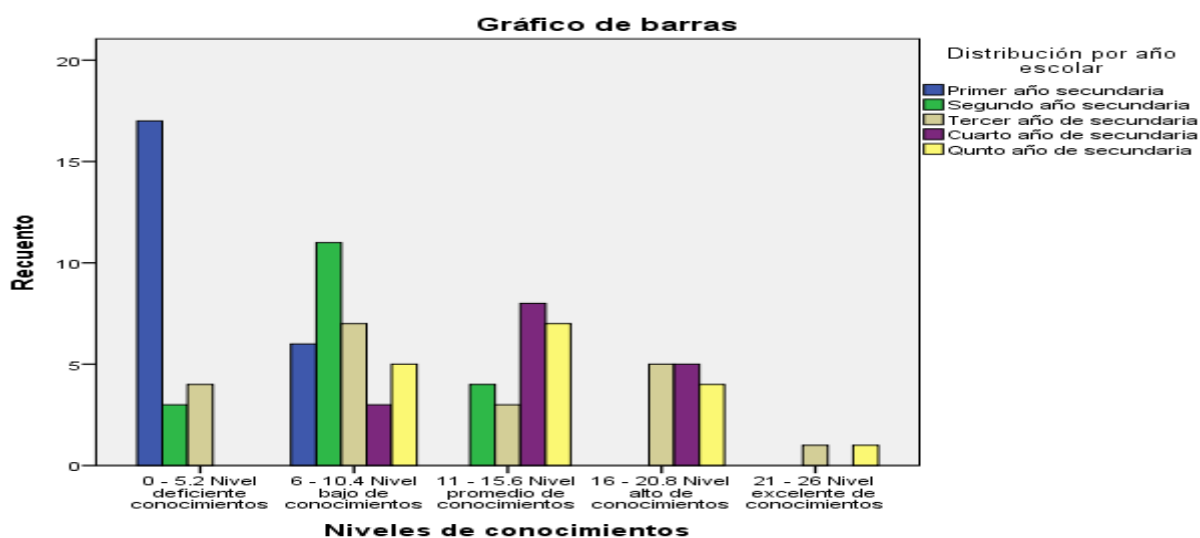


Figura 8: Niveles de conocimientos y Distribución por año escolar

En la tabla 18, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de conocimientos y por distribución por edades, y en la aplicación del χ^2 de Pearson, se halló que existe asociación estadística significativa entre ellas. Ambas variables son dependientes entre sí. Se rechaza la Ho. En la figura 9 se representan los Niveles de conocimientos y Distribución por edades.

Tabla 18

Niveles de conocimientos y Distribución por edades

Tabla cruzada

			Distribución por edades						Total
			12	13	14	15	16	17	
Niveles de conocimientos	0 - 5.2 Nivel deficiente	Recuento	10	3	5	4	2	0	24
		% del total	10,6%	3,2%	5,3%	4,3%	2,1%	0,0%	25,5%
	6 - 10.4 Nivel bajo de conocimientos	Recuento	3	4	7	10	5	3	32
		% del total	3,2%	4,3%	7,4%	10,6%	5,3%	3,2%	34,0%
	11 - 15.6 Nivel promedio de conocimientos	Recuento	0	2	3	7	6	4	22
	% del total	0,0%	2,1%	3,2%	7,4%	6,4%	4,3%	23,4%	
	16 - 20.8 Nivel alto de conocimientos	Recuento	0	1	4	2	4	3	14
	% del total	0,0%	1,1%	4,3%	2,1%	4,3%	3,2%	14,9%	
	21 - 26 Nivel excelente de conocimientos	Recuento	0	0	1	0	0	1	2
	% del total	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	1,1%	2,1%	
Total		Recuento	13	10	20	23	17	11	94
		% del total	13,8%	10,6%	21,3%	24,5%	18,1%	11,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	35,264^a	20	0,019
Razón de verosimilitud	38,235	20	0,008
Asociación lineal por lineal	19,235	1	0,000
N de casos válidos	94		

24 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

Decisión estadística: se rechaza la Ho (existe asociación)

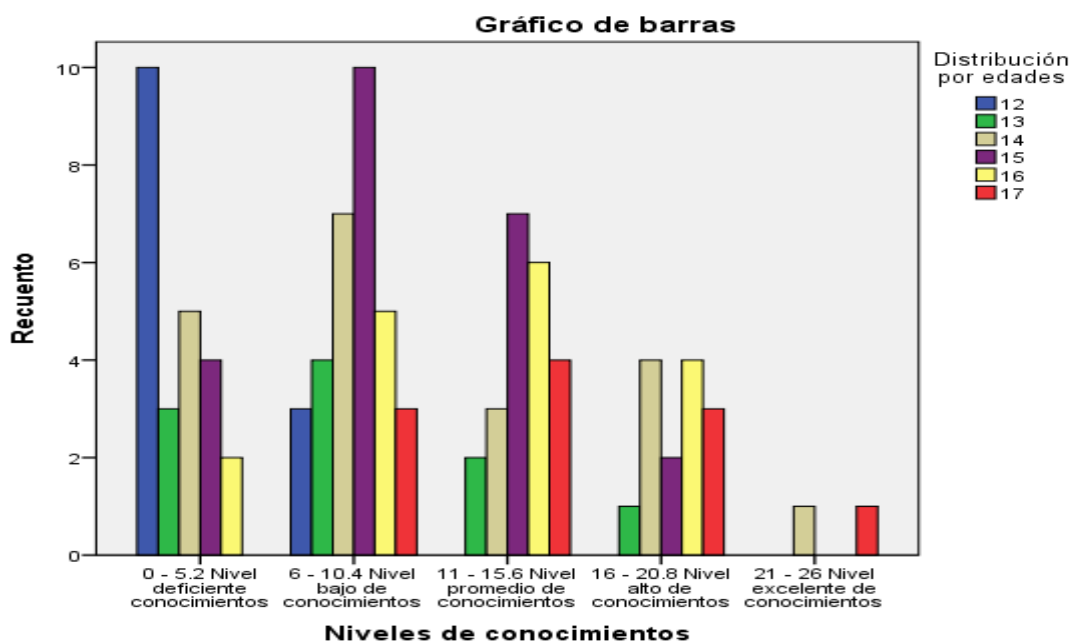


Figura 9: Niveles de conocimientos y Distribución por edades

En la tabla 19, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de conocimientos y por distribución por tipos de familia, y en la aplicación del X^2 de Pearson, se halló que no existe asociación entre ellas. Ambas variables son independientes entre sí. Se acepta la H_0 .

En la figura 10 se representan los Niveles de conocimientos y Distribución por tipos de familia.

Tabla 19

Niveles de conocimientos y Distribución por tipo de familia

Niveles de conocimientos		Distribución por tipo de familia					Total
		Familia nuclear	Familia monoparental	Familia extendida	Familia equivalente	Familia extendida incompleta	
0 - 5.2 Nivel deficiente conocimientos	Recuento % del total	11 11,7%	7 7,4%	3 3,2%	3 3,2%	0 0,0%	24 25,5%
6 - 10.4 Nivel bajo de conocimientos	Recuento % del total	17 18,1%	12 12,8%	3 3,2%	0 0,0%	0 0,0%	32 34,0%
11 - 15.6 Nivel promedio de conocimientos	Recuento % del total	15 16,0%	3 3,2%	4 4,3%	0 0,0%	0 0,0%	22 23,4%

16 - 20.8 Nivel alto de conocimientos	Recuento % del total	6 6,4%	5 5,3%	1 1,1%	0 0,0%	2 2,1%	14 14,9%
21 - 26 Nivel excelente de conocimientos	Recuento % del total	1 1,1%	1 1,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 2,1%
Total	Recuento % del total	50 53,2%	28 29,8%	11 11,7%	3 3,2%	2 2,1%	94 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	26,079 ^a	16	0,053
Razón de verosimilitud	22,220	16	0,136
Asociación lineal por lineal	,007	1	0,935
N de casos válidos	94		

a. 18 casillas (72,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Decisión estadística: se acepta la Ho (no existe asociación)

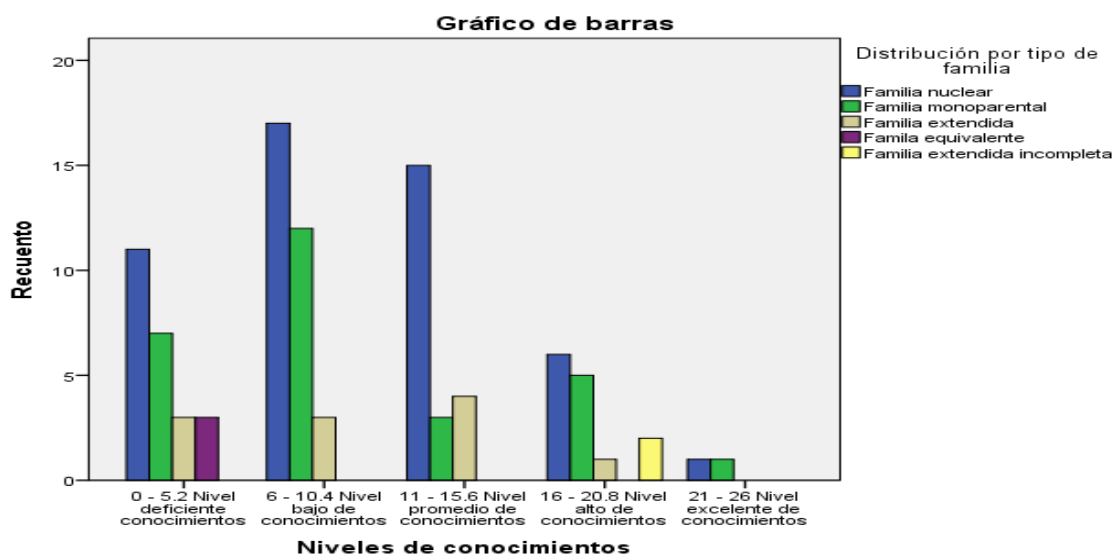


Figura 10: Niveles de conocimientos y Distribución por tipo de familia

2. Niveles de actitudes según las variables de asociación (objetivo específico 5)

En la tabla 20, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de actitudes y por distribución por sexo y en la aplicación del χ^2 de Pearson, se halló que no existe asociación entre ellas. Ambas variables son independientes entre sí. Se acepta la Ho.

En la figura 11 se representan los Niveles de actitudes y Distribución por sexo de los escolares.

Tabla 20

Niveles de actitudes y Distribución por sexo

Niveles de actitudes		Distribución por sexo		Total
		Masculino	Femenino	
0 - 13.3 Actitudes totalmente negativas	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	3,2%	3,2%
14 - 26.6 Actitudes Regularmente negativas	Recuento	6	1	7
	% del total	6,4%	1,1%	7,4%
27 - 39.9 Actitudes levemente negativas	Recuento	5	6	11
	% del total	5,3%	6,4%	11,7%
40 - 53.2 Actitudes levemente positivas	Recuento	13	19	32
	% del total	13,8%	20,2%	34,0%
54 - 66.5 Actitudes regularmente positivas	Recuento	14	20	34
	% del total	14,9%	21,3%	36,2%
67 - 80 Actitudes totalmente positivas	Recuento	3	4	7
	% del total	3,2%	4,3%	7,4%
Total	Recuento	41	53	94
	% del total	43,6%	56,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gf	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,581 ^a	5	0,181
Razón de verosimilitud	9,016	5	0,108
Asociación lineal por lineal	0,308	1	0,579
N de casos válidos	94		

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,31.

Decisión estadística: se acepta la Ho (no existe asociación)

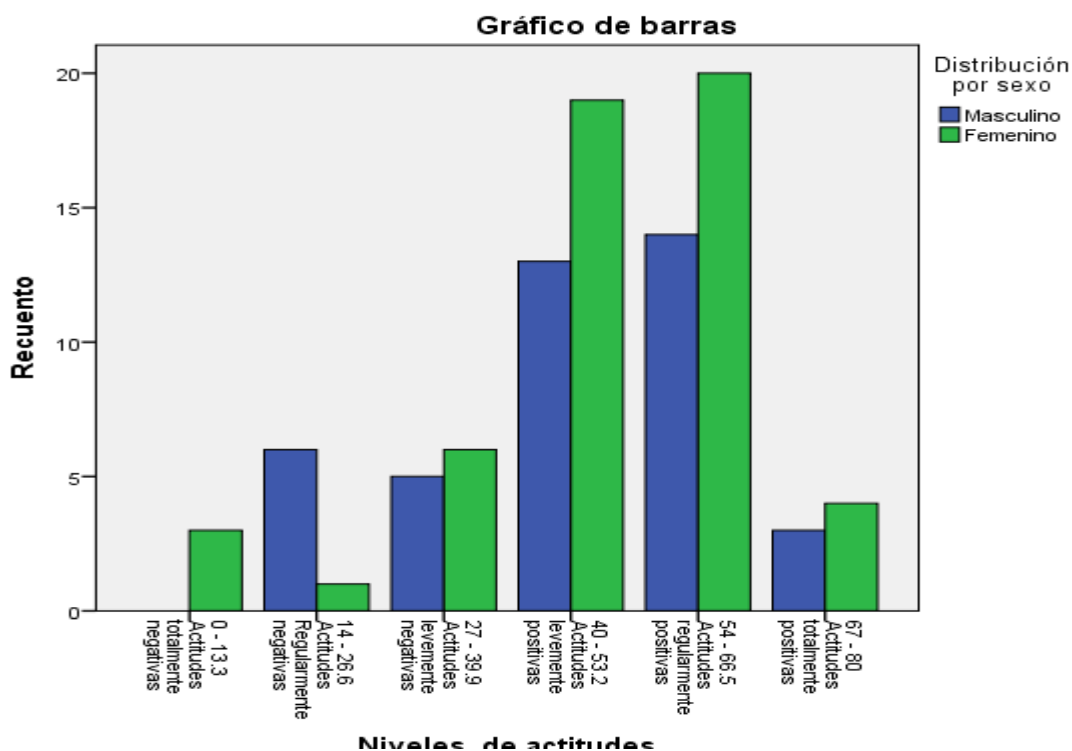


Figura 11: *Niveles de actitudes y Distribución por sexo*

En la tabla 21, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de actitudes y por distribución por edades y en la aplicación del X^2 de Pearson, se halló que no existe asociación entre ellas. Ambas variables son independientes entre sí. Se acepta la H_0 . En la figura 12 se representan los Niveles de conocimientos y Distribución por edades de los escolares.

Tabla 21

Niveles de actitudes y Distribución por edades

Tabla cruzada

			Distribución por edades					Total	
			12	13	14	15	16		17
Niveles de actitudes	0 - 13.3 Actitudes totalmente negativas	Recuento	0	0	1	1	0	0	2
		% del total	0,0%	0,0%	1,1%	1,1%	0,0%	0,0%	2,1%
	14 - 26.6	Recuento	1	0	1	2	1	0	5

Actitudes Regularmente negativas	% del total	1,1%	0,0%	1,1%	2,1%	1,1%	0,0%	5,3%	
27 - 39.9	Recuento	0	0	1	4	1	1	7	
Actitudes levemente negativas	% del total	0,0%	0,0%	1,1%	4,3%	1,1%	1,1%	7,4%	
40 - 53.2	Recuento	12	5	9	4	4	5	39	
Actitudes levemente positivas	% del total	12,8%	5,3%	9,6%	4,3%	4,3%	5,3%	41,5%	
54 - 66.5	Recuento	0	2	6	10	9	5	32	
Actitudes regularmente positivas	% del total	0,0%	2,1%	6,4%	10,6%	9,6%	5,3%	34,0%	
67 - 80	Actitudes totalmente positivas	Recuento % del total	0 0,0%	3 3,2%	2 2,1%	2 2,1%	2 2,1%	0 0,0%	9 9,6%
Total	Recuento % del total	13 13,8%	10 10,6%	20 21,3%	23 24,5%	17 18,1%	11 11,7%	94 100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	36,757 ^a	25	0,061
Razón de verosimilitud	43,329	25	0,013
Asociación lineal por lineal	0,959	1	0,327
N de casos válidos	94		

29 casillas (80,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

Decisión estadística: se acepta la Ho (no existe asociación)

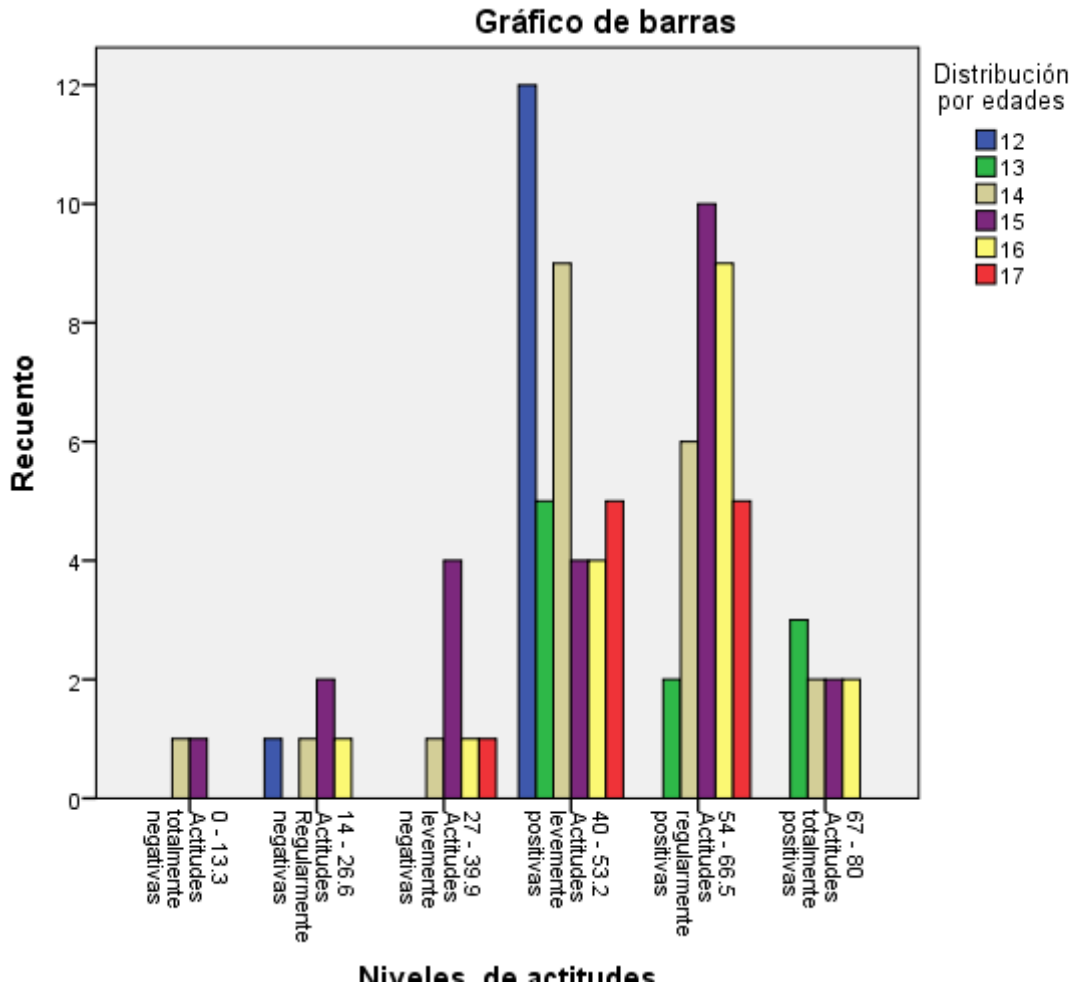


Figura 12: Niveles de actitudes y Distribución por edades

En la tabla 22, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de actitudes y por distribución por año de estudios y en la aplicación del χ^2 de Pearson, se halló que existe asociación entre ellas. Ambas variables son dependientes entre sí. Se rechaza la H_0 . En la figura 13 se representan los Niveles de conocimientos y Distribución por año de estudios de los escolares.

Tabla 22

Niveles de actitudes y Distribución por año de estudios

Niveles de actitudes		Distribución por año escolar					Total
		Primer año secundaria	Segundo año secundaria	Tercer año de secundaria	Cuarto año de secundaria	Quinto año de secundaria	
0 - 13.3 Actitudes totalmente negativas	Recuento % del total	1 1,1%	2 2,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 3,2%
14 - 26.6 Actitudes Regularmente negativas	Recuento % del total	2 2,1%	2 2,1%	1 1,1%	2 2,1%	0 0,0%	7 7,4%
27 - 39.9 Actitudes levemente negativas	Recuento % del total	1 1,1%	1 1,1%	2 2,1%	4 4,3%	3 3,2%	11 11,7%
40 - 53.2 Actitudes levemente positivas	Recuento % del total	17 18,1%	4 4,3%	5 5,3%	1 1,1%	5 5,3%	32 34,0%
54 - 66.5 Actitudes regularmente positivas	Recuento % del total	2 2,1%	7 7,4%	10 10,6%	7 7,4%	8 8,5%	34 36,2%
67 - 80 Actitudes	Recuento	0	2	2	2	1	7

totalmente positivas	% del total	0,0%	2,1%	2,1%	2,1%	1,1%	7,4%
Total	Recuento	23	18	20	16	17	94
	% del total	24,5%	19,1%	21,3%	17,0%	18,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	37,518^a	20	0,010
Razón de verosimilitud	41,593	20	0,003
Asociación lineal por lineal	3,719	1	0,054
N de casos válidos	94		

a. 20 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,51.

Decisión estadística: se rechaza la Ho (existe asociación)

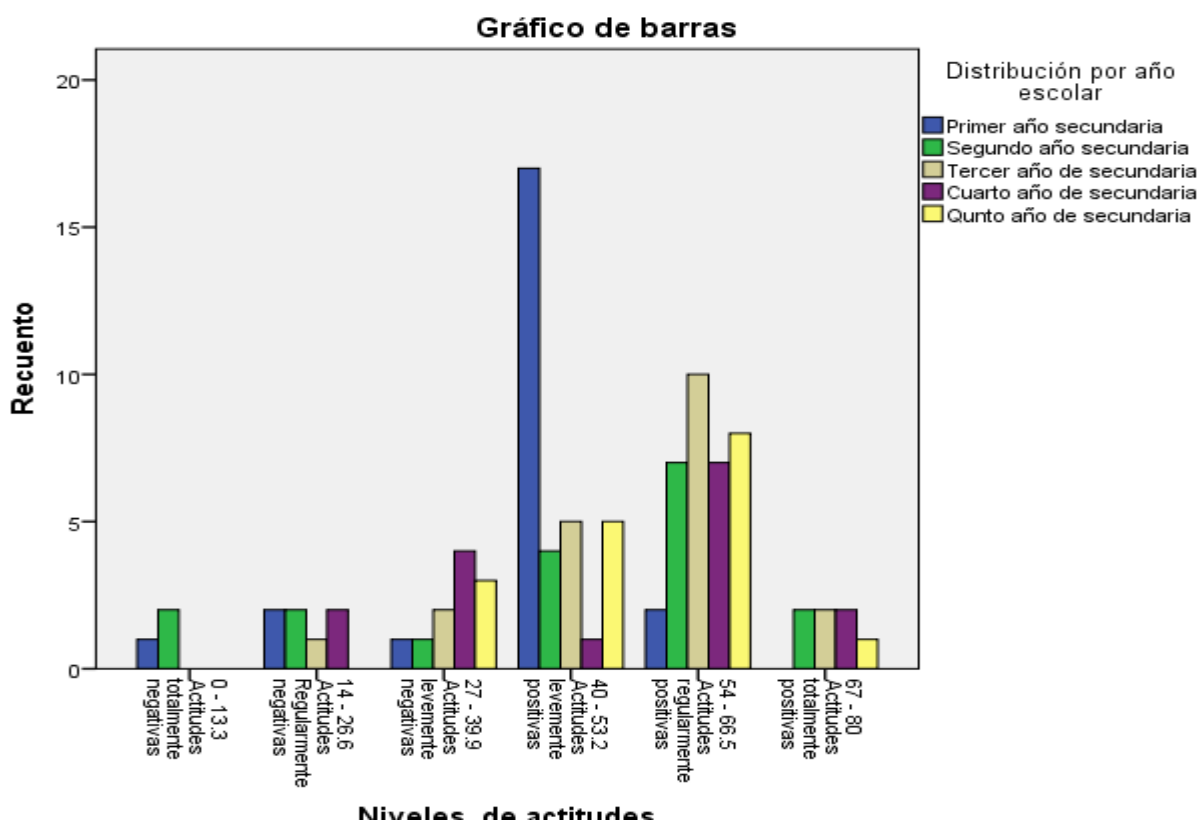


Figura 13: Niveles de actitudes y Distribución por año escolar

En la tabla 23, se distribuyen los datos en una tabla de contingencia cruzada de los niveles de conocimientos y por distribución por tipo de familia y en la aplicación del X^2 de Pearson, se halló que no existe asociación entre ellas. Ambas variables son independientes entre sí. Se acepta la H_0 . En la figura 14 se representan los Niveles de conocimientos y Distribución por tipo de familia de los escolares.

Tabla 23

Niveles de actitudes y Distribución por tipo de familia

Tabla cruzada

		Distribución por tipo de familia					Total
		Familia nuclear	Familia monoparental	Familia extendida	Familia equivalente	Familia extendida incompleta	
0 - 13.3 Actitudes totalmente negativas	Recuento	3	0	0	0	0	3
	% del total	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%
14 - 26.6 Actitudes Regularmente negativas	Recuento	4	2	0	1	0	7
	% del total	4,3%	2,1%	0,0%	1,1%	0,0%	7,4%
27 - 39.9 Actitudes levemente negativas	Recuento	7	3	1	0	0	11
	% del total	7,4%	3,2%	1,1%	0,0%	0,0%	11,7%
40 - 53.2 Actitudes levemente positivas	Recuento	14	11	5	2	0	32
	% del total	14,9%	11,7%	5,3%	2,1%	0,0%	34,0%
54 - 66.5 Actitudes regularmente positivas	Recuento	18	10	4	0	2	34
	% del total	19,1%	10,6%	4,3%	0,0%	2,1%	36,2%
67 - 80 Actitudes totalmente positivas	Recuento	4	2	1	0	0	7
	% del total	4,3%	2,1%	1,1%	0,0%	0,0%	7,4%
Total	Recuento	50	28	11	3	2	94
	% del total	53,2%	29,8%	11,7%	3,2%	2,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,808 ^a	20	0,840
Razón de verosimilitud	16,420	20	0,690
Asociación lineal por lineal	0,722	1	0,395
N de casos válidos	94		

a. 25 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Decisión estadística: se acepta la H_0 (no existe asociación)

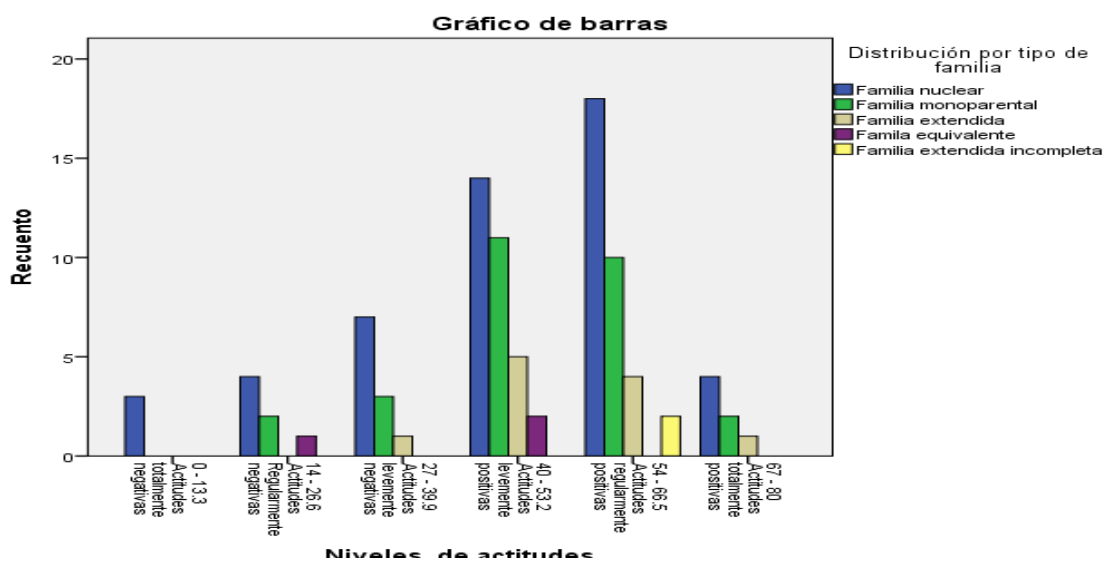


Figura 14: Niveles de actitudes y Distribución por tipo de familia

C. Establecimiento de comparaciones (objetivo específico 6)

A. Cuestionario de conocimientos

Según el sexo

La Tabla 24, en la comparación de medias del cuestionario de conocimientos en función del sexo, a través de la t de Student, los valores de la media indican que los escolares del sexo masculino y del sexo femenino presentan similares promedios en conocimientos obteniéndose una $t = 1.210$, $gl = 92$, $p > 0.05$, por lo tanto, se acepta la H_0 : No existen diferencias en el promedio en función del sexo.

Tabla 24

Comparación del promedio de conocimientos según el sexo

Estadísticas de grupo					
	Distribución por sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntaje total de conocimientos	Masculino	42	10,24	5,930	0,915
	Femenino	52	8,81	5,506	,764

Prueba de muestras independientes

Puntaje total de conocimientos	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	,051	,822	1,210	92	0,229	1,430	1,182	-,918	3,778
No se asumen varianzas iguales			1,200	84,890	0,233	1,430	1,192	-,939	3,800

Decisión estadística: Se acepta la Ho (no existe diferencias según el sexo)

Según edad, años de estudios y tipo de familia

La Tabla 25, en la comparación de medias de conocimientos en función de la condición edad a través del Análisis de varianza (ANOVA), los valores de la media indican que en los escolares existen diferencias significativas por edades ($F = 5.717$, $p < 0.001$), por lo tanto, se rechaza la Ho (No existen diferencias en el promedio de conocimientos según la edad), aceptándose la Hi (Existen diferencias estadísticas significativas en el promedio de conocimientos en función de la edad.)

Tabla 25

Establecimiento de diferencia de los promedios en conocimientos según edad

ANOVA

Puntaje total de conocimientos

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	744,243	5	148,849	5,717	0,000
Dentro de grupos	2290,991	88	26,034		
Total	3035,234	93			

Decisión estadística: Se rechaza la Ho (existe diferencias según la edad)

La Tabla 26, en la comparación de medias de conocimientos en función de la condición años de estudio a través del Análisis de varianza (ANOVA), los valores de la media indican que en los escolares existen diferencias significativas por años de estudios ($F = 20.310$, $p < 0.001$), por lo tanto, se rechaza la Ho (No existen diferencias en el promedio de conocimientos según años de estudios), aceptándose la Hi (Existen diferencias estadísticas significativas en el promedio de conocimientos en función de los años de estudios).

Tabla 26

Establecimiento de diferencia de los promedios en conocimientos según los años de estudios.

ANOVA

Puntaje total de conocimientos

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1448,455	4	362,114	20,310	0,000
Dentro de grupos	1586,779	89	17,829		
Total	3035,234	93			

Decisión estadística: Se rechaza la Ho (existe diferencias según el año de estudios)

La Tabla 27, en la comparación de medias de conocimientos en función de la condición tipos de familia a través del Análisis de varianza (ANOVA), los valores de la media indican que en los escolares existen diferencias significativas por tipos de familia ($F = 2.484$, $p < 0.05$), por lo tanto, se rechaza la Ho (No existen diferencias en el promedio de conocimientos según tipos

de familia), aceptándose la H_1 (Existen diferencias estadísticas significativas en el promedio de conocimientos en función del tipo de familia)

Tabla 27

Establecimiento de diferencia de los promedios en conocimientos según tipo de familia

ANOVA

Puntaje total de conocimientos

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	304,851	4	76,213	2,484	0,049
Dentro de grupos	2730,383	89	30,678		
Total	3035,234	93			

Decisión estadística: Se rechaza la H_0 (existe diferencias según el tipo de familia)
B. Escala de actitudes

Según el sexo

La Tabla 28, en la comparación de medias de actitudes en función del sexo, a través de la t de Student, los valores de la media indican que los escolares del sexo masculino y del sexo femenino presentan similares promedios en conocimientos obteniéndose una ($t = -1.030$, $gl = 92$, $p > 0.05$), por lo tanto, se acepta la H_0 : No existen diferencias en el promedio en función del sexo.

Tabla 28

Comparación del promedio de actitudes según el sexo

Estadísticas de grupo

	Distribución por sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntaje total de actitudes	Masculino	42	48,07	13,831	2,134
	Femenino	52	50,88	12,597	1,747

Prueba de muestras independientes

Puntaje total de actitudes	Prueba de Levene de calidad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias
----------------------------	--	---------------------------------------

	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilatera l)	Diferenci a de medias	Diferenci a de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferio r	Superio r
Se asumen varianzas iguales	,955	,331	- 1,030	92	0,306	-2,813	2,730	-8,236	2,610
No se asumen varianzas iguales			- 1,020	84,02 5	0,311	-2,813	2,758	-8,298	2,671

Decisión estadística: se acepta la Ho (no existen diferencias por sexo)

La Tabla 29, en la comparación de medias de actitudes en función de la condición edad a través del Análisis de varianza (ANOVA), los valores de la media indican que en los escolares no existen diferencias significativas por edades ($F = 1.244$, $p < 0.001$), por lo tanto, se acepta la Ho (No existen diferencias en el promedio de actitudes según la edad).

Tabla 29

Establecimiento de diferencia de los promedios en actitudes según edad

ANOVA

Puntaje total de actitudes

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1064,374	5	212,875	1,244	0,295
Dentro de grupos	15055,594	88	171,086		
Total	16119,968	93			

Decisión estadística: se acepta la Ho (no existen diferencias por edad)

La Tabla 30, en la comparación de medias de actitudes en función de la condición años de estudio a través del Análisis de varianza (ANOVA), los valores de la media indican que en los escolares existen diferencias significativas por años de estudios ($F = 3.041$, $p < 0.05$), por lo tanto, se rechaza la Ho (No existen diferencias en el promedio de actitudes según años de estudios), aceptándose la Hi (Existen diferencias estadísticas

significativas en el promedio de actitudes en función de los años de estudios .)

Tabla 30

Establecimiento de diferencia de los promedios en actitudes según año de estudios

ANOVA

Puntaje total de actitudes

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1938,433	4	484,608	3,041	0,021
Dentro de grupos	14181,535	89	159,343		
Total	16119,968	93			

Decisión estadística: se rechaza la Ho (existen diferencias por año de estudios)

La Tabla 31, en la comparación de medias de actitudes en función de la condición tipos de familia a través del Análisis de varianza (ANOVA), los valores de la media indican que en los escolares no existen diferencias significativas por tipos de familia ($F = 0.396$, $p < 0.05$), por lo tanto, se acepta la Ho (No existen diferencias en el promedio de actitudes según tipos de familia).

Tabla 31

Establecimiento de diferencia de los promedios en actitudes según tipos de familia

ANOVA

Puntaje total de actitudes

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	282,072	4	70,518	0,396	0,811
Dentro de grupos	15837,896	89	177,954		
Total	16119,968	93			

Decisión estadística: se acepta la Ho (no existen diferencias por tipos de familia)

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los resultados nos muestran las principales características de la población de estudio, teniendo en cuenta que la población a la que se aplicó la encuesta pertenece al distrito de Huayllahuara, conformada por adolescentes de ambos sexos, todos se encuentran estudiando secundaria y con edades promedio de 12 a 17 años.

En relación al nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual que tiene la población adolescente, se evidencia que el 34% presentan un nivel de conocimiento bajo y solo un 17% de los escolares presentan niveles superiores de conocimientos; esto nos hace deducir que la población adolescente carece de fuentes de información sobre este tema, este desconocimiento podría llevar a una gran cantidad de casos de morbilidad por este tema y en el peor de los casos infecciones por VIH – SIDA.

Con respecto a otros estudios sobre niveles de conocimiento en infecciones de transmisión sexual Trejo (2011) en su investigación “Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes en el Área Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas” obtuvo como resultados que la mayoría de los adolescentes percibió un nivel adecuado de conocimiento. Los hombres se consideraron con mayor conocimiento y presentaron prácticas sexuales de mayor riesgo, resultados altamente significativos. La información sobre sexualidad la adquirieron principalmente de padres, amigos y personal sanitario. Esta investigación coincide con la de Porras (2007) el cual investigó el Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre infecciones de transmisión sexual obteniendo como resultados que el nivel de conocimientos en ITS era bueno en el 40.3% de los adolescentes encuestados, regular en el 45.3% y malo en el 14.3 %.

De igual manera Pareja y Sánchez (2016) en su investigación “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria 9 de abril Chupaca periodo 2016” realizada en el departamento de Junín que es una realidad parecida a la de

Huancavelica obtuvo como resultados que en cuanto a los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes resaltan que un 48.8% presentan un conocimiento bajo, un 14.6% presentan conocimiento medio y un 36.6% presentan conocimiento alto sobre sexualidad

En cuanto a actitudes la población de estudio en la presente investigación el 85% de los adolescentes del distrito de Huayllahuara presenta actitudes positivas; Sulca en la investigación que realizó en “Relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” tuvo como resultados en que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes tienen conocimiento medio acerca de las ITS y actitudes de indiferencia hacia las conductas sexuales de riesgo mediante la prueba estadística de chi cuadrado existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud.

CONCLUSIONES

- 1 En conocimientos el 25.5% de escolares presentan un nivel deficiente de conocimientos; el 34% presentan un nivel bajo de conocimientos; el 23.4% presentan un nivel promedio; el 14.9% presentan un nivel alto y el 2.1% presentan un nivel excelente de conocimientos. Resumiendo, el 59.5% de los escolares presentan niveles de conocimientos que están por debajo del promedio a diferencia del 17% de los escolares que presentan niveles de conocimientos que son superiores al promedio.
- 2 En actitudes, el 2.1% presentan actitudes totalmente negativas; el 5.3% presentan actitudes regularmente negativas; el 7.4% presentan actitudes ligeramente negativas; el 41.5% presentan actitudes ligeramente positivas; el 34% presentan actitudes regularmente positivas y el 9.6% presentan actitudes totalmente positivas. Resumiendo, el 14.8% de los escolares presentan actitudes negativas, a diferencia del 85.2% de los escolares que presentan actitudes positivas.
- 3 Existe relación positiva alta y muy significativa ($r = 0.510$; $p < 0.001$) entre los puntajes de la escala de conocimientos y los puntajes de la escala de actitudes. Esto significa, que a mayores conocimientos mayores es la actitud positiva que tienen hacia ellos.
- 4 Existe relación significativa entre los niveles de conocimientos en función del año escolar (X^2 de Pearson: 63,26 y $p: 0,000$) y por edades (X^2 de Pearson: 35,264 y $p: 0,019$)
- 5 Existe relación significativa entre los niveles de actitudes en función de años de estudios (X^2 de Pearson = 35,518 y $p = 0,010$).
- 6 Existen diferencias en los promedios de conocimientos según la edad ($F = 5.717$, $p < 0.001$), años de estudios ($F = 20.310$, $p < 0.001$) y tipos de familia ($F = 2.484$, $p < 0.04$).

- 7 Existen diferencias en los promedios de actitudes según años de estudios ($F = 3.041, p < 0.02$).

RECOMENDACIONES

1. El estado debe fortalecer las actividades de promoción de la salud en adolescentes, principalmente en la zona rural ya que estos tienen poco acceso a los medios de comunicación y avances tecnológicos para que accedan a fuentes confiables respecto a las ITS o aplicativos con esos temas
2. Las universidades que cuenten con facultades de ciencias de la salud deben colaborar de manera directa en educación en salud con los establecimientos priorizando la zona rural en temas de infecciones de transmisión sexual. VIH – SIDA, maternidad saludable, planificación familiar, etc.
3. Implementar un consultorio diferenciado de adolescentes en el Puesto de Salud Huayllahuara, con un profesional adecuado que brinde la confianza y la confidencialidad a los adolescentes para que puedan empoderarse en temas de salud sexual y reproductiva.
4. Continuar fortaleciendo las campañas de prevención y promoción sobre ITS, VIH/SIDA y embarazo en adolescentes así como difusión y talleres didácticos sobre educación sexual en adolescente.
5. Fortalecer los talleres con los padres de familia como estrategia para perder idiosincrasia a hablar temas de salud sexual y reproductiva con sus hijos.
6. El gobierno local debe instalar programas con talleres y/o actividades recreativas para que los adolescentes ocupen sus horarios libres en esos espacios y de esa manera ayudar al retardo del inicio de las relaciones sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

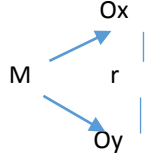
1. Aguirre, A. (2012). Tesis: *Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de un Asentamiento Humano Alberto Romero B. Leguía*
2. Bervian, A. (1990). *Niveles de Conocimiento*. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos102/niveles-conocimiento/niveles-conocimiento.shtml#ixzz4IR4GKATO>
3. Chaiban, F. (2004). Tesis: *Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro 2004*.
4. Choccare, C. (2007). Tesis: *Nivel de conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH – SIDA sus medidas preventivas en los estudiantes de enfermería*.
5. Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI
6. Freund, A. (2010). *La teoría psicoanalítica del desarrollo adolescente*.
7. Flores, D.; Rios, R. y Vargas Maria. (2015). *Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén 2015*.
8. Fonseca, A; Martel, S; Rojas, V. (2013). *Investigación Científica en Salud con Enfoque Cuantitativo*
9. Gayet, C. (2003). *Conocimiento en adolescentes de la parroquia las Delicias sobre Infecciones de Transmisión Sexual*.
10. *Guía Nacional de Consejería en ITS, VIH – SIDA*. Perú.1998.
11. Lázaro, E. y Lipa, J. (2014). *Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E San Cristóbal – Huancavelica*.
12. Leoni, L., Martello, G., Jakob, E., Cohen, J. y Aranega, C. (2005). *Conductas Sexuales y Riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba*.
13. Moscoso, M., Rosario, R. y Rodríguez, L. (2001). *Nuestra Juventud Adolescente*. *Interamerican Journal Psychology*. Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Latinoamericanistas. 35(002), 79-91.
14. Minsa (2009). *Norma Técnica de Salud para el manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú*.

15. Organización Mundial de la Salud (2006). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Nota descriptiva N° 110.
16. Ortis, N; Rodriguez, D; Vasquez, M (2015). *Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes*. 2015.
17. Pareja, E. (2016). *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 17 años de la I.E 19 de abril - Chupaca 2016*.
18. Parí, N. Paytan, M. (2015). *Conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Ascensión – Huancavelica*.
19. Rios, B. (2009). *Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro 2009*
20. Serrano, A. (2001). *Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad*.
21. Silva, F. (2014). *Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres 2014*.
22. Stern, C., Fuentes, C. y Lozano, L. R. et al. (2003). *Masculinity and sexual and reproductive health: a case study among adolescents of Mexico City*. *Salud Pública, México*. 45(1), 34-43.
23. Rojas, S. (2013). *Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en madres adolescentes del centro de salud chilca. 2013*.
24. Trejo, P. (2003). *Conocimiento y Comportamiento Sexual en los adolescentes*.
25. Ubillus, S. (2005). *Psicología Social, Cultura y Educación*. Cap. X.
26. Vasquez, E. (2014). *“Conocimientos y prácticas sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de la unidad educativa General Córdova del distrito educativo 02 circuito c05.06 en el período julio noviembre 2014”*
27. Zarate, J. (2008). *Efectividad de la Educación Sanitaria en el Nivel de Conocimientos y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio Marco Punte Llanos – Ate 2008*.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LA ACTITUD HACIA CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE HUAYLLAHUARA - 2017”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL ¿Cuál es el nivel de relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?</p> <p>ESPECÍFICOS: 1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes</p>	<p>GENERAL: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.</p> <p>ESPECÍFICOS: 1. Identificar el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del distrito de Huayllahuara</p>	<p>GENERAL: H0: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017. Hi: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?</p> <p>HIPOTESIS ESPECÍFICA: Para los objetivos 1,2 y 3 no se plantean hipótesis ya que son objetivos descriptivos. Para el objetivo 4: Ho3: No existe relación significativa entre el nivel de</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> . Conocimiento sobre definición de las ITS. . Conocimiento sobre cuáles son las ITS. . Conocimiento sobre agente causal de las ITS. . Conocimiento sobre formas de contagio de las ITS. . Conocimiento sobre manifestación clínica de las ITS. . Conocimiento sobre formas de prevención de las ITS. . Conocimiento sobre grupos de riesgo para contraer las ITS. . Uso correcto del preservativo 	<p>TIPO: Descriptivo de corte transeccional DISEÑO: No experimental, correlacional, comparativo Cuyo esquema es:</p>  <p>POBLACIÓN: Adolescentes del distrito de Huayllahuara Para realizar la investigación no se realizó el cálculo del tamaño muestral ya que se consideró toda la población para el estudio realizando un muestreo censal a todas las adolescentes de 12 a 17 años del distrito de Huayllahuara de la Institución Educativa Secundaria San Francisco. TÉCNICA: Encuesta y Psicometría INSTRUMENTO: Cuestionario y Test de Licker TÉCNICA DE RECOJO, PROCEDIMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS: Para la ejecución del estudio Se coordinara con el director de la Institución Educativa de educación Secundaria San Francisco y con los docentes para dar a conocer el estudio a desarrollar y el aporte que con ello contribuirá en mejora de la salud de los adolescentes del distrito de Huayllahuara.</p>

<p>del distrito de Huayllahuara 2017?</p> <p>2. ¿Cuál es la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el género en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el grado de instrucción en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?</p>	<p>2017.</p> <p>2. Identificar la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.</p> <p>3. Identificar la relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el género en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.</p> <p>4. Conocer la relación entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual con el grado de instrucción en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017</p>	<p>conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el género en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.</p> <p>Hi3: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el género en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.</p> <p>Ho4: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el grado de instrucción en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017.</p> <p>Hi4: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el grado de instrucción en adolescentes del distrito de Huayllahuara 2017?</p>	<p>Actitud hacia conductas sexuales de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> . Consumo de sustancias nocivas . Prácticas sexuales de riesgo . Actitud frente al uso del preservativo <p>Definición operacional:</p> <p>Se realizara mediante la aplicación de los instrumentos que nos indicaran el nivel de conocimiento y la relación hacia las actitudes</p>	<p>Se solicitara el consentimiento informado de los padres de los adolescentes del distrito de Huayllahuara para participar en el estudio.</p> <p>Se aplicaran previamente los instrumentos de recolección para validarlos.</p> <p>Se empleara la encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del distrito de Huayllahuara.</p> <p>Se empleara el test de Likert para evaluar la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del distrito de Huayllahuara</p> <p>Los datos se recogerán teniendo en cuenta el control de calidad de la información.</p> <p>Análisis e interpretación de datos:</p> <p>Para el análisis de los datos se utilizara la estadística descriptiva.</p> <p>Para realizar el análisis inferencial se utilizaran pruebas no paramétricas como chi cuadrado, correlación y otras</p> <p>Los resultados se presentaran en tablas, cuadros y/o gráficos respectivos aplicando la estadística y el Software del SPSS versión 22.</p> <p>La información recogida será ingresada a una base de datos preparada específicamente para la investigación.</p> <p>El análisis de resultados cuantitativos se hará haciendo uso de la técnica estadística: distribución de frecuencias, etc.</p>
---	--	--	--	--

CUESTIONARIO

I. INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de preguntas con sus respectivas alternativas. Elija para cada una de ellas una sola respuesta que crea conveniente y marque con un aspa (x) según corresponda; no deje de marca en ninguna de las preguntas.

II. DATOS GENERALES

Edad: años

Grado de instrucción:

Vives con quienes:

Tipo de familia:..... (rellenado solo por el encuestador)

II. DEFINICIÓN DE ITS

1. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- a. Son aquellas que se transmiten de una persona enferma a otra sana por cualquier contacto.
- b. Son aquellas que se transmiten por acariciar, abrazar y besar a una persona enferma.
- c. Son aquellas que se transmiten de una persona enferma a otra sana sin tener relaciones sexuales.
- d. Son aquellas que se transmiten por las relaciones sexuales con una persona enferma.
- e. Son aquellas que se transmiten por conversar y tomase de la mano con una persona enferma.
- f. No sé.

2. De las siguientes enfermedades, señale un grupo de aquellas que usted considere son infecciones de transmisión sexual.

- a. Sífilis, gonorrea, clamidiasis, VIH/SIDA.
- b. Hepatitis B, diabetes, epilepsia.
- c. Hipertensión arterial, apendicitis, cáncer.
- d. No sé

III. AGENTE CAUSAL

3. ¿Qué organismos y/o microorganismos son causantes de las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- a. Bacterias. () b. Virus () c. Hongos. () d. Parásitos ()
- e. Todas las anteriores. () f. Ninguno. () g. No sé. ()

IV. SIGNOS Y SÍNTOMAS

4. ¿Cuáles son los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en las mujeres?

- a. Dolor en las piernas; Comezón o picazón en la zona genital; Sudoración nocturna abundante.
- b. Comezón o picazón en la zona genital; Heridas o llagas en la zona genital; Flujo vaginal mayor de lo normal con o sin mal olor.
- c. Heridas o llagas en la zona genital; Dolor en los senos y abdomen.
- d. Todas las anteriores; Migraña.

e. No sé

5. ¿Cuáles son los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los varones?

- a. Dolores articulares, Somnolencia, Dolor al orinar
- b. Diarreas abundantes, Migraña, Dolor de cabeza
- c. Pus en la punta del pene, Ardor al orinar, Heridas o llagas en el área genital.
- d. Ninguna de las anteriores
- e. No sé

V. FORMA DE CONTAGIO

6. ¿De qué forma se transmite las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- a. Sangre, Besos, Abrazos, Coger de la mano a un enfermo
- b. Contacto con objetos contaminados, Caricias, abrazos
- c. Flujo vaginal, Semen, Contacto sexual
- d. ninguna de las anteriores
- e. No sé

7. ¿Sólo la persona que presenta signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) puede contagiar la enfermedad?

- a. Si
- b. No
- c. En algunas ocasiones.
- d. Solo para algunas enfermedades.
- e. No sé.

VI. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA EVITAR LAS ITS

8. ¿Cómo se previene las infecciones de transmisión sexual (ITS)?.

- a. Evitando tener relaciones sexuales;
- b. Compartiendo utensilios personales como cepillo, rasurador.
- c. Evitando tener relaciones sexuales con dos o más personas sin protección protegiéndose durante cada relación sexual: uso correcto del condón.
- d. Teniendo relaciones sexuales con personas desconocidas; reutilizando agujas o jeringas usadas.
- e. Teniendo contacto con sangre o secreciones vaginales o anales de personas infectadas
- f. No sé.

9. ¿Qué grupos de personas son más propensas a contraer las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- a. Los homosexuales
- b. Los bisexuales
- c. Los heterosexuales
- d. Todos por igual
- e. No sé

10. ¿Cree Ud. Que evitar el uso de ropa íntima ajena lo protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- a. Si
- b. No
- c. En algunas ocasiones.

- d. Solo en caso de los varones
- e. No sé.

VII. USO DEL PRESERVATIVO

11. ¿El uso del condón en cada relación sexual ayuda a prevenir el contagio de las infecciones de transmisión sexual?

- a. Si
- b. No
- c. Casi nunca
- d. No sé.

12. ¿Cuál es la secuencia correcta del uso del condón?

- I. Botarlo a la basura amarrándolo.
- II. Abrir el sobre con la mano.
- III. Colocar el condón en el pene erecto.
- IV. Quitar con cuidado el condón del pene.
- V. Verificar el estado del sobre y su fecha de vencimiento.
- VI. Desenrollarlo hasta la base del pene.

Es correcta:

- a. V, II, VI, IV, III, I.
- b. V, II, III, VI, IV, I.
- c. V, II, VI, IV, III, I
- d. Ninguna de las anteriores
- e. No sé

13. ¿Considera usted que se debe utilizar un condón nuevo para cada relación sexual con cualquier persona?

- a. Si
- b. No
- c. Algunas veces
- d. No sé

14. La información que recibió usted fue de:

- a. Docentes
- b. Personal de Salud
- c. Padres
- d. Amigos
- d. Vecinos

Gracias por su colaboración.

TEST DE LICKERT

Instrucciones:

A continuación se le presenta un conjunto de proposiciones. Lea cuidadosamente cada una de ellas y marque con un aspa (X) la alternativa de respuesta que Ud. Elija solo una.

Las alternativas de respuesta son las siguientes:

(TA) Totalmente de acuerdo

(A) De acuerdo

(LA) Ligeramente de acuerdo

(LD) Ligeramente desacuerdo

(D) Desacuerdo

(TD) Totalmente en desacuerdo

Ejemplo:

PROPOSICIÓN	T.A	A	N	D	T.D
1. La moneda oficial del Perú es el nuevo sol	x				

Marque por favor:

PROPOSICIÓN	T.A	A	LA	LD	D	TD
1. Las relaciones sexuales con personas que consumen drogas es peligroso.						
2. En las relaciones sexuales entre personas del mismo género no es necesario protegerse.						
3. Es muy importante la fidelidad a la pareja.						
4. Uno se sentiría protegido(a) al tener relaciones sexuales con condón.						
5. Es una opción tener relaciones sexuales con varias personas.						
6. Los prostíbulos son lugares inadecuados para tener relaciones sexuales.						
7. Es más seguro tener la primera relación sexual usando condón.						
8. Es seguro protegerse teniendo relaciones sexuales entre personas del mismo género.						
9. Tener relaciones sexuales con personas que consumen alcohol es peligroso.						
10. Es poco aceptable tener relaciones sexuales con una persona que use condón.						

11. Me gustaría tener relaciones sexuales en un prostíbulo.						
12. Me gustaría tener relaciones sexuales sin protección.						
13. Tener relaciones sexuales con personas que consumen alcohol es aceptable.						
14. Se puede consumir drogas para tener relaciones sexuales placenteras.						
15. Es normal tener relaciones sexuales para tener experiencias nuevas.						
16. El condón es necesario si no se eyacula dentro de la vagina.						

CONSENTIMIENTO INFORMADO**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE NIVELES DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LAS ACTITUDES HACIA CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE HUAYLLAHUARA - 2017**

Yo,.....
 identificada con LE/DNI N°....., voluntariamente
 consiento que mi menor
 hijo:.....participe en la investigación:
 niveles de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y las actitudes
 hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara –
 2017

Y, en pleno uso de mis facultades mentales, declaro haber sido adecuadamente informada y comprender lo siguiente:

Existen estudios previos que demuestran que el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual tiene una relación significativa con las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

Se ha explicado el protocolo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

El cuestionario y el test de Lickert no representan ningún peligro para mi menor hijo ya que solo son preguntas que podrá responder según los conocimientos que él tenga.

Tengo la opción de desistir del estudio en cualquier momento, sin perder el derecho de atención de la salud en cualquiera de sus consultorios.

Fecha:/...../2017

Firma de la paciente



Huella digital

Si la paciente es analfabeta, un pariente o testigo deberá de firmar la siguiente declaración por ella: quien suscribe es testigo que la paciente ha impreso su "Huella digital" en mi presencia.

Fecha:/...../2017

Firma del testigo



Huella digital

Nombre: _____

DNI: _____

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Solicita: Autorización para realizar investigación niveles de conocimiento sobre ITS y actitud hacia conductas sexuales de riesgo

Señor(a): Director de la Institución Educativa San Francisco

Presente.-

Yo, Milagros Lizbet Zavala Aquino identificada con DNI N° 45471458, de nacionalidad peruana con domicilio legal en el barrio de Huinco N° 245, Distrito de Tarma, Provincia de Tarma, Departamento de Junín, Teléfono 943063669, e-mail lizi_06_10@hotmail.com, en calidad de representante del proyecto ante usted respetuosamente expongo :

Que, de conformidad con las exigencias tecnológicas que se evidencian, solicito se me otorgue una autorización para realizar investigación científica con fines de mejorar la salud pública; en Huancavelica, distrito Huayllahuara y departamento de Huancavelica como parte del Proyecto titulado: Niveles de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y las actitudes hacia conductas sexuales de riesgo en adolescentes del distrito de Huayllahuara – 2017.

Por el período comprendido entre el mes de julio del 2017 hasta agosto para lo cual cumplo con adjuntar toda la documentación exigida para este efecto.

Por lo expuesto, agradeceré a usted acceder a lo solicitado.

Huayllahuara, 10 de junio del 2017

.....
Firma

E-mail: lizi_06_10@hotmail.com

Se adjunta (poner check)

- Plan de investigación.
- Curriculum vitae.
- Consentimiento informado previo
- Compromiso de entrega de informe final, publicaciones.
- Recibo de pago