

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD Y
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN
ADOLESCENTES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MARISCAL
RAMÓN CASTILLA” - MALCAS. CAJABAMBA, 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

PRESENTADA POR LA BACHILLER:

CERQUÍN CHUNQUI, CLAUDIA KARINA

ASESORA:

MG. OBST. AMANDA ELENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

CAJAMARCA, 2020

**COPYRIGHT © 2020 BY
CERQUÍN CHUNQUI CLAUDIA KARINA
Todos los derechos reservados**

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Mis padres, José y Rosalía, pilares fundamentales en mi vida, por brindarme su amor, su comprensión, su apoyo incondicional, sus consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones y por creer en mí e impulsarme a buscar nuevos retos.

Mi querido hermano Xavier, por ser mi pequeño compañero, mi apoyo y mi fuerza para seguir adelante.

Karina

SE AGRADECE A:

Dios por ser siempre guía y protección infinita en las diferentes etapas de mi vida.

La Universidad Nacional de Cajamarca por la formación profesional brindada.

La Escuela Académico Profesional de Obstetricia por los conocimientos profesionales impartidos.

La asesora de la presente tesis, Obsta. Amanda Rodríguez Sánchez, por la dedicación y el apoyo brindado al presente trabajo de investigación, por el respeto a las sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas.

Karina

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍTEM	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	6
2.1.1. Antecedentes Internacionales	6
2.1.2. Antecedentes Nacionales	7
2.1.3. Antecedentes Locales	9
2.2. Bases Teóricas	9
2.2.1. Adolescencia	9
2.2.2. Sexualidad	12
2.2.3. Dimensiones del conocimiento sobre sexualidad en adolescentes	12
2.2.4. Comportamiento sexual del Adolescente	26
2.3. Hipótesis	29
2.4. Variables	29
2.5. Conceptualización y operacionalización de Variables	31
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Diseño y tipo de investigación	33
3.2. Área de estudio y población	33
3.3. Muestra	34

3.4. Unidad de análisis	34
3.5. Criterios de inclusión	34
3.6. Criterios éticos	34
3.7. Procedimientos y técnica de recolección de datos	35
3.8. Descripción del Instrumento	36
3.9. Procesamiento y análisis de datos	39
3.10. Control de calidad de datos	39

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Análisis y Discusión	40
----------------------	----

CONCLUSIONES	66
---------------------	----

RECOMENDACIONES	67
------------------------	----

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	68
----------------------------------	----

ANEXOS	78
---------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

ÍTEM	Pág.
Tabla 1. Características personales en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	40
Tabla 2. Nivel de conocimientos en sexualidad en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	43
Tabla 3. Nivel de conocimientos en sexualidad según dimensiones del conocimiento en adolescentes de la I.E “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	45
Tabla 4. Comportamiento sexual de riesgo según características de inicio sexual en adolescentes de la I.E “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	47
Tabla 5. Comportamiento sexual de riesgo según compañeros sexuales en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	51
Tabla 6. Comportamiento sexual de riesgo según uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	53
Tabla 7. Comportamiento sexual de riesgo según consumo de sustancias nocivas en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	55
Tabla 8. Comportamiento sexual de riesgo según sexo transaccional (ocasional) en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	57
Tabla 9. Comportamiento sexual de riesgo según antecedente de Infección de Transmisión Sexual-VIH/SIDA en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	59
Tabla 10. Comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	61
Tabla 11. Relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.	63

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, definir la relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019. **Metodología:** fue un estudio no experimental, de tipo descriptivo, transversal y correlacional. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue diseñado y validado por la investigadora, a través del juicio de expertos (Prueba de concordancia entre los jueces = 0.967) y prueba piloto (Alfa de Cronbach = 0.817). Se incluyó una muestra de 85 estudiantes, del tercero al quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa, ubicada en la zona rural, del distrito de Condebamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca. **Resultados:** La mayoría de estudiantes tuvieron 15 años de edad (32.9%), fueron de sexo femenino (51.8%), profesaban la religión católica (64.7%), y así mismo, un alto porcentaje habían recibido información acerca de sexualidad de sus profesores (71.8%). Con respecto al nivel de conocimientos en sexualidad, el 67.1% alcanzó un nivel de conocimiento medio, el 20% conocimiento alto y el 12.9% conocimiento bajo. En referencia al comportamiento sexual de riesgo, se encontró, que el 75.3% de estudiantes presentaron comportamiento sexual sin riesgo, el 15.3% presentó riesgo moderado y el 9.4% riesgo alto. Además, el 19% de adolescentes que presentó comportamiento sexual de riesgo alto, se halló asociado a un nivel de conocimiento bajo y ninguno de los estudiantes que lograron un nivel de conocimiento alto en sexualidad, tuvieron comportamiento sexual de riesgo alto. **Conclusión:** se encontró relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes ($p < 0.05$).

Palabras clave: conocimientos, comportamiento de riesgo, adolescencia.

ABSTRACT

The objective of this research was to define the relationship between the level of knowledge in sexuality and sexual risk behavior in adolescents of the Educational Institution "Mariscal Ramón Castilla" - Malcas. Cajabamba, 2019. **Methodology:** It was a non-experimental study, of a descriptive, transversal and correlational type. The instrument used for data collection was designed and validated by the researcher, through the judgment of experts (Test of concordance among judges = 0.967) and pilot test (Cronbach's Alpha = 0.817). A sample of 85 students, from the third to fifth grade of secondary education in the Educational Institution, located in the rural area of the district of Condebamba, province of Cajabamba, department of Cajamarca, was included. **Results:** Most of the students were 15 years old (32.9%), female (51.8%), Catholic (64.7%), and a high percentage had received information about sexuality from their teachers (71.8%). With respect to the level of knowledge about sexuality, 67.1% reached a medium level of knowledge, 20% a high level of knowledge, and 12.9% a low level of knowledge. In reference to sexual risk behavior, it was found that 75.3% of students presented non-risk sexual behavior, 15.3% presented moderate risk, and 9.4% high risk. In addition, 19% of adolescents who presented high-risk sexual behavior were associated with low knowledge and none of the students who achieved a high level of knowledge in sexuality had high-risk sexual behavior. **Conclusion:** A relationship was found between the level of knowledge of sexuality and sexual risk behavior in adolescents ($p < 0.05$).

Keywords: knowledge, risk behavior, adolescence.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de muchos cambios, tanto físicos, psicológicos, emocionales y sociales; sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial (razonamiento abstracto, aptitud, creatividad, entre otros). Sin embargo, constituye además una etapa de riesgos considerables, entre ellos el incremento del riesgo sexual, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1); debido al escaso conocimiento sobre temas de sexualidad, poca noción del riesgo al que se exponen, presión de los pares o pareja. Ocasionando un inicio de relaciones sexuales coitales precozmente, lo que desencadena malestares en su salud sexual y reproductiva, que se manifiesta en el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los embarazos no deseados y los abortos inducidos; pudiendo limitar su desarrollo educativo, laboral y social, donde el contexto social puede tener una influencia determinante (2). En este sentido, se ejecutó la presente investigación durante el año 2019, en estudiantes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla”, ubicada en la zona rural del distrito de Condebamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca; a fin de conocer la problemática referente a la sexualidad de los adolescentes del ámbito rural, que permita mostrar a las autoridades del sector educación y de salud, datos actuales y reales para mejorar las estrategias que se vienen desarrollando, buscando lograr una salud sexual sana y adecuada en los adolescentes. El presente estudio consta de cuatro capítulos, describiéndose a continuación:

CAPÍTULO I: Se da a conocer el planteamiento, la formulación, los objetivos y la justificación del problema.

CAPÍTULO II: Comprende los antecedentes internacionales, nacionales y locales; la teoría; la hipótesis y la conceptualización y operacionalización variables.

CAPÍTULO III: Describe el diseño metodológico, área de investigación, unidad de análisis y descripción de instrumentos.

CAPÍTULO IV: Incluye los resultados de la investigación, análisis y discusión.

Por último se presenta las conclusiones de la investigación, así como, las recomendaciones dirigidas a las autoridades e instituciones pertinentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según OMS, la adolescencia es una etapa de vida entre 10 y 19 años, clasificada como: Adolescencia Temprana entre 10 y 14 años y Adolescencia Tardía entre 15 y 19 años (1). Es una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, caracterizada en razón de cambios anatómicos y fisiológicos que experimenta el organismo, como parte de su proceso de crecimiento y desarrollo normal, así como de adaptación a nuevas estructuras psicológicas y sociales que conducen de la infancia a la adultez. Muchos de los cambios mencionados son de orden sexual, expresándose en conductas, afectos y pensamientos como el aumento de la curiosidad por temas sexuales (2).

Con relación al accionar de los adolescentes, uno de los problemas a considerar es que, éstos tienen habitualmente una tendencia a pasar a las acciones sin reflexionar demasiado y esto los pone necesariamente en peligro, convirtiéndolos en la población más expuesta a un comportamiento sexual de riesgo, como es el inicio de relaciones sexuales coitales precoces, con la probabilidad de contraer alguna Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) o concebir un embarazo no planificado, debido al no uso de métodos anticonceptivos (3).

Con respecto al inicio sexual, durante el año 2015, se reportó, en América Latina y El Caribe, que la mayoría de los adolescentes se inició sexualmente en la edad de 15 años (4); similar a los reportes publicados en Perú, según la organización de Apoyo a Programas de Población (APROPO) (5); mientras que en el departamento de Cajamarca el inicio de relaciones sexuales se encontraba entre 14 a 15 años de edad (6).

En relación a las ITS, los casos notificados de Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú para el año 2017, fueron 4

257 de VIH y 746 de SIDA, considerando el largo período de incubación de esta infección, un porcentaje importante debió infectarse antes de los 20 años; mientras que para el departamento de Cajamarca, se notificaron 57 casos de VIH y 8 de SIDA (7).

Así mismo, el embarazo durante la adolescencia en el año 2015 representó un 13.6%, contemplándose el doble en el área rural con 22.5%, en relación al área urbana con 10.6% (8). En tanto la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para el año 2017, registró a Cajamarca como el cuarto departamento con mayor porcentaje de embarazo adolescente y la Dirección Regional de Salud (DRC) en Cajamarca informó que la región alcanzó un índice de 16% (1 200 embarazos), cifra superior a la tasa nacional del 13% (9). Mientras que en la provincia de Cajabamba la tasa de embarazo adolescente representó un 12.6%, con un incremento de 1.3% en relación al año anterior (10).

Por lo antes mencionado, se evidencia, que el comportamiento sexual de los adolescentes de este siglo, es preocupante por el inicio sexual a temprana edad, el incremento de embarazos precoces, aumento de la oferta sexual a través del uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación, ascenso de los casos de VIH/SIDA; limitando las oportunidades de desarrollo personal y social de los adolescentes; tal vez, por la falta de responsabilidad sexual. Notándose la necesidad de perfeccionar la educación en salud sexual y reproductiva (11,12).

La educación en sexualidad, permite el desarrollo de habilidades sociales que preparan a los adolescentes, para tomar decisiones y ser responsables en favor de su salud sexual y reproductiva (13). De allí la importancia de realizar un estudio en adolescentes, que permitió identificar el nivel de conocimientos en sexualidad y su relación con el comportamiento sexual de riesgo, en un grupo de adolescentes de tercero, cuarto y quinto grado de una Institución Educativa rural secundaria del distrito de Condebamba, no investigada anteriormente en la provincia de Cajabamba, 2019.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Establecer la relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de tercero, cuarto y quinto grado de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características personales de los adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas.
- Identificar el nivel de conocimientos en sexualidad que tienen los adolescentes según dimensiones (anatomía sexual y reproductiva, fisiología sexual y reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA y métodos anticonceptivos).
- Determinar el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes según dimensiones (debut sexual, compañeros sexuales, uso de métodos anticonceptivos, consumo de sustancias nocivas, sexo transaccional y antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA).

1.4. Justificación

El comportamiento sexual de los adolescentes y sus respectivas consecuencias, son diversos en cada una de las distintas realidades del país, notándose mayor número de adolescentes expuestos al ejercicio de una actividad sexual precoz sin conocer los riesgos que esta pudiera ocasionar, como lo son, los embarazo no deseados, abortos inducidos y la incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA (2); afectando a la colectividad adolescente del departamento de Cajamarca y particularmente de la provincia de Cajabamba, que no son ajenos a esta problemática; donde se registró durante el año 2017, un incremento del 1.3% en cifras porcentuales anuales de embarazo en adolescentes, en comparación con el año 2016 que se tuvo un índice de 11.3%, aumentando en números absolutos de 145 gestantes adolescentes en la provincia de Cajabamba (10). Resultado de

múltiples factores y entre ellos sobresale la educación sexual recibida, que suele ser deficiente (2). Pues al margen del avance progresivo de la educación en el país, los adolescentes de la zona rural, siguen presentando mayor vulnerabilidad por un acceso más restringido de la educación, donde la falta de información en beneficio de su protección, podría representar un riesgo. Por lo que, se consideró importante indagar sobre la sexualidad de este grupo etario del área rural, que carece de investigaciones recientes, a pesar del aumento del comportamiento sexual de riesgo.

Además, los resultados de la investigación permitieron conocer esta realidad como herramienta importante para la planificación de acciones y estrategias futuras, a fin de mejorar la realidad encontrada. Propiciando por ende el trabajo del Obstetra en prevención del embarazo adolescente en Instituciones Educativas de educación secundaria.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Álvarez J, Müller A, y Vergara V. (Paraguay, 2015), en su investigación encontraron, colaboración mayoritaria de estudiantes del sexo femenino (62%). Con respecto al inicio sexual, manifestaron haber iniciado relaciones sexuales coitales (26.2%), siendo la edad promedio 15 años; de inicio durante el noviazgo (70%) y con un amigo/a, trabajador sexual o algún familiar (30%); por coito vaginal (87%) y por vía oral o anal (13%); además, tuvieron una pareja sexual (74%) y negaron mantener relaciones sexuales con una sola pareja (26%). En referencia al conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, las más identificadas fueron el VIH-SIDA, sífilis y herpes genital, adquiriendo información a través de internet y el colegio; reconocieron también, al preservativo como único método anticonceptivo de protección contra las ITS (14).

Cardona D, Ariza A, Gaona C, y Medina O. (Colombia, 2015), en su estudio los resultados obtenidos muestran, que los adolescentes participantes fueron del sexo femenino el 59.5% y del sexo masculino el 40.5%; cuyas edades oscilaron entre los 15 y 19 años, siendo la edad promedio de 16 años. En cuanto a los conocimientos sobre sexualidad, el 81% presentó un nivel bajo de conocimientos y con respecto al inicio sexual coital, el 66.6% de los estudiantes ya habían tenido al menos una relación sexual; iniciándose en promedio a los 15 años (15).

Calvillo C, y Rodríguez A. (Guatemala, 2014), en su investigación reportaron, que el 56% de adolescentes participantes fueron del sexo masculino, con edades comprendidas entre 14 a 15 años un 54% y el 79% manifestó ser de religión católica. Con relación al nivel de conocimientos en sexualidad, el 87% de alumnos obtuvieron conocimientos insuficientes y en cuanto al comportamiento sexual, el 75% de adolescentes no tuvo inicio sexual, frente al 19% que respondió haberse

iniciado sexualmente; de los cuales, el 66% uso algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, siendo el preservativo masculino, el más utilizado (16).

Corona J, y Ortega J. (Venezuela, 2013), en su estudio identificaron, que el 52.8% de estudiantes fueron del sexo masculino. En referencia a la evaluación de conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual, el 75.6% conocía sobre tema y el 24.4% desconocían del mismo. Con respecto al inicio de las relaciones sexuales coitales, el 62.6% de estudiantes no refirió inicio de vida sexual y el 37.4% se había iniciado sexualmente, siendo del sexo masculino (27.9%) y del sexo femenino (9.5%); además, el 16.5% de alumnos uso algún método anticonceptivo y en cuanto a los antecedentes de ITS, todos los participantes refirieron no haberlas presentado (17).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Cóndor J. (Lima, 2018), en su investigación determinó, que el 67.3% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento alto sobre salud sexual, el 30.8% conocimiento medio y el 1.9% conocimiento bajo. En referencia a las conductas sexuales de riesgo, el 67.2% no habían iniciado relaciones sexuales coitales, frente al 32.8% que manifestaron haber iniciado vida sexual; de los cuales, el 22.1% refirió haberlo realizado con su pareja (enamorado/a) y el 10.6% con un amigo/a; en cuanto al número de parejas sexuales, el 12.5% de estudiantes mencionó haber tenido una pareja sexual y el 8.7% tuvo 2 parejas sexuales; y finalmente, el 13.5% refirió utilizar siempre el preservativo en sus relaciones sexuales coitales (18).

Solano J. (Huancavelica, 2018), en su estudio encontró, que los adolescentes participantes fueron mayoritariamente del sexo masculino (55.9%). Con respecto al nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, lograron conocimiento alto (54.2%), conocimiento parcial (42.9%) y conocimiento bajo (2.9%). En relación al comportamiento sexual, los estudiantes presentaron comportamiento sexual de riesgo (62.4%); por último, los alumnos que alcanzaron un nivel alto de conocimiento tuvieron comportamiento sexual de riesgo (51.8%) y los que obtuvieron un nivel de conocimiento bajo manifestaron comportamiento sexual de no riesgo (1.2%). Concluyendo, que no se encontró relación entre el conocimiento sobre salud sexual/reproductiva y el comportamiento sexual en adolescentes (19).

Bolaños O. (Chimbote, 2016), en su investigación evidenció, que el 43.6% de estudiantes alcanzó un nivel de conocimiento regular sobre salud sexual, el 30.8% conocimiento bueno y un 25.6% conocimiento deficiente; en cuanto a la conducta sexual de riesgo, el 56.4% tuvo conducta sexual adecuada, frente al 43.6% que manifestó conducta sexual inadecuada. Además, el 7.7% de alumnos que lograron conocimiento bueno sobre salud sexual estuvieron relacionados a un nivel inadecuado de conducta sexual de riesgo y el 12.8% que obtuvo conocimiento deficiente sobre salud sexual manifestó nivel adecuado de conducta sexual de riesgo. Concluyó, que no existió relación significativa entre nivel de conocimiento sobre salud sexual y la conducta sexual de riesgo en los adolescentes (20).

Orihuela J. (Lima, 2016), en su estudio encontró, participación predominante del sexo femenino (54.4%); manifestaron que la principal fuente de información en sexualidad fueron los profesores (31.7%), seguido de los padres (26.6%), del internet (17.4%) y finalmente de sus amigos (14%); con referencia a la conducta sexual, los adolescentes refirieron tener enamorado/a (69.1%), habían iniciado actividad sexual coital (23%) siendo la edad promedio 15 años, de los cuales señalaron haber consentido las relaciones sexuales (50.9%) y refirieron haber sido presionado/a por su pareja (20.8%); respecto al uso de métodos anticonceptivos, emplean algún método anticonceptivo (60.4%) y no utilizan método anticonceptivo (39.6%) (21).

Chávez L, y Paredes N. (Iquitos, 2015), en su investigación identificaron, que el 50.7% de estudiantes obtuvo nivel de conocimiento medio, el 25.4% conocimiento deficiente y el 23.9% conocimiento alto; en relación al comportamiento sexual de riesgo, el 64.2% refirió no haber iniciado relaciones sexuales coitales, frente al 35.8% que había iniciado vida sexual; de los cuales, el 14.9% tuvo más de una pareja sexual y el 31.4% no utilizaron método anticonceptivo; además, el 16.4% de alumnos que tuvieron nivel de conocimiento deficiente presentaron conducta sexual con riesgo. Concluyeron, que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y uso de métodos anticonceptivos (22).

Gómez A. (Lima, 2013), en su estudio, los adolescentes participantes tuvieron una edad promedio de 16 años, recibieron información en educación sexual el 99.1%, siendo la fuente de información predominante, los profesores con 81.9%. Respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, el 99.6% de estudiantes conocen

de su existencia; pero, solo el 24.8% refirió que sirven para evitar un embarazo; y en cuanto a las prácticas sexuales, el 31.9% habían tenido actividad sexual coital; siendo la edad promedio de 15 años; de los cuales, el 56.9% usaron algún método anticonceptivo en su relación sexual (12).

2.1.3. Antecedentes locales

Silva M, y Rodríguez R. (Cajamarca, 2014), en su investigación identificaron, preponderancia de la religión católica en los alumnos (91.7%), lograron un nivel de conocimiento medio (50%), conocimiento alto (43.3%) y conocimiento bajo (5%). Con respecto al inicio de relaciones sexuales coitales, se habían iniciado sexualmente (85%); de los cuales, fueron del sexo masculino (51.7%) y del sexo femenino (33.3%), siendo la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales coitales, 15 años (23).

2.2. Bases Teóricas de la Investigación

2.2.1. Adolescencia

2.2.1.1. Definición

Desde el punto de vista etimológico, adolescencia procede del latín *adolescens*, que significa “que crece” y “se desarrolla” e implica transformaciones y adaptaciones constantes, dentro de los ámbitos físico, emocional, social y cultural (24).

La Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia, como la etapa de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, divididas en dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Abarcando una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, acompañados por diversos procesos biológicos, pues el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (1).

Desde el punto de vista cultural es un período de transición Bio-Psico-Social, entre la infancia y la edad adulta, donde ocurren modificaciones corporales y de adaptación a nuevas estructuras psicológicas y sociales que llevan a la vida adulta (25).

Según el Ministerio de Salud del Perú, es el periodo de transición de la niñez a la edad adulta; que mediante Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, dentro del código del niño y adolescente considera que las edades del adolescente fluctúan entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días (26).

2.2.1.2. Fases de la adolescencia, según la OMS

a. Adolescencia Temprana (10 a 14 años)

Comienzan a manifestarse los cambios físicos, que generalmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias; siendo los cambios externos, más notorios y motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación; no obstante, los cambios internos son menos evidentes, pero igualmente profundos, tal como lo señala una investigación neurocientífica, que muestra, que el cerebro de los adolescentes experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico, el número de células cerebrales pueden llegar a duplicarse en el curso de un año, al mismo tiempo las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental; también, el lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante esta etapa (27).

Por otra parte, el desarrollo físico y sexual, es más precoz en las niñas, que inician la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones y se refleja uniformidad en el desarrollo del cerebro. Dado que, este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las mujeres, contribuyendo a la percepción generalizada de que las mujeres maduran mucho antes que los varones (27).

b. Adolescencia tardía (15 a 19 años).

Para entonces, ya ocurrieron los cambios físicos más importantes; sin embargo, el cuerpo sigue desarrollándose; al igual que el cerebro, continúa reorganizándose y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notoriamente. Las opiniones de los miembros de su grupo de pares, aún son importantes al inicio de

esta etapa, pero su predominio disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor seguridad de su identidad y sus propias opiniones. Es al final de esta etapa, que los adolescentes ingresan en el mundo laboral o de la educación superior, instauran su identidad y cosmovisión, empezando a participar activamente en la configuración del mundo que los rodea (27).

2.2.1.3. Cambios Durante la Adolescencia

Según Iglesias (2013), la etapa de la adolescencia se va a caracterizar por presentar una serie de eventos físicos y psicosociales (28) que a continuación se detallan:

2.2.1.3.1. Eventos Físicos:

- Crecimiento corporal dado por el aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales, donde al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.
- Telarquia en las mujeres.
- Crecimiento testicular en los varones.
- Crecimiento del vello púbico (Pubarquía) en ambos sexos.
- Aumento del tejido graso en las mujeres, con una mayor proporción que en los varones.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcado en el varón.
- La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura; mientras que, en el varón aumenta el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual característico de los dos sexos.
- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, y se inicia la capacidad reproductiva.

2.2.1.3.2. Eventos Psicosociales:

- Mayor recelo y menor interés por los padres.
- Interés creciente en la sexualidad.
- Preocupación creciente sobre el aspecto corporal.
- Integración con el grupo de amigos: inicia contacto con el sexo opuesto.
- Búsqueda de sí mismos, de su identidad.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.

- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico.
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.

2.2.2. Sexualidad

2.2.2.1. Definición

De acuerdo a la OMS (2010), la sexualidad representa un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Engloba el sexo, la identidad y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se percibe y se manifiesta a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Además, está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (29).

Siendo así, la sexualidad humana comprende las características físicas del individuo y las aptitudes con respecto a los comportamientos sexuales; a la vez, los valores psicológicos y sociales, las normas, actitudes y el aprendizaje de procesos, que influyen en estos comportamientos. Involucrando aspectos que están rigurosamente relacionados; aspecto biológico, relacionado al proceso de la reproducción, aspecto psicológico, vinculado a las características del mundo psíquico del individuo y aspecto social, que se expresa de acuerdo al contexto social y cultural de cada persona (11).

2.2.3. Dimensiones del conocimiento sobre sexualidad en adolescentes

2.2.3.1. Anatomía sexual y reproductiva.

2.2.3.1.1. Anatomía de los órganos sexuales femeninos.

- Órganos Externos Femeninos:

- a. Monte del pubis o monte de venus: eminencia redondeada celuloadiposa, situada por delante de la sínfisis del pubis, de forma triangular y cubierta de vello pubiano (30).
- b. Labios mayores: son dos grandes pliegues de piel que contienen tejido adiposo subcutáneo y después de la etapa de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada (contiene glándulas sebáceas y sudoríparas) y recubiertas por vello. El orificio entre los dos labios mayores se denomina hendidura vulvar (30).
- c. Labios menores: son dos pliegues de piel, ubicados entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina y el orificio uretral; además, en el tercio posterior de la cara interna se encuentran, a ambos lados, los orificios excretores de las glándulas de Bartholino cuyos cuerpos de están situados en las partes profundas de los labios mayores y menores (30).
- d. Introito vaginal: orificio vaginal, cubierto por el himen, un delgado pliegue incompleto de membrana mucosa que rodea dicho orificio (30).
- e. Clítoris: es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil formado por dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande, se localiza entre los extremos anteriores de los labios menores y por encima del meato urinario, la porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris y por debajo el frenillo clitoridiano (30).

- Órganos Internos Femeninos:

- a. Vagina: estructura músculo-membranosa que se extiende desde la vulva hasta el útero y está interpuesta entre la vejiga y el recto, en posición anatómica, desciende y describe una curva de concavidad anterior, inicia en el orificio de la vagina que puede estar cerrado parcialmente por el himen entre los labios menores; su pared anterior tiene una longitud de 6-8 cm y su pared posterior de 7-10 cm. En la parte anterior, la vagina está separada de la vejiga y la uretra por tejido conjuntivo, el tabique vesicovaginal y en la parte posterior, entre la porción inferior de la vagina y el recto, hay tejidos similares que constituyen el tabique

rectovaginal, además, se comunica por su parte superior con la cavidad uterina ya que el cuello del útero se proyecta en su interior, quedando rodeado por un fondo de saco vaginal y la cuarta parte más alta de la vagina está separada del recto por el fondo de saco rectouterino o fondo de saco de Douglas (31).

- b. Útero o matriz: órgano muscular hueco con forma de pera, tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5-7 cm. de ancho y 2-3 cm. de espesor, situado entre la vejiga por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina; la porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio. La pared del cuerpo del útero tiene tres capas: (30)
- una capa externa serosa o perimetrio.
 - una capa media muscular (compuesta por músculo liso) o miometrio.
 - una capa interna mucosa (formada por epitelio simple columnar ciliado) o endometrio.
- c. Trompas de Falopio: son dos conductos de 10 - 12 cm. de longitud, se unen a los cuernos del útero por cada lado, reciben los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación); se dividen en sus porciones intersticial o porción uterina, ístmica, ampollar e infundibular, la porción intersticial está incluida en la pared muscular del útero, el istmo o región estrecha de la trompa, que se une al útero, se convierte de manera gradual en la porción lateral más amplia o ampolla y el infundíbulo o extremidad fimbriada corresponde a la abertura en forma de embudo del extremo distal de la trompa de Falopio (30).
- d. Ovarios: constituyen las gónadas femeninas, se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por ligamentos como: el ligamento ancho del útero, miden aproximadamente 3 cm. de longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. En su interior se encuentran los folículos ováricos, que contienen los ovocitos en sus distintas fases de desarrollo, producen y secretan a la sangre hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina (30).

2.2.3.1.2. Anatomía de los órganos sexuales masculinos.

- Órganos Externos Masculinos

- a. Pene: órgano de la copulación, tiene forma de tubo, consta de la raíz (unida a las estructuras abdominales inferiores y huesos pélvicos), el cuerpo y el glande (extremo en forma de cono); en el cual, se localiza el orificio de la uretra (por el que pasa la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación); contiene tres espacios cilíndricos de tejido eréctil: los cuerpos cavernosos, que se encuentran uno al lado del otro y el cuerpo esponjoso, que rodea casi toda la uretra. La piel y las fascias del pene se prolongan como una doble capa de piel dando lugar al prepucio, que cubre el glande en una extensión variable (32).
- b. Testículos: son dos glándulas ovoides, una a cada lado del pene, de aproximadamente 5 cm de largo y 2.5 cm de diámetro y con un peso de 10-15 gramos, suspendidos dentro del escroto por el cordón espermático, producen las células germinales masculinas (espermatozoides) y las hormonas sexuales masculinas o andrógenos. En el interior de cada testículo, los espermatozoides se forman en los túbulos seminíferos que se unen para formar una red de canales (Rete Testis), que contienen 2 tipos de células, las células espermatogénicas (darán lugar a los espermatozoides) y las células de Sertoli (encargadas del proceso de espermatogénesis) y en el tejido conjuntivo situado entre los túbulos seminíferos adyacentes se encuentran las células de Leydig que secretan testosterona, el andrógeno más importante (32).
- c. Escroto: es un saco cutáneo exterior, de piel rugosa, de color oscuro y fascia superficial o lámina de tejido conjuntivo, que forma un tabique incompleto que divide al escroto a mitad, para albergar a cada testículo, puesto que la producción de espermatozoides requiere una temperatura inferior de 2-3 grados a la temperatura corporal; también, contiene una hoja de músculo liso (Músculo Dartos) cuyas fibras musculares están unidas a la piel y cuya contracción arruga la piel del escroto, reduciendo la pérdida de temperatura de los testículos. Además, asociado a cada testículo dentro del escroto, se encuentra el músculo cremáster (banda de músculo estriado esquelético que continúa al músculo oblicuo menor o interno del abdomen), que en respuesta a las bajas temperaturas, se contrae acercando los testículos al cuerpo (32).

- Órganos Internos Masculinos:

- a. Epidídimo: es una estructura, adosada a las superficies superior y posterior-lateral de cada testículo y está formado por un conducto contorneado (almacén de los espermatozoides para la etapa final de su maduración) y una cola; además, ayuda a expulsar los espermatozoides hacia el conducto deferente durante la excitación sexual mediante contracciones peristálticas del músculo liso de su pared (32).
- b. Conductos deferentes: conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador (32).
- c. Vesículas seminales: son un par de estructuras, situadas detrás de la vejiga urinaria, delante del recto e inmediatamente por encima de la base de la próstata, con la que están unidas por su extremo inferior; producen una secreción espesa y alcalina que contiene fructosa, prostaglandinas y diversas proteínas, que se mezcla con el esperma a medida que éste pasa a lo largo de los conductos eyaculadores (32).
- d. Próstata: mayor glándula accesoria del aparato reproductor masculino, constituida por músculo y tejido glandular, situada por debajo de la vejiga urinaria, rodeando la primera porción de la uretra (uretra prostática) y produce el líquido prostático que se añade al líquido seminal (32).
- e. Glándulas de Cowper: también llamadas glándulas bulbouretrales, se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata y contribuyen con el líquido seminal, pues cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede contener espermatozoides (32).

2.2.3.2. Fisiología Sexual y Reproductiva

- a. Menarquia: denominación referida a la primera menstruación de la mujer, dura de tres a siete días, iniciando con flujo leve, que puede volverse más intenso por dos o tres días y de allí más tenue hasta que se termina (30).
- b. Ciclo ovárico: los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario aproximadamente), formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes (30).

El inicio de cada ciclo ovárico, coincide con el primer día de la menstruación, empezando a aumentar de tamaño varios folículos primordiales por la influencia de la hormona Folículo estimulante (FSH), madurando a folículos primarios y luego a folículos secundarios, donde solo uno continúa desarrollándose mientras los demás sufren regresión. Se distinguen 3 fases (30):

- **Fase Folicular:** del día 1 al día 14 del ciclo, que abarca el desarrollo folicular, dando lugar al folículo De Graaf o folículo maduro (ovocito secundario).

- **Ovulación:** la Hormona Luteinizante (LH) causa la ruptura del folículo maduro y la expulsión del ovocito secundario, siendo atraído por las prolongaciones o fimbrias de la trompa de Falopio para ser introducido en el interior de la trompa y ser transportado hacia el útero.

- **Fase Luteínica:** del día 15 al día 28 del ciclo, después de la ovulación, las células restantes del folículo forman el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo bajo la influencia de la LH.

- c. Ciclo uterino o menstrual: ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y depende de los niveles de hormonas, tanto de estrógeno (producen que el endometrio crezca y aumente de espesor), como de progesterona. El ciclo menstrual normal, puede durar tan solo 21 días o hasta 35 días y se denomina día primero al primer día de la menstruación, si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera, dejando de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación. Se divide en 3 fases (30):

-Fase menstrual: del primero al cuarto día del ciclo, comprende la expulsión del flujo menstrual.

-Fase proliferativa: del quinto al decimocuarto día del ciclo, coincidiendo con la fase folicular del ciclo ovárico, donde las células endometriales se multiplican y reparan la destrucción que tuvo lugar en la menstruación.

-Fase secretora: del decimoquinto al vigesimocuarto día del ciclo, coincidiendo con la fase luteínica del ciclo ovárico, en la presente fase el endometrio se prepara para la implantación del óvulo fecundado.

- d. La fecundación: proceso mediante el cual, los gametos femenino y masculino se fusionan y tiene lugar en la región ampollar de la trompa de Falopio entre las 24 y 48 luego de la ovulación; conduce a la fusión de dos células haploides, el espermatozoide y el óvulo, reuniendo del material genético de ambas células (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas (31).
- e. El embarazo: es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser, que culmina en el parto; también, definido como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar) (30).

2.2.3.3. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, ocho se han relacionado a la máxima incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual; de las cuales, cuatro son actualmente curables: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis; y las cuatro restantes: la hepatitis B, el Virus del Herpes Simple (HSV), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Virus del Papiloma Humano (VPH) son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas (33).

Las ITS se propagan preponderantemente por contacto sexual, incluidos el sexo anal y oral; también, por medios no sexuales, como, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos, y particularmente, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia (33).

- a. Sífilis: infección producida por la espiroqueta de Schaudinn o *Treponema pallidum*, que penetra en el organismo a través de pequeñas lesiones del epitelio, en la mayoría de los casos se adquiere por contacto sexual (el riesgo de contagio, al tener relaciones sexuales coitales con una persona infectada, oscila entre el 10%-60% dependiendo del periodo de la infección y de la práctica sexual), aunque también puede darse la transmisión vertical de la madre al feto o al recién nacido y, excepcionalmente, infección por transfusión sanguínea (34).

Se distinguen diversos estadios:

- Sífilis primaria: se produce un período de incubación de entre 3-4 semanas, donde aparece una lesión primaria “chancro” (lesión ulcerada con base edematosa indurada, indolora, en general única, con localización genital y oral) en el sitio de la inoculación; además, los ganglios linfáticos circundantes pueden estar agrandados, ser duroelásticos e indoloros. La duración varía entre 4-6 semanas, desapareciendo luego de este período, independientemente de la realización de un tratamiento (34).
- Sífilis secundaria: La espiroqueta se disemina a través del torrente sanguíneo y produce lesiones mucocutáneas, hinchazón de los ganglios linfáticos; que aparecen entre 6-12 semanas después de la identificación del chancro y alrededor del 25% de los pacientes aún conserva el chancro cuando surgen los síntomas; además presenta fiebre, anorexia, náuseas y cansancio, asociados a dolor de cabeza (debido a meningitis), pérdida de la audición (a causa de otitis), problemas de equilibrio (por laberintitis), trastornos visuales (a razón de retinitis o uveítis), y dolor óseo (en virtud a periostitis). Luego del período secundario aparece el período de latencia precoz (menor 1 año después de la infección) o tardía (mayor o igual a 1 año desde de la infección), que se caracteriza por la desaparición espontánea de las manifestaciones (34).
- Sífilis Tardía: un 30-40% de los pacientes no tratados presenta sífilis tardía, aunque varios años o décadas después de la infección inicial y se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneomucosas, llamadas gomas (nódulos de piel que se ulceran), lesiones óseas (periosteítis), lesiones

cardiovasculares (aortitis) y lesiones neurológicas como meningitis meningovascular (más frecuentes en VIH positivo) (34).

- b. **Gonorrea:** conocida también como blenorragia, causado por “*Neisseria gonorrhoeae*”, se caracteriza por secreción amarillenta y espesa junto con molestias al orinar; puede afectar en las mujeres a la uretra, la vagina y cuello uterino y en los varones por medio de la uretra, provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo; pero también, al recto o a la cavidad oral en ambos sexos. Los síntomas pueden aparecer entre los 2-7 días (o incluso más) del contacto sexual genital, oro-genital o rectal; sin embargo, el 50% de mujeres y entre el 5 al 25% de varones no presentan síntomas, pero si no es tratada, puede provocar infertilidad (34).
- c. **Tricomoniasis:** causada por el parásito “*Trichomona vaginalis*”, se transmite por contacto sexual y al invadir la mucosa genital, tiene preferencia por las glándulas de Bartholino y parauretrales, la vagina y el cérvix en la mujer; y en el surco balano-prepucial, las glándulas prepuciales, la uretra prostática y las vesículas seminales en el varón. Entre los signos y síntomas, en el sexo femenino, produce leucorrea (espumosa, fétida y de color amarillo verdoso), prurito, dispareunia y disuria, que suele acentuarse durante la menstruación; y el sexo masculino, tiende a sufrir una infección asintomática, actuando como reservorio de *Trichomona vaginalis*; sin embargo, cuando la infección se hace evidente, puede manifestarse secreción uretral serosa o purulenta, prurito en el glande, edema prepucial, erección dolorosa, eyaculación precoz y disuria (34).
- d. **Herpes genital:** infección vírica crónica, causada por Herpes Virus simple tipo II y tipo I (agente del herpes labial), entre sus síntomas se caracteriza por una lesión primaria (inicia con un grupo o grupos de pequeñas pápulas pruriginosas y dolorosas, que se convierten en vesículas amarillentas y se ulceras), seguido de un período de latencia y tendencia a reaparecer en forma localizada (34).
- e. **Virus del Papiloma Humano (VPH):** es un virus ADN sin cubierta, existen más de 100 genotipos, de los cuales, aproximadamente 40 pueden infectar al ser humano mediante la vía sexual por contacto directo con piel o mucosas, en el canal del parto o a través de fómites; se clasifica según su localización en piel y mucosas y por su capacidad de oncogénesis, en bajo y alto riesgo. La infección por este virus suele ser asintomática, aunque un subgrupo puede desarrollar

condilomas acuminados anogenitales o neoplasias en distintas localizaciones: cérvix, vulva, vagina, ano, perineo, escroto, pene y región oro-faríngea, siendo estos condilomas o verrugas lesiones benignas (únicas o múltiples de distintas formas y tamaños), asociados a VPH 6 y 11 en un 90%, no suelen dar clínica aparte de las molestias estéticas y psicológicas, aunque en ocasiones producen prurito, sangrado o dolor (34).

- f. Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA): el VIH es un virus ARN que ataca al sistema inmune de las personas, debilitándolo y haciéndolos vulnerables a una serie de infecciones, que pueden poner en peligro su vida; se propaga a través, de contacto sexual (principal forma de contagio a nivel mundial), transmisión vertical, transfusión sanguínea por exposición a sangre o hemoderivados, accidente laboral biológico y uso compartido de jeringas por usuarios de drogas intravenosas (35).

Fases de la infección del VIH, el cual puede transmitirse en cualquier fase, pero el riesgo es mayor durante la fase aguda (35):

- Fase precoz (Infección aguda por el VIH): fase inicial, suele manifestarse de 2-10 semanas después de contraído el virus, produce síntomas como fiebre, dolor de cabeza, aumento del tamaño de los ganglios y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el organismo, pero al cabo de días o semanas desaparecen los síntomas de forma espontánea.
- Fase intermedia (Infección crónica por el VIH, Infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica): continua la replicación del virus, las “defensas” (linfocitos CD4) son destruidas, pero el organismo es capaz de reponerlas, por lo que los individuos contagiados pueden permanecer años sin tener manifestaciones de la infección o como único síntoma pueden notar los ganglios linfáticos aumentados de tamaño y sin tratamiento, la infección crónica evoluciona habitualmente al SIDA, entre 10 y 12 años desde que se adquiere el virus.
- Fase avanzada (SIDA): es la fase final de la infección, donde aparecen diferentes enfermedades infecciosas (candidiasis oral, tuberculosis,

neumonías) y cánceres (linfomas u otros) asociados al grave deterioro del sistema inmunológico.

2.2.3.4. Métodos anticonceptivos

2.2.3.4.1. Métodos Naturales

2.2.3.4.1.1. Abstinencia Periódica

Se basa en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad; y el uso de periodos infértiles para la actividad sexual. La abstinencia periódica usa las técnicas siguientes para que las mujeres identifiquen la fase fértil del ciclo menstrual: (36)

- a. El método del calendario o del ritmo: basado en la abstinencia sexual en la fase fértil del ciclo menstrual, y se usan los ciclos menstruales anteriores para calcular el período de fertilidad. El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior a la siguiente menstruación (37).
- b. El método Billings, de la ovulación o del moco cervical: basado en la abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales. El periodo fértil inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la desaparición brusca de la sensación de humedad (37).
- c. El método de los días fijos o del collar: se apoya en las perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual, considerando por ciclos regulares entre los 26 y 32 días. Se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que se encuentra la mujer: 1 perla roja que representa el primer día de menstruación, 6 perlas marrones que representan días no fértiles, 12 perlas blancas que representan los días fértiles y 13 perlas marrones que representan días no fértiles (37).

2.2.3.4.1.1.1. Coito Interrumpido

También conocido como “coitus interruptus”, requiere que el pene se extraiga de la vagina antes de la eyaculación para impedir que haya contacto entre los espermatozoides y el óvulo. Incluso cuando este método se usa correctamente, hay posibilidad de embarazo, ya que el líquido preeyaculatorio puede contener espermatozoides (36).

2.2.3.4.2. Métodos de Barrera

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS (36).

- a. Preservativo Masculino: es una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección, cubriéndolo de tal manera que impide que los espermatozoides contenidos en el semen pasen a la vagina; además de evitar el embarazo, es el mejor método para prevenir las ITS. La seguridad de este método aumenta, si se utilizan productos espermicidas asociados (cremas, gel, óvulo vaginal, entre otros), es de un solo uso y no tiene efectos secundario ni contraindicaciones; sin embargo, si existe alergia al látex, posible irritación local, es recomendable utilizar preservativos de poliuretano (37).
- b. El condón femenino: es una bolsa cilíndrica de poliuretano o nitrilo, tiene un anillo interior (extremo cerrado de la bolsa) que facilita su colocación al introducirlo como si fuera un tampón e impide que entren los espermatozoides, y otro anillo exterior (extremo abierto) que queda por fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos de la mujer y para retirarlo, se gira el anillo exterior y se extrae suavemente (37).

2.2.3.4.3. Dispositivos Intrauterinos (DIU)

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina, el que se usa frecuentemente es la TCu380A, cuya eficacia dura hasta 12 años, tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la “T” y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales. El mecanismo de acción principal de la TCu380A y de otros DIU es

provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos, pues pocos espermatozoides logran llegar al lugar de la fertilización en las trompas de Falopio, y los que llegan no tienen probabilidades de fertilizar un óvulo (37).

2.2.3.4.4. Métodos Hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales son eficaces y seguros, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres; sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad (36).

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales: la inhibición total o parcial de la ovulación, actuando a nivel del hipotálamo y la glándula pituitaria haciendo que reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación; y, mediante el espesamiento del moco cervical (actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina), causado por la progestina (36).

2.2.3.4.4.1. Píldora Anticonceptiva Oral Combinada

La píldora anticonceptiva combina cantidades variables de hormonas similares a las que sintetiza el organismo (estrógenos y progestágenos), puede presentarse en blíster de 21 o 28 unidades, su mecanismo de acción es inhibir la producción y liberación de óvulos por el ovario, también actúan espesando el moco cervical, de forma que se dificulta el paso de los espermatozoides; es muy segura desde que empieza a tomarse (primer ciclo de pastillas) siempre que se haga correctamente (a la misma hora, durante los días correspondientes, siendo recomendable utilizar preservativo durante el primer ciclo de pastillas (37).

2.2.3.4.4.2. Inyectable combinado

Contienen estrógeno y progesterona, 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol, se administran una vez al mes y su mecanismo de acción es la supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical (36).

2.2.3.4.4.3. Inyectable de solo progestina

Contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona: Acetato de medroxiprogesterona de depósito, que se administra en una dosis de 150 mg cada tres meses, comúnmente se conoce con el nombre comercial de Depo Provera y su mecanismo de acción es espesamiento de moco cervical y supresión de la ovulación en un 50% (36).

2.2.3.4.4.4. Implante

Son pequeños cilindros o cápsulas delgadas, flexibles no biodegradables, que se insertan bajo la piel, por lo general en la parte superior del brazo, con anestesia local y liberan constantemente progestágeno que actúa espesando el moco cervical y dificultando el avance de los espermatozoides, una vez colocado, su efecto persiste cerca de 3 años y es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces (37).

2.2.3.4.5. Métodos Definitivos

2.2.3.4.5.1. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina - Bloqueo Tubario Bilateral (BTB)

Es una operación quirúrgica en la que se bloquean las trompas de Falopio (conductos por donde pasan los óvulos desde los ovarios hasta el útero), requiere anestesia y hospitalización. No produce alteraciones en la actividad sexual, ni en la menstruación (37).

2.2.3.4.5.2. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina – Vasectomía.

Es una operación quirúrgica en la que se bloquean los conductos deferentes por los que pasan los espermatozoides desde los testículos al exterior, se realiza con anestesia local y no requiere hospitalización. No produce alteraciones en la actividad sexual ni en la capacidad de erección, manteniéndose la eyaculación (el semen tiene el mismo aspecto a simple vista, pero no contiene espermatozoides). Se debe realizar una revisión para comprobar que no quedan espermatozoides en el semen y, hasta ese momento, utilizar otro método anticonceptivo (37).

2.2.3.5. Definición del Conocimiento

Conjunto de información reunida mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) y en un sentido amplio, se refiere a la posesión de múltiples datos interrelacionados, que al ser tomados por sí solos, poseen menor valor cualitativo. Por ende, es un conjunto integrado de información, reglas, interpretaciones y conexiones dentro de un contexto, siendo netamente personal, ya que se origina y radica en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia, ya sea físico o intelectual y lo incorporan a lo personal convencido de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado, que da estructura y significado. Existen niveles para la medición de conocimiento y ellos se dividen en: (11)

- a. Conocimiento alto: se halla una adecuada función cognoscitiva, la conceptualización y el pensamiento son congruentes, la expresión es fundamentada y acertada. Identifica, estructura y utiliza la información de forma efectiva.
- b. Conocimiento medio o regular: se encuentra integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos. Identifica, estructura y utiliza la información en forma no tan efectiva.
- c. Conocimiento bajo: existe deficiente e inadecuada organización cognoscitiva, en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos, ni adecuados. No identifica, no estructura, ni utiliza la información.

2.2.4. Comportamiento sexual del Adolescente

La Organización Mundial de la Salud, define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, simultáneamente la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (38).

El comportamiento sexual, es la conducta asumida por el adolescente respecto a su sexualidad, mediante todo tipo de práctica sexual que puede realizar con otra persona; sensible a influencia de ciertos factores (sociales, demográficos, relaciones

familiares y grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva) y guarda relación con su percepción psicológica (22).

2.2.4.1. Enfoque de Riesgo

El riesgo es la proximidad a un daño a la salud, la probabilidad de que este ocurra, y que su alcance pueda conducir hasta la enfermedad o la muerte (22), mientras que un factor de riesgo según la OMS es cualquier rasgo, característica o exposición de la persona, que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión y entre los factores de riesgo más notables están las prácticas sexuales de riesgo (39).

2.2.4.2. Dimensiones del Comportamiento de Riesgo

Según la OMS, una conducta de riesgo es una forma específica de conducta relacionada con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente, no solo ligados a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo (39).

La conducta sexual de riesgo en los adolescentes, se define como todo comportamiento en el cual exista relación sexual coital, que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de la otra persona, con la posibilidad de embarazos no deseados, abortos y contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, relacionado con su estructura biológica, la falta de información y el poco acceso a los servicios de salud. Por lo que, es importante realizar acciones para disminuir la incidencia futura, que no favorece el desarrollo hacia una adultez con armonía ni el control de sus actos, en consecuencia, no contribuye al fortalecimiento de la familia y la sociedad (22).

2.2.4.2.1. Debut Sexual

La adolescencia es considerada, un periodo libre de problemas de salud, pero su adelantada maduración sexual, conlleva a la práctica de relaciones sexuales coitales tempranas, dando como resultado el inicio de su vida sexual activa, que cuanto más precoz sea la edad de inicio, mayor exposición tendrán a riesgos, como los embarazos no deseados vinculados al aborto o las Infecciones de Transmisión Sexual; pues, en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de agentes infecciosos por el riesgo de lesión intraepitelial, ya que, cuando

el primer coito sucede a los 17 años o menos, es 2.4 veces mayor el riesgo, que cuando este se tiene a los 21 años, además, el tiempo de exposición a las relaciones sexuales será mucho mayor (22).

2.2.4.2.2. Compañeros Sexuales

Referido a la actividad sexual con múltiples parejas, en un mismo período de tiempo, que puede incrementar considerablemente la propagación de Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA (40).

2.2.4.3. Uso de Métodos Anticonceptivos

Los adolescentes, pueden utilizar cualquier método anticonceptivo y la edad no constituye una limitación para su uso, siendo el método anticonceptivo ideal, el que cumpla una serie de requisitos como: ser reversible, eficaz, fácil de usar, económico, que no interfiera en su desarrollo y que se adapte a las características de su actividad sexual (41).

2.2.4.4. Consumo de Sustancias Nocivas

El alcohol es considerado por los adolescentes, como un poderoso estimulante y/o excitante sexual, porque se cree que facilita el encuentro sexual y aumenta la excitación al involucrarse en experiencias más arriesgadas (40). Sin embargo, en el varón, dosis pequeñas producen efectos sobre la calidad de la erección y disminuye el goce y la intensidad del orgasmo masculino y en las mujeres, incluso ingerido con moderación, dificulta la respuesta excitatoria y orgásmica (42).

Las drogas constituyen un facilitador de las conductas sexuales de riesgo en la etapa de la adolescencia, entre los fines de su consumo, se encuentra potenciar las sensaciones sexuales, y la cocaína es una de las sustancias más valoradas para prolongar el acto sexual. (42).

El consumo de estas sustancias disminuye la percepción de riesgo y cambia sus acciones, lo que puede afectar en la toma de sus decisiones e incrementar la probabilidad de incurrir en prácticas sexuales no seguras, incrementado los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual (42).

2.2.4.5. Sexo Transaccional (Ocasional)

Término que define a las personas que practican relaciones sexuales a cambio de algún objeto, dinero o privilegio. Estas personas mantienen habitualmente relaciones sexuales coitales con múltiples parejas, y por tanto, son vulnerables a contraer Infecciones de Transmisión Sexual, entre ellas el VIH, que es la que actualmente reviste un mayor riesgo (43).

El sexo transaccional se da en ambos géneros y los servicios pueden ser heterosexuales u homosexuales, aunque a lo largo de la historia esta actividad ha sido protagonizada preferentemente por mujeres, lo que refleja la dependencia socioeconómica tradicional de la mujer y la tendencia a explotar la sexualidad femenina; común en sociedades con elevados niveles de pobreza, donde el sexo transaccional es habitual (43).

2.2.4.6. Antecedente de ITS – VIH/SIDA

Muchos adolescentes tienen comportamientos sexuales riesgosos, que pueden ocasionar resultados inesperados en su salud, como la adquisición de alguna de las Infecciones de Transmisión Sexual, que pueden ser difíciles de comprender para la búsqueda de un tratamiento oportuno. Enfatizando la adquisición de VIH/SIDA, la OMS refiere que una gran cantidad de los adolescentes VIH-positivos desconocen su estado serológico, y muchos, de los que lo conocen, no reciben un tratamiento antirretrovírico eficaz, por lo cual, propone que los adolescentes a través de una educación en salud sexual y reproductiva, deben de saber cómo protegerse y disponer de los medios para ello, además se precisa un mayor acceso a pruebas de detección del VIH y asesoramiento sobre el tema (44).

2.3. Hipótesis

Existe relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de tercero, cuarto y quinto grado de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019.

2.4. Variables

Variable Independiente.

Nivel de conocimientos en sexualidad: conjunto de información que posee el adolescente en relación a temas del área sexual. Para la presente investigación será evaluado según el Anexo N°1, para determinar:

- a) Nivel de Conocimiento Bajo: cuando al responder el cuestionario de conocimientos en sexualidad, obtenga una puntuación menor a 12 puntos.
- b) Nivel de Conocimiento Medio: cuando al responder el cuestionario de conocimientos en sexualidad, obtenga una puntuación entre 12 a 18 puntos.
- c) Nivel de Conocimiento Alto: cuando al responder el cuestionario de conocimientos en sexualidad, obtenga una puntuación mayor a 18 puntos.

Variable Dependiente.

Comportamiento sexual de riesgo: referido a la forma específica de conducta que manifiesta el adolescente en estudio en función de su sexualidad, evidenciado en el inicio de las relaciones sexuales coitales, que aumentan la probabilidad de tener una enfermedad específica o un daño con consecuencias psicológicas y sociales negativas para el mismo; en los aspectos de: debut sexual, número de parejas sexuales, sexo transaccional (ocasional), antecedentes en ITS/VIH, uso de métodos anticonceptivos y consumo de sustancias nocivas. El nivel de comportamiento sexual se determinará de acuerdo al puntaje obtenido en:

- a. Comportamiento de No Riesgo: cuando al responder el cuestionario de comportamiento sexual, obtenga una puntuación de 0 pts. (sin inicio de relaciones sexuales coitales).
- b. Comportamiento de Riesgo Moderado: cuando al responder el cuestionario de comportamiento sexual, obtenga una puntuación entre 1 a 4 pts.
- c. Comportamiento de Riesgo Alto: cuando al responder el cuestionario de comportamiento sexual, obtenga una puntuación mayor a 4 pts.

2.5. Conceptualización y operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIÓN	ITEMS (INDICADOR)	CRITERIOS DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD	Conjunto de información que posee el adolescente en relación a temas del área sexual.	El conocimiento en sexualidad que tuvo cada uno de los adolescentes, fue medido por el cuestionario diseñado y validado por la investigadora del presente estudio. (ANEXO 1)	Independiente	Anatomía sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomía de los órganos sexuales internos y externos femeninos. - Anatomía de los órganos sexuales internos y externos masculinos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento alto: 4-5 pts. • Conocimiento medio: 2-3 pts. • Conocimiento bajo: 0-1 pto. 	Ordinal
				Fisiología sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Menarquía. - Ciclo ovárico. - Ciclo menstrual. - Fecundación. - Embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento alto: 6-7 pts. • Conocimiento medio: 3-5 pts. • Conocimiento bajo: 0-2 pts. 	
				Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> - ITS. - VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento alto: 6-7 pts • Conocimiento medio: 3-5 pts. • Conocimiento bajo: 0-2 pts. 	
				Métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento alto: 6-8 pts. • Conocimiento medio: 3-5 pts. • Conocimiento bajo: 0-2 pts. 	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIÓN	ITEMS (INDICADOR)	CRITERIOS DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO	Referido a la forma específica de conducta que manifiesta el adolescente en estudio, en función de su sexualidad, evidenciándose en las relaciones sexuales coitales.	El comportamiento sexual de riesgo que posee cada adolescente, fue medido a través del cuestionario, validado y aplicado por la investigadora del presente estudio. (ANEXO N°1)	Dependiente	Debut Sexual	Inicio sexual coital.	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento sin riesgo: 0 ptos. • Comportamiento de riesgo Moderado: 1 pto. • Comportamiento de riesgo Alto: 2-3 ptos. 	Ordinal
					Vía de las relaciones sexuales coitales.		
				Compañeros sexuales	Número de parejas sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de riesgo Moderado: 0 ptos. • Comportamiento de riesgo alto: 1-2 ptos. 	
					Pareja regular o casual		
				Uso de métodos anticonceptivos	Uso de los Métodos Anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de riesgo Moderado: 0 ptos. • Comportamiento de riesgo alto: 1 pto. 	
					No uso de los Métodos Anticonceptivos		
				Consumo de Sustancias Nocivas	Consumo de alcohol en forma concomitante a las relaciones sexuales coitales.	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de riesgo Moderado: 1 pto. • Comportamiento de riesgo alto: 2 ptos. 	
					Consumo de drogas en forma concomitante a las relaciones sexuales coitales.		
				Sexo transaccional (Ocasional)	Obtención de dinero a cambio de relaciones sexuales coitales.	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de riesgo Moderado: 1 pto. • Comportamiento de riesgo alto: 2 ptos. 	
					Realización de pago por relaciones sexuales coitales.		
				Antecedente de Infección de Transmisión Sexual (ITS)-VIH/SIDA	Conocimiento acerca de realización de prueba rápida de VIH de su pareja sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de riesgo Moderado: 1 pto. • Comportamiento de riesgo alto: 2-3 ptos 	
					Conocimiento acerca de realización de prueba rápida de sífilis de su pareja sexual.		
Diagnóstico de Infección de Transmisión Sexual							

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de investigación

El diseño del presente estudio fue no experimental, porque no se manipuló ninguna variable; y el tipo de estudio fue descriptivo, transversal y correlacional (45).

Descriptivo, porque se describió el nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas.

Transversal, porque en el estudio se recolectó y analizó datos en un periodo de tiempo específico, sin hacer cortes en el tiempo (único tiempo).

Correlacional, porque se midió el grado de relación entre las dos variables, lo que permitió conocer la influencia de los conocimientos en sexualidad que tengan los estudiantes frente al comportamiento sexual de riesgo que pudieran reportar.

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Mixta Secundaria “MARISCAL RAMÓN CASTILLA” - MALCAS, categorizado según el Ministerio de Educación (MINEDU) como una Institución Educativa de zona rural, ubicada en el Centro Poblado de Malcas, Distrito de Condebamba, Provincia de Cajabamba y Región de Cajamarca.

3.2.2. Población

La población estuvo constituida por todos los estudiantes adolescentes matriculados en el tercero, cuarto y quinto grado de la Institución Educativa “Mariscal Ramón

Castilla” -Malcas. Cajabamba 2019. Siendo un total de 119 estudiantes, de los cuales 49 cursaron el tercer grado, 40 el cuarto grado y 30 el quinto grado de educación secundaria; matriculados en el año académico 2019.

3.3. Muestra

Debido a la naturaleza de la investigación y al número de adolescentes que contaron con el debido permiso de los padres de familia, el tamaño de la muestra quedó constituido por 85 adolescentes.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada estudiante de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas, que se encontraban matriculados en tercero, cuarto y quinto grado y que cumplió con los criterios de inclusión.

3.5. Criterios de inclusión

Los (as) adolescentes del estudio cumplieron los siguientes criterios para ser incluidos en el mismo:

- a) Estudiantes matriculados en tercero, cuarto y quinto grado, periodo 2019.
- b) Estudiantes cuya edad no sea mayor a 19 años.
- c) Estudiantes cuyos padres firmaron el debido consentimiento para que sus hijos participen en la investigación.
- d) Estudiantes que aceptaron voluntariamente participar de dicho estudio.
- e) Estudiantes que asistieron el día de la encuesta.

3.6. Criterios éticos

La presente investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la misma, como los siguientes: (46)

Autonomía: para la investigación fue prioridad la opinión brindada por los (as) adolescentes de la Institución Educativa.

No maleficencia: la información se obtuvo sin dañar a los (as) adolescentes, anteponiendo su bienestar físico, psíquico y social en todo momento.

Justicia: Se brindó a los (as) adolescentes un trato de equidad, privacidad, anonimato y confidencialidad.

Privacidad: se garantizó la privacidad de los (as) adolescentes que desarrollaron la encuesta, pues ésta fue de manera anónima, respetando sus opiniones, cultura, creencias, religión y principalmente sus derechos.

Consentimiento Informado: se tuvo en cuenta el interés y aceptación de los (as) adolescentes de querer formar parte de la presente investigación, asimismo se solicitó su autorización por escrito para la aplicación de la encuesta; además, al tratarse de menores de edad, también se requirió la autorización por escrito de su uno de sus padres o apoderado.

Confidencialidad: la información brindada por los (as) adolescentes no fue, ni será revelada en ningún momento; siendo utilizada solo para fines de la investigación.

3.7. Procedimientos y técnica de recolección de datos

Para la realización de la presente investigación, se siguieron los siguientes procedimientos:

- Se solicitó mediante documento escrito al Director de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas, la autorización pertinente para ejecutar el presente estudio.
- Posterior a ello los (as) adolescentes fueron informados (as) de los pasos y técnicas a utilizar para la recolección de la información, para lo cual se le solicitó su autorización (asentimiento informado) y la de su padre, madre y/o apoderado (consentimiento informado).
- Luego se procedió a la recolección de datos, usando la técnica de la encuesta (cuestionario de recolección de datos), como instrumento para establecer el nivel de conocimientos en sexualidad y el comportamiento sexual de riesgo en los alumnos.

- Finalmente, se realizó la sistematización de los datos recolectados para su posterior análisis a través de tablas estadísticas, sumado a la contrastación con los antecedentes.

3.8. Descripción del instrumento

El cuestionario fue diseñado y validado por la investigadora del presente estudio y constó de:

Datos generales, como edad, sexo, grado y sección, religión y forma de obtención de la información sobre sexualidad, para lograr caracterizar a la muestra.

Cuestionario sobre conocimientos en sexualidad, estructurado por preguntas cerradas (elección única, tipo politómicas) y abiertas, el instrumento consta de 27 preguntas distribuidas en 4 dimensiones, dicho cuestionario mide los conocimientos sobre Anatomía sexual y reproductiva del adolescente con 5 ítems, Fisiología sexual y reproductiva del adolescente con 7 ítems, Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA con 7 ítems y Métodos Anticonceptivos con 8 ítems. Donde cada respuesta correcta equivale a 1 punto y la respuesta incorrecta o no contestada (respuesta en blanco) obtiene el valor de cero puntos, obteniéndose un puntaje entre 0 a 27 puntos.

Para analizar la variable, se trabajó con los resultados reales obtenidos en el cuestionario, utilizando el método de los percentiles (P_{30} y P_{60}), clasificándolo en:

- Nivel de conocimiento alto en sexualidad: mayor a 18 puntos.
- Nivel de conocimiento medio en sexualidad: de 12 a 18 puntos.
- Nivel de conocimiento bajo en sexualidad: menor a 12 puntos.

Para obtener el puntaje final se evaluó las dimensiones (1 punto cada ítem):

- a) Anatomía Sexual y Reproductiva
 - Alto: 4-5 puntos.
 - Medio: 2-3 puntos.
 - Bajo: 0-1 punto.

- b) Fisiología Sexual y Reproductiva
 - Alto: 6-7 puntos.
 - Medio: 3-5 puntos.
 - Bajo: 0-2 puntos.

- c) Infecciones de Transmisión Sexual - VIH/SIDA
 - Alto: 6-7 puntos.
 - Medio: 3-5 puntos.
 - Bajo: 0-2 puntos.

- d) Métodos Anticonceptivos
 - Alto: 6-8 puntos.
 - Medio: 3-5 puntos.
 - Bajo: 0-2 puntos.

Cuestionario de comportamiento sexual de riesgo en adolescentes, estructurado por preguntas cerradas (elección única, tipo dicotómicas y politómicas) y abiertas, el instrumento consta de 20 preguntas distribuidas en 6 dimensiones con opciones de respuestas de acuerdo a su comportamiento donde únicamente se otorgarán puntaje a 13 preguntas y las 7 preguntas restantes formarán parte de la información complementaria, el mínimo puntaje a obtener será 0 puntos y el máximo 13 puntos. Dicho cuestionario mide los comportamientos sobre: Debut sexual con 8 ítems, compañeros sexuales con 2 ítems, uso de métodos anticonceptivos 3 ítems, consumo de sustancias nocivas con 2 ítems, sexo transaccional (ocasional) con 2 ítems y Antecedente de Infección de Transmisión Sexual (ITS) - VIH/SIDA con 3 ítems.

Para analizar la variable, se trabajó con los resultados reales utilizando el método de los percentiles (P_{50}), el cual se obtuvo de la siguiente manera:

- Comportamiento sexual sin riesgo: 0 puntos (sin inicio de relaciones sexuales).
- Comportamiento sexual de riesgo moderado: entre 1 a 4 puntos.
- Comportamiento sexual de riesgo alto: mayor a 4 puntos.

Para obtener el puntaje final se evaluarán las dimensiones:

- a) Debut Sexual: preguntas evaluadas N° 6, 7 y 8 (Sí=1 / No= 0)
Riesgo Moderado: 1 punto.
Riesgo Alto: 2-3 puntos.

- b) Compañeros Sexuales: (Primera opción=0 / Segunda y demás opciones=1)
Riesgo Moderado: 0 puntos.
Riesgo Alto: 1-2 puntos.

- c) Uso de Métodos Anticonceptivos: pregunta evaluada N° 1. (Sí=0 / No= 1)
Riesgo Moderado: 0 puntos.
Riesgo Alto: 1 punto.

- d) Consumo de Sustancias Nocivas: (Sí=1 / No=0)
Riesgo Moderado: 1 punto.
Riesgo Alto: 2 puntos.

- e) Sexo Ocasional: (Sí=1 / No=0)
Riesgo Moderado: 1 punto.
Riesgo Alto: 2 puntos.

- f) Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual (ITS) – VIH/SIDA (Sí= 0 / No=1)
Riesgo Moderado: 1 punto.
Riesgo Alto: 2-3 puntos.

3.8.1. Validez y Confiabilidad:

La validez para el instrumento se realizó mediante el juicio de expertos, evaluado así por 5 profesionales obstetras, a cargo de la etapa de vida adolescente de los diferentes establecimientos de salud tanto de la región Cajamarca, como de la provincia de Cajabamba, obteniéndose, según Prueba de Concordancia entre los jueces 0,967 de validez. (ANEXO N°2)

La prueba de confiabilidad se realizó mediante:

- **Prueba Piloto:** considerando a 15 estudiantes de la Institución Educativa Carlos Manuel Cox Rosse, perteneciente al centro poblado de Cholocal, distrito Cachachi y provincia Cajabamba, por sus características similares a la población de estudio, pero que no formaron parte del mismo.
- **Prueba Estadística:** se utilizó la escala de fiabilidad con el SPSS y mediante el Coeficiente de alfa de Cronbach, que arrojó como resultado 0,817 (excelente confiabilidad). (ANEXO N°3)

3.9. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información recolectada se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 25 y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos, así como también, se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrado, para evaluar la relación entre variables, mediante la obtención de una expresión numérica que indique el grado de relación de las mismas.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

- **Fase descriptiva:** Consistió en describir los conocimientos en sexualidad y el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes de tercero, cuarto y quinto grado de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas.
- **Fase inferencial:** implica que los resultados de la muestra podrán extrapolarse a la población mostrando confiabilidad.

3.10. Control de calidad de datos

La calidad y la confiabilidad de la información estuvieron dadas por la validez y confiabilidad del instrumento, ya que el estadístico Alfa de Cronbach arrojó como resultado 0,817 (excelente confiabilidad), además, se asumió un 95% de confiabilidad en la recolección de datos, ya que la información fue recolectada por la propia investigadora.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características personales en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019.

Características Personales		
Edad*	N°	%
14	25	29.4
15	28	32.9
16	19	22.4
17	12	14.1
18	1	1.2
Sexo		
Masculino	41	48.2
Femenino	44	51.8
Religión		
Católica	55	64.7
Evangélica	20	23.5
Otros	10	11.8
Fuente de información sobre sexualidad		
Profesores	61	71.8
Papá	6	7.1
Mamá	3	3.5
Amigos	1	1.2
Internet	14	16.5
Enamorado (a)		
Si	57	67.1
No	28	32.9
Total	85	100.0

*Edad promedio 16 años.

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describen las características sociales y personales de adolescentes de 3ro, 4to y 5to grado de la I.E “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. En una muestra de 85 estudiantes, en cuanto a la *edad*, se encontró que osciló entre 14 y 18 años, donde el mayor porcentaje se ubicó entre 15 y 14 años (32.9% y 29.4%, respectivamente), el 22.4% tenían 16 años y finalmente grupos minoritarios de 17 y

18 años (14.1% y 1.2%). Además, se obtuvo una edad promedio de 16 años. Estos datos coinciden con las investigaciones de Gómez A. (Lima, 2013) y Cardona D. (Colombia, 2015), quienes identificaron una edad promedio de 16 años (12,15). La edad de los (as) adolescentes cobra importancia pues está relacionada con el grado de madurez y capacidad para la toma de decisiones; sin embargo, al ser una etapa vulnerable, existe susceptibilidad a cualquier agente o situación externa que pueda ejercer algún tipo de influencia, ya sea positiva o negativa en la conducta sexual de los mismos (47). Así mismo, Orbegoso B. (Lima, 2015) enfatiza que las edades de 14 y 15 años representan un período de mayor probabilidad de involucramiento en conductas sexuales de riesgo (48).

Con respecto al sexo, se estimó que el 51.8% de los adolescentes fueron del sexo femenino frente al 48.2% que fueron del sexo masculino; evidenciándose que hubo mayor participación de mujeres en el estudio. Los resultados concuerdan con los estudios de Orihuela J. (Lima, 2016), quien reportó la participación de 54.4% de adolescentes del sexo femenino (21), al igual que Álvarez J. (Paraguay, 2015) y Cardona D. (Colombia, 2015), encontraron que el sexo femenino obtuvo el 62% y 59.5%, respectivamente (14,15). Sin embargo, los datos hallados difieren con los de Solano J. (Huancavelica, 2018), Calvillo C. (Guatemala, 2014) y Corona J. (Venezuela, 2013), pues sus muestras estuvieron conformadas por el 55.9%, 56% y 52.7% de predominio del sexo masculino (16,17,19). El sexo de los (as) adolescentes se torna importante, debido a un enfoque de estereotipo social y de prejuicios, donde las identidades femeninas son menos valoradas que las masculinas, pues considerando el contexto rural de la investigación, Lascorz A. (España, 2016) destaca que los adolescentes varones tienden a justificar actitudes violentas y sexistas en mayor medida que las mujeres y, además, entre los adolescentes del medio rural esas actitudes sexistas están significativamente más presentes, que en el medio urbano (49). Cabe mencionar entonces, que en países como Perú, y más aún en la región de Cajamarca y sobretodo en la provincia de Cajabamba, el machismo es un factor cultural presente, lo que podría provocar que la mujer se vea limitada en el ejercicio de su sexualidad, contrastando una asimetría de género. Pudiendo reflejarse en un inicio de relaciones sexuales coitales con predominio en varones (Silva, 2014) y una presión de la pareja en mujeres (Orihuela, 2016) (21,23).

En cuanto a la *religión*, se observó que el mayor porcentaje dijeron profesar religión católica con el 64.7%, el 23.5% religión evangélica y finalmente el 11.8% manifestó

pertenecer a otra religión. Dichos hallazgos muestran similitud con las investigaciones de Calvillo C. (Guatemala, 2014) y Silva M. (Cajamarca, 2014), cuyos adolescentes predominantemente fueron católicos con el 79% y 91.7%, respectivamente (16,23). Probablemente la creencia religiosa se haya desarrollado solo en función de la cultura familiar, lo que hace suponer que a lo largo de los años, el ser humano ha asumido la necesidad de seguir una religión, basada en la oración y en un conjunto de normas morales que guíen su conducta individual y social, según Fonseca M. (Chile, 2016) (50). Además, cabe destacar que la religión evangélica ha ido ocupando también un lugar predominante en el distrito de condebamba.

En cuanto a la *fente de información* sobre de sexualidad, se evidenció, que el 71.8% la obtuvo de los profesores; el 16.5% del internet; el 7.1% del padre; el 3.5% de la madre y finalmente el 1.2% de los amigos. Guardando relación con la investigación de Orihuela J. (Lima, 2016), quien identificó que las primeras fuentes de información sobre sexualidad fueron los profesores y padres en el 31.7% y 26.6%, respectivamente (21). Así mismo, Gómez A. (Lima, 2013) reportó que el 81.9% mencionó a los profesores como fuente de información (12). Las fuentes de información en sexualidad de los (as) adolescentes se tornan importantes, debido a la veracidad de la misma; pues siendo los profesores quienes brindan la información se confía en sus conocimientos. Sin embargo, considerando al internet como una fuente de información lo más probable es, que los conocimientos obtenidos no sean en su totalidad lo más verídicos o certeros. Pues, si los adolescentes, reciben la información de fuentes inadecuadas, van a generar con frecuencia dudas, ideas erróneas, miedos y falsas expectativas.

Finalmente, acerca de la *relación de pareja* se obtuvo, que el 67.1% refirió tener enamorado (a) y el 32.9% manifestó no tenerlo (a). Mostrando concordancia con el estudio de Orihuela J. (Lima, 2016), donde predominó el 69.1% de adolescentes que refirieron tener enamorado (a). Considerando, que el enamoramiento tal como lo define López F. (España, 2019) es “un proceso psicológico, emocional, afectivo y fisiológico, que comparte elementos esenciales en todas las edades y sociedades”, en el cual se acentúa un afecto sexual y amoroso que puede ocasionar alegrías y sufrimientos, especialmente en la adolescencia, por razones, de rechazos, cambios continuos de pareja, celos y manipulaciones (51). Es relevante pensar que el adolescente, puede encaminarse a conductas de riesgo.

Tabla 2. Nivel de conocimientos en sexualidad en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.

Nivel de Conocimientos en sexualidad	Nº	%
Nivel Bajo	11	12.9
Nivel Medio	57	67.1
Nivel Alto	17	20.0
Total	85	100,0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se evidenció el predominio del nivel medio de conocimientos de sexualidad en adolescentes, en el 67.1%, seguido del 20.0% correspondiente al nivel de conocimiento alto y finalmente un porcentaje minoritario de 12.9% con un nivel de conocimiento bajo. Dichos resultados se asemejan a la investigación reportada por Chávez L. (Iquitos, 2015), donde, el 50.7% de estudiantes obtuvo conocimiento medio y el 23.9% conocimiento alto (22). En analogía, Silva M. (Cajamarca, 2014) identificó, que el 50% poseía conocimiento medio y solo el 5% conocimiento bajo (23). A diferencia del presente estudio, Córdor J. (Lima, 2018) y Solano J. (Huancavelica, 2018), hallaron que el 67.3% y 54.2% alcanzaron un nivel de conocimiento alto (18,19). En oposición, los estudios de Cardona D. (Colombia, 2015) y Calvillo C. (Guatemala, 2014), predominó el nivel bajo de conocimiento con 81% y 87%, respectivamente (15,16).

Por lo antes mencionado, se evidencian algunos vacíos en cuanto al nivel de conocimientos en sexualidad en los países latinoamericanos (Colombia, Guatemala y Perú), especialmente en el ámbito rural donde se realizaron los estudios. Es por ello que en el Perú, el Ministerio de Educación (MINEDU), desarrolla desde el 2018 un replanteamiento del escenario educativo en este sector del País, caracterizado por un mayor acceso a la educación y a tecnologías de la información (52). Enfatizando la Educación Sexual Integral (ESI) como parte de un enfoque multidimensional para abordar y mejorar la vida sexual y reproductiva de los adolescentes (53). Respaldando así, cierto nivel de conocimientos adecuados en sexualidad de los (as) adolescentes, cuyos resultados podrían estar apoyados en la fuente de información (docentes) en conjunto con el Plan Anual Curricular (Ciencia, tecnología y ambiente y Persona, familia y relaciones humanas) y el cronograma de actividades desarrollados en tutoría, a nivel de todo el país.

A pesar que el Perú, como muchos otros países, han desarrollado currículos o lineamientos para la educación sexual, poco se sabe acerca de la realidad en el aula, en términos de grado de implementación, integralidad del contenido, modo y calidad de la enseñanza, disponibilidad y uso de herramientas de monitoreo y evaluación, calidad de la capacitación de los docentes, nivel de apoyo u oposición de los padres de familia para su enseñanza, y eficacia del conjunto de programas para lograr los resultados deseados en conocimiento y comportamiento en los adolescentes (53). Pues, en los resultados del presente estudio, se logró identificar un 12.9% de adolescentes que poseen un nivel bajo de conocimientos en sexualidad. Evidenciándose así, una implementación débil y el poco alcance hacia la totalidad de estudiantes.

Tabla 3. Nivel de conocimientos en sexualidad según dimensiones del conocimiento en adolescentes de la I.E “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019.

DIMENSIONES DEL CONOCIMIENTO EN SEXUALIDAD		
Nivel de Conocimientos en Anatomía Sexual y Reproductiva	Nº	%
Conocimiento Bajo	29	34.1
Conocimiento Medio	40	47.1
Conocimiento Alto	16	18.8
Nivel de Conocimientos en Fisiología Sexual y Reproductiva		
Conocimiento Bajo	11	12.9
Conocimiento Medio	70	82.4
Conocimiento Alto	4	4.7
Nivel de Conocimientos en Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA		
Conocimiento Bajo	6	7.1
Conocimiento Medio	48	56.5
Conocimiento Alto	31	36.5
Nivel de Conocimientos en Métodos Anticonceptivos		
Conocimiento Bajo	15	17.6
Conocimiento Medio	51	60.0
Conocimiento Alto	19	22.4
Total	85	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el nivel de conocimientos de los (as) adolescentes evaluado en sus 4 dimensiones de la sexualidad. Con respecto al nivel de conocimientos en la *dimensión de Anatomía Sexual y Reproductiva*, se obtuvo que, mayoritariamente el 47.1% poseían nivel de conocimiento medio, seguido del 34.1% que tenían nivel de conocimiento bajo. En referencia a la *dimensión de Fisiología Sexual y Reproductiva*, se encontró, que en su gran mayoría los adolescentes alcanzaron nivel de conocimiento medio con el 82.4% y solo el 12.9% un nivel de conocimiento bajo. En relación a la *dimensión de Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA*, se halló, que predominó el nivel de conocimiento medio con el 56.5% y tan solo el 36.5% alcanzó un nivel de conocimiento alto. Finalmente, en cuanto a la *dimensión de Métodos Anticonceptivos*, mayormente obtuvieron un nivel de conocimiento medio, con un 60% y el 22.4% logró un nivel de conocimiento alto.

Estos datos guardan relación con el estudio de Corona J. (Venezuela, 2013), donde el 75.6% de estudiantes conocía sobre Infecciones de Transmisión Sexual (17). Sin embargo, discrepan de los hallados por Gómez A. (Lima, 2013) quien registró, que el 99.6% de los estudiantes conocían sobre métodos anticonceptivos (12).

Indagar acerca del nivel de conocimientos en sus diferentes dimensiones radicó, en identificar las deficiencias del mismo, notándose una gran falta de conocimiento en la dimensión de Anatomía sexual y reproductiva; siendo así, que existe desconocimiento acerca de la función y localización de los órganos sexuales externos e internos de cada sexo. Sumando a ello, la incomprensión de la dimensión de Fisiología sexual y reproductiva, en torno a contenidos sobre la parte biológica de los cambios sexuales del desarrollo corporal (menstruación, ciclo menstrual, fecundación y embarazo), lo que implicaría que iniciar una vida sexual en tales condiciones, tendría mayor impacto negativo en su salud.

Por el contrario existe mayor manejo de los temas con respecto a Infecciones de Transmisión Sexual y métodos anticonceptivos, pues considerando que los adolescentes pertenecen a una generación que no conoce un mundo sin VIH/SIDA, la mayoría de ellos (as) comprende su existencia y sus diferentes vías de contagio, pero se necesita proveer a esta colectividad, de información con respecto a las formas de prevención (12). Puesto que según datos del Ministerio de Salud el 97.6% de la población infectada, fue a través de la vía sexual, asegurando que debido al largo período de incubación de esta infección, un porcentaje importante debió infectarse antes de los 20 años (54).

Tabla 4. Comportamiento sexual de riesgo según características de inicio sexual en adolescentes de la I.E “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.

Dimensión: Debut Sexual		
Inicio de relaciones sexuales coitales	Nº	%
Si	21	24.7
No	64	75.3
Edad de inicio de relaciones sexuales coitales*		
Adolescencia Temprana (10 a 14 años)	13	15.3
Adolescencia Tardía (15 a 19 años)	8	9.4
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Inicio de relaciones sexuales coitales según sexo		
Masculino	14	16.5
Femenino	7	8.2
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Consentimiento de la relación sexual coital		
Voluntaria	21	24.7
Otro	0	0.0
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Vía de relaciones sexuales coitales		
Solo por vía vaginal	8	9.4
Vía vaginal más vía oral	8	9.4
Vía vaginal más vía anal	1	1.2
Vía anal más vía oral	1	1.2
Vía vaginal más vía anal más vía oral	3	3.5
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Total	85	100.0

*Edad promedio de Inicio de Relaciones Sexuales Coitales: 14 años.

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el comportamiento sexual de riesgo de los (as) adolescentes según debut sexual. En cuanto al *inicio de las relaciones sexuales coitales*, se obtuvo, que el 24.7% de los estudiantes mencionó haber iniciado vida sexual, frente al 75.3% que aún no la había iniciado. Con respecto a la *edad de inicio de relaciones sexuales coitales*, se observó, un predominio del 15.3% de inicio sexual coital en la adolescencia temprana (10 a 14 años) y el 9.4% se inició en la adolescencia tardía (15 a 19 años). Siendo la edad promedio a los 14 años, y según

el sexo, mayoritariamente fueron de sexo masculino con un 16.5% y el 8.2% de sexo femenino.

Estos datos muestran concordancia con las investigaciones de Álvarez J. (Paraguay, 2015) y Orihuela J. (Lima, 2016), quienes reportaron, que el 26.2% y 23% de adolescentes habían iniciado actividad sexual coital (14,21). En similitud, Corona J. (Venezuela, 2013), determinó, el 27.9% de inicio sexual en varones y el 9.5% en mujeres (17). Sin embargo, son disímiles al estudio realizado por Cardona D. (Colombia, 2015) quien identificó, el 66.6% de inicio sexual coital, a una edad promedio de 15 años (15). Del mismo modo, Silva M. (Cajamarca, 2014), determinó, el 85% de inicio sexual coital, a una edad promedio de 15 años, siendo el 51.7% varones y el 33.3% mujeres (23). Así mismo, Gómez A. (Lima, 2013), Álvarez J. (Paraguay, 2015) y Orihuela J. (Lima, 2016), encontraron, en sus investigaciones que la edad promedio de relaciones sexuales coitales fue de 15 años, respectivamente (12,14,21). Siendo un año más a lo encontrado en el presente estudio.

En consideración a lo antes mencionado, cabe resaltar que en el Perú, según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2017), la primera relación sexual fue más temprana en el área rural, que el área urbana (55); lo cual, se corrobora en los resultados obtenidos en el presente estudio, pues el inicio sexual coital prevaleció en la zona rural y en la adolescencia temprana. En cuanto al sexo de los adolescentes, que iniciaron su vida sexual (mayoritario en el sexo masculino), no se evidenció diferencias de acuerdo al lugar de residencia, puesto que los valores son similares tanto en el área urbana, como en la rural. Realidad que predispone a una exposición incrementada para situaciones de riesgo en la salud sexual, reproductiva y mental, lo que podría comprometer el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los adolescentes, en consecuencia, constituye un problema de salud pública que requiere intervención mediante acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva (15).

En referencia al *consentimiento de la relación sexual coital*, se halló, que en su totalidad los (as) adolescentes iniciados (as) sexualmente, refirieron que fue en forma voluntaria en un 24.7%. Los mismos que difieren con lo reportado por Orihuela J. (Lima, 2016), quien estimó, que el 20.8% de estudiantes refirió haber sido presionado (a) por su pareja para el inicio de las relaciones sexuales (21).

Tener conocimiento acerca del consentimiento, presión u obligación de la relación sexual en los (as) adolescentes, es de importancia debido a la presión entre pares y a la vulnerabilidad de ser influenciados negativamente por su pareja, grupo de amigos o iguales, lo que puede predisponer un inicio sexual en condiciones no adecuadas; no siendo el caso del presente estudio.

Cabe mencionar, que según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA Perú, 2019) las adolescentes de las zonas rurales corren el riesgo de ser víctimas de violencia a causa de la persistencia de actitudes tradicionales relativas a la subordinación de la mujer; pues predomina la familia patriarcal que considera que el sexo masculino debe ejercer el dominio, tornándose así, adecuadas las relaciones desiguales de poder, violencia y maltrato; fomentándose un patrón cultural de violencia en la población adolescente, que se evidencia cuando las adolescentes experimentan la violencia en sus relaciones; sin embargo, no las identifican como tal, ya que quienes ejercen la violencia les hacen creer a sus víctimas que son responsables de ello, llevándolas a disimular o actuar como si nada pasara, restándole importancia o hasta justificando el accionar de quien la ha violentado (56,57).

En cuanto a la *vía por la que mantienen relaciones sexuales coitales*, se obtuvo, que en su mayoría el 9.4% de adolescentes refirió el uso exclusivo de la vía vaginal y en la misma proporción utilizaron la vía vaginal y oral; seguido del 3.5% que refirieron usar las tres vías (vaginal, anal y oral); finalmente el 1.2% manifestó el uso de la vía vaginal más la anal y en el mismo porcentaje el uso de la vía anal más la oral. Estos datos se contraponen a los obtenidos en el estudio de Álvarez J. (Paraguay, 2015) quien reportó que el 87% de estudiantes manifestó el coito vía vaginal y el 13% por vía oral o anal (14).

En análisis de los datos hallados, la vía sexual coital cobra importancia según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) debido a los riesgos de contraer alguna de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que implica el sexo vaginal, anal y oral (vías de coito); deduciendo, que en los adolescentes existe solo la preocupación por evitar un embarazo, razón por la cual utilizan otras vías diferente a la vaginal, sin considerar los riesgos que las mismas implican. Por tanto, los adolescentes participantes del presente estudio, se encontrarían en riesgo de infección dada su temprana edad de inicio en las relaciones sexuales (vaginales, anales y orales); pues el cuerpo de los adolescentes es biológicamente más

propenso a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), lo que facilita la infección con el VIH/SIDA (segunda causa de muerte en los adolescentes); sumando a esto, el aumento del número de parejas sexuales durante la adolescencia, que intensifica el riesgo de contagio de alguna de las ITS (58).

Por otra parte, es importante tener en cuenta el acceso limitado de los adolescentes a los servicios de salud, debido a la existencia de barreras sociales (brechas de género, vergüenza, falta de confidencialidad) que pueden dificultar la consulta vinculada con su vida sexual. Por ello, es primordial que el equipo de salud tome la iniciativa e incluya contenidos en prevención de las conductas sexuales de riesgo, durante la educación sexual de los adolescentes (59).

Tabla 5. Comportamiento sexual de riesgo según compañeros sexuales en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.

Dimensión: Compañeros Sexuales		
Número de parejas sexuales	Nº	%
Una pareja	19	22.4
Dos o más parejas	2	2.3
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Relación afectiva con la persona que ha mantenido relaciones sexuales coitales		
Enamorado (a)	21	24.7
Otro	0	0.0
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Total	85	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el comportamiento sexual de riesgo según compañeros sexuales de los (as) adolescentes. En cuanto al *número de parejas sexuales*, se obtuvo, que del total de estudiantes que iniciaron relaciones sexuales coitales en su gran mayoría con un 22.4% refirió haber tenido una pareja y el 2.3% de dos a más parejas sexuales. Con respecto, a la *relación afectiva con la persona que ha mantenido relaciones sexuales coitales*, en su totalidad manifestaron que fue con su enamorado (a) en un 24.7%. Dichos datos guardan relación con la investigación de Córdor J. (Lima, 2018) quien reportó, que el 12.5% refirió una pareja sexual y el 22.1% haber iniciado relaciones sexuales coitales con su pareja (enamorado/a) (18). No obstante, se contraponen a la investigación de Álvarez J. (Paraguay, 2015), registrando que el 26% de estudiantes negó mantener relaciones sexuales coitales con una sola pareja y el 30% inicio relaciones sexuales coitales con un amigo/a (14). En similitud, Chávez L. (Iquitos, 2015), estimó que el 14.9% de adolescentes habían tenido más de una pareja sexual (22).

Por lo antes mencionado, se considera a los adolescentes como un sector de la población con un riesgo sexual y reproductivo elevado, lo cual puede facilitar la ocurrencia de un daño, el cual está dado fundamentalmente por el inicio temprano de relaciones sexuales coitales y el número de parejas sexuales, debido a que esta situación expone a más riesgos a los adolescentes, pues al aumentar proporcionalmente el número de parejas sexuales también se exponen a otros

riesgos de coito no seguro, como la falta de protección en sus relaciones y la mayor exposición a Infecciones de Transmisión Sexual, sin tomar en consideración sus posibles secuelas a largo plazo. Lo mismo que ocurre al mantener relaciones sexuales coitales con parejas no estables (amigos y/o desconocidos) (22).

El comportamiento sexual es el factor de predicción más constante en la adquisición de una infección. Más importante aún, el número de parejas sexuales se relaciona proporcionalmente con el riesgo de tener una infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). El VPH es la Infección de Transmisión Sexual (ITS) más común a escala mundial, pues la mayoría de varones y mujeres contraen la infección, debido a su patrón de actividad sexual (inicio precoz de las relaciones sexuales, mayor frecuencia de actividad sexual en la adolescencia y mayor número de parejas sexuales). Así mismo, predisponiendo a las adolescentes a un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino por la inmadurez de la zona de transformación, lo que las hace más susceptible a los cambios citopáticos inducidos por el virus (60).

Tabla 6. Comportamiento sexual de riesgo según uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.

Dimensión: Uso de Métodos Anticonceptivos		
Uso de algún método anticonceptivo	Nº	%
Si	16	18.8
No	5	5.9
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Método anticonceptivo que usan		
Preservativo masculino	14	16.4
Inyectables hormonales o píldoras anticonceptivas	1	1.2
Método del ritmo o del calendario	1	1.2
No refieren	5	5.9
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Motivo de no uso de método anticonceptivo		
Su pareja no desea usar métodos anticonceptivos	1	1.2
No sabe dónde conseguir los métodos anticonceptivos	1	1.2
No sabe cómo usar los métodos anticonceptivos	1	1.2
No refiere	2	2.3
Usan algún método anticonceptivo	16	18.8
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Total	85	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el comportamiento sexual de riesgo según uso de métodos anticonceptivos en los (as) adolescentes. Con respecto *al uso de métodos anticonceptivos*, se encontró, que mayoritariamente el 18.8% usa algún método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales coitales y el 5.9% refirió no usarlos; siendo el *método anticonceptivo más usado* el preservativo masculino con un 16.4%, seguido por los inyectables hormonales, píldoras anticonceptivas y método del ritmo con el 1.2%. En cuanto al *motivo de no uso de método anticonceptivo*, el 1.2% mencionó que su pareja no desea usarlos, no sabe en donde conseguirlos y tampoco sabe cómo usarlos; además, el 2.3% no refirió el motivo. Resultados similares reportaron Corona J. (Venezuela, 2013) quien identificó, que el 16.5% de estudiantes usaban algún método anticonceptivo (17); y Córdor J. (Lima, 2018) registró, el 13.5% de uso del preservativo en sus relaciones sexuales coitales (18). En cambio, difiere con los estudios de Orihuela J. (Lima, 2016), Calvillo C.

(Guatemala, 2014) y Gómez A. (Lima, 2013) quienes identificaron el 60.4%, 66% y 56.9% de uso de métodos anticonceptivos, respectivamente (12,16,21).

Probablemente estos resultados difieran con la presente investigación, por el ámbito rural en que ha sido desarrollada; ya que según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) en Cajamarca el uso de métodos anticonceptivos modernos en esta colectividad, es menor en comparación al área urbana (61). A pesar, que el Ministerio de Salud del Perú ofrezca una normatividad en anticoncepción durante la adolescencia y asegure la gratuidad de los métodos anticonceptivos, los adolescentes siguen refiriendo no saber el lugar donde encontrar los mismos, tal vez por las múltiples barreras sociales (edad, género, poco acceso a los servicios de salud, entre otros). Por lo tanto, el uso de métodos anticonceptivos cobra importancia puesto que durante una vida sexual activa y sin una pareja estable, los adolescentes que no usen algún método anticonceptivo se exponen a riesgos de embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual, generando un impacto sobre su proyecto de vida y su salud. Considerando así, que la falta de educación y acceso a los métodos anticonceptivos de los adolescentes que manifestaron no usarlos, representa un problema de intervención inmediata por parte del sector salud.

Tabla 7. Comportamiento sexual de riesgo según consumo de sustancias nocivas en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019.

Dimensión: Consumo de Sustancias Nocivas		
Relaciones sexuales coitales en estado de ebriedad	Nº	%
No	19	22.4
Si	2	2.3
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Relaciones sexuales coitales bajo efecto de drogas		
No	21	24.7
Si	0	0.0
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Total	85	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el comportamiento sexual de riesgo según consumo de sustancias nocivas de los (as) adolescentes. En cuanto a llevar a cabo *relaciones sexuales coitales en estado de ebriedad*, se obtuvo, predominantemente que el 22.4% refirió no haberlas realizado, frente al 2.3% que si lo hizo. Con respecto a tener *relaciones sexuales coitales bajo el efecto de drogas*, en su totalidad refirieron no haberlas tenido en esas circunstancias con un 24.7%.

No obstante, según la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes a nivel mundial experimentan el consumo de alcohol y drogas antes de los 15 años de edad (62); pues, algunos adolescentes aluden tener mejores relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol. Así mismo, entre los fines del consumo de drogas se refiere que estas se consumen para potenciar las sensaciones sexuales, y la cocaína para prolongar el acto sexual (63). Sin embargo, se debe tener en cuenta que este consumo no se realiza de forma homogénea, sino que es dinámico y cambiante en la dimensión espacio-temporal (condicionado por las características del entorno y el área geográfica); es por ello, que el contexto rural en el que se realizó la presente investigación, pone en evidencia un bajo consumo del alcohol y un nulo consumo de drogas en los adolescentes del distrito de Condebamba; quizá, por la calidad del sistema familiar (familias funcionales, que representan un factor protector frente al consumo de alcohol o drogas concomitante a las relaciones sexuales); el estrato

económico bajo (costo de elevado de las sustancias) y el menor número de lugares de esparcimiento nocturno en el distrito (64).

Pese a ello, el haber mantenido relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol, aun siendo un comportamiento minoritario en los adolescentes del presente estudio, cobra relevancia, ya que los adolescentes que refirieron que consumían alcohol tienen mayor riesgo durante la actividad sexual, en comparación a los que no tienen este hábito; pues los efectos del mismo influyen en las capacidades cognitivas de evaluación costo-beneficio de la conducta sexual, reduciendo la percepción de riesgo de los adolescentes y potenciando una actitud más abierta hacia la experimentación, lo que puede afectar en la toma de sus decisiones e incrementar la probabilidad de incurrir en prácticas sexuales no seguras (falta de uso de métodos anticonceptivos, causando el aumento de embarazos no deseados o contagio de alguna ITS incluyendo el VIH/SIDA) (40,63). Entonces, se debe tener en cuenta que este grupo necesita una atención particular mediante programas orientados a la prevención del consumo de sustancias adictivas, que promuevan y fomenten prácticas sexuales seguras, en los cuales es indispensable vincular a los padres (64).

Tabla 8. Comportamiento sexual de riesgo según sexo transaccional (ocasional) en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.

Dimensión: Sexo Transaccional (Ocasional)		
Relaciones sexuales a cambio de dinero	Nº	%
No	19	22.4
Si*	2	2.3
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Pagaron por tener relaciones sexuales		
No	18	21.2
Si**	3	3.5
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Total	85	100.0

*Sexo: femenino

**Sexo: masculino

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el sexo transaccional de los (as) adolescentes. En referencia a si mantuvieron *relaciones sexuales a cambio de dinero*, se encontró, que mayoritariamente el 22.4% de estudiantes no tuvieron relaciones sexuales coitales a cambio de dinero, seguido del 2.3% que así lo aseguraron. En cuanto a si *pagaron por tener relaciones sexuales*, se identificó, predominantemente que el 21.2% mencionó no haber pagado en beneficio de mantener relaciones sexuales coitales, frente al 3.5% que si lo hizo.

Con respecto, al comercio sexual adolescente en el Perú, las regiones donde se concentra una mayor incidencia de este fenómeno son Lima e Iquitos, donde las mujeres trabajan en lugares nocturnos a fin de poder costear sus necesidades, pues los modelos de consumo de las sociedades urbanas producen situaciones generalizadas, en las cuales las adolescentes por falta de recursos económicos, se ven influenciadas ya sea por el entorno familiar o social, a realizar prácticas de sexo transaccional (65), lo que significaría un factor de riesgo en el contexto urbano de la sociedad. Sin embargo, otra realidad se ve reflejada en la zona rural donde aparentemente estas conductas sexuales de riesgo no están altamente instauradas en la población adolescente; lo que se evidencia en los resultados obtenidos en el presente estudio.

Pese a ello, el haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero, aun siendo un comportamiento bajo en los adolescentes de la presente investigación, cobra relevancia por la exposición a un embarazo no deseado o a la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual, entre ellas el VIH/SIDA, que es la que actualmente reviste un mayor riesgo en este grupo de adolescentes; ya que, la persona a la que se le paga por ello, no está en situación de negociar el uso de métodos de barrera (preservativo masculino o femenino), así como puede estar imposibilitada/o a negarse a tener prácticas sexuales por vía anal u oral (22,66).

Tabla 9. Comportamiento sexual de riesgo según antecedente de Infección de Transmisión Sexual-VIH/SIDA en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.

Dimensión: Antecedente de Infección de Transmisión Sexual-VIH/SIDA		
Conocimiento si su pareja sexual se realizó la prueba rápida del VIH	Nº	%
No	17	20.0
Si	4	4.7
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Conocimiento si su pareja sexual se realizó la prueba rápida de Sífilis		
No	17	20.0
Si	4	4.7
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Diagnóstico de alguna Infección de Transmisión Sexual		
No	21	24.7
Si	0	0.0
Sin inicio de relaciones sexuales coitales	64	75.3
Total	21	24.7

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el comportamiento sexual de riesgo, según antecedente de Infección Transmisión Sexual – VIH/SIDA de los (as) adolescentes. Con respecto al *conocimiento si su pareja sexual se realizó la prueba rápida de VIH y Sífilis*, se identificó, que en mayor porcentaje los estudiantes iniciados sexualmente no conocen sobre la realización de las pruebas de su pareja sexual con un 20% y únicamente el 4.7% tiene conocimiento que su pareja sexual se realizó la prueba rápida de VIH y Sífilis. En cuanto *al diagnóstico de alguna Infección de Transmisión Sexual*, en su totalidad el 24.7% manifestó no haber sido diagnosticado (a) con alguna. Dichos datos muestran similitud con el estudio de Corona J. (Venezuela, 2013), quien reportó que todos los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales coitales refirieron no haber sido diagnosticados con alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) (17).

Considerando, que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables se asocian a un riesgo de dos a tres veces mayor de contraer el VIH/SIDA, los antecedentes de Infección de Transmisión Sexual, son relevantes, debido a los comportamientos

sexuales riesgosos durante la adolescencia que pueden ocasionar resultados inesperados en su salud; pues las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las Infecciones de Transmisión Sexual comprometen gravemente la calidad de vida de las personas infectadas. Puesto que para los adolescentes, los riesgos de presentar alguna Infección de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA pueden ser difíciles de comprender; y más aún, tardan en buscar una atención de salud inmediata para el diagnóstico y tratamiento, dificultando el cumplimiento del mismo (40).

Tabla 10. Comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019.

Comportamiento Sexual de Riesgo	Nº	%
Sin Riesgo	64	75.3
Riesgo Moderado	13	15.3
Riesgo Alto	8	9.4
Total	85	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe el comportamiento sexual de riesgo de los (as) adolescentes, determinando, que mayoritariamente el 75.3% tuvieron un comportamiento sexual sin riesgo, seguido del 15.3% que obtuvo un comportamiento sexual de riesgo moderado y finalmente un porcentaje menor de 9.4% presentó un comportamiento sexual de riesgo alto. Estos datos guardan relación con los estudios de Chávez L. (Iquitos, 2015) quien determinó, el 64.2% de comportamiento sexual sin riesgo y 35.8% de comportamiento sexual de riesgo (22). Por otro lado difieren de las investigaciones de Solano J. (Huancavelica, 2018) y Bolaños O. (Chimbote, 2016), quienes reportaron, un 37.6% y 56.4% de comportamiento sexual sin riesgo, respectivamente (19, 20).

En el presente estudio, se ha identificado el comportamiento sexual de riesgo en una población vulnerable e influenciada como es la de los adolescentes, que difícilmente están habituados a comentar con personas adultas sus opiniones acerca de su sexualidad, más aún, en el ámbito rural (mayor existencias de tabúes al tratar estos temas). Debido a ello, el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes cobra importancia, pues las conductas sexuales exponen a los mismos, a situaciones que pueden ocasionar daños físicos y psicológicos tanto en su salud, como en la de otra persona; mediante relaciones sexuales coitales, con la probabilidad de embarazos no deseados y contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA, por la falta de uso de métodos anticonceptivos durante sus relaciones sexuales coitales (22).

La investigación muestra que las conductas sexuales de riesgo que los (as) adolescentes tienen, son diversas y entre ellas tenemos: inicio precoz de las relaciones sexuales coitales (adolescencia temprana), prácticas de sexo anal y oral,

más de una pareja sexual, falta de uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol, sexo transaccional y desconocimiento sobre la realización de pruebas rápidas de VIH y Sífilis en sus parejas sexuales.

Frente a ello, cabe resaltar la labor tan importante y necesaria de un profesional de Obstetricia en el primer nivel de atención y en el ámbito educativo secundario de la zona rural, mediante acciones de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, basada en la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la etapa de vida adolescente; con la finalidad, de orientar y prevenir la conducta sexual de riesgo en aquellos adolescentes que aún no han iniciado una vida sexual; y en aquellos adolescentes que presentan una conducta sexual de riesgo tanto moderada, como alta; sensibilizarlos para disminuir el riesgo.

Tabla 11. Relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019.

Nivel de Conocimientos en Sexualidad*	Comportamiento Sexual de Riesgo				Total	
	Comportamiento de Riesgo Moderado		Comportamiento de Riesgo Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conocimiento Bajo	1	4.8	4	19.0	5	23.8
Conocimiento Medio	8	38.1	4	19.0	12	57.1
Conocimiento Alto	4	19.0	0	0.0	4	19,0
Total	13	61.9	8	38.1	21	100.0
$X^2 = 6,3$					p= 0,043	
*Área Anatomía sexual y reproductiva	$X^2 = 6,8$				p= 0,033	
*Área Fisiología sexual y reproductiva	$X^2 = 6,85$				p= 0,032	
*Área Infecciones de Transmisión Sexual - VIH/SIDA	$X^2 = 11,46$				p= 0,003	
*Área métodos anticonceptivos	$X^2 = 10,77$				p= 0,005	

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Cajabamba, 2019.

En la presente tabla, se describe la relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y el comportamiento sexual de riesgo de los (as) adolescentes. Se identificó, un predominio del comportamiento sexual de riesgo moderado en escolares que presentaron un nivel de conocimiento medio (38.1%); seguido del 19% que presentó un comportamiento sexual de riesgo alto asociado a un nivel de conocimiento bajo; y, finalmente, es importante destacar que ninguno de los estudiantes que lograron un nivel de conocimiento alto en sexualidad, tuvieron comportamiento sexual de riesgo alto (0%).

Estadísticamente se comprueba la relación entre las variables nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo, según lo señala el coeficiente de correlación ($p=0.043$). Además, se encontró que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos en el área de Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA, el área de métodos anticonceptivos, el área de Fisiología sexual y reproductiva, el área de Anatomía sexual y reproductiva y el comportamiento sexual de riesgo; obteniéndose, valores de significancia como: $p= 0,003$; $p= 0,005$; $p= 0,032$ y $p= 0,033$, respectivamente; lo que indica importante correlación entre las diferentes áreas del conocimiento en salud sexual y reproductiva y el comportamiento sexual de riesgo.

Los hallazgos muestran similitud con la investigación de Chávez L. (Iquitos, 2015) quien identificó, que el 16.4% de alumnos que tuvieron nivel de conocimiento deficiente presentaron conducta sexual con riesgo (22). No obstante, difieren con la investigación de Solano J. (Huancavelica, 2018) quien reportó, que el 51.8% de adolescentes que presentaron un nivel alto de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva tuvieron comportamiento sexual de riesgo (19). Así mismo, discrepa con los resultados de Bolaños O. (Chimbote, 2016) quien determinó, que el 12.8% de estudiantes que obtuvieron un nivel de conocimiento deficiente sobre salud sexual estuvieron relacionados a un nivel adecuado de conducta sexual de riesgo (20).

Por otro lado, los resultados sobre la relación entre variables, mediante la prueba estadística Chi cuadrado encontrados por Chávez L. (Iquitos, 2015) son similares a la presente investigación, pues concluyó que existe relación estadística significativa entre en nivel de conocimientos sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo (22). Así mismo, para la Organización Panamericana de la Salud el comportamiento sexual y reproductivo del adolescente, está muy vinculado con los conocimientos que en este sentido posee (12). Empero, son disímiles a los estudios de Solano J. (Huancavelica, 2018) y Bolaños O. (Chimbote, 2016), quienes encontraron que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes (19,20).

Sin embargo, los adolescentes son una población biológicamente preparada y culturalmente motivada para mantener relaciones sexuales coitales; pero, no están listos a nivel psicológico, ni cognitivo; en consecuencia, existe mayor probabilidad de embarazos no deseados, contagio de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA, ocasionándoles repercusiones negativas en su salud biológica, emocional y a nivel social (19). Por ello, los resultados del presente estudio, hacen denotar que el conocimiento alto sobre temas de sexualidad, es una de las herramientas que fomentan las prácticas sexuales saludables en los adolescentes del ámbito rural; permitiéndoles tener la capacidad de prevenir las conductas sexuales de riesgo; a pesar de la inequidad de la educación, que imposibilita el acceso, la permanencia y la calidad de la misma, en dicha colectividad; que requiere intervención por parte de la máxima autoridad de la Institución Educativa en coordinación con el Centro de Salud del distrito de Condebamba. Por lo tanto, es necesario potenciar la educación en sexualidad reconociendo las características y

necesidades de este grupo etario, pues representa una estrategia fundamental en la prevención del riesgo.

Por otra parte, el Ministerio de Educación del Perú reconoce, que mejorar el acceso a la información y servicios de Salud Sexual y Reproductiva de alta calidad para los adolescentes, es esencial para disminuir resultados negativos tanto a nivel académico como en su salud; disminuyendo la deserción escolar asociado a embarazo adolescente en las escuelas rurales (53). Lo que sustentaría la actuación del profesional de Obstetricia en el ámbito educativo; mediante acciones de promoción y prevención en temas de Salud Sexual y Reproductiva durante la etapa de adolescencia (sesiones educativas, consejerías, charlas, talleres, entre otros, considerando efectivo promover la participación activa del estudiante, como actor principal, centro del proceso educativo y máximo responsable de su conducta, reconociendo sus características y necesidades diferenciales); conforme a la normatividad vigente y apoyado en el perfil profesional del obstetra; a razón de lograr un nivel de conocimiento alto en sexualidad, fortaleciendo las capacidades y habilidades de los adolescentes en prevención del comportamiento sexual de riesgo; que contribuye, con la disminución de la morbimortalidad durante esta etapa de vida.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se concluye que:

1. Las características personales de los adolescentes: un alto porcentaje tuvieron entre 14 a 15 años, fueron de sexo femenino, profesaron religión católica y recibieron información acerca de sexualidad de sus profesores.
2. El nivel de conocimientos en sexualidad que predominó en los adolescentes fue el nivel medio.
3. Los adolescentes en su mayoría presentaron comportamiento de riesgo moderado.
4. Existe relación entre el nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de la Institución Educativa "Mariscal Ramón Castilla" - Malcas, quedando así demostrada la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

Al concluir la presente investigación se recomienda:

- Al director y a la plana docente de la Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas, coordinar con el puesto de salud de su jurisdicción, la presencia de un Obstetra en las horas de tutoría, con la finalidad de que sea un especialista quien imparta educación sexual en la Institución Educativa; que incluyan metodologías vivenciales, de reflexión y autoconciencia, buscando articular el aprendizaje de nuevos enfoques, valores y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, con procesos de empoderamiento en los adolescentes.
- A los profesionales de Obstetricia del Centro de Salud de Malcas, responsables de la Etapa de Vida Adolescente, realizar las coordinaciones pertinentes con el director de la Institución Educativa, para promocionar la educación y orientación en Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes y padres de familia, en el marco de escuelas saludables.
- A las autoridades del Gobierno Regional de Educación y la Dirección Regional de Salud, se les solicita proponer la permanencia de un Obstetra que oriente en Salud Sexual y Reproductiva en las Instituciones Educativas, especialmente en aquellas que albergan adolescentes que presenten situaciones de riesgo.
- A los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, continuar las investigaciones en la etapa de vida adolescente, sobretodo en el ámbito rural; que permitan conocer esta realidad y mejorar las estrategias de intervención en promoción y prevención para prevenir conductas de riesgo en este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: desarrollo en la adolescencia. Ginebra: Copyright; 2019. [Consultado 3 Jun 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Alfonso L, Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev Ciencias Médicas. 2017; 21(2) [Consultado 5 Abr 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020
3. Janin B. Niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Buenos Aires; 2014. [Consultado 27 Jun 2019] Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2525/Ninos_Janin.pdf?sequence=1
4. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016; 81(3): 243 – 253. [Consultado 15 Jun 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305663151_Actividad_sexual_temprana_y_embarazo_en_la_adolescencia_estado_del_arte/fulltext/57a3a8da08aee07544ad0b05/305663151_Actividad_sexual_temprana_y_embarazo_en_la_adolescencia_estado_del_arte.pdf?origin=publication_detail
5. Apoyo a programas de población. En el Perú los adolescentes se inician sexualmente a los 13 años. Lima; 2015. [Consultado 1 Abr 2019]. Disponible en: <https://wapa.pe/salud/2015-09-14-apropo-en-el-peru-los-adolescentes-se-inician-sexualmente-los-13-anos>
6. Meza C. Inician relaciones sexuales a los 15 años. Diario correo. 2015 Jul 22. [Publicación periódica en línea]. [Consultado 5 May 2019]. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/peru/inician-relaciones-sexuales-a-los-15-anos-604209/>
7. Perú. Ministerio de Salud: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Lima; 2017. [Consultado 27 Jun 2019]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/diciembre.pdf

8. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017. Lima; 2017. [Consultado 1 Jun 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
9. Chilón A. Cajamarca registra más de 1,200 embarazos adolescentes en el 2017. rpp.pe. 2017 Sep 25. [Publicación periódica en línea]. [Consultado 26 Jun 2019]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/cajamarca/cajamarca-registra-mas-de-1200-embarazos-adolescentes-en-el-2017-noticia-1078710>
10. Morales H. Cajamarca: Cajabamba tiene una tasa de 12,6% de embarazos en adolescentes. Larepublica.pe. 2017 Sep 27. [Publicación periódica en línea] [Consultado 1 Jun 2019] Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1103621-cajamarca-cajabamba-tiene-una-tasa-de-126-de-embarazos-en-adolescentes/>
11. Pareja E, Sánchez A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa secundaria 19 de abril de Chupaca. Período 2016. [Tesis para optar Título profesional en Obstetricia] Huancayo: Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt"; 2016. [Consultado 25 de Mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/34/TEESIS%20OBSTETRICIA.pdf>
12. Gómez A. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011. [Tesis para Título profesional en Obstetricia] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. [Consultado 25 de Mar 2019] Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3083/Gomez_ma.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Rodríguez A, Ramos G, Contreras M, Palú E, Perdomo B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cubana de Salud Pública. 2013; 39 (1): 161-174. [Consultado 25 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n1/spu15113.pdf>

14. Álvarez J, Müller A, Vergara V. Conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev CIMEL. 2015; 20 (2): 44-50. [Consultado 3 Jun 2019] Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/582>
15. Cardona D, Ariza A, Gaona C, Medina O. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. Rev. Arch Med Camagüey. 2015; 19 (6): 568 - 572. [Consultado 29 Mar 2019] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n6/amc030615.pdf>
16. Calvillo C, Rodríguez A. Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. 2014: 1-14. [Consultado 6 Abr 2019]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_4_14/mgi08414.htm
17. Corona J, Ortega J. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Rev Medisan. 2013. 17(1): 78 [Consultado 18 Mar 2019] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n1/san111113.pdf>
18. Córdor J. Nivel de conocimiento sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 14 a 17 años de edad de la Institución Educativa pública Eladio Hurtado Vicente del distrito de Imperial. Cañete _ Lima 2017. [Tesis para optar el Título de Obstetra] Lima: Universidad Privada Sergio Bernaldes; 2018. [Consultado 6 Abr 2019]. Disponible en: http://repositorio.upsb.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UPSB/130/CONDOR_J_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Solano J. Conocimiento sobre salud Sexual/reproductiva y comportamiento Sexual en adolescentes del distrito de Lircay – Huancavelica. [Tesis para optar el grado de Maestro en Administración y Gerencia en Servicios de Salud]. Huancavelica: Universidad Nacional De Huancavelica; 2018. [Consultado 6 Abr 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2033/TESIS-POSG-ENF-2018-SOLANO-TACZA%20JIM%20K..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Bolaños O. Conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes del 5to grado de Educación Secundaria, Institución Educativa

- Erasmus Roca. Chimbote. 2015. [Tesis para optar por el grado de Maestro en Salud Pública] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2016. [Consultado 6 Abr 2019]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/375/SALUD_SEXUAL_BOLANOS_NARCISO_%20OLGIZA_TEONILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Orihuela J. Conocimiento, Actitudes Y Prácticas Sobre Sexualidad Asociado Al Embarazo En Adolescentes De Instituciones Educativas De La Provincia De Huancayo – 2013. [Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerencia Social] Lima: Pontificia Universidad Católica Del Perú; 2016. [Consultado 6 Abr 2019]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8073>
22. Chávez L, Paredes N. Conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas, Iquitos – 2015. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015. [Consultado 6 Abr 2019] Disponible en: <https://1library.co/document/zgw42n2y-conocimiento-conductas-sexuales-adolescentes-asentamiento-poblacional-micaela-bastidas.html>
23. Silva M, Rodríguez R. Nivel de conocimientos sobre sexualidad e inicio precoz de relaciones coitales en adolescentes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Miguel Carducci. Cajamarca 2013 [Tesis para optar por el grado de Obstetra] Cajamarca: Universidad Nacional De Cajamarca; 2014.
24. García C, Parada D. Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. Rev. universitas humanística. 2018;(85): 347–373. [Consultado 15 Abr 2019]. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/download/22490/19892/>
25. Diverio I. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Instituto de la Juventud. Madrid: Injuve; 2007.

26. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Lima: Defensoría del Pueblo; 2018.

27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La adolescencia una época de oportunidades. 2011. [Consultado 6 May 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf

28. Iglesias J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Rev Pediatr Integral. 2013; 17(2): 88-93. [Consultado 6 May 2019]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>

29. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: human reproduction programme; 2018. [Consultado 22 Ago 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

30. Reiriz J. Sistema Reprodutor Femenino: Anatomía. [Consultado el 15 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>

31. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23 ed. México: McGRAW-HILL; 2010.

32. Reiriz J. Sistema Reprodutor Masculino: Anatomía. [Consultado el 15 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>

33. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Ginebra: Copyright; 2019. [Consultado 20 Jun 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

34. Polo R, Palacios R, Barbera M. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y

- adolescentes. 2017. [consultado 22 Abr 2019]. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>
35. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA)/Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SESIDA). Documento informativo sobre la infección por el VIH. 2017. [Consultado 19 Sep 2019]. Disponible en: http://www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf
36. Quintanilla M, Díaz V, Loustalot M, Gutiérrez M, Varela Y, Ruíz C et al. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. 2da ed. México: Salud; 2002. [consultado 22 Abr 2019] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
37. Perú. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de planificación familiar. Lima; 2016. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA. Lima: El ministerio; 2016.
38. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. Ginebra: Copyright; 2019. [Consultado 22 Abr 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
39. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Ginebra: Copyright; 2019. [Consultado 22 Abr 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
40. Vivo S, Sarič D, Muñoz R, McCoy S, López P, Bautista S. Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. República de Corea: BID; 2013. [Consultado 24 Abr 2019]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3756/esp%20GUIA%20MEDICION%20COMPORTAMIENTOS%20JOVENES.pdf>
41. González I, Ramos C. Anticoncepción en adolescentes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría; Madrid 2009 Feb 13. [Ponencia]. Madrid: Exlibris

- Ediciones; 2009. p. 219-31. [Consultado 25 Abr 2019]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/anticoncepcion_adolescencia.pdf
42. Figueroa L, Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev Ciencias Médicas. 2017; 21(2): 193-301 [Consultado 24 Abr 2019]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf>
 43. VIH, el SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual: Personas que practican sexo transaccional. Cuba: Infomed, 2013. [Consultado 20 Abr 2019]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/vihsida/estrategia-cubana-en-respuesta-a-la-epidemia-de-vihsida/atencion-a-poblaciones-clave/personas-que-practican-sexo-transaccional/>
 44. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Ginebra: Copyright; 2018. [Consultado 1 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
 45. Marcelo M. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Córdoba: Brujas, 2006.
 46. Martín S. Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. Enferm Cardiol. 2013; (58-59): 27-30 [Consultado 20 Jun 2020]. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf
 47. Gamboa G. Relación entre nivel de conocimiento y frecuencia de uso de anticoncepción oral de emergencia, adolescentes de la Institución Educativa Hermano Miguel Carducci. Cajamarca - 2017. [Tesis para optar por el grado de Obstetra] Cajamarca: Universidad Nacional De Cajamarca; 2019.
 48. Orbegoso B. Conductas de Riesgo Convencionales. CEDRO. Perú, 2015 [Consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf
 49. Lascorz A, Nieva J, Miguel A. Prevención de la violencia de género en adolescentes: diferencias entre medio rural y urbano. España, 2016. [Consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/T C405.pdf

50. Fonseca M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev Chil Cir.* 2016; 6 (3): 258-264 [Consultado 10 Abr 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316000302>
51. López F. Los afectos sexuales: el enamoramiento. *Adolescere.* 2019; 7 (3): 51.e1-51.e14 [Consultado 12 Abr 2020] Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num3-2019/51.e1%20Tema%20de%20revisión%20Los%20afectos%20sexuales-el%20enamoramiento.pdf>.
52. Perú. Ministerio de Educación. Propuesta de acciones para la Atención Educativa a la Población del Ámbito Rural. 2018. [Consultado 10 Abr 2020] Disponible en: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/03/Factores-que-influyen-en-el-uso-de-anticoncepcion.pdf>
53. Motta A, Keogh S, Prada E, Núñez A, Konda K, Stillman M et al. De la normativa a la práctica: la política de educación sexual y su implementación en el Perú. New York: Guttmacher Institute; 2017 [Consultado 14 Abr 2020] Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/de-la-normativa-a-la-practica-educacion-sexual-peru.pdf
54. Perú. Ministerio de Salud. Situación actual del VIH-SIDA en el Perú. Lima; 2018. [Consultado 15 Mar 2020] Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTécnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituaciónActualVIH-SIDA.pdf>
55. Perú. Resumen ejecutivo. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. [Consultado 10 Mar 2020] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/resumenejecutivo.pdf
56. Fondo de Población de las Naciones Unidas-Perú. Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: tradiciones, desafíos y recomendaciones. Lima; 2019. [Consultado 20 Abr 2020] Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-uniones-tempranas-web.pdf>

57. Rey C, Martínez J, Londoño N. Diferencias entre adolescentes del área rural-urbana en malos tratos durante el noviazgo. *Rev. Divers.: Perspect. Psicol.* 2017; 13(2): 159-168 [Consultado 20 Abr 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00159.pdf>
58. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Ginebra: OMS; 2019. [Consultado 12 Abr 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf>
59. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Relaciones sexuales anales: conceptos y recomendaciones para equipos de salud. Buenos Aires; 2016. . [Consultado 30 Mar 2020] Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD34213.pdf>
60. González A, Blanco M, Ramos G, Leyva G, Rodríguez Y, Hernández F. Educación sobre cáncer cervicouterino en la adolescencia. *Rev. Med. Electrón.* 2018; 14(4) [Consultado 20 Abr 2020] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400017
61. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca: brechas de avances hacia la igualdad de género 2018, mujeres y hombres. Cajamarca: Oficina Departamental de Estadística e Informática; 2019.
62. Organización de los Estados Americanos. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Washington, DC: OEA; 2019 [Consultado 22 Abr 2020] Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
63. Arias L. Los efectos del consumo de alcohol en la sexualidad. *Publimetro.* 2018 Jun 28. [Consultado 23 Abr 2020] Disponible en: <https://publimetro.pe/vida-estilo/efectos-consumo-alcohol-sexualidad-75780-noticia/?ref=pur>
64. Ceballos G, Rodríguez U. Relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes. *Duazary.* 2016; 13 (2): 76 – 78 [Consultado 28 Abr 2020] Disponible en:

65. Cavagnoud R. Sociología de la supervivencia: las adolescentes en situación de comercio sexual en Lima. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*. 2010; 38 (2) [Consultado 14 May 2020] Disponible en: <https://journals.openedition.org/bifea/2718?lang=en>http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20120223052104/30_cueto_saldarriaga_munoz.pdf
66. Hurtado M, Veytia M, Guadarrama R, González C. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Nova scientia*. 2017; 9(19) [Consultado 23 Abr 2020] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052017000200615
67. Herrera A. *Notas de Psicometria*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998. [Consultado 15 Dic 2019] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/211979988/Herrera-A-1998-Notas-de-Psicometria-1-2-Historia-de-Psicometria-y-Teoria-de-La-Medida>
68. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. 6ta ed. México: McGRAW-HILL; 2014 [Consultado 15 Dic 2019] Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

ANEXO 01



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Estimado/a estudiante el siguiente cuestionario se realiza con el objetivo de obtener información anónima sobre conocimientos y comportamiento sexual en la adolescencia para un trabajo de investigación titulado: Nivel de Conocimientos en Sexualidad y Comportamiento Sexual de Riego en Adolescentes. Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” - Malcas. Cajabamba, 2019.

CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Instrucciones: Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar, sentir y actuar. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas, ni buenas.

DATOS GENERALES:

1. Edad: Años
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Grado: Sección:
4. Religión: Católica Evangélica Otro ¿Cuál?.....
5. La información sobre sexualidad que usted tiene la recibió de:
Profesores Papá Mamá Hermanos Amigos
Internet Otros ¿Cuáles?.....

ANATOMÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. ¿Los genitales externos de la mujer están conformados por los siguientes órganos?
 El monte de venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el introito vaginal.
 El monte de venus, el útero, los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el introito vaginal.
 El monte de venus, el útero, las Trompas de Falopio, los ovarios y el introito vaginal.

2. ¿Los genitales externos del varón están conformados por los siguientes órganos?
 - El pene, la próstata, los testículos y el escroto.
 - El pene, los testículos y el escroto.
 - El pene, los conductos seminíferos, la próstata y los testículos.
3. ¿De qué órgano forma parte el glande?
4. ¿En qué órgano se maduran los óvulos y se encuentran preparados para la concepción?
 - Útero
 - Trompa de Falopio
 - Ovario
5. ¿Qué órganos están recubiertos por una bolsa de piel llamada escroto?
 - Testículos
 - Ovarios
 - Conductos Deferentes

FISIOLOGÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. ¿Cómo se llama al primer periodo menstrual de la mujer?.....
2. ¿Cuál es el órgano en el que se producen los espermatozoides?
 - Pene
 - Próstata
 - Testículo
3. ¿Cuándo puede quedar embarazada una mujer?
 - En su primera relación sexual coital sin uso de protección.
 - Mantiene relaciones sexuales coitales usando adecuadamente un método anticonceptivo.
 - Todas las anteriores.
4. ¿A qué se denomina ciclo menstrual?
 - Periodo que abarca desde el primer día de la menstruación, hasta un día después de la próxima menstruación.
 - Periodo que abarca desde el primer día de la menstruación, hasta un día antes de la próxima menstruación.
 - Periodo que abarca desde el segundo día de la menstruación, hasta un día antes de la próxima menstruación.
5. ¿En qué porción de la Trompa de Falopio se produce la fecundación?.....
6. El embarazo comienza con la y termina con el
 - Fecundación/Parto
 - Formación/Parto
 - Ausencia de la menstruación/Parto
7. ¿Quién tiene mayor peligro de presentar complicaciones y/o muerte durante el embarazo o el parto?
 - Adolescente
 - Mujer Adulta
 - Ninguna

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL- VIH/SIDA

1. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA y uso adecuado de
 Píldora anticonceptiva Condón masculino Ligadura de Trompas
2. Las Infecciones de Transmisión Sexual son infecciones que se transmiten a través de
 Los besos y abrazos Solo abrazos Relaciones sexuales coitales
3. Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital (pene para el varón y vulva para la mujer) son síntomas que corresponden a
 Un tumor Un cáncer Una Infección de Transmisión Sexual
4. Las vías de contagio del VIH/SIDA está dada por
 Vía sanguínea (trasfusiones sanguíneas) y relación sexual coital.
 Transfusión de madre a hijo en el embarazo, parto o lactancia.
 Todas las anteriores.
5. El uso adecuado del preservativo en una relación sexual coital te previene de.....
 Embarazo ITS incluido VIH/SIDA Todas las anteriores
6. El VIH/SIDA se contagia por
 Besos, abrazos y relaciones sexuales coitales con personas infectadas.
 Relaciones sexuales coitales con personas infectadas.
 Besos, abrazos y transfusiones sanguíneas con personas infectadas.
7. Son Infecciones de Transmisión Sexual.....
 La sífilis, la gonorrea, el herpes, el VIH/SIDA y el virus del papiloma humano.
 Los tumores, la sífilis, la gonorrea, el herpes y el virus del papiloma humano.
 Ninguno de los anteriores.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Los métodos de planificación familiar están divididos en
 Naturales, hormonales, de Barrera y definitivos.
 Solo naturales y definitivos.
 Naturales, hormonales y de Barrera.
2. Son métodos anticonceptivos hormonales.....
 La píldora y el condón
 El implante y el condón
 La píldora, los inyectables y el implante
3. El método de abstinencia periódica consiste.....
 En no tener relaciones sexuales coitales durante los días fértiles de la mujer.
 En tener relaciones sexuales coitales durante los días fértiles de la mujer.

- En no tener relaciones sexuales coitales durante los días de la menstruación de la mujer.
4. Son métodos de barrera los.....
 Condones masculinos Condones femeninos Todas son correctas
5. Son métodos definitivos.....
 Vasectomía y píldora
 Condón y vasectomía
 La ligadura de trompas y vasectomía
6. Una mujer no puede quedar embarazada durante los días de.....
 Menstruación Fertilidad Ovulación
7. No es un método de planificación familiar
 El implante La T de cobre La píldora del día siguiente
8. ¿Luego de cuántas horas de la relación sexual coital como máximo se puede usar la píldora del día siguiente?
 Dentro de las 24 horas Dentro de las 72 horas Dentro de las 48 horas

COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL ADOLESCENTE

DEBUT SEXUAL

1. ¿Usted considera que tiene?
 Muchos amigos (as) Pocos amigos (as)
2. ¿Usted tiene enamorado (a)?
 SI NO
3. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales coitales?
 SI NO
- (Si su respuesta fue NO, le agradezco por sus respuestas y solicito dar por terminada la encuesta)
4. Si su respuesta fue SÍ. ¿A los cuantos años de edad fue su primera vez?
5. La relación sexual coital ha sido
- Voluntaria Forzada
6. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales coitales por vía vaginal?
 SI NO
7. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales coitales por vía anal?
 SI NO

8. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales coitales por vía oral?

- SI NO

COMPAÑEROS SEXUALES

1. ¿Cuántas parejas sexuales coitales ha tenido, incluida la actual?

- Solo una pareja Dos a más parejas

2. ¿Cuál es la relación afectiva con la persona con que ha mantenido relaciones sexuales coitales?

- Enamorado (a) Un(a) amigo(a) Un desconocido

OTRO.....

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Usa usted o su pareja algún método anticonceptivo?

- SI NO

(Si su respuesta fue SÍ responda la pregunta N°2 y si fue No responda la N°3)

2. Si su respuesta fue SÍ. ¿Cuál es el método anticonceptivo que usan?

- Preservativo o Condón
 Inyectables Hormonales o Píldoras Anticonceptivas.
 Método del ritmo o del calendario.

Otro (Especificar).....

3. Si su respuesta fue NO. ¿Por qué no usan algún método anticonceptivo?

- No sabe que existían los métodos anticonceptivos.
 No sabe dónde conseguir los métodos anticonceptivos
 No sabe cómo usar los métodos anticonceptivos
 Usted no desea usar los métodos anticonceptivos.
 Su pareja no desea usar los métodos anticonceptivos.

CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

1. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales coitales en estado de ebriedad?

- SI NO

2. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales coitales bajo el efecto de drogas?

- SI NO

SEXO OCASIONAL

1. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales coitales por dinero?

- SI NO

2. ¿Alguna vez pago por tener relaciones sexuales coitales?

SI

NO

ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) – VIH/SIDA

1. ¿Tiene conocimiento si su pareja sexual se ha hecho la prueba rápida del VIH?

SI

NO

2. ¿Tiene conocimiento si su pareja sexual se ha hecho la prueba rápida de sífilis?

SI

NO

3. ¿Alguna vez le han diagnosticado una Infección de Transmisión Sexual)?

SI ¿CUÁL?.....

NO

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

ANEXO 02

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (CRITERIO DE JUECES)

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES. INSTITUCION EDUCATIVA “MARISCAL RAMON CASTILLA” - MALCAS. CAJABAMBA, 2019”

CRITERIOS	JUECES					Valor b
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1
2. La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	0	1	0,8
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de las variables.	1	1	1	1	1	1
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1
5. Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	1	1	1
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1
TOTAL	6	6	6	5	6	0,967

1: De acuerdo 0: Desacuerdo

Conclusión de jueces expertos: 0,967 (Excelente Validez)

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: Número total de “acuerdos” de jueces

Td: Número total de “desacuerdos” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces (67)

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

$$b = \frac{29}{29 + 1} \times 100 = 96,7\%$$

Jueces

Juez	Profesión	Institución donde labora	Cargo que desempeña
1. Ñuflo Vásquez, Sandra	Obstetra	DIRESA Cajamarca	Coordinadora de vigilancia epidemiológica
2. Cruchaga Fabian, Daryl	Obstetra	P.S. Cholocal	Encargada de la etapa de vida adolescente
3. Romero Teran, Ana	Obstetra	C.S. Malcas	Encargada de la etapa de vida adolescente
4. Vasquez Tello, Nino	Obstetra	Hospital de Apoyo Nuestra Señora del Rosario - Cajabamba	Jefe del área de Calidad
5. Sáenz Córdova, Margarita	Obstetra	Red V Cajabamba	Coordinadora de la etapa de vida adolescente

Según Herrera (1998)

CUADRO DE PUNTUACIÓN	
0,53 a menos	Validez nula
0,54 - 0,59	Validez baja
0,60 - 0,65	Valida
0,66 - 0,71	Muy valida
0,72 - 0,99	Excelente validez
1,00	Validez perfecta

ANEXO 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

ALFA DE CRONBACH (68)

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,817	27

La fiabilidad es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Es decir en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales.

Según Herrera (1998)

Clasificación de la confiabilidad 0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1.0	Confiabilidad perfecta

Se concluye que el instrumento es confiable debido a que el estadístico Alfa de Cronbach arroja como resultado 0,817(Excelente confiabilidad).



ANEXO 04

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Padre/ Madre de Familia:

Reciba un cordial saludo, como egresada de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, preocupada e interesada por conocer la realidad en cuanto al acceso de educación sexual de los (as) adolescentes cajabambinos, he considerado pertinente realizar la investigación sobre: *Nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019*, con el objetivo de determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos y comportamiento sexual de los adolescentes de tercero, cuarto y quinto grado, por lo que requiero que la información brindada sea lo más sincera posible. El cuestionario será aplicado en el salón y dentro de su horario de clases.

La participación de su menor hijo (a) será voluntaria, y después de iniciada la aplicación de la encuesta, el (ella) puede rehusarse a continuar o decidir terminar la aplicación de la encuesta en cualquier momento. Toda información brindada será recolectada y procesada en forma anónima y solo será utilizada por la investigadora. Por ningún motivo la información obtenida será difundida en forma personalizada.

Si acepta que su hijo (a) participe en el estudio, estará contribuyendo con la Institución Educativa, para brindar/desarrollar programas sobre educación sexual para adolescentes, que le permitan aprender a prevenir riesgos en su comportamiento.

Una vez leído el documento paso a autorizar mediante mi firma de participación.

Yo, (Nombres y apellidos)

----- (Firma)

Malcas, octubre de 2019



ANEXO 04
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Estudiante:

Reciba un cordial saludo, como egresada de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, preocupada e interesada por conocer la realidad en cuanto al acceso de educación sexual de los (as) adolescentes cajabambinos, he considerado pertinente realizar la investigación sobre: *Nivel de conocimientos en sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Institución Educativa “Mariscal Ramón Castilla” – Malcas. Cajabamba, 2019*, con el objetivo de determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos y comportamiento sexual de los adolescentes de tercero, cuarto y quinto grado, por lo que se requiere que la información brindada sea lo más sincera posible. El cuestionario será aplicado en su salón y horario de clases y aproximadamente tardará una hora en contestarlo. En caso de que requiera ayuda personal para entender alguna pregunta o tenga alguna duda estaré disponible para apoyarlo (a).

Su madre o padre conoce de la presente investigación y ha autorizado su participación. Sin embargo, su participación será voluntaria, y después de iniciada la aplicación de la encuesta, puede rehusarse a continuar o decidir terminar la aplicación de la misma en cualquier momento. Toda información brindada será recolectada y procesada en forma anónima y solo será utilizada por la investigadora. Por ningún motivo la información obtenida será difundida en forma personalizada.

Si acepta participar, estará contribuyendo con su Institución Educativa, para mejorar los programas sobre la educación sexual en el (la) adolescente.

Una vez leído el documento paso a autorizar mediante mi firma de participación.

Yo, (Nombres y apellidos)

----- (Firma)

Malcas, octubre de 2019