



ESCUELA DE ENFERMERIA DE PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



**CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE MADRES ADOLESCENTES DE UNA
ZONA RURAL DE LAMBAYEQUE**

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Patricia Rosmery Granda Jaramillo

LIMA- PERÚ

2013

Patricia Rosmery Granda Jaramillo

**CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE MADRES ADOLESCENTES DE UNA
ZONA RURAL DE LAMBAYEQUE**

Asesora: Mg. María Paulina Tello Delgado

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

Lima – 2013

A Dios por permitirme la vida para culminar mi carrera, por darme fuerzas día a día para seguir, y no flaquear en el camino.

A mis padres, por el apoyo incondicional, por guiarme en el camino.

A mi ángel Jarita, que desde el cielo me cuida y me da fuerzas para seguir en el camino de la vida

INDICE

RESUMEN.....	v
SUMMARY	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO 1: PROBLEMA.....	12
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos.....	5
1.4. Justificación.....	6
1.5. Limitación del problema.	7
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes: Investigaciones realizadas con el tema.	8
2.2. Antecedentes nacionales	14
2.3. Bases teóricas relacionadas con el tema.....	15
2.4: Definición de términos:.....	76
2.5. Variables.....	76
CAPITULO 3: METODOLOGÍA.....	77
3.1. Definición operacional de variables.....	77
3.2. Tipo de investigación.....	77
3.3. Diseño de investigación.....	77
3.4. Lugar de ejecución de la investigación.....	77
3.5. Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra, Unidad de Análisis	78
3.6. Criterios de Inclusión y de Exclusión	78
3.7. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	79
3.8. Procedimientos de Recolección de Datos del estudio	79
3.9. Aspectos éticos	80
3.10. Análisis de datos	81
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	82
4.1. Resultados.....	82
4.2. Discusión	92
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	106
5.1. Conclusiones.....	106
5.2. Recomendaciones	108
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	110
ANEXO	120

Índice de tablas

	Págs.
1. Tabla 1: Datos sociodemográficos de Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque.....	84
2. Tabla 2: Apoyo Familiar a Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque.....	85
3. Tabla 3: Uso de Métodos Anticonceptivos en Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque.....	86
4. Datos sociodemográficos de los Padres de las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque	143
5. Datos sociodemográficos de las Madres de Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque.....	144

Índice de gráficos

	Págs.
1. Gráfico 1: Nivel de Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque.....	87
2. Gráfico 2: Nivel de Conocimiento, según dimensiones, de Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque.....	88
3. Grafico 3: Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión Anatomía y fisiología.....	89
4. Grafico 4: Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión de métodos anticonceptivos.....	90
5. Grafico 5: Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión de Infecciones de transmisión Sexual.....	91
6. Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según indicadores de anatomía y fisiología.....	145
7. Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión de métodos anticonceptivos...	146
8. Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según indicadores de Infecciones de Transmisión Sexual	147

Resumen

La adolescencia, es un grupo vulnerable, de contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, constituyendo un problema social y de salud pública, se conoce que existen altos porcentajes de madres adolescentes, especialmente en zonas rurales y urbanas marginales; éstas adolescentes tienen características particulares, que las hacen distintas a las adolescentes que viven en la ciudad; por ello, es importante determinar el conocimiento sobre la educación sexual que tienen estas madres adolescentes. La información obtenida será valiosa, pues permitirá que las autoridades de Salud adopten estrategias educativas orientadas a las madres para concientizar sobre el tema. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de educación sexual y características sociodemográficas de las madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque. **Metodología:** La investigación fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo no experimental de corte transversal, porque se recolectaron los datos en un solo momento, considerando una población no probabilística. La población estuvo conformada por 101 madres adolescentes de la zona rural de Batangrande-Lambayeque. La técnica que se empleó en el estudio fue la encuesta, y el instrumento que se aplicó para obtener los datos fue el cuestionario, el cual en la primera se encuentra datos sociodemográficos de las madres adolescentes, en la segunda parte se observa preguntas cerradas, relacionadas al conocimiento que tienen sobre educación sexual. La recolección de datos se realizó en el mes de Agosto 2013. Durante todo el proceso se respetaron los principios éticos, y se obtuvo el consentimiento y asentimiento informado. **Resultados:** El 43,6% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre educación sexual, el 28,7% un nivel de conocimiento bajo y el 27,7% un nivel de conocimiento alto, el 26%

de las madres adolescentes tienen 18 años de edad y el 24% 17 años de edad; el 77% tiene un hijo, el 63% tienen estudios de educación secundaria, el 85% son amas de casa, el 71% son convivientes y el 57% profesan la religión católica.

Palabras clave: Educación sexual, ITS, Planificación familiar.

Summary

Adolescence is a risk group for sexually transmitted diseases, unwanted pregnancies, constituting a social and public health, it is known that there are high percentages of these cases, especially in rural and marginal urban areas; teenagers have features particular, that make them different from adolescents living in the city, it is also important to know the knowledge about sex education which have these teenage mothers, for that act to help people around to avoid what have more children. Objective: To determine the level of knowledge of sexual education and sociodemographic characteristics of adolescent mothers in a rural area of Lambayeque. Methodology: The research was quantitative, non-experimental descriptive design cross section, because the data were collected in a single moment, considering a probabilistic population. The population consisted of 101 adolescent mothers Batangrande rural-Lambayeque. The technique used in the study was a survey, and the instrument that was used to collect data was a questionnaire which is the first demographic of teenage mothers, in the second part shows closed questions related the knowledge they have about sex education. Data collection was conducted in the month of August 2013. Throughout the process, ethical principles were respected, for they present the informed consent and assent. Results: 43.6% of teenage mothers have an average knowledge level of sexual education, 28.7% had a low knowledge level and 27.7% high knowledge level, 26% of teenage mothers are 18 years of age and 24% at 17 years of age, 77% have one child, 63% had secondary school education, 85% were housewives, 71% were cohabiting and 57% profess the religion Catholic.

Keywords: Sex Education, STIs, family planning.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es una etapa de diversos cambios a nivel biológico, psicológico y social, donde la sexualidad es importante. Ésta es una de las características más inherentes a la naturaleza humana y su desarrollo ha sido motivo de muchos estudios en la misma proporción de mitos y creencias a lo largo de los años, que no consiste sólo en el acto físico, sino que es un componente importante en la vida, lo cual involucra sentimientos, sensaciones, deseos, emociones y sueños.

El incremento de madres adolescentes se ha convertido en un problema mundial y sobre todo es frecuente en países en desarrollo, teniendo mayor incidencia en zonas pobres.

Es relevante la labor del profesional de Enfermería, porque una de sus funciones es orientar, educar, informar a la comunidad, principalmente a las madres adolescente en sus múltiples dimensiones como un ser holístico. Además es capaz de brindar una atención personalizada, contribuyendo a mejorar los conocimientos de las madres adolescentes sobre educación sexual.

Por tal motivo es importante investigar cual es el nivel de conocimientos sobre educación sexual y las características sociodemográfica de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque.

El siguiente trabajo de investigación se encuentra insertado dentro en la línea de salud y género. Salud sexual y reproductiva; determinado por la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; trata de conocer los conocimientos sobre educación sexual y las características

sociodemográficas de las madres adolescentes, con la finalidad de ayudarlas mediante la educación a espaciar sus embarazos, disminuir el número de hijos, y por ello mejorar su calidad de vida.

El trabajo está estructurado de la siguiente manera.

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación y limitación.

En el capítulo II se presentan las investigaciones relacionadas con el tema y las bases teóricas que ayudaron a fundamentar y dar consistencia a la investigación, la definición de términos.

En el capítulo III, se presenta la definición operacional de variables, tipo y diseño de la investigación, lugar de ejecución de la investigación, universo, selección, muestra y unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, aspectos éticos y análisis de datos.

El capítulo V, contiene los resultados que se obtuvieron del estudio y la discusión.

En el capítulo VI, se plasman las conclusiones a las que se llegó con el estudio y las recomendaciones respectivas.

Finalmente, los anexos en los cuales se encuentran, el instrumento de recolección de datos, el cuadro de operacionalización de variables, consentimiento/ asentimiento informado, la carta de aceptación del lugar donde se desarrollarla el instrumento, Confiabilidad del instrumento y la carta de aprobación del comité de ética de la Universidad Ricardo Palma.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa que esta comprendida entre la niñez y la adultez, según la UNIFEC ¹, comprende desde los 10 – 19 años de edad (OMS). Durante la Adolescencia se experimentan muchas sensaciones de dudas, las cuales al no ser aclaradas dentro del entorno familiar, el adolescente busca respuestas fuera de ella, siendo muchas veces fuentes inadecuadas, provocando consecuencias funestas que pueden marcar la vida de la adolescente; se inician precozmente relaciones sexuales, estando en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, como el VIH/ SIDA, embarazos a edades tempranas y por consiguiente una maternidad precoz provocando en ella cambios sociales, emocionales y educativos.

La maternidad supone un punto de inflexión en el desarrollo emocional de cualquier mujer, sobre todo cuando ocurre en condiciones desfavorables, como suele ser en la adolescencia, pudiendo desencadenar diversos conflictos, ya sean económicos, psicológicos y sociales.²

A su vez se observa que la mayoría de madres adolescentes, pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares; ya sea la carencia de información acerca de educación sexual que propicia graves y serios problemas tanto en el campo de la salud personal como en el social.

Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, dato que pone de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.⁴

Según la Encuesta Nacional Materno Infantil en Guatemala 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes, una de las tasas más altas de América Latina, además en Ecuador más del 17% de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres.⁵

A nivel mundial el mayor porcentaje de los adolescentes no utilizan anticonceptivos, el 12% de ellos entre los 14 y 15 años ya han mantenido relaciones sexuales alguna vez, sin ninguna protección.

En América Latina el 71% de los adolescentes de 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos y tiene una vida sexual activa, el resultado es que 52% tienen embarazos no deseados, y el 53% han empezado a tener relaciones sexuales antes de los 19 años.

En el Perú, 2007, en el Censo del INEI registró un total de 2 millones 203 mil 348 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de las cuales 160

mil 258 eran madres. Del total de madres adolescentes, el 2,8% tenían entre 12 a 14 años y el restante entre 15 a 19 años.

El 13.7% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez (según ENDES 2009). El embarazo precoz es las adolescentes es un problema en todas las regiones del país, en la selva el 29.1%, en el área rural 22.2% y sin educación 47%.

Los departamentos con mayor porcentaje de madres precoces de 12 a 14 años son: Ucayali con el 1,2%, Madre de Dios, 1,1%, Loreto y San Martín con el 0,9% cada uno. En cuanto al porcentaje de madres adolescentes de 15 a 19 años son los mismos departamentos, los que presentan los mayores porcentajes, así, Loreto tiene el 24,7%, Ucayali, 23,5%, San Martín, 23,1% y Madre de Dios 21,0%.

Dichos resultados muestran que los departamentos de la Selva son los que albergan el mayor porcentaje de madres adolescentes. Contrario los departamentos, Arequipa con el 7,2%, Lima y Tacna con 8,4% cada uno, Puno, 8,6%, Provincia Constitucional del Callao, 9,7% y Lambayeque con el 9,9%, mayormente ubicados en la costa peruana.⁶, son los que destacan por tener bajo porcentaje de madres adolescentes.

Según la INEI, 2007, en Lambayeque de cada 100 adolescentes de 15-19 años de edad, 11 ya son madres, esto ha aumentado con respecto al año 2000 de 8,3%, incremento en el 2009 a 10, 7%; esta conducta reproductiva de las adolescentes es una gran preocupación por las implicancias sociales, económicas y de salud.

En el país los adolescentes no hacen uso de métodos anticonceptivos, solo el 0.9% de las mujeres adolescentes usan como método anticonceptivo el condón, el 28,8% de ellos conocen el VIH/SIDA pero no saben cómo evitarlo el 50,7% de las mujeres entre 15 y 19 años no conocen sobre infecciones de transmisión sexual (ITS). La falta de información sobre los métodos anticonceptivos en las adolescentes, hacen que inicien su actividad sexual a temprana edad en los varones a los 17 años y en las mujeres a los 19 años.

Según INEI (2009), en Lambayeque 7 de cada 10 mujeres con pareja usaban métodos anticonceptivos en un 74,7%. 5 de cada 10 mujeres en unión conyugal usaban algún método moderno 52,1%, mientras que el método tradicional 2 de cada 10 mujeres en un 22,6%. Siendo el método moderno más usado la inyección en 15,1% y el condón en un 11,1%.

En el departamento de Lambayeque, área rural de Batangrande, escenario de este estudio, a pesar que las encuestas refieren que hay menor porcentaje de madres adolescentes; hay lugares dónde quizás se sub registran las estadísticas, debido a que se encuentran muy alejados. Aparte la investigadora al visitar el Centro de Salud de Batangrande y al entrevistar al personal técnico de salud, refiere: “que mayormente es atendida la población de madres adolescentes y sus hijos”. Por otro lado, las adolescentes van al Centro de Salud en búsqueda de métodos anticonceptivos, lo que se presume el inicio precoz de las relaciones sexuales. También al tener contacto con las adolescentes, preguntan: “cómo me puedo cuidar”, “el método de la regla es seguro” “que significa cuándo te salen, ampollitas en tus partes íntimas”.

1.2. Formulación del problema

Ante el siguiente contexto descrito, la investigadora se formula las siguientes preguntas:

¿Cuál es el nivel conocimiento sobre educación sexual de las madres adolescentes de la zona rural de Batangrande?

¿Cuáles son las características socio demográficas de las madres adolescentes de la zona rural de Batangrande?

¿Qué nivel educativo tienen madres adolescentes de la zona rural de Batangrande?

¿De qué tipo de familia proceden madres adolescentes de la zona rural de Batangrande?

1.3 Objetivos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre educación sexual y características sociodemográficas a las madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las madres adolescentes según: estudio, ocupación, estado civil, religión y apoyo familiar.

2. Describir el apoyo familiar que reciben las madres adolescentes.

3. Describir las fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos de las madres adolescentes.

4. Identificar el nivel conocimiento de las madres adolescentes sobre anatomía y fisiología del aparato reproductivo

5. Identificar el nivel conocimiento de las madres adolescentes acerca de métodos anticonceptivos.
6. Identificar el nivel conocimiento de las madres adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual.

1.4. Justificación

En la maternidad de las adolescentes hay cambios importantes en el estilo de vida, producidos por factores sociales, culturales, ambientales y económicos que afectan el estado de salud de la madre adolescente, una de ellas es el frecuente abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras posibilidades de realización personal. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración e inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, por lo que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

La importancia de este estudio estriba en que es la primera vez que se realizará un trabajo de investigación en esta zona, que consiste en determinar el nivel de conocimiento acerca de la educación sexual y las características sociodemográficas de las madres adolescentes, con la finalidad de obtener datos reales y cuyos resultados serán entregados al centro de Salud donde se realizará este trabajo, para que tomen decisiones a favor de la población en estudio, buscando estrategias de ayuda para mayor promoción de la salud, como la educación sexual a las adolescentes y lograr de esta manera una mejor calidad de vida, prolongando la decisión de la maternidad; pues, esta repercute negativamente en su desarrollo personal, familiar, así como en el crecimiento saludable de sus hijos.

Asimismo se considera que este trabajo sea publicado y presentado en eventos científicos, asimismo se espera que sirva como antecedentes para otras investigaciones relacionadas con el tema.

1.5 Limitación del problema.

- Los resultados se aplican a la población de estudio

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes: Investigaciones realizadas con el tema.

A continuación se presenta los antecedentes de estudios relacionados al tema:

Internacionales:

Zambrano R, Castro D, Lozano M, Gómez N, Rojas C. Realizaron en el 2012 un estudio acerca de los *Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. Colombia 2012*. Manifiestan que en Colombia existen 87 pueblos indígenas, que corresponden al 3,4% de la población nacional, donde se conoce muy poco sobre la presencia del VIH, otras enfermedades por Infección de Transmisión Sexual (ITS), y en general sobre su Salud Sexual y Reproductiva (SSR). El estudio fue de estudio trasversal; el objetivo fue identificar y medir conocimientos y comportamientos de riesgo para VIH y SSR; la población estuvo constituida por un grupo de 43 personas mayores de 15 años. La participación fue voluntaria y el proyecto tuvo la aprobación de la comunidad y del Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud

Pública. Los resultados refieren que la mayoría de las personas no han oído hablar del VIH o del SIDA y desconocen sobre los mecanismos de transmisión del virus. Además es una comunidad que acepta y accede a diferentes tipos de anticonceptivos, pero poco el condón. El autor concluye que el desconocimiento y la deficiencia de programas educativos en SSR en esta y otras comunidades indígenas en Colombia, se convierten en factores de riesgo para VIH y otras ITS.⁷

Denise Di S, Mocchi AS; Fabbro MR, Hirakawa HS, Accieri LH, Honorato J, et al. Rrealizaron en el 2011 un estudio restrospectivo acerca de las *Caracterización de las condiciones sociales y de salud de las madres adolescents en el primer año posparto en un municipiodel estado de são paulo*. Brasil. 2011. Tuvieron como objetivo caracterizar las condiciones sociodemográficas y de salud en el primer año posparto en adolescentes primigestas, la población estuvo constituida por adolescentes de 16 a 20 años de edad, la entrevista consto de 49 items. Los resultados mostraron que el 61% de las adolescentes recibió el apoyo de sus padres, aun siendo embarazos no deseados, en el 69% de los casos, el 57% mantuvo una relación estable con el padre del niño. La mayoría de las adolescentes informó que no hubo dificultades con el cuidado del niño, el 98% recibió asesoramiento de familiares y de los profesionales de la salud. En el ámbito familiar, las adolescentes tuvieron el apoyo y la orientación de sus familias, especialmente de los abuelos maternos. La mayoría de las adolescentes mencionó la participación activa del padre del bebé, tanto en los cuidados como financieramente, aunque la pareja no mantenga una relación estable. Los autores concluyeron que el embarazo en la adolescencia aparece mucho más como un problema social de que biológico, pues la mayoría de

los adolescentes dejó de estudiar y las que trabajaban dejaron de ejercer la profesión debido a la necesidad de cuidar a su hijo pequeño, lo que las hace dependiente de la casa y del apoyo financiero de su familia.⁸

Torriente N, Diago D, Rrizo C, Menéndez L. Rrealizaron en el 2010 un estudio de diseño descriptivo, transversal; acerca de los *Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana*. Ciudad de La Habana, 2010. El objetivo fue identificar el nivel de conocimientos elementales sobre educación sexual en adolescentes de la Escuela Secundaria Básica Urbana (ESBU), la población estuvo constituido por 200 estudiantes. Aplicaron una encuesta para conocer: conocimientos sobre riesgo del embarazo en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual (ITS), métodos anticonceptivos, uso de anticonceptivos en la primera relación y vías de información sobre educación sexual. Los resultados refieren que entre las ITS más conocidas se encontraron el VIH/SIDA, gonorrea y sífilis, a pesar de conocer de la existencia de métodos para la anticoncepción, 70% de los 114 jóvenes, quienes manifestaron haber tenido relaciones sexuales, sin ninguna protección. Las fuentes de mayor información sobre educación sexual fueron de manera general, TV, maestros y padres. Que obtuvieron mayor información de los maestros (54.6%), TV (44.3%) y médico y enfermera de la familia (39.2%). Los autores concluyeron que los conocimientos elementales, en los jóvenes, sobre educación sexual son aún insuficientes y la familia debe tener un mayor papel protagónico para ambos sexos, pues mucha información proviene de otras fuentes.⁹

González A. y Molina T. Realizaron en el 2007 un estudio acerca de las *Características de la maternidad adolescente de madres a hijas* .2007.

Chile. Tuvo un análisis uni y bivariado y se ajustaron modelos de regresión múltiple con el objetivo de investigar las características y ocurrencia de maternidad adolescente en las madres de adolescentes embarazadas.; la población estuvo constituida por 255 mujeres y sus hijas adolescentes embarazadas. Los resultados muestran que las mujeres que fueron madres adolescentes eran más jóvenes, menor escolaridad, mayor número de hijos, menor edad ideal en que hubieran preferido ser madres, ejercían labores de casa. Las hijas de madres adolescentes tenían menos aspiraciones de estudios superiores, menor escolaridad el 54,1 % sólo estudio secundaria y ejercían labores de casa, el 90,2 % era soltera, el 9,8% casada, y el 100% sólo tenía un hijo. Los autores concluyeron que el diseño de políticas públicas para reducir los resultados adversos en las hijas de madres adolescentes deben ser considerados los factores negativos previos y posteriores al embarazo adolescente.¹⁰

Perez V, Cid AR MA, Lepe O, Carrasco C. Realizaron en el 2004 un estudio acerca de los *Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos*. Chile. 2004. Fue un estudio descriptivo y cuantitativo, el objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y conducta sexuales en un grupo de adolescentes chilenos; la población fue de 398 alumnos de liceos municipales. Se analizaron variables como comportamiento sexual, conocimientos y actitudes sobre sexualidad. Los resultados manifiestan que los adolescentes vivían con ambos padres 72,9%, más de 50% refiere haber recibido información sexual de padres, profesores, amigos y/o medios de comunicación, el 92,9%, de las mujeres, mencionaron conocer algún método anticonceptivo, Reconocieron el preservativo 84,4% como método que previene el contagio de infecciones de transmisión sexual

y VIH/SIDA. El 53,5% reconoció no haber usado ningún método anticonceptivo en su primera relación. Los autores concluyeron que a pesar de tener cierto grado de conocimiento sobre sexualidad, los adolescentes asumen conductas de riesgo para su salud sexual y reproductiva.¹¹

García I, Ávila E, Lorenzo A, Lara M. Realizaron un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal titulado *Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad*. Ciudad de la Habana. El objetivo fue identificar los conocimientos sobre algunos aspectos de la sexualidad; ellos se seleccionó un grupo de 100 adolescentes en edades entre 10 y 19 años y de uno y otro sexos, en el año 2001. Los resultados refieren que el 5% de los adolescentes no tenía conocimientos sobre la anatomía del aparato genital y pertenecía al grupo de edad de 10 a 13 años, El SIDA y la sífilis fueron las principales enfermedades de transmisión sexual conocidas por los adolescentes con 100 % y 82 % respectivamente, El mayor porcentaje de adolescentes señala al condón como el mejor método de anticonceptivo en esta etapa de la vida, además de ser el ideal para evitar las enfermedades de transmisión sexual. La información previa sobre sexualidad fue recibida fundamentalmente por compañeros y amigos, sólo el 39 % por los padres¹²

Mirabal G, Martínez MM, Pérez D. Realizaron en el 2002 una investigación. *Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia*, con un estudio prospectivo longitudinal y descriptivo con el objetivo de evaluar la repercusión biopsicosocial que tiene el embarazo en la adolescencia, la muestra de se constituyó 150 embarazadas. Para la recolección de datos se confeccionó un modelo encuesta que recogió

variables tales como edad, ubicación geográfica, estado civil, edad de la menarquía y primera relación sexual, nivel de escolaridad, alteraciones en el embarazo, tipo de captación y algunas variables psicológicas. Los resultados refieren que las madres adolescentes están en un grupo de edad, entre 16 - 17 años de edad, con el 47,3 %, seguido del grupo 14 -15 años, con 24% y el grupo de 18 - 19 años con 17,3 %; por último, el grupo de 13 años, con un total del 11,3 %. Cabe destacar además que de los casos estudiados 94 pacientes, es decir, el 62,7 %, pertenecen a la zona rural y el 37,3 % a la urbana. El 4,7 % de las adolescentes sólo había alcanzado un nivel primario; 14,6 % alcanzó un nivel preuniversitario y el predominio de los casos, 121 alcanzan el nivel secundario para el 80,7 %. Además que sólo el 4,0 % (6) ha continuado sus estudios, mientras que el 96 % (144), interrumpieron sus estudios para dedicarse a la crianza de sus hijos. Respecto al estado conyugal muestran una mayor proporción en el grupo soltera unión consensual, o sea, 75 casos para el 50 % mantienen unión consensual, sin ningún tipo de compromiso, incluso relaciones con otros muchachos que no son los padres de sus hijos, muchos de los cuales no asumen compromiso con el bebé; le continúa el grupo de las solteras para el 28 %, el 14,7 % para las divorciadas y sólo 11 casos para el 7,33 % están casadas. El desconocimiento del uso de medios anticonceptivos es de 62 %, así como el 50 % de los casos no conocía nada sobre la sexualidad, y lo que resulta más alarmante que sólo el 14,6 % presentó apoyo familiar. ¹³

2.2 Antecedentes nacionales

García P, García P, Cotrina A, Shah S, Cárcamo C. Realizaron en el 2009 un estudio acerca de *sexo, Información y uso de condón en adolescentes peruanos*. Perú. 2009. El objetivo fue evaluar los conocimientos acerca de ITS/VIH, fuentes de información y conductas sexuales y analizar los factores asociados a experiencia sexual y uso de condones en adolescentes peruanos. Realizaron una encuesta que incluyó a 2,607 adolescentes con edades entre 12 y 19 años. Los resultados refieren que más del 80% de los adolescentes reportaron haber escuchado alguna vez acerca de las ITS, reconociendo como principal fuente de información a sus profesores(as) de colegio, la mujeres reportan que la escuela era la principal fuente de información acerca de sexo se asoció de manera positiva con el uso de condón en su última relación sexual. Los autores concluyeron que los resultados enfatizan las diferencias por género en los predictores de experiencia sexual y uso de condón en adolescentes, y la importancia de la conexión entre educación sexual y conducta sexual. (AU) ¹⁴

Salazar, A. y Santa María A. Realizaron en el 2007 un estudio acerca de los *Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima-Perú*. 2007. El objetivo del estudio fue indagar acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos; infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. El estudio fue de diseño descriptivo transversal, el trabajo se realizó en diez Instituciones Educativas Nacionales del distrito de El Agustino– Lima, para ello aplicaron un cuestionario a adolescentes hombres

y mujeres (n=1109). Los resultados revelaron que los conocimientos sobre sexualidad es malo en un 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con los conocimientos sobre sexualidad, demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.4%; n=1058), tienen conocimiento malo y muy malo (70.1%; n=778); la comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con relaciones sexuales de riesgo, evidenció que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.9%; n=1064), tienen mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (16.5%; n=182), además mas frecuencia de relaciones sexuales sin protección (13.9%; n=154). El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló que adolescentes con grado de conocimiento malo y muy malo (72.5%; n=804), tienen mayor frecuencia en el inicio de relaciones sexuales (9.1%; n=100) y sin protección (7.8%; n=86).¹⁵

2.3. Bases teóricas relacionadas con el tema

2.3.1 .Adolescencia

La adolescencia es el periodo que se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. Las diferentes partes del sistema reproductivo alcanzan su eficiencia máxima en momentos diferentes del ciclo vital. Por eso, hablando en sentido estricto, la adolescencia no se completa hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia han terminado de madurar.¹⁶

Los cambios físicos y sociológicos de la adolescencia no se dan de modo uniforme. Sin embargo, en la mayoría de las personas siguen una secuencia previsible. Es útil hablar de fases del cambio corporal en la adolescencia. Estos cambios corporales afectan la altura, el peso, la distribución de los tejidos grasos y musculares, las secreciones hormonales y las características sexuales.¹⁷

La adolescencia rural generalmente, a las mujeres les transmiten roles tradicionales, tienen que ver con la idea de la sujeción de la mujer a la autoridad paterna de que su accionar debe desarrollarse en el ámbito privado (mujer de casa) y debe efectuar las labores domésticas, a diferencia del hombre cuya actuación corresponde a lo público.¹⁸

2.3.1.1. Etapas de la adolescencia

La maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad, con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro de desarrollo e indica que están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia cronológica de estos cambios culminan con el establecimiento de la capacidad reproductora la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el comienzo del desarrollo de las mamas, la aparición de vello púbico y la aceleración del crecimiento anteceden en un lapso muy variable, a comienzo real de la menstruación.¹⁹

Según la UNICEF²⁰ la adolescencia se divide en:

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias.

Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz es en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a 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 niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales.

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya han ocurrido cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose, reorganizándose además, la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta

etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza, claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad –un rasgo común en la adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.

El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

2.3.2. Adolescencia y Maternidad

El embarazo adolescente en comunidades rurales está ligado con la maternidad, es una cuestión cultura, pues a través de ello la adolescente, se reafirma como “mujer”, desde pequeña sus progenitores le enseñan que su rol principal en la vida es ser madre,²¹ para ellas el matrimonio y la maternidad se convierte en un proyecto de vida.²²

En la mayoría de casos este momento llega antes de concluir la tercera etapa de la educación básica o inmediatamente después de haberla terminado, de la misma forma que ocurrió con sus padres, y es visto de manera natural pues significa simplemente seguir el ciclo de vida. Es relevante destacar que en las comunidades rurales se acostumbra que la mujer se case o se una a su pareja y vivan en casa de alguno de sus progenitores.

La maternidad precoz en comunidades rurales está íntimamente ligada con la situación de pobreza, baja escolaridad y la falta de oportunidades, lleva a la joven a pensar que la única oportunidad de hacerse de recursos y cambiar su condición de vida es el matrimonio o la unión libre. Sin duda, una de las causa principales del incremento de la pobreza, es el embarazo precoz, por ende una maternidad precoz que impide a la adolescente continuar sus estudios y así tener mejores oportunidades de acceder a un trabajo que le permita satisfacer sus necesidades y las de sus hijos, teniendo que depender muchas veces del salario del esposo y muchas veces el trabajo es mal remunerado; ambos dependen de la precaria economía de los padres de él o ella. En el caso de las madres adolescentes solteras la

situación de pobreza se torna aún más crítica, se suman a ello aspectos como el desprestigio social de la comunidad, y el repudio de la propia familia por no haberse casado o unido a la pareja.²³

El embarazo y la maternidad tienen cambios psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo.

La mayor repercusión de la Maternidad se observa en la esfera personal y social de la adolescente.²⁴ porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad.

Los estudios acerca de la adolescencia y las repercusiones del embarazo y la maternidad apuntan a señalar el "Síndrome de las embarazadas adolescentes" que se define:

- a) Fracaso de las funciones de la adolescencia
 - Adquisición de independencia
 - Logro de la propia identidad
 - Determinación del papel sexual
 - Desarrollo de un sistema de valores y elección vocacional.
- b) Fracaso en la continuación de sus estudios o en su preparación para la vida adulta.
- c) Fracaso para constituir una familia estable por lo general matricéntricas y monoparental.

- d) Fracaso para sostenerse a sí misma, dependiendo de su familia o del bienestar social.²⁵

2.3.3. Adolescencia y la Educación

La asistencia a las escuelas es obligatoria hasta la edad de 14 años en Paraguay y hasta los 16 años en Perú. No obstante, en la práctica su cumplimiento varía entre las regiones y poblaciones.

Las discrepancias en el logro educacional de madres adolescentes y adultas y de estudiantes rurales y urbanas son pronunciadas en ambos países. En Paraguay, solamente el 13% de las madres adolescentes asisten a una institución educativa, en comparación con el 65% de sus pares que no son madres. (ENDSSR 2008).

En Perú solamente el 9,4% de las madres adolescentes asisten a una institución educativa, comparado con el 69,3% de sus pares que no han tenido embarazos. Como resultado, las madres adolescentes completan 7 años de educación en promedio, comparado con los 10 años completados por la mayoría de las mujeres que posponen la maternidad hasta después de la adolescencia.²⁶

Si se controla por otros factores, como residencia, grupo étnico, número de hermanos y violencia doméstica, la diferencia permanece pero disminuye de 3,0 a 1,8 años.²⁷ Durante la adolescencia, las madres peruanas a menudo solamente trabajan o no estudian ni trabajan, mientras que sus pares tienden a estudiar solamente o combinar el trabajo y el estudio. Cuando alcanzan la edad adulta, las madres adolescentes tienden a tener menor estabilidad y

trabajos con menor paga, probablemente como consecuencia de sus pocos años de escolaridad.²⁸

Educación primaria

La educación primaria (también conocida como educación básica, enseñanza básica, enseñanza elemental, enseñanza primaria, estudios básicos o estudios primarios) es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados imprescindibles.

Su finalidad es proporcionar a todos los alumnos una formación común que haga posible el desarrollo de las capacidades individuales motrices, de equilibrio personal; de relación y de actuación social con la adquisición de los elementos básicos culturales; los aprendizajes relativos mencionados anteriormente.²⁹

Educación secundaria

La educación secundaria (también denominada educación media, segunda enseñanza, enseñanza secundaria, enseñanza media) tiene como objetivo capacitar al alumno para poder iniciar estudios de educación media superior. Al terminar la educación secundaria se pretende que el alumno desarrolle las suficientes habilidades, valores y actitudes para lograr un buen desenvolvimiento en la sociedad.

La Educación Secundaria es el tercer nivel de la Educación Básica Regular, dura cinco años y atiende a los menores de entre 12 y 17 años de edad. En

este nivel educativo se desarrolla las competencias que permitan al estudiante acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio.³⁰

Educación técnica

La educación técnica es parte de la enseñanza tradicional desde hace muchos años. Se trata de un tipo de enseñanza orientada a aspectos técnicos y con la idea de formar personas con conocimientos capaces de aplicarlos en empresas.

Educación superior

La educación superior (o enseñanza superior, estudios superiores o educación terciaria) se refiere al proceso y a los centros o instituciones educativas en donde, después de haber cursado la educación preparatoria o educación media superior, se estudia una carrera profesional y se obtiene una titulación superior.

Por lo general el requisito de ingreso del estudiante a cualquier centro de enseñanza superior es tener 17 o 20 años como mínimo, lo que supone que se han completado la educación primaria y la educación secundaria.³¹

2.3.4. Adolescente y entorno familiar

Durante la adolescencia, la relación padre e hijo evoluciona de una protección- dependencia a otro de afecto mutuo e igualdad. El proceso de

adquisición de independencia acarrea con frecuente confusión y ambigüedad, mientras los padres y adolescentes aprenden a desempeñar los nuevos papeles y a trabajar con ese fin.

Aunque demasiados padres creen que deben conocer todas las actividades del joven y todos sus sentimientos; a veces incluso rebuscan sus cosas, en un intento de averiguar lo que está haciendo. Sin embargo para ganarse el respeto y confianza de las adolescentes, los padres deben respetar su intimidad, así como mostrar un interés sincero y honesto sobre lo que creen y sienten.³²

Estructura familiar

Es la composición de la familia, que consta de individuos, cada uno con su estado social y posición reconocida, que interactúan entre sí sobre una base regular recurrente, de forma sancionadas socialmente. Tradicionalmente la estructura familiar se refiere a familias nucleares o amplias³³

Familia nuclear o conyugal

Consta de marido, esposa e hijos (naturales o adoptados) que viven en lugar en común. Ésta es la unidad reproductiva en que el lazo marital (legal o sancionado o de otro modo). La familia nuclear es el prototipo de las relaciones humanas y la unidad básica a partir de la cual se forman unidades más complejas

Familia con un solo progenitor o monoparental

La familia de un solo progenitor ha surgido en parte como consecuencia de los movimientos feministas, con lo que más mujeres han establecido hogares separados, tras situaciones divorcio, muerte, abandono o ilegitimidad.

Familia reconstituida

Son también llamadas segundas familias, son aquellas en las que uno o los dos adultos tienen el hogar hijos de un matrimonio anterior.

Familia extensa

Llamadas también consanguínea, compone de varias familias nucleares vinculadas por relaciones paterno- filiales (padres, abuelos y nietos). Consta de la familia nuclear más los parientes lineales o colaterales.

2.3.5. Adolescencia y Educación Sexual

La educación sexual que recibe el adolescente durante su infancia tendrá una influencia decisiva en su posterior comportamiento en relación con el sexo.

El niño que haya descubierto los mal llamados “misterios de la vida” a través de sus padres, que haya visto aceptada su sexualidad de manera natural, además que haya contado con un ambiente familiar en que el sexo no es tema prohibido, dispondrá de conceptos que le ayudarán al acceder a

la pubertad. El modo de concebir la sexualidad será muy distinto, en aquellos niños que nunca hayan tenido información clara, o que en el ambiente familiar toda alusión respecto al tema fuera pecado.

En el supuesto de que el niño haya sido adecuadamente informado, la pubertad hará resurgir la curiosidad por los orígenes de la vida, pero ese afán por conocer ya no estará centrado en la simple fisiología de la reproducción sino en la utilización del propio sexo y en la importancia de las relaciones interpersonales.

Por otra parte, en esta etapa empiezan a tener importancia las imágenes que conserva el adolescente de la situación vividas con sus padres, ya que habrán de ser puesta en práctica con otras personas.³⁴

2.3.6. Canales de Socialización de la educación Sexual

La sociedad influye en nuestra sexualidad de diferentes maneras y por diferentes medios a los cuales llamamos canales de socialización, los que transmiten mensajes que a veces resultan contradictorios para el joven; estos canales son:

Entorno Familiar

La primera relación con el mundo, es a través de la familia, la que va formando nuestra personalidad, según Ceder, el 31% de los estudiantes opinan que la comunicación con sus padres es buena, regular 52%, nula 17%.

Existen diferentes tipos de familia, según su:

- Organización: Democrática y autoritaria
- Tamaño: Grande y pequeña
- Relación con los demás parientes: Nuclear, Extendida y Monoparental.

Familia Democrática: es aquella en que ambos cónyuges y los hijos conversan para tomar decisiones sobre el desarrollo familiar, ello permite compartir responsabilidades y generar mejores canales de comunicación

Familia Autoritaria: es aquella que se desarrolla en torno a las decisiones tomadas por uno de sus miembros, por lo general el jefe de familia, quien no consulta con los demás miembros del hogar, generando vacíos de comunicación que cada vez se hacen más difíciles de superar.

Al interior de las familias la mayor parte de jóvenes se informan sobre educación sexual a través de la madre, en segundo lugar de sus hermanos y por último del padre, quien en muy pocos casos informa a sus hijos sobre el tema.

Entorno Educativo

La Institución Educativa juega un rol importante en la formación del ser humano. De allí la necesidad de que tanto jóvenes como profesores aporten lo mejor de sus capacidades.

En él también se reciben mensajes sobre Educación Sexual, a través de los conocimientos que se brindan y de las actitudes de los profesores.

Entorno de Pares o Amigos

La amistad es una de las formas más importantes de relacionarse con las personas, sobre todo desde el inicio de la adolescencia; son con ellos con lo que más se comparten los problemas, inquietudes, aspiraciones, etc.

Los jóvenes afirman que es con sus amigos con los que más conversan y se informan sobre los temas de sexualidad.

Entorno Religioso

Una de las instituciones que más influencia tiene en la educación Sexual de las personas es la iglesia. Cada religión tiene sus propios principios que influyen en la personalidad y por tanto sobre la sexualidad.

Es importante que conozcan los principios de su religión respecto a la sexualidad y que en el trato con los demás, la libertad de conciencia y cada persona.

Los medios de comunicación social

Se consideran como tales a los periódicos, revistas, libros, cine, radio, televisión, afiches, etc. que también tienen una gran influencia sobre nuestra sexualidad. Según las encuestas refieren que la mayoría de adolescentes reciben información en libros 44%, televisión 19%, revistas 21% y periódicos 16%.

Hay casos en que estos medios brindan información instructiva y formativa sobre la sexualidad. Pero en la mayoría de los casos llegan mensajes erotizantes, mostrando situaciones parciales de la sexualidad convirtiéndose en un instrumento con fines comerciales, distorsionando la forma de pensar de las adolescentes.³⁵

2.3.7. Conocimientos

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia.³⁶

Para Rusell el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencias, además implica todas las relaciones cognoscitivas, atención, sensación, memoria, imaginación, creencia, duda, etc.; que establecen cierta correspondencia entre un sujeto y un objeto, siendo el sujeto de carácter mental y el objeto de naturaleza indeterminada³⁷

Tomando en cuenta a lo que refiere Mario Bunge el conocimiento se puede dividir en Empírico y Científico.

2.3.7.1. Conocimiento Empírico

El conocimiento empírico se desprende de la experiencia y a través de los sentidos. Es el conocimiento que le permite al hombre interactuar con su ambiente; es generacional, sin un razonamiento elaborado, ni una crítica al procedimiento de obtención ni a las fuentes de información.

Los conceptos empíricos son imprecisos e inciertos, se produce por ideas preconcebidas, tienden a aceptar explicaciones metafísicas y son dogmáticos. Sin embargo, el conocimiento empírico sirve de base al conocimiento científico, al extraerse con métodos de la realidad.

2.3.7.2. Conocimiento Científico

El conocimiento empírico se convierte en científico al extraerlo de la realidad con métodos y herramientas precisas. Se integra en un sistema de conceptos, teorías y leyes, rebasa los hechos empíricos y puede generalizarse y pronosticarse. El conocimiento científico resiste la confrontación con la realidad, descarta explicaciones metafísicas, y utiliza fuentes de primera mano.

2.3.8. Educación Sexual

Educación sexual es el término usado para denominar la educación sobre sexo. Esta debe suceder en todas las etapas del desarrollo humano. Desde el inicio, con la descripción y diferenciación de género, pasando por los efectos de la pubertad, la reproducción, la anticoncepción, el sexo seguro, la

equidad de género, los derechos sexuales y siempre enfatizando en la salud sexual.³⁸

La actitud hacia el sexo se configura de forma indirecta a una edad muy temprana. La curiosidad inicial de las diferencias corporales entre niños y niñas y entre los adultos. La etapa intermedia de la infancia parece un momento ideal para iniciar una educación sexual formal y muchas autoridades creen que el tema se presenta mejor desde una perspectiva global. La información sobre maduración sexual y el proceso reproductivo ayuda a minimizar la inseguridad del niño, la vergüenza y los sentimientos de asilamiento que a menudo acompañan a la pubertad³⁹

2.3.9. Anatomía y fisiología del cuerpo humano

Conjuntos de órganos especializados y encargados de la conservación y perpetuación de la especie humana.

El órgano fundamental del aparato reproductor es la gónada o glándula sexual; existen dos en cada individuo, sea masculino o femenino.

2.3.9.1. Órganos Reproductores Masculino

Conjunto de órganos especializados en la formación de espermatozoides y de regular las funciones sexuales y endocrinas masculinas.

Este aparato está conformado de las siguientes partes:

- Gónadas masculinas, formadas por los testículos.
- Órgano copulador, el pene

- Conductos genitales o espermáticos, son una larga y complicada serie de túbulos que van desde los testículos al pene.
- Glándulas accesorias, que proporcionan el medio líquido para las células sexuales y la contracción refleja de las fibras musculares del aparato reproductor.

Testículos

Órganos pares ubicados en las bolsas escrotales, presentan forma ovoide y miden aproximadamente 40-45mm de largo, 25mm de ancho y 8 cm. de altura.

Son las glándulas seminales del hombre, donde se producen los espermatozoides y se secretan las hormonas masculinas. Están recubiertos por varias capas de tejido muscular, tejido membranoso y una capa de piel llamada escroto.

Partes del testículo

Es la parte posterior del testículo hay una estructura alargada denominada epidídimo. Los testículos y epidídimo están recubiertos por una capa fibrosa llamada albugínea testicular o la túnica albugínea.

En la parte posterior del testículo la albugínea se engrosa formando el cuerpo Higmore, del que parten tabiques fibrosos hacia el interior del testículo, dividiéndolo en muchos lóbulos espermáticos (200 o 300 lóbulos espermáticos por testículo), dentro de esos lóbulos o lobulillos testiculares se encuentran las siguientes estructuras:

- Túbulos seminíferos: son cerca de 800 túbulos contorneados, se especializan en producir el proceso de espermatogénesis (formación de espermatozoides). La pared interna presenta los siguientes tipos de células:

- Espermatogonias: células germinales que darán origen a los espermatozoides.
- Células de Sertoli o nodrizas: se encargan de nutrir y proteger a las células y proteger a las células germinales. Se adosan a la membrana basal de tubo seminífero.

- Intersticio: se encuentra localizado entre los túbulos seminíferos, en esta estructura se encuentran las células intersticiales o de Leydig, que son células endocrinas encargadas de la síntesis de la testosterona al ser estimadas por la hormona luteinizante.

Conductos Genitales

Dentro de los lóbulos espermáticos del testículo se encuentran los conductos seminales, que son los que producen espermatozoides. El resto de conductos sólo se encargan de transportarlo.

Los conductos seminales se continúan con los conductos o túbulos rectos que salen, uno de cada lóbulo, para llegar a la red de Haller o Rete testis, red de conductos que se encuentra en el cuerpo de Higmore.

La Red de Haller se continúa con los conductos o conos eferentes, que salen del testículo formando parte del epidídimo. Luego se continúa con el conducto epididimario o epidídimo, que recorre toda la longitud del epidídimo,

cuyo extremo inferior se continúa con el conducto deferente, localizado entre el epidídimo y la vesícula seminal. Mide más de 40cm. Y se dirige hacia la cara posterior de la vejiga.

Todos los vasos y el conducto deferente se agrupan dando lugar al cordón espermático o eyaculador, que entra en la pelvis a través del conducto inguinal, por encima del ligamento inguinal

Glándulas accesorias.

Son las siguientes:

- a) Vesículas seminales: son dos estructuras alargadas que se sitúan en la parte posterior de la vejiga, por encima de la próstata y por delante del recto. Son el reservorio del espermatozoide hasta el momento de la eyaculación, secretan un líquido viscoso y amarillento que constituyen el 60% del semen denominado líquido seminal que constituye fructosa, prostaglandinas, ácido ascórbico y otras sustancias.
- b) Próstata: es un órgano musculoglandular situado debajo de la vejiga, detrás de la sínfisis púbica y delante de la ampolla rectal, rodeando a la uretra prostática. La próstata está formada por un cúmulo de glándulas que producen un líquido de aspecto lechoso alcalino, que contiene ácido cítrico, calcio, fosfatasa alcalina y otras sustancias, este se une al líquido espermático ayudando a su conservación.
- c) Glándulas bulbo uretrales o de Cowper: son dos glándulas situadas detrás de la uretra membranosa, desembocando a nivel de la uretra esponjosa. Secretan un líquido transparente y mucósico, el cuál actúa como lubricante de la uretra y del glande del pene. Cuando los

espermatozoides se unen a los líquidos que producen estas glándulas se forma el semen.

Pene

Es el órgano copulador del aparato reproductor masculino, se sitúa delante de la sínfisis del pubis, justo encima de las bolsas escrotales.

Está formado por un tejido cilíndrico y eréctil, en su conjunto presenta 3 cuerpos musculosos cilíndricos: El pene tiene tres cuerpos eréctiles: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso.

2.3.9.2. Órganos Reproductores Femeninos

Conjunto de órganos divididos en externos e internos. Los externos y la vagina sirven para el coito y los órganos internos para el desarrollo y expulsión del feto.

Las funciones que desempeñan son las siguientes:

- Forman a los gametos femeninos u ovocitos secundarios.
- Producen hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona)
- En él se realiza la fecundación, gestación y parto.

Genitales externos

Los órganos genitales externos son el conjunto de partes blandas, estos suelen designarse con el nombre de vulva, incluyen todas las estructuras visibles externas desde el borde inferior del pubis hasta el perineo.

Las estructuras que lo forman son:

- Monte de Venus o Monte del Pubis, es la prominencia adiposa en la parte anterior de la sínfisis del pubis y que está recubierta del vello pubiano.
- Labios Mayores, son dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubierto de piel que se extiende hasta abajo y atrás a partir del monte de Venus, su homólogo en el hombre es el escroto.
- Labios Menores, son dos pliegues cutáneos, pequeños y delgados ubicados debajo de los mayores, no poseen vellosidad, pero si muchos folículos sebáceos y algunas glándulas sudoríparas.
- Clítoris, es un órgano cilíndrico, eréctil, situado en el extremo anterior de la vulva por delante del meato urinario. Es el resultado de la unión de los cuerpos cavernosos
- Vestíbulo o Espacio Vestibular, es la región triangular comprendida entre los labios menores por detrás del clítoris y delante del orificio vaginal. En él se encuentran: meato urinario u orificio uretral, el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Las glándulas de Bartholin o Bartolino, se sitúan a ambos lados de la entrada de la vagina y secretan un flujo mucósico, para lubricar la parte inferior de la vagina.
- Orificio vaginal o introito, orificio que comunica a la vulva con el conducto vaginal está cubierto parcialmente por el himen que es una membrana mucosa, elástica e incompleta.

Genitales internos

- Vagina: es un conducto músculomembranoso que une la vulva al útero, mide de 9- 10cm. de longitud. Es un cilindro aplanado en sentido antero posterior. Es elástico y contráctil. Va desde el útero

hasta el orificio de la vagina que se encuentra en la vulva. Se sitúa entre el recto y la uretra.

- Útero, es un órgano muscular hueco de forma periforme y mide alrededor de 8-9cm. De longitud. Está situado en la pelvis, entre la vejiga urinaria y el recto.

Funciones del útero:

- Menstruación, es el desprendimiento de la capa funcional del endometrio.
 - Implantación del cigote.
 - Gestación
 - Parto.
- Trompas uterinas o trompas de Falopio, son dos conductos musculomembranosos de 11-12 cm. de longitud que comunican al ovario con el útero.

Funciones de las trompas de Falopio:

- Captación del ovocito secundario
 - Transporte de los gametos
 - Fecundación en la ampolla uterina
 - Protección y nutrición del ovulo.
- Ovarios, son dos glándulas pequeñas de 4cm. De largo y pesan unos 6-8 gramos. Están situadas en la cavidad pélvica, por debajo de las trompas uterinas, y van cambiando de posición. Se relacionan con las trompas de Falopio, mediante sus fimbrias. Durante la ovulación, los ovocitos secundarios salen del ovario y se sueltan a la cavidad abdominal siendo recogidos por las fimbrias del pabellón de la trompa.

Funciones del ovario:

- Desarrollo y expulsión del ovocito
- Elaboración de las hormonas femeninas: estrógenos y progesteronas.

2.3.10. Ciclo menstrual o uterino

Durante este ciclo se realizan cambios cíclicos en el endometrio funcional del útero, este presenta las siguientes fases:

- a) Fase Menstrual: en promedio tiene una duración de 4 días, se inicia con el desprendimiento de endometrio funcional y la expulsión de sangre líquido tisular, mucus y células epiteliales del endometrio. Esto se produce por la súbita disminución de la concentración de estrógenos y progesterona, lo que causa la constricción de las arterias uterinas, originando la muerte celular.
- b) Fase proliferativa: tiene una duración aproximada de 9 días, durante las cuales los estrógenos promueven la proliferación (crecimiento por mitosis) del endometrio funcional, el que se engruesa y desarrolla las glándulas endometriales.
- c) Fase secretora: dura aproximadamente 14 días, es estimulada por la progesterona, provocando que las glándulas endometriales inicien su proceso de secreción de grandes cantidades de glucógeno, el que servirá para la nutrición e implantación del blastocisto. Todo este proceso se realiza una semana después de ocurrida la ovulación.

d) Fase isquémica: dura en promedio 1 día, se da por la disminución de concentración de hormonas, principalmente de progesterona, lo que desencadena que el riesgo sanguíneo cese y que se genere una necrosis del endometrio, desencadenando la fase menstrual siguiente.⁴⁰

2.3.11. Métodos anticonceptivos

La anticoncepción consiste en evitar la fecundación concepción cuando se tiene relaciones sexuales plenas. Los diferentes métodos anticonceptivos tratan de evitar el contacto entre el ovulo y el espermatozoide, para que no se produzca fecundación o el desarrollo del embrión. Entre los todos anticonceptivos destacan: los métodos químicos, mecánicos, naturales y quirúrgicos.⁴¹

Los adolescentes quieren información acerca de la contracepción y así evitar embarazos, pero utilizan los métodos de control de natalidad de forma inconstante. Por tanto, la orientación sobre la contracepción tal vez requiera mayor amplitud que la mera información sobre el control de la natalidad y los métodos anticonceptivos.⁴²

Entre los métodos tenemos:

2.3.11.1. Métodos de barrera

Según la OMS es el bloqueo físico, que impide que el espermatozoide alcance el óvulo se implante con sustancias que contiene espermicidas, son métodos eficaces si se usan correctamente y tienen pocos efectos negativos

(alergia al látex o al lubricante), son de fácil obtención y bajo costo, no requieren examen ni prescripción médica, fomentan la responsabilidad del varón en la anticoncepción, y reduce la trasmisión de las ITS y VIH/SIDA, dependen del usuario, requiere una motivación constante.

Preservativo Masculino o Condón

Es una funda delgada, cerrada por un extremo, elástica y resistente que se coloca en el pene erecto antes de la relación con penetración. Al eyacular, el esperma queda en el extremo cerrado, evitando el paso del semen a la cavidad vaginal. Para su fabricación se usan diversos materiales como el látex o el poliuretano. El preservativo se utiliza, siempre, cada vez que se tenga relaciones sexuales y desea evitar la gestación o contacto sexual.

Procedimiento

Cuando el pene esta erecto, antes de que este en contacto con los genitales femeninos. Desenvolver el condón cubriendo desde la punta, hacia la base del pene dejando un centímetro de espacio libre en la punta, donde se acumula el semen. Tiene una efectividad de 85%-98 %

También se puede utilizar la doble protección. Consiste en la prevención simultánea de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y contagio del SIDA., mediante el uso combinado del preservativo y el método anticonceptivo que se considere más eficaz. Así, por ejemplo, no hay inconveniente en usar conjuntamente la píldora y el preservativo.

El preservativo masculino no se puede volver a utilizar, hay que usar uno nuevo en cada penetración y deben tirarse siempre a la basura, nunca al a lavabo.

Eficacia

- El 98-99% de eficacia si se utiliza correctamente, a lo largo de toda la relación sexual. Es decir se producen 1-2 embarazos por cada 100 mujeres durante un año

Ventajas

- Se puede adquirir con gran facilidad y además existen varios diseños.
- Ofrece protección frente a las infecciones de transmisión sexual, incluido HIV.

Inconvenientes

- Riesgo de rotura o de permanencia en la vagina tras las relaciones sexuales con lo que pierde su eficacia.
- El hecho de tener que colocar el preservativo en el pene erecto, puede interrumpir la dinámica de las relaciones sexuales.
- Se debe emplear un preservativo nuevo en cada relación sexual.

A tener en cuenta

- Comprobar fecha caducidad.
- Sensibilidad al látex: Las personas alérgicas pueden utilizar preservativos de poliuretano.
- Pueden dañarse con productos oleosos: Si hay que usar lubricantes, deben ser acuosos.
- Conservarlos alejados de la luz y el calor por lo que se debe evitar guardar el preservativo donde pueda estropearse (cartera, guantera del coche, etc.).⁴³

Preservativo femenino

Es una funda delgada, transparente y suave que se coloca en la vagina de la mujer antes de la penetración, para que durante el coito el pene permanezca cubierto y el semen se pueda almacenar allí.

Tiene forma cilíndrica está lubricada y presenta dos anillos, uno en cada extremo. El anillo más pequeño debe introducirse en la vagina hasta la parte más profunda, como si se estuviera colocando un tampón o un diafragma. El anillo más grande - junto con una pequeña parte del preservativo - debe permanecer en el exterior de la vagina, aplanado sobre los labios mayores de la vulva.

La colocación es siempre antes de la penetración o de que el pene contacte con la vagina o la vulva. Durante la penetración debe evitarse el desplazamiento del preservativo sobre vagina y asegurarse de que el pene no se coloque entre el preservativo y la vagina.

Para retirarlo, se debe torcer el anillo exterior y estirar con suavidad con cuidado de que no se derrame semen. También en este caso antes de continuar el contacto íntimo con la pareja deben lavarse las manos y el pene ya que pueden quedar restos de semen.

Para aumentar la eficacia anticonceptiva del preservativo se puede utilizar la doble protección. Consiste en la prevención simultánea de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y contagio del SIDA., mediante el uso combinado del preservativo y el método anticonceptivo que

se considere más eficaz. Así, por ejemplo, no hay inconveniente en usar conjuntamente la píldora y el preservativo.

El preservativo femenino no se puede volver a utilizar, hay que usar uno nuevo en cada penetración y deben tirarse siempre a la basura, nunca al lavabo.

Eficacia

- El 95% de eficacia si se utiliza correctamente, a lo largo de toda la relación sexual. Es decir se producen 5 embarazos por cada 100 mujeres durante un año.

Ventajas

- Protección frente a infecciones de transmisión sexual, incluida HIV.
- Puede emplearse junto a otros productos lubricantes.

Inconvenientes

- Precio.
- Desplazamiento en la vagina.
- Puede interrumpir la dinámica de las relaciones sexuales.

A tener en cuenta

- Se debe comprobar la fecha de caducidad.
- Conservarlos alejados de la luz y el calor por lo que se debe evitar guardar el preservativo donde pueda estropearse (cartera, guantera del coche, etc.).

Diafragma

Es una cúpula de goma flexible que se introduce en la vagina para recubrir al cuello uterino, proporcionando una barrera para los espermatozoides.

Modo de aplicación

Antes de tener relaciones sexuales se debe colocar el diafragma con su crema o espuma espermicidas. No debe pasar más de 2 horas porque la acción del espermicida disminuye con el tiempo. Cuando más corto el tiempo, mejor.

Eficacia

- El diafragma tiene una eficacia de 83%-97%. De cada cien mujeres 3-17 saldrán embarazadas por año.

Efectos Secundarios.

- De vez en cuando (muy raramente) la mujer o su compañero pueden experimentar una reacción alérgica a la jalea, crema o gama del diafragma. Lo que puede ser solucionando cambiando de marca.

Ventajas / Desventajas

- Es un método fácil de usar y no tienen ningún efecto sobre la salud de la mujer.
- Se necesita ayuda profesional para medir el tamaño del diafragma y una explicación acerca de la colocación.

Espermicidas

Son preparaciones químicas que se colocan en la vagina de la mujer antes del coito, con el objetivo de evitar el embarazo. Estos productos funcionan de dos maneras: primero, forman una barrera para dificultar la entrada de los espermatozoides (células sexuales masculinas) al útero; segundo, cuando los espermatozoides se neutralizan y mueren. Existen varios tipos de espermicidas que son vendidos bajo diferentes marcas comerciales.

Eficacia

- El 92-96% de eficacia. Es decir se producen 4-8 embarazos por cada 100 mujeres durante un año.

Ventajas

- Introducción selectiva cuando hay relaciones sexuales.

Inconvenientes

- Se debe repetir la aplicación en caso de relaciones sexuales seguidas.
- Precisa aprendizaje.
- No protegen contra las infecciones de transmisión sexual.
- Los espermicidas son barreras químicas cuyo objetivo es dañar a los espermatozoides haciendo poco probable la fecundación.

Aunque actualmente están fuera del mercado español, en los países donde se comercializan hay muchas formas de presentación:

- Cremas
- Óvulos vaginales

- Esponjas
- Jaleas
- Espumas
- Aerosoles

Deben aplicarse en la vagina poco antes (al menos 15 minutos) de cada contacto sexual.

Debido a su baja eficacia generalmente sólo se indican como apoyo de otros métodos de barrera (por ejemplo el preservativo o el diafragma) para aumentar su seguridad, o bien en épocas de fertilidad reducida (después de un parto mientras se está lactando y aún no se ha presentado la regla, en la perimenopausia).

En muy raras ocasiones, el espermicida puede provocar una reacción alérgica y/o producir prurito y enrojecimiento en el área genital.⁴⁴

2.3.11.2. Métodos Naturales

Según la OPS, son los métodos en que no se utilizan ningún anticonceptivo y están basados en la abstinencia periódica. Se limita a tener relaciones sexuales en los días no peligrosos. Los días en que no existen ningún riesgo de embarazarse. Los métodos se basan en lo siguiente: un óvulo vive durante un lapso de 24-48 horas, solamente durante este periodo el óvulo puede ser fecundado por los espermatozoides. Los espermatozoides viven un periodo de aproximadamente 48 a 72 horas después que han sido liberados en la vagina. Solamente es este periodo los espermatozoides pueden fecundar el óvulo. Es entonces durante 4-5 días de cada ciclo se

puede desarrollar una concepción. En la práctica, sin embargo, los días “peligrosos” o fértiles son mayores por la irregularidad del tiempo de ovulación.

Según MINSA, la abstinencia periódica, consiste en no tener relaciones sexuales los días cercanos a la ovulación en los días fértiles.

Eficacia

- Aunque puede depender del método, en general la eficacia es del 94%. Es decir se producen 6 embarazos por cada 100 mujeres durante un año.
- En general, los métodos naturales no son tan fiables como las técnicas artificiales.

Ventajas

- Sin efectos secundarios.
- Sin empleo de hormonas.
- Mejor conocimiento del propio organismo.

Inconvenientes

- Necesidad de complementarlos con métodos de barrera en días fértiles con relaciones sexuales.
- Necesidad de profundo conocimiento del método.
- No protegen contra las infecciones de transmisión sexual.

Los métodos naturales pueden parecer tentadores pero hay que tener en cuenta que no recurren a ayudas artificiales y se fundamentan en la

abstinencia periódica. Se basan en la identificación del día del ciclo menstrual en que ovula la mujer, mejorando el autoconocimiento y la comprensión de los ritmos biológicos para regular o evitar el embarazo. Funcionan identificando los días fértiles según signos o kits específicos, señalando los días en que se pueden mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.

El embarazo puede resultar del coito realizado pocos días antes, durante o después de la ovulación; como consecuencia, esos son los días en los que habrá que evitar el contacto sexual.

Método del Calendario o Método de Ogino-Knaus

Este es el menos fiable de los métodos anticonceptivos naturales, incluso en mujeres con ciclos menstruales regulares.

Consiste en no mantener relaciones sexuales durante los días de la ovulación, que es cuando el cuerpo de la mujer se encuentra en la etapa más fértil.

Se determina el periodo fértil mediante cálculos basándose en que la ovulación tiene lugar una sola vez en cada ciclo y suele ocurrir aproximadamente en el 14^o día (contando el primer día de la regla como primer día del ciclo).

Dado que el óvulo y los espermatozoides tienen una vida limitada a unas 24-72 horas, se evita la unión sexual durante unos días antes, durante y después de la ovulación, entre los días 8 y 18 del ciclo.

Utilización

- Antes de aplicar este método, se debe mantener un detallado registro de la duración de los ciclos, por lo menos durante 12 meses (en los cálculos el día 1 es el primero del periodo).
- Después, para calcular los días no seguros, se debe restar 18 del número de los del ciclo más corto, y 11 del más largo.
- De este modo se obtienen dos cifras, correspondientes a los días entre los cuales el acto sexual no es seguro.

Debe tenerse en cuenta que hay varios factores que pueden cambiar hasta los ciclos menstruales más regulares, como:

- La tensión o estrés
- Cambios de peso
- Cambios de nivel de actividades
- Parto
- Cambios hormonales naturales.

Método de la Temperatura Basal

Utiliza la determinación de la temperatura basal de la mujer a lo largo del ciclo. En la mayor parte de las mujeres, la temperatura del cuerpo se eleva un poco inmediatamente después de la ovulación (alrededor de 0'5 grados), y no desciende hasta que se inicia el periodo siguiente. Este aumento de temperatura indica normalmente el periodo fértil del ciclo y, por lo general, dura alrededor de 3 días.

Procedimiento

Para registrar la variación de la temperatura, se debe poner el termómetro a diario al despertarse y antes de realizar cualquier actividad, procurando que sea uno diseñado para medir levísimos cambios y que diferencie décimas de grado, y se anotará la medición en una tabla.

En estos ciclos, los días inseguros duran desde el último día del periodo hasta que la temperatura se ha elevado durante tres días consecutivos.

Moco Cervical o Método de Billings

Los Dres. J. y E. Billings desarrollaron un método que permite reconocer los cambios en el moco cervical y elaborar el patrón de fertilidad propio de cada mujer en las diferentes circunstancias de la vida fértil.

El flujo mucoso del canal cervical (cuello del útero), tanto por su cantidad como su composición, desempeña un papel clave en la fertilidad humana ya que cualquier espermatozoide que intente llegar al óvulo tiene que pasar a través de él.

En el momento de la ovulación, el moco del cérvix pasa de una consistencia espesa y poco abundante a una secreción profusa, más fluida y transparente, que a veces se dispone en hilos largos.

Modo de Aplicación

La mujer aprende a reconocer estos cambios examinando el propio moco y anotando su aspecto. Cuando se hace más espeso y menos abundante indica que han terminado los días fértiles.

Se permite el coito en días alternos (para prevenir que no se confunda el moco cervical con el semen) después del fin de la menstruación hasta que se detecta un incremento de la secreción del moco cervical. La abstinencia sexual se mantiene hasta 4 días después de la observación del pico del moco.

2.3.11.3. Métodos Hormonales

Píldora oral combinada

Hay dos clases principales de píldoras anticonceptivas: la combinación estrógeno-progesterona y la de progesterona sola.

Las dos liberan hormonas sintéticas en el organismo para disminuir de varios modos las probabilidades de quedar embarazada.

La píldora combinada impide la ovulación (liberación mensual del óvulo), haciendo que el moco del cérvix sea hostil al espermatozoide, y afectando al endometrio (la mucosa del útero) de tal forma que sea muy improbable la implantación de un óvulo fertilizado.

Por lo común, se ingiere durante 21 ó 22 días consecutivos, seguidos de 6 ó 7 en que se prescinde de ella. También existen preparados con píldoras placebo en los que no se interrumpe la toma con lo que se toman entre 21 y 24 comprimidos con medicamento activo, y entre 7 y 4 comprimidos con placebo.

A tener en cuenta

- Disminución de la eficacia si existen errores en la toma (más de 12 horas), vómitos, diarrea.
- Interacción con otros fármacos.

Eficacia

- Más del 99% de eficacia. Es decir menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante un año.

Ventajas

- Ofrece regularidad en los ciclos.
- Disminuye el volumen y los días de la menstruación, dolor menstrual y tensión premenstrual.
- Protección frente a cáncer de ovario, matriz y algunas infecciones ginecológicas.
- Aceptable en no fumadoras hasta la menopausia.

Inconvenientes

- Necesidad de realizar una historia clínica completa para descartar contraindicaciones.
- Algún efecto secundario menor.
- No indicado en fumadoras mayores de 35 años y mujeres lactando.
- No protege frente a las infecciones de transmisión sexual.

Consecuencias de la píldora

- Probable pérdida menor de sangre que en un periodo normal. Tal vez también disminuya el dolor durante los periodos y se observe una atenuación de los síntomas de tensión premenstrual.
- Algunas mujeres descubren que, al tomar la píldora, su estado general mejora, lo mismo que su piel y su pelo; unas pocas experimentan efectos secundarios, como náusea, tensión mamaria o aparición de manchas de sangre entre los periodos (hemorragia intermenstrual).

Efectos positivos de los anticonceptivos orales

- La disminución del riesgo de cáncer de ovario en un 40-50% en mujeres que los tomaron al menos un año, persistiendo este efecto hasta 10 años después.
- Disminuyen también la incidencia de cáncer de endometrio hasta en un 50% en mujeres que los tomaron al menos 2 años.
- La mejoría de la dismenorrea, de las hipermenorreas y, por tanto, de las anemias ferropénicas.
- Mejoría de los quistes ováricos funcionales.
- Mejoría de los trastornos menstruales.
- Puede mejorar algunos casos de acné.
- Disminución de la incidencia de embarazos ectópicos y de la enfermedad inflamatoria pélvica.
- También pueden usarse como terapia hormonal sustitutiva en pacientes amenorreicas para prevenir la osteoporosis y el riesgo cardiovascular.

Las píldoras pueden producir algunos efectos secundarios leves como:

- Náuseas
- Aumento de peso leve
- Cierta retención de líquidos
- Dolores de cabeza
- Sensibilidad en los senos
- Sangrado entre períodos menstruales

Contraindicaciones

Si tiene más de 35 años y fuma, debe pensar seriamente en dejar de fumar o cambiar de anticonceptivo. No le preocupe mucho renunciar a la píldora si tiene más de 40 años. Los otros procedimientos de anticoncepción suelen ser menos efectivos; pero como su fertilidad va decreciendo, un método menos eficaz será suficiente.

Las señales de que la píldora no es el anticonceptivo que le conviene son:

- Hipertensión (presión sanguínea alta)
- Dolor en las piernas o en las mamas.
- Tobillos o piernas hinchados.
- Cefaleas intensas o migrañas.
- Visión alterada.
- Notifique a su médico sin demora cualquiera de estos síntomas.

Píldora Oral de Progesterona

Eficacia

- Más del 99% de eficacia. Es decir menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante un año.

Ventajas

- Está indicada principalmente en mujeres lactando.

Inconvenientes

- La menstruación puede ser irregular, haber pérdidas o algún bache amenorreico.
- Algún efecto secundario menor.
- Puede disminuir su eficacia si el peso es mayor de 70 kg.
- No protege frente a las infecciones de transmisión sexual.
- Actúa provocando cambios que dificultan la progresión del semen o la implantación del óvulo fecundado.
- Puede anular la ovulación.
- Se toma a diario, sin interrupción, incluso durante el periodo.
- No impide la ovulación: se está levemente expuesta al riesgo de quedar embarazada, sobre todo si olvida tomarla más de 12 horas.
- La píldora de progesterona es adecuada para mujeres de todas las edades.

A tener en cuenta

- Disminución de eficacia si errores en toma (más de 12 horas), vómitos, diarrea.
- Interacción con otros fármacos.

Anticonceptivo Inyectable de Progesterona

Eficacia

- Más del 99% de eficacia. Es decir menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante un año.

Ventajas

- Duración de 12 semanas (según preparado).
- Protección frente al cáncer de matriz.
- No presenta interacción medicamentosa o anti epilépticos

Inconvenientes

- Alteraciones menstruales.
- La fertilidad puede alterarse durante un tiempo al interrumpirlo.
- Posible incremento de peso.
- No protege frente a las infecciones de transmisión sexual.
- Consiste en introducir en el cuerpo una cantidad de hormona progesterona para mediante su liberación lenta evitar la ovulación.
- La inyección de progesterona en el brazo o nalgas de la mujer representa, por lo menos, dos meses de anticoncepción.
- Durante estos dos meses, no hay que considerar este método anticonceptivo si es que tiene planes de quedarse embarazada a un año vista, aproximadamente.
- Debe tenerse en cuenta que los efectos secundarios, si los hubiera, duran hasta que cede el efecto. ⁴⁵

2.3.12. Infecciones de Trasmisión Sexual

Son aquellas infecciones trasmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales entre ellas están: tricomoniasis, gonorrea, clamidiasis, sífilis, ancroide, herpes y VIH/SIDA.⁴⁶

Los adolescentes sexualmente activos y los adultos jóvenes corren un riesgo mayor de contraer las infecciones de transmisión sexual. Las ITS de mayor incidencia en las poblaciones y adultos son las infecciones por gonorrea y clamidia.

Aunque sólo el 1% de los individuos diagnosticados del síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) son adolescentes, la mayoría de los diagnosticados al principio de su veintena se infectaron probablemente durante la adolescencia. Por tanto, el riesgo de SIDA en los adolescentes no debe subestimarse. Debe tenerse en cuenta que los individuos afectados con alguna ITS pueden ser asintomáticos y aun así permanecer alta la efectividad de la enfermedad.⁴⁷

Según la OMS⁴⁸, las ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes trasmisibles por vía sexual. Algunos, en particular el VIH y los treponemas causantes de la sífilis, también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos.

Las ITS son causadas por bacterias, virus y parásitos. A continuación figuran algunos de los microorganismos más frecuentes y, entre paréntesis, las enfermedades que causan.

Bacterias

- *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea o infección gonocócica);
- *Chlamydia trachomatis* (clamidiasis)
- *Treponema pallidum* (sífilis)
- *Haemophilus ducreyi* (ancroide)
- *Klebsiella granulomatis* (antes llamada *Calymmatobacterium granulomatis*, (granuloma inguinal o donovanosis)

Virus

- Virus de la inmunodeficiencia humana (sida)
- Virus del herpes simple de tipo 2 (herpes genital)
- Papilomavirus humanos (verrugas genitales y, en el caso de algunos tipos de estos virus, cáncer del cuello del útero en la mujer)
- Virus de la hepatitis B (hepatitis, que en los casos crónicos puede ocasionar cáncer de hígado)
- Citomegalovirus (inflamación de diferentes órganos, como el cerebro, los ojos y los intestinos)

Parásitos

- *Trichomonas vaginalis* (tricomoniasis vaginal)
- *Candida albicans* (vulvovaginitis en la mujer y balanopostitis [inflamación del glande y el prepucio] en el hombre)

Prevención

El modo más eficaz de evitar las ITS consiste en no tener relaciones sexuales (sean orales, vaginales o anales) o tenerlas únicamente en el ámbito de una pareja a largo plazo, no infectada y mutuamente monógama. Siempre que se utilicen sistemática y correctamente, los preservativos masculinos de látex son muy eficaces para reducir la transmisión del VIH y de otras ITS, tales como la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis.

2.3.12.1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Según la OMS, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4.

La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves.

Signos y síntomas

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta.

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

Transmisión

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse a resultas de contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas.

Factores de riesgo

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos:

- Practicar coito anal o vaginal sin protección
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario.

Según la OMS, el VIH sigue siendo uno de los agentes infecciosos más mortíferos del mundo: en los tres últimos decenios se ha cobrado más de 25 millones de vidas.

En 2011 había unos 34 millones de personas infectadas por el VIH (las cifras oscilan entre 31,4 y 35,9 millones).

El África Subsahariana, donde uno de cada 20 adultos está infectado por el VIH, es la región más afectada. El 68% de la población mundial VIH-positiva vive en esta región.

Aunque no existe una cura para la infección, los pacientes pueden mantener controlado el virus y llevar una vida sana y productiva si siguen un tratamiento eficaz con fármacos antirretrovíricos.

En 2012 había en los países de ingresos bajos o medios más de 9,7 millones de personas infectadas por el VIH que recibían terapia antirretrovírica.

Prevención

Las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo utilizados de manera combinada, incluyen los que siguen:

a) Uso de preservativos

El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

b) Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS

La realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS está altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento. La OMS también recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas.

c) Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables

Las personas que se inyectan drogas pueden protegerse de la infección por el VIH utilizando material estéril, en particular agujas y jeringuillas, para cada inyección. Los paquetes integrales de medidas de prevención y tratamiento

de la infección por el VIH, incluyen los componentes siguientes: acceso a agujas y jeringuillas desinfectadas, tratamiento de sustitución de opiáceos para los consumidores de drogas (y otras intervenciones de tratamiento de la drogodependencia basadas en criterios científicos), asesoramiento y pruebas de detección del VIH, tratamiento contra el VIH y atención a los infectados, acceso a preservativos y tratamiento de las ITS, la tuberculosis y la hepatitis vírica.

d) Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo(a) durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o maternoinfantil. En ausencia de cualquier tipo de intervención, las tasas de transmisión oscilan entre un 15% y un 45%. Es posible prevenir casi totalmente esta clase de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección.

En 2011 el 56% de los aproximadamente 1,5 millones de embarazadas infectadas por el VIH que viven en países de ingresos bajos o medios recibieron antirretrovíricos eficaces para evitar la transmisión a sus hijos, frente al 48% en 2010.

49

2.3.12.2. Sífilis

La sífilis es una enfermedad infecciosa aguda y crónica producida por la espiroqueta *treponema pallidum*. Se adquiere por contacto sexual o puede ser de origen congénito.

Etapas de la sífilis.

En la persona que no ha recibido tratamiento, la evolución de la enfermedad se divide en tres etapas: primaria, secundaria y terciaria. Estas etapas reflejan el tiempo transcurrido a partir de la infección, así como las manifestaciones clínicas que se observan en ese periodo, y son la base para las decisiones terapéuticas.

La *sífilis primaria* ocurre dos a tres semanas después de la inoculación inicial con el microorganismo. La lesión indolora que surge en el sitio de infección recibe el nombre de *chancro*, que en caso de no recibir tratamiento se resuelve espontáneamente al cabo de dos meses.

La *sífilis secundaria* ocurre cuando la diseminación hematógena del microorganismo a partir del chancro original ocasiona una infección generalizada. La erupción en esta etapa suele ocurrir alrededor de dos a ocho semanas después del chancro y afecta tronco y extremidades, incluidas palmas de las manos y plantas de los pies. La transmisión de la espiroqueta se realiza a través del contacto con estas lesiones. Los signos de infección generalizada son linfadenopatía, artritis, meningitis, pérdida de cabello, fiebre, malestar y pérdida de peso.

Después de la segunda etapa sobreviene un periodo de latencia en que la persona infectada no exhibe signos ni síntomas de la enfermedad. Este periodo se interrumpe por la recurrencia de la sífilis secundaria.

La *sífilis terciaria* es la etapa final en la evolución natural de la enfermedad. Se calcula que entre 20% y 40% de los individuos infectados no exhibe este nivel de hallazgo clínico. La sífilis en esta etapa se presenta como enfermedad inflamatoria de evolución lenta con posibilidad de afectar múltiples órganos. Las manifestaciones más comunes incluyen aortitis y neurosífilis, patentes por demencia, psicosis, paresia, apoplejía o meningitis.

2.3.12.3. Gonorrea

Neisseria gonorrhoeae es una bacteria gramnegativa que se transmite principalmente a través de contacto sexual. También puede presentarse en el neonato a consecuencia de contacto durante el parto. Dicho microorganismo produce infección de la mucosa, local o diseminada. La infección asintomática es relativamente común

Manifestaciones clínicas

La gonorrea por lo general presenta manifestaciones locales. La uretritis y epididimitis son los síntomas más comunes en varones, en tanto que la infección suele ser más asintomática en mujeres. El cuello uterino es el sitio principal de infección local y los síntomas por lo general incluyen infección de las vías urinarias, aumento del exudado vaginal y prurito. La complicación más frecuente de la infección gonocócica localizada en mujeres es la

enfermedad pélvica inflamatoria, en que el microorganismo infecta el útero, las trompas de Falopio o el líquido peritoneal. El incremento del riesgo de embarazo ectópico y la oclusión bilateral de trompas son complicaciones de la gonorrea.

Es raro que el patógeno se disemine en personas infectadas que no han recibido tratamiento. La bacteriemia se acompaña de otros signos sistémicos, como artritis o dermatitis. En casos poco comunes infesta las válvulas cardíacas o surge meningitis gonocócica.

2.3.12.4. Infecciones por *Chlamydia trachomatis*

Chlamydia trachomatis es una bacteria que requiere adherirse a la célula del hospedador para su invasión, crecimiento intracelular y replicación. Este requisito para su crecimiento, semejante al de los virus, ha hecho que su identificación y estudio en el laboratorio sean mucho más difíciles que en el caso de los microorganismos que crecen y se reproducen de forma independiente.

Manifestaciones clínicas

En mujeres, las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen enfermedad pélvica inflamatoria, pero muchas veces los síntomas son tan sutiles que hay evolución patológica sin detección. Los efectos a largo plazo incluyen dolor crónico, mayor riesgo a embarazos ectópicos, endometritis posparto e infertilidad.

Es muy común que la embarazada con infección la trasmite al neonato de parto vaginal. Alrededor de 20 a 50% de lactantes infectados desarrollan conjuntivitis y cerca del 20% neumonía.

Los varones generalmente son asintomáticos, suelen transmitir la infección con facilidad a sus parejas sexuales. La uretritis es la enfermedad que más comúnmente se relaciona con la infección en varones heterosexuales sintomáticos.⁵⁰

2.3.13. Teoría de Enfermería

Nola Pender: “Promoción de la Salud”

La comprensión de las teorías y modelos de enfermería llevan consigo un amplio recorrido de discusión que contribuye al crecimiento de la disciplina.

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

Los profesionales que más investigan en torno a este modelo, son de los campos de enfermería y sociología. Se ha notado un incremento de las investigaciones alrededor del Modelo de Promoción de la Salud en la última década, reflejo del interés de estos expertos por comprender las conductas promotoras de la salud, así como de las motivaciones que llevan a realizarlas.

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.⁵¹

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que

habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”.

Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud,

debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

a. Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.

b. La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

c. La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos

de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones

d. Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

e. Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

f. Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.

g. Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

h. Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

i. Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las

costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.⁵²

2.4: Definición de términos:

- Características socio demográficas: un conjunto de características particulares sociales y demográficas de cierto grupo de personas
- Madres adolescentes: Mujeres de menores de 18 años que son madres precozmente
- Métodos anticonceptivos: es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo
- Enfermedades de Transmisión Sexual: son Enfermedades que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que este infectado. Las causas por ETS son las bacterias, parásitos y virus.

2.5. Variables

- **Variable 1: Independiente**

Conocimientos sobre educación sexual de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque

- **Variable 2: Independiente**

Características socio demográficas de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Definición operacional de variables.

- **Conocimientos sobre educación sexual:** Es la información que poseen las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos, fisiología y anatomía de su cuerpo, sobre las enfermedades de transmisión sexual.
- **Características socio demográficas:** Determinación de los rasgos peculiares de las adolescentes en su ámbito sociodemográfico.

3.2 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, pues los datos son expresados en números.

3.3 Diseño de investigación

Descriptivo de corte trasversal, en él se describió el conocimientos sobre educación sexual y las características sociodemográfica de las madres adolescentes entre 15- 18 años, sin intentar modificar los factores que los influyen en su medio natural, recolectando los datos en un solo periodo de tiempo.

3.4 Lugar de ejecución de la investigación

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de Batangrande, zona ubicada en la costa del Perú, distante a hora y media de la provincia de Chiclayo departamento de Lambayeque. En este Centro de Salud atiende una sola enfermera, un médico y personal técnico,

Los que deben atender una población aproximada de 3.328 personas, de los cuales 694 son niños menores de 5 años; adolescentes entre 10- 19 son aproximadamente 684 y adultos entre 25- 34 años son 766; el horario de atención es de lunes a viernes por las mañanas de 8.00am- 2.00 pm. Batangrande se caracteriza por tener un clima Templado todo el año, con lluvias periódicas durante los meses de Enero a Abril, posee el bosque de algarrobo más grande del mundo, tiene como centro turístico el Santuario Bosque de Pomác, su plato típico es el seco de cabrito, entre sus festividades más importantes está la “Cruz de Pativilca”, la población en su mayoría son campesinos.

3.5 Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra, Unidad de Análisis

El universo de estudio está constituido por 101 madres adolescentes entre 10 – 18 años; la muestra fue seleccionada de manera no probabilística, la cual se tuvo en cuenta que cumplieran los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra para la prueba piloto fue de 20 madres adolescentes. La unidad de análisis es la madre adolescente de 10- 18 años

3.6 Criterios de Inclusión y de Exclusión

Inclusión

- Madres adolescentes de 10- 18 años de edad.
- Madres que vivan en la zona de Batangrande
- Madres que sepan leer y escribir.

Exclusión

- Madres menores de 10 y mayores de 18 años
- Madres adolescentes con alguna alteración mental.

3.7 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.

La técnica que se empleó en la investigación fue la encuesta, y como instrumento se aplicó fue el cuestionario, el cual consta de dos partes: la primera parte estuvo formada por los datos sociodemográficos: seis preguntas referente a los datos generales de la madre adolescente, once preguntas relacionadas a los datos familiares y cinco preguntas correspondientes a datos ginecológicos de las madres adolescente. La segunda parte está conformada por veinte preguntas sobre los conocimientos de educación sexual, cinco preguntas de anatomía y fisiología del aparato reproductor, nueve preguntas referentes a los anticonceptivos, seis preguntas sobre enfermedades de transmisión sexual.

El instrumento fue sometido a siete a expertos; el cual estuvo conformado por: una doctora en Sociología, un médico, una doctora en investigación, un licenciado en educación, dos licenciadas de enfermería y un estadístico. Luego los puntajes de cada juez fueron sometidos a la prueba binomial, obteniendo $P < 0.05$ puntos de validez. (*anexo 6*). El instrumento fue reformulado conforme la sugerencia de los expertos.

Posteriormente se aplicó la prueba piloto; para la confiabilidad del instrumento de se utilizó el coeficiente de correlación Kuder Richardson (KR-20) dando como resultado 0.74 puntos, lo que indica que el instrumento es confiable. Luego fue aplicado a la muestra total.

3.8 Procedimientos de Recolección de Datos del estudio

Una vez validado el instrumento a través de la prueba binomial y prueba piloto, para comprobar la confiabilidad, se realizó los trámites administrativos para solicitar carta de presentación de parte de la Escuela, dirigida Médico

Jefe del Centro de Salud de Batangrande, a fin de obtener el permiso correspondiente y las facilidades para la aplicación del instrumento.

La aplicación del instrumento se realizó previa autorización y firma del consentimiento informado por parte de los padres o parejas de las adolescentes participantes en el estudio; los datos fueron obtenidas por participó la investigadora y 5 personas, que fueron capacitadas para la explicación del llenado del cuestionario. Esta recolección se llevó a cabo en el mes de Enero, la cual demoró aproximadamente 5 días.

3.9 Aspectos éticos

El estudio no tuvo ningún riesgo físico ni emocional, la información que se obtuvo fue única y exclusiva para efectos de la investigación, pues se mantuvo el anonimato, la participación fue voluntaria previo consentimiento informado de los padres o parejas, porque las participantes eran menores de edad. Asimismo se garantizó no causar daño alguno a la institución; en caso de ser presentado el estudio en eventos científicos se hará de manera general.

Durante este proceso de la investigación se tomó en cuenta los cuatro principios éticos: Autonomía; pues en todo momento se respetó la autonomía de la madre adolescente para participar en el estudio; Beneficencia, pues todos los procedimientos que se aplicaron en la investigación beneficiaron a la madre adolescente, es decir, fueron seguros y efectivos, No maleficencia: garantizó a la madre adolescente que no sufrirá ningún daño durante la investigación y Justicia, al escoger a la población, porque todas las madres adolescentes pudieron ser parte de la investigación

3.10 Análisis de datos

Para la realización del análisis de datos se procedió a asignar códigos a las respuestas de cada pregunta, para luego ser tabuladas de manera electrónica y generar una base de datos en Excel 2010 para ser exportada al SPSS v. 18 para la elaboración de tablas y gráficos que respondan a los objetivos de la investigación mediante el uso de la estadística descriptiva.

La escala de valoración para la variable de conocimiento de la madre adolescente sobre sexualidad se realizó mediante la aplicación de la Escala de Estaninos, que trabaja con el promedio y la desviación estándar para asignar los valores de alto, medio y bajo según correspondan los puntajes obtenidos de las participantes.

Finalmente los datos, las clasificaciones según escala así como resultados fueron exportados al Excel para su mejor visualización.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

A continuación se presentará los resultados obtenidos por medio de tablas y gráficos.

Tabla 1: Datos sociodemográficos de Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque Agosto - 2013

DATO	CATEGORÍA	N=101	100%
EDAD	13 años	5	5
	14 años	10	9
	15 años	18	18
	16 años	18	18
	17 años	24	24
	18 años	26	26
	NÚMERO DE HIJOS	1 hijo	78
2 hijos		20	20
3 hijos		3	3
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	29	29
	Secundaria	64	63
	Superior Técnico	8	8
OCUPACIÓN	Ama de casa	86	85
	Estudiante	1	1
	Trabaja fuera del hogar	14	14
ESTADO CIVIL	Casada	6	6
	Conviviente	72	71
	Separada	23	23
RELIGIÓN	Católica	58	57
	Cristianas	43	43

De las 101 madres el 26% (26) tienen 18 años de edad y el 24% (24) 17 años de edad; el 77%(78) tiene un hijo, el 63% (64) tienen estudios de educación secundaria, el 85% (86) son amas de casa, el 71% (72) son convivientes, el 57%(58) profesan la religión católica.

Tabla 2: Apoyo Familiar a Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque Agosto - 2013

DATO	CATEGORÍA	N=101	100%
TIPO DE FAMILIA	Nuclear	5	5
	Extensa	96	95
DEPENDENCIA	Padres - Pareja	27	27
ECONÓMICA	Pareja	53	52
	Padres	19	19
	Otros familiares	2	2
CUIDADO DEL NIÑO	Madre	73	72
	Pareja	3	3
	Padres - Pareja	18	18
	Otros familiares	7	7
APOYO ECONÓMICO	Padres - Pareja	28	28
EN ENFERMEDAD	Padres	17	17
	Pareja	56	55

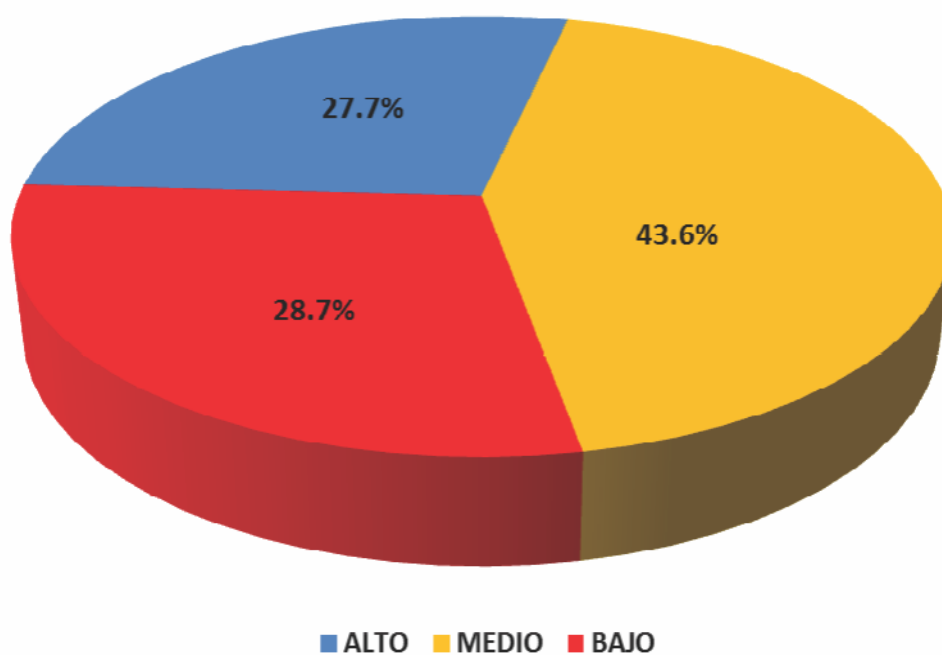
El 95% (96) de las madres adolescentes pertenecen a una familia extensa, el 52% (53) dependen económicamente de su pareja, el 72% (73) las abuelas cuidan a los hijos en su ausencia, de la madre adolescente; al 55% (56) la pareja ofrecen apoyo económico cuando el niño se enferma.

Tabla 3: Uso de Métodos Anticonceptivos en Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque Agosto - 2013

FUENTE DE INFORMACIÓN	N=101	100%
Padres	6	6
Profesores	29	28
Trabajadores de Salud	21	21
Amigos	16	16
Amigos - Trabajadores de salud	13	13
Profesores - Trabajadores de salud	12	12
Padres - Trabajadores de salud	4	4
USO DE MAC		
Ampollas	34	33
Método del ritmo	25	25
Condón	17	17
Pastillas	13	13
Ninguno	12	12
RECOMENDO USO DE MAC		
Amigos	37	42
Farmacéutico	6	7
Trabajador de Salud	46	51

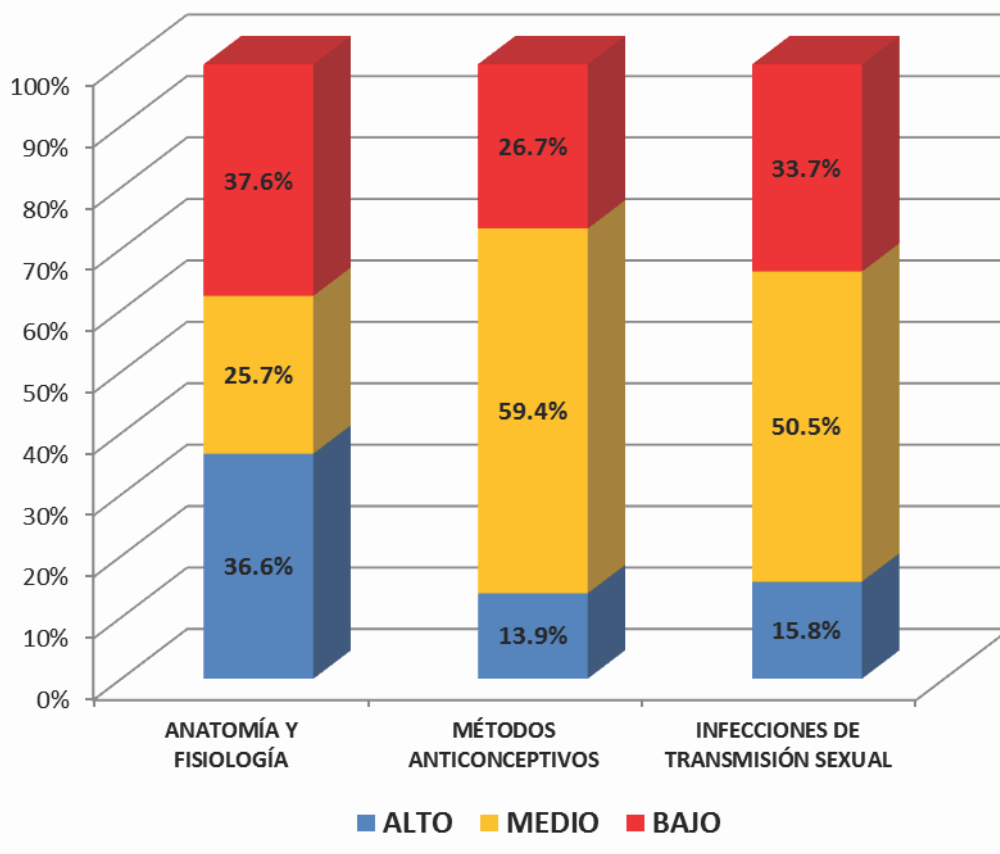
De las madres adolescentes encuestadas (n=101) el 28% (29) recibieron información sobre métodos anticonceptivos de los profesores, 21 % (21) por trabajadores de salud, 16% (16) amigos y el 6% (6) de sus padres; respecto al uso de métodos anticonceptivos el 33% (34) usan inyectables, 25% (25) el método natural del ritmo, 17% (17) el condón y 13% (13) pastillas. Las madres adolescentes que los usan (n=89) refieren que su uso fue recomendado por trabajadores de salud 51% (46), amigos 42% (37) y el farmacéutico 7% (6).

Gráfico 1: Nivel de Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque Agosto - 2013



En el siguiente gráfico se representa el conocimiento de las madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque, donde el 43.6% (44) de ellas tienen un nivel de conocimiento medio, el 28.7% (29) un nivel de conocimiento bajo y el 27.7% (28) un nivel de conocimiento alto.

Gráfico 2: Nivel de Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensiones Agosto - 2013

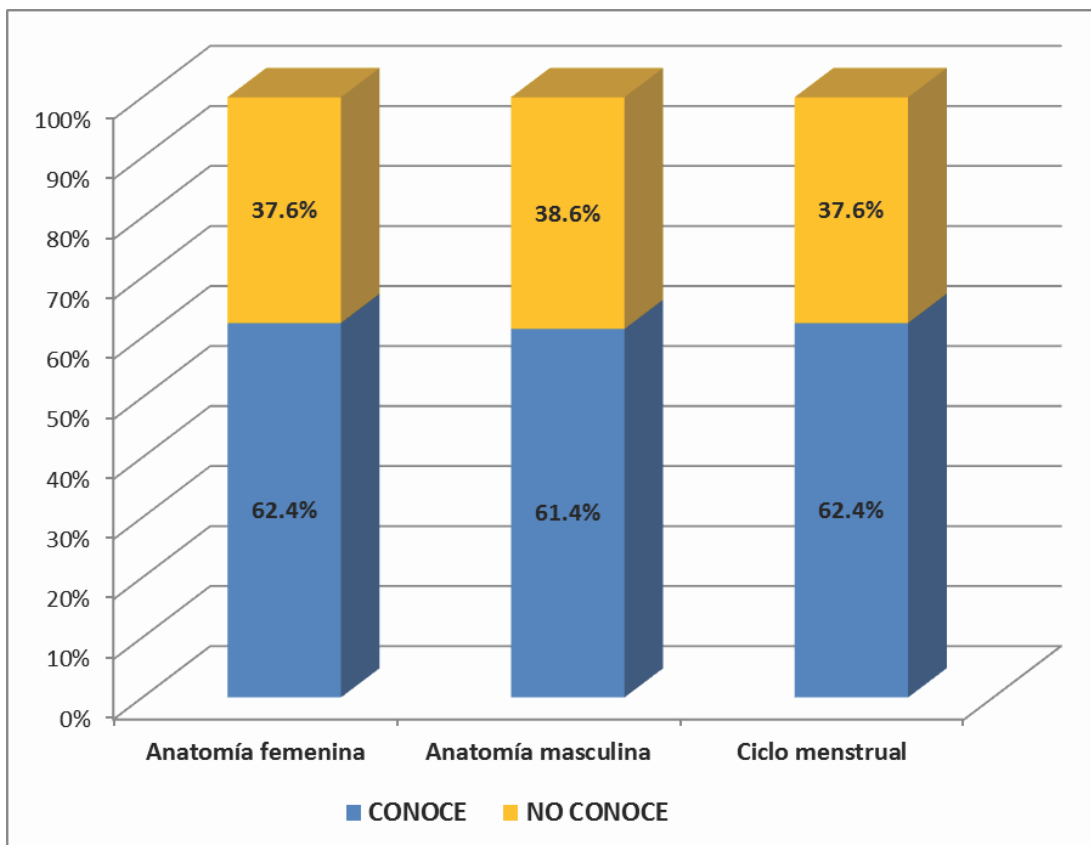


Según dimensiones, referente a Anatomía y Fisiología, el 37.6% (38) de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo, el 36.6% (37) un nivel alto y el 25.7% (26) un nivel medio.

Referente a Métodos Anticonceptivos el 59.4% (60) de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio, el 26.7% (27) un nivel bajo y el 13.9% (14) un nivel alto.

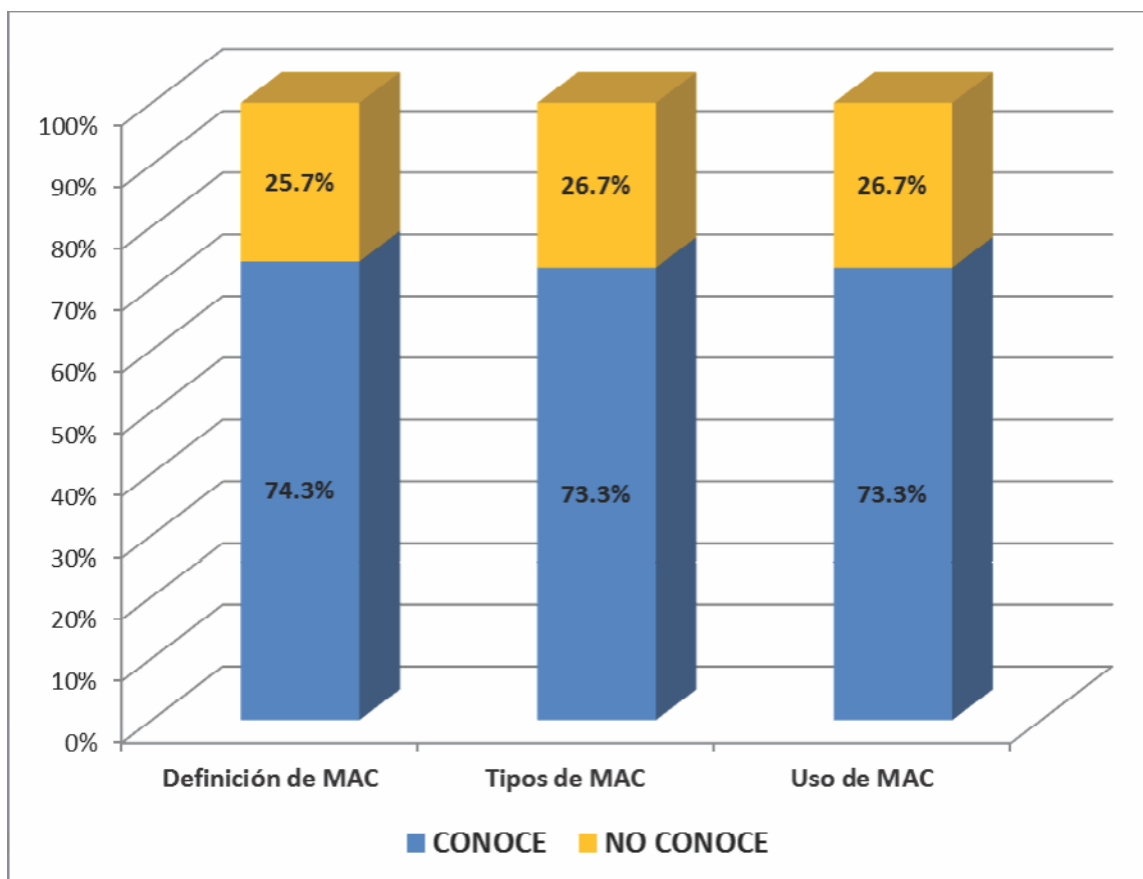
En relación a las Infecciones de Transmisión Sexual el 50.5% (51) de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio, el 33.7% (34) un nivel bajo y el 15.8% (16) un nivel alto.

Gráfico 3: Conocimiento de las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión anatomía y fisiología 2013



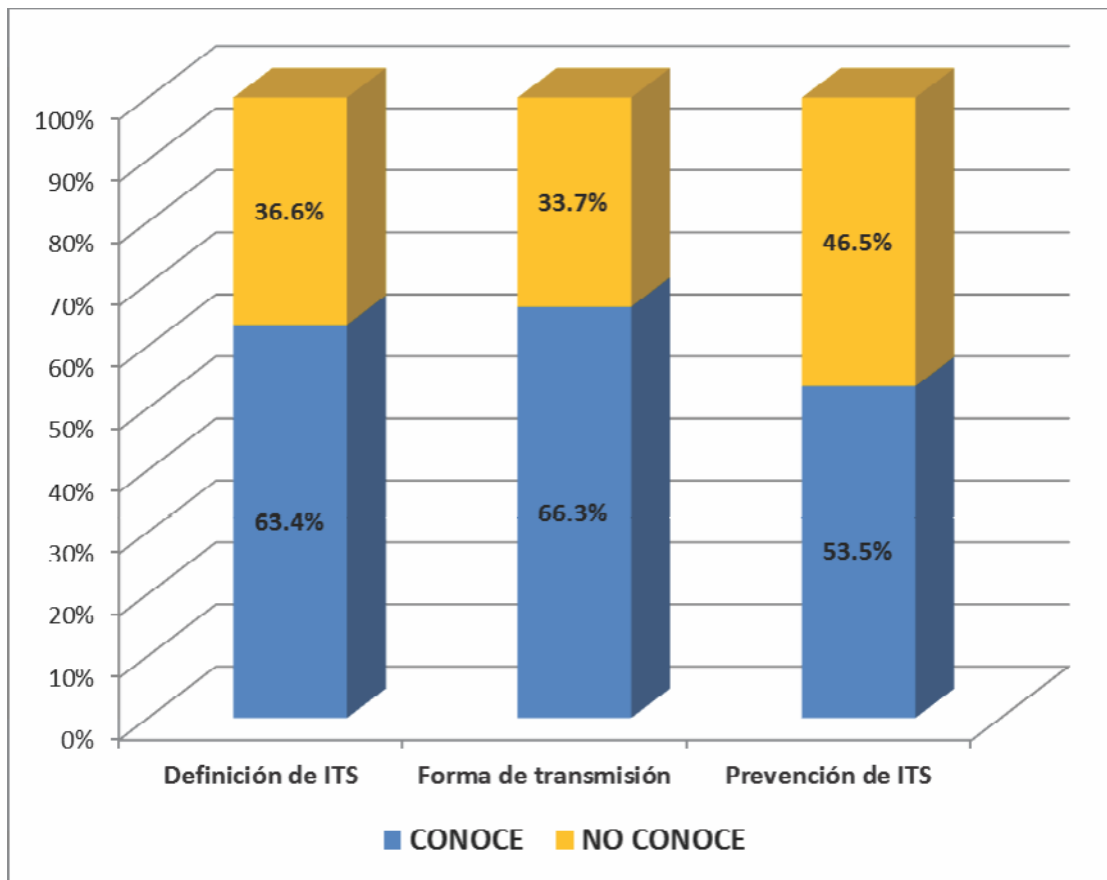
El 62,4% (63) de las madres adolescentes conocen acerca de la anatomía femenina, el 61,4% (62) conoce sobre la anatomía masculina y el 62,4% (63) conoce en relación al ciclo menstrual

Gráfico 4: Conocimiento de las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión de métodos anticonceptivos 2013



El 74.3% (75) de las madres adolescentes definen que son los MAC, el 73.3% (74) conoce sobre los tipos de MAC y el 73.3% (74) conoce en relación al uso de los MAC.

Gráfico 5: Conocimiento de las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión de Infecciones de transmisión Sexual 2013



El 63.4% (64) de las madres adolescentes definen que son los ITS, el 66.3% (67) conoce sobre las formas de transmisión de las ITS y el 53.5% (54) conoce en relación a la prevención de las ITS.

4.2 Discusión

En los últimos años el tema de la maternidad adolescente ocupa un espacio importante en la agenda pública y mediática del país; debido al gran aumento de embarazos precoces siendo más susceptible los sectores rurales, sobretodo poblaciones indígenas y los espacios de alta densidad migratoria del país; constituyendo así un problema de salud pública y social por las consecuencias que provoca, ya sea la deserción escolar, mínimas posibilidades de acceder a mejores puestos de trabajo e ingresos, repercutiendo sobre el estilo de vida tanto de la adolescente y más aún de su hijo.

La información que se presenta en la Tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de las madres adolescentes, observándose que las edades oscilan entre 13 y 18 años, siendo esta última la de mayor porcentaje con 26%, seguido de las adolescentes de 17 años con el 24%; similares estudios encontraron Del Cid, C. y Berlioz, A. en su trabajo de investigación la cual conto con una muestra de 510 madres adolescentes, donde el 50.4% eran de 17- 18 años⁵⁵; en esta edad es la etapa de la adolescencia tardía, es decir ya atravesaron por el impacto de los cambios físicos que caracteriza a la etapa temprana, sin embargo aún están afianzando su identidad y rol que ocupan en la sociedad, durante esta etapa el entorno se vuelve indispensable en su desarrollo social, el sentido de pertenencia se afianza mediante su comportamiento, pero este lo puede llevar a diversos peligros sobre todo en su salud.

Además es un periodo de experimentación y búsqueda de nuevas figuras de identificación con el fin de revisar, reevaluar, construir y reconstruir lo aprendido hasta ese momento para fortalecer su identidad, lograr su independencia y autonomía. También en esta etapa se conforma el carácter, un acercamiento hacia la configuración del proyecto de vida que exige adquirir un discernimiento claro en la toma de decisiones, soportado por la educación y apoyo dado por la familia e influido por la instrucción y orientación de la escuela.

Asimismo se observa una mayor proporción de las madres adolescentes que tienen 1 hijo 77%, seguidas las que tiene 2 hijos 20%; semejantes resultados obtuvieron Gonzales A. y Molina T.¹⁰ en su investigación, que contando con una población de 255 madres adolescentes, el 100% sólo tenía un hijo. Asimismo Gudiel CV. y Cafforo C. en su investigación encontraron que el 88,6 % de las madres adolescentes tenían 1 hijo, el 8,1% 2 hijos⁵⁶. De acuerdo a un estudio desarrollado en once países, diez de ellos alrededor de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años habían tenido su primer hijo antes de los 20 años, aquellas mujeres cuyo primer hijo nació durante la adolescencia tendrán de dos a tres hijos más que las mujeres cuyo primer embarazo fue a partir de los 20 años, el fenómeno se acentúa sobre todo en las zonas rurales.

Según la ONU, existen evidencias de que la cantidad de hijos de jóvenes indígenas y rurales es mayor a la del resto de la población, lo que se explicaría por nivel educativo, zona de residencia- generalmente rural, y por falta de adecuación cultural de los servicios de salud, lo que dificulta el acceso de estas jóvenes a los servicios de planificación familiar.⁵³

Por otro lado, es muy posible que durante la maternidad adolescente haya abandono de la escuela, ya sea de manera obligada pues sólo se dedican al cuidado del hijo y de la familia. Según Gonzales (2007) las hijas de madres adolescentes tienen menos aspiraciones de estudios superiores, mayor número de hijos, menor escolaridad y ejercen labores de casa.

En la investigación, se observa que el mayor porcentaje de las madres adolescentes tienen secundaria (63%), el 29% primaria y el 8% superior técnico, esto coincide con lo que describe Martínez, el 80,7% alcanzan el nivel secundario, el 4,7 % de las adolescentes sólo había alcanzado un nivel primario; 14,6 % alcanzó un nivel preuniversitario. También Gonzales A. y Molina T.¹⁰ refieren en su estudio que el 54,1 % de madres adolescentes tenía secundaria. Se puede apreciar que la maternidad precoz es mayor en personas con menor nivel de escolaridad. La educación se imparte en niveles elementales y tiene efectos positivos. Siendo mejor una educación de personas más capacitadas, como los profesores, que la información que reciba en casa por parte de los padres o amigos.

Según Promajoven, los datos indican que hay una alta proporción de madres adolescentes que tiene como principal actividad, la realización de quehaceres domésticos no remunerados, a una edad en que la población adolescente debería tener como actividad principal estudiar. Como se observa en la tabla 1, la mayoría de las madres adolescentes son amas de casa (85%); seguido del 14% que trabajan fuera del hogar. Estos resultados coinciden con Santander G, que en su estudio encontró que el 55% de madres adolescentes son amas de casa y el 4 % desempeñan otras

funciones⁵⁷. Al igual que Gudiel CV. y Cafforo C. en su investigación encontraron que el 58,1 % son amas de casa ⁵⁶.

En cuanto al estado civil de las madres adolescentes en la investigación (tabla1) se observa, que es alto el porcentaje de madres que conviven con sus parejas (71%), seguido el de adolescentes separadas 23% y el 6% de casadas. Estos resultados coinciden con Gudiel CV. y Cafforo C. que con una población de 210 madres adolescentes encontraron que el 48,1 % tienen una unión consensual o conviven, el 30,5% solteras y el 21,4% son casadas⁵⁶. La reproducción entre los adolescentes ocurre cada vez más al margen del matrimonio e incluso al margen de la unión”.

También Martínez en su investigación, refiere que el 50% mantienen unión consensual o soltera unión consensual, sin ningún tipo de compromiso, incluso relaciones con otros muchachos que no son los padres de sus hijos, muchos de los cuales no asumen compromiso con el bebé, continúa el grupo de las solteras para el 28%, el 14,7% para las divorciadas y sólo el 7,33% están casadas¹³.

Respecto a la religión, se observa que el mayor porcentaje de madres adolescentes son Católicas (57%) con ligero predominio de las Cristianas (43%). Esto quiere decir que no implica la religión que pueda tener cada adolescente, en ambas los porcentajes son elevados.

Por otro lado, los datos obtenidos en la investigación (tabla 2) en cuanto al tipo de familia, el 5% tiene una familia nuclear y el 95% de las adolescentes viven en una familia extensa, también llamada consanguínea,

debido a que conforma varias familias nucleares vinculadas por relaciones paterno- filiales (padres, abuelos y nietos). Estos resultados se asemejan a Salazar A, Rodriguez LF, Daza RA; quienes en su investigación con 20 madres adolescentes, encontraron que el 60% de ellas viven con sus familias, el 40% viven con su pareja e hijo.

El conviviente forma parte de las familias de ellas, lo cual hace suponer que las adolescentes, mantienen una relación estable con el padre de sus hijos, esto nos muestra que a pesar de su corta edad, la mayoría de jóvenes siguen juntos ; pudiendo ser por sus costumbres, en comparación con lo que se observa en el área urbana pues mayormente son jóvenes separadas.

La maternidad adolescente se relaciona con procesos de socialización más precarios e incluso, tiende a afectar el presupuesto de los padres de los progenitores quienes en muchas ocasiones asumen buena parte del proceso de crianza de los hijos de las adolescentes. Además el acceso a recursos económicos en la etapa de la adolescencia, son casi inexistente pues en ese lapso las adolescentes se encuentran en un status de dependencia casi total, son las madres o padres el principal respaldo económico

El trabajo de investigación refleja que el 52% reciben apoyo económicamente de su pareja asimismo el 55% cubre los gastos cuando su niño se enferma. Esto difiere con lo que refiere los resultados de Stefano, Denise Di(2011) la cual muestra que el 61% de madres adolescentes recibe apoyo de sus padres. Situación similar es la que plantea Santander G, en los resultados de su investigación, el 42% de madres adolescente recibe apoyo económico de la familia y el 38% de la pareja⁵⁷. A esto cabe recalcar que la

mayoría de parejas de las adolescentes son mayores, esta situación conlleva a que tengan mayor responsabilidad por parte del conviviente, haciéndose responsable de los cuidados de la adolescente al igual que del hijo. En cuanto al cuidado del hijo de la adolescente, es la madre de la adolescente quién cuida al niño, cuando ésta sale, en un 72%, estos resultados coinciden con Santander quién refiere que el 44% de las madres de las adolescentes cuidan a su hijo cuando sale y el 27% la pareja.

Además uno de los datos importantes es el que se refleja en el anexo 7, referente los datos sociodemográficos de las madres de las adolescentes, donde se muestra que el primer embarazo fue a los 15 años 29,7%, 17 años 14,9% y 14-16 años en un 13,9%, Esto refleja que las madres también tuvieron una maternidad precoz, lo que hace de este problema social sea un círculo inter-generacional de pobreza. Estos resultados con corroborados por Gudiel CV. y Cafforo C. que en su investigación encontraron que el primer embarazo de las madres, adolescentes en estudio fue <15 años el 13%, 15- 17años el 50% y el 24% de 18- 19 años.⁵⁶

Sin duda, una de las causa principales de la reproducción de la pobreza, es el embarazo precoz, por ende una maternidad precoz la cual impide a la adolescente a continuar sus estudios y así tener mejores oportunidades de acceder a un trabajo que le permita satisfacer sus necesidades y las de sus hijos, teniendo que depender del salario del esposo que muchas veces es mal remunerado; o dependen de la precaria economía de los padres de él o ella. En el caso de las madres adolescentes solteras la situación de pobreza se torna aún más crítica, se suman a ello aspectos como el desprestigio

social de la comunidad y el repudio de la propia familia por no haberse casado o unido a la pareja.²³

La maternidad adolescente es una gran preocupación en estos tiempos, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud.⁵⁴

La educación sexual es importante tanto para los individuos como para sociedad. La sexualidad es un elemento inherente al ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es aquí donde el interés por la sexualidad se hace presente en las conversaciones y surgen los sentimientos eróticos, los cuales se canalizan a través de chistes, cuentos y largas conversaciones con los padres; generando en el adolescente muchas dudas, conflictos y expectativas. Paradójicamente, es allí donde la comunicación con los padres se torna difícil, siendo que las instituciones educativas y de salud, por lo general, no se ocupan de esos temas (Cerruti, 1992).

Según la tabla 3, nos muestra que el 95% de madres adolescente conocen sobre los métodos anticonceptivos, esto es corroborado por la UNFPA refiere que la gran mayoría de adolescentes 97% conoce al menos un método anticonceptivo. También Cueva Arana V, Olvera Guerra JF y Chumacera López RM, refieren en su estudio de 74 madres adolescentes que el 85% conoce sobre los métodos anticonceptivos.⁵⁸

Los temas de sexualidad aún están teñidos por el matiz de lo prohibido, es decir, continua siendo un tabú en la sociedad actual, sobretodo en culturas tradicionales, esos pensamientos arraigados y compartidos por ciertas personas del ámbito social hacen que el adolescente empiece a buscar respuestas a sus curiosidades sobre lo sexual en sus pares y medios de difusión (Tv o televisión, radio, revistas, periódicos), quienes finalmente son educadores sexuales más importantes es esta etapa, actuando a través de mecanismos espontáneos de socialización. De esta forma, se transmiten mensajes que puede estimular la adquisición de conductas riesgosas para la salud en general y particularmente, para la conducta sexogenital.

Los resultados de la investigación muestran que el 28% de madres adolescentes reciben información sobre métodos anticonceptivos de los profesores, el 21% de trabajadores de Salud y el 6% de padres. Esta aseveración es afirmada por el estudio de Santander G, quién obtuvo que el 35% de madres adolescentes reciben información sobre MAC de los profesores, el 22% de los padres y el 3,3% del personal de salud. Las adolescentes tienen más apego por el docente, pues eso quiere decir que no hay buena comunicación en casa, el pilar principal de la sociedad, la cual la deja inconclusas sus dudas, poniéndolas aún más susceptible a otro embarazo o a la adquisición de alguna ITS.

Las dificultades de la comunicación familiar sobre educación sexual es mayor en las hijas, en las que prevalece la vergüenza, la restricción o el silencio, la comunicación es un papel relevante en el desarrollo integral de las adolescentes.

Una educación sexual impartida a medias, arraigada en tabúes es considerada de impacto regular en un 54,6% de estudiantes venezolanos, siendo importante la preparación de padres y maestros como aspecto vital en los programas de educación sexual (Flores, N& et al., 1998)

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el 73% de las madres adolescentes utilizan estos métodos, siendo el más usado las ampollas seguidas del método del ritmo, 33% y 25%, respectivamente. Cabe resaltar que hay madres adolescentes que refieren que se "*Cuidan con su regla*" sin tener en cuenta el uso correcto de la misma, pues este conocimiento es transmitido por los padres o abuelos de manera empírica. Por consiguiente ponen en riesgo se contraer en nuevo embarazo.

Estos resultados difieren con lo que plantea Santander G, pues en su investigación refiere que el 74% de madres adolescentes no utiliza ningún tipo de anticonceptivos, el 10% usa métodos de barrera (preservativo) y el 10% métodos hormonales.

Sin embargo, INEI (2009), en Lambayeque el 52,1% de mujeres utiliza algún método moderno, mientras que el método tradicional en un 22,6%. Siendo el método moderno más usado la Inyección en 15,1% y el condón en un 11,1%

Las diferencias sobre el uso de los métodos anticonceptivos en la zona rural, no sólo puede ser la falta de información disponible, accesibilidad a la salud sexual o reproductiva, sino que también puede explicarse por las condiciones culturales, ya sea al uso y costumbres de los mismo.

En cuanto a los recomendación del método anticonceptivo el 51% de madres adolescentes refieren que fueron los trabajadores de salud y el 42% por sus amigos, si bien es cierto que es alto el porcentaje de recomendación por parte de los trabajadores de salud, hay que tener en cuenta las recomendaciones que se hace de los amigos, ya que muchas veces los adolescentes tienen mayor confianza en su entorno amistoso que con los padres, lo que propicia información que no es precisa. Esto difiere de Santander, G, pues en los resultados de su investigación refiere que el 44% de las madres utilizan MAC sin ninguna recomendación, el 28% es recomendado por el personal de salud, el 12% por amistades.

En relación al conocimiento sobre educación sexual de las madres adolescentes, los resultados obtenidos (gráfico1) el 43,6% de las madres adolescente tiene un conocimiento medio, el 28,7% es bajo y el 27,7% es alto. En comparación a lo que refiere Parra Cespedes LT, que en su investigación el 73% de madres adolescentes tiene un conocimiento deficiente, el 19% regular y el 8 % bueno.⁵⁹

Según dimensiones (grafico 2), referente a Anatomía y Fisiología, el 37,6% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo, el 36,6% un nivel alto y el 25,7% un nivel medio. Estos resultados difieren de Parras Céspedes LT; quién en una población de 100 madres adolescentes encontró que el nivel de conocimientos sobre anatomía y fisiología era deficiente en un 72%, regular en 16% y bueno en 12%.⁵⁹ Promajoven manifiesta, para una mejor Educación Sexual es necesario tener un conocimiento integral y adecuado del cuerpo, del ejercicio pleno de la sexualidad. De los diversos cambios que transforman el organismo.

Acerca del conocimiento de las Madres Adolescentes según dimensión anatomía y fisiología (Gráfico 3), los resultados muestran que el 62,4% de las madres adolescentes conocen acerca de la anatomía femenina, el 61,4% conoce sobre la anatomía masculina y el 62.4% conoce en relación al ciclo menstrual; estos datos coinciden con Solís Villanueva N, que encontró en su investigación el 97% de adolescentes conocen la anatomía masculina, el 84% la anatomía femenina y además en su mayoría conocen el ciclo menstrual.⁶⁰

Referente a Métodos Anticonceptivos (gráfico 2) el 59,4% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio, el 26,7% un nivel bajo y el 13,9% un nivel alto. Esto difiere con Parra Céspedes, quién refiere que las madres adolescentes, tiene un conocimiento deficiente en un 77% y bueno en 23%.⁵⁹

En cuanto al Conocimiento de las Madres Adolescentes según dimensión de métodos anticonceptivos (Gráfico 4), el 74.3% definen que son los MAC, el 73.3% conoce sobre los tipos de MAC y el 73.3% conoce en relación al uso de los MAC. Esto resultados coinciden con Solís Villanueva N, quién refiere que el 91% define que son métodos anticonceptivos, 83% conoce los tipos de MAC.⁶⁰

De acuerdo con el FODE de la población de las naciones unidas (UNFPA) unos de los principales riesgos en la salud sexual reproductiva son, el riesgo de contagiarse con infecciones de transmisión sexual, la más grave es el VIH/SIDA. Este problema tiene magnitudes amplias, puesto que un gran número de adolescentes menores de 20 años son sexualmente activos y

aproximadamente el 60% no utiliza métodos anticonceptivos, y el 90 % de embarazos no planeados se manifiestan en países en desarrollo, de los cuales el 38% sucede en Latinoamérica en grupos sociales que viven la pobreza extrema

En relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (gráfico 2) el 50,5% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio, el 33,7% un nivel bajo y el 15,8% un nivel alto. Esto difiere con Parra Céspedes, que en su investigación refiere que las madres adolescentes, tiene un conocimiento deficiente en un 77% y bueno en 23%.⁵⁹

El conocimiento de las Madres Adolescentes según dimensión de Infecciones de transmisión Sexual (Gráfico 5), el 63.4% de las madres adolescentes definen que son los ITS, el 66.3% conoce sobre las formas de transmisión de las ITS y el 53.5% conoce en relación a la prevención de las ITS. Estos datos se asemejan a Solis Villanueva N, que en su investigación encontró que el 91% conoce las formas de transmisión pero sólo el 47% conoce las formas de prevención.⁶⁰

Además se encontró que el 83% de las madres adolescentes no conoce otra enfermedad diferente al VIH/SIDA (anexo 11), sólo el 17% refirió únicamente la sífilis o gonorrea. Entre los resultado de Torriente (2010) las ITS más conocidas se encontraron el VIH/SIDA, gonorrea y sífilis. Es importante que las adolescentes sepan acerca del VIH, pero es lamentable que no conozcan otras infecciones, diferente de ella, pues es imperceptible que si padecen alguna ITS no la sabrán reconocer, aumentando así las probabilidades de complicaciones.

Es importante recalcar que la mayoría de adolescentes identifican que el condón protege de ITS en un 73% (anexo11); al igual que es importante tener una sola pareja, 77%, esto coincide con lo que cita Perez (2004) refirió en su investigación que un 84,4% reconoce que el preservativo previene el contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

La enfermera juega un papel fundamental en la sociedad, porque más allá de buscar la recuperación del paciente, es la responsable de promover la salud de sus integrantes, brindar cuidados sanitarios a los ciudadanos y así lograr mantener una salud personal óptima.

El profesional de enfermería es el principal agente en la comunidad, pues transmite información importante a esta población más susceptible debido a los constantes cambios en la salud, debido a por sus creencias, valores, costumbres, conocimientos y experiencias; la cual son aprendidas y transmitidas de una generación a otra. Por ello, es importante promover la vida saludable, pues hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro. ⁵¹

La enfermera debe trabajar con mayor énfasis, en poblaciones de riesgo, como son los adolescentes, que es un grupo muy vulnerable, según las investigaciones los adolescentes y escolares muestran, que si bien estos grupos tienen conductas aprendidas que no son fáciles de modificar, también cuentan con motivaciones diferentes y elementos capaces de influir en sus estilos de vida, de forma favorable. ⁵²

Es trascendental que la enfermera, vea a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de los adolescentes en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida, para obtener mejores conductas destinadas a una mejor calidad de vida a nivel de salud. Teniendo en cuenta que ellos son quienes respaldan el futuro de la sociedad.

La enfermera por su empatía y facilidad de llegar a los adolescentes, le da la oportunidad de brindar una educación sexual integral haciendo uso de diversas técnicas que facilitan el aprendizaje. Además de identificar factores que influyen en la toma de decisiones y las acciones para prevenir la enfermedad y así establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. El 43,6% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre educación sexual, el 28,7% un nivel de conocimiento bajo y el 27,7% un nivel de conocimiento alto.
2. El 26% de las madres adolescentes tienen 18 años de edad y el 24% 17 años de edad; el 77% tiene un hijo, el 63% tienen estudios de educación secundaria, el 85% son amas de casa, el 71% son convivientes y el 57% profesan la religión católica.
3. El 95% de las madres adolescentes pertenecen a una familia extensa, el 52% dependen económicamente de su pareja, el 72% de las madres de las adolescentes cuidan a sus hijos en su ausencia, al 55% la pareja ofrecen apoyo económico cuando el niño se enferma.

4. El 28% de las madres adolescentes recibieron información sobre métodos anticonceptivos de los profesores, 21 % por trabajadores de salud, 16% de los amigos y el 6% de sus padres; respecto al uso de métodos anticonceptivos el 33% usan inyectables, 25% el método natural del ritmo, 17% el condón y 13% pastillas.

5. Las madres adolescentes que los usan refieren que su uso fue recomendado por trabajadores de salud 51%, amigos 42% y el farmacéutico 7%.

6. El 37,6% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo referente a Anatomía y Fisiología, el 36,6% un nivel alto y el 25,7% un nivel medio.

7. El 59,4% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio referente a Métodos Anticonceptivos, el 26,7% un nivel bajo y el 13,9% un nivel alto.

8. El 50,5% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual, el 33,7% un nivel bajo y el 15,8% un nivel alto.

5.2. Recomendaciones

- Motivar a los profesionales a realizar nuevos estudios sobre la problemática que pueda afectar a la población adolescente.
- Al personal del Centro de Salud de Batangrande, se les recomienda trabajar en favor de las jóvenes adolescentes, de madres adolescentes de su jurisdicción enfatizando sobre temas de educación sexual
- Coordinar con las instituciones educativas para proporcionar mayor información para la población adolescente y joven, teniendo en cuenta los convenios con MINEDU, y así orientar y asesorar en materia de Educación Sexual; reforzando todo lo relativo a la prevención del VIH/SIDA y embarazo precoz; a través de la adquisición de habilidades para la vida.
- Los profesionales de la Salud que laboran en el primer nivel de atención, deben brindar talleres, sesiones educativas en los CEOS conformados por madres adolescentes, que se encuentren en la comunidad acerca de acciones preventivas promocionales enfatizando en la Educación Sexual.
- Realizar campañas de información y sensibilización a la comunidad sobre determinados factores relacionados con la promoción de la salud sexual de adolescentes y jóvenes.

- La enfermera del Centro de Salud debería organizar en coordinación con otros profesionales de salud horarios de atención diferenciada, a fin de brindar una adecuada Atención Integral; asimismo brindar diferentes servicios de orientación al adolescente en todos los niveles de prevención, ya sea sobre enfermedades de transmisión sexual; la cuál este personal debe ser sensible y bien capacitado.
- Los profesionales de salud, constituyen el personal más idóneo en la prevención de las infecciones de transmisión sexual/ sida y métodos anticonceptivos; es necesario que se capacite para el desarrollo de las acciones preventivo- promocionales dirigidas a la población adolescente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) UNICEF. La Adolescencia, una época de oportunidades. [Internet] 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf

- (2) Sanz M,; Sánchez A, Centeno I, Sukkarieh S. La maternidad en adolescentes como etapa del desarrollo psicosocial. España. 2012.. Pags 93-103

- (3) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los tiempos. com.Vida y Futuro. 2006. Sitio: http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/vida-y-futuro/20120510/el-embarazo-en-adolescentes-un-drama-que-va-en-aumento-en-america_170983_359409.html

- (4) Encuesta Nacional Materno Infantil .El observados. Guatemala. 2008-2009. Sitio: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/223802/uruguay-trabaja-en-prevencion-del-segundo-embarazo-de-adolescentes/>

- (5) INEI. Perfil sociodemográfico del Perú. Censos nacionales 2007: XI de la Población y la VI de Vivienda .Perú. 2008. Pag. 69-71
- (6) Ibarra L. Adolescencia y maternidad: Impacto psicologico en la mujer. Rev. cuba. psicol. [online]. 2003, vol.20, n.1, pp. 43-47.
- (7) Zambrano R, Castro D, Lozano M, Gómez N, Rojas C. Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. Investigaciones Andinas, 2013, No. 26 Vol. 15 - 108 p. Sitio: [http://www.academia.edu/3569091/Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indigena de Antioquia](http://www.academia.edu/3569091/Conocimientos_sobre_VIH_y_comportamientos_en_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_una_comunidad_indigena_de_Antioquia)
- (8) Denise Di S, Mocelli AS; Fabbro MR, Hirakawa HS, Accieri LH, Honorato J, Costa LR, Driusso P. Caracterización de las condiciones sociales y de salud de las madres adolescentes en el primer año posparto en un municipio del estado de são paulo. Lilacs. (Brazil). 2011. v.35, n.4, p.795-812. Sitio: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2809.pdf>
- (9) Torriente N, Diago D, Rrizo C, Menéndez LR. Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2010 Nov [citado 2012 Dic 03] ; 9(4): 576-587. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400018&lng=es.

- (10) González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Rev. chil. obstet. ginecol. [Scielo]. 2007 [citado 2012 Jun 14] ; 72(6): 374-382. Sitio: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
- (11) Pérez V, Cid AR MA, Lepe O, Carrasco C. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2012 Dic 03] ; 18(4): 225-230. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000400004&lng=es.
- (12) García I, Ávila E, Lorenzo A, Lara M. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2013 Ago 23] ; 74(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400007&lng=es.
- (13) Mirabal G, Martínez MM, Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2013 Sep 18] ; 18(3): 175-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300008&lng=es

- (14) García P, Cotrina A, Shah S, Cárcamo C. Sexo, información y uso de condón en adolescentes peruanos. Fuente: DST j. bras. doenças sex.transm. 21(1)2009. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/resources/lil-540111>
- (15) Salazar A, Santa María A. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino. Revista Horizonte Médico. (2007). Lima. Volumen 7, N°2. Disponible en : http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2007_II/Art3_Vol7_N2.pdf
- (16) Florenzano R, Valdés M, Serrano T, Rodríguez J, Roizblatt A. El adolescente y sus conductas de riesgo. Rev Med. (Chile). 2007; Volumen135.
- (17) Jeanine A, Belaunde L, Bórquez R, Castro M, Cuadros J, Cuví M, Flores K, Vivar A, López E, Osorio E, Ruiz P. Mujer Rural: Cambios y Persistencias en América Latina. España. Edit.CCO y EED .2011.
- (18) Pérez, C. (1993): Repercusión social de la maternidad temprana- Tesis para optar por especialista de primer grado M.G.I. Cuba.
- (19) Peláez, J. (1996): Adolescente embarazada. En Revista Sexología y Sociedad, Año I, No. 2. Cuba.

- (20) UNICEF. La adolescencia temprana y tardía. 2011. Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
- (21) Rosales Mendoza AL, estudios de género, colmex, México.
Disponible en guiajuvenil.com
- (22) Tuñón Pablos E. “Género y sexualidad adolescente. La búsqueda de un conocimiento Huidizo”, colmex, México. 2000. P 51
- (23) Promajoven. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. México. Editorial Secretaria de Educación Pública. Edición primera. 2012
- (24) Federación latinoamericana de sociedades de obstétrica y ginecología (FLASOG) “ Factores relacionados con el Embarazo y la Maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. 2010. Lima- Perú. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/ilianaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente>.
- (25) Ford S, Beach F. Conducta Sexual: El comportamiento sexual humano a lo largo de más de cien sociedades actuales y distintas, desde las más primitivas., Estados Unidos: Edit. Fontanella. 1972.
- (26) Näslund-Hadley. E, Binstock G. El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase. Banco Interamericano de Desarrollo. 2011.
Disponible en:

<http://www.redpapaz.org/aprendiendoaserpapaz/images/embarazobid.pdf>

- (27) Giovagnoli P. y Vezza E. 2009. Early Childbearing and Educational Outcomes: A Quantitative Assessment. Washington, DC: IADB.
- (28) Alcázar L y Lovatón R. 2006. "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo". En Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, ed. M. Gogna, 33-65. Buenos Aires: CEDES/UNICEF/Ministry of Education
- (29)Wikipedia- enciclopedia libre. Educación Primaria. (Serie) 31 ago 2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_primaria
- (30)Wikipedia- enciclopedia libre. Educación Secundaria. (Serie) 3 sep 2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_secundaria
- (31)Wikipedia- enciclopedia libre. Educación Superior. (Serie) 30 ago 2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_superior
- (32) (33) Donna I. Wong. Enfermería en Pediatría. Edición cuarta. Editorial Mosby/Doyma Libros. Madrid España, 1995.
- (34) Guillen, F; Blauya, F. (1987): Consultor de Psicología Infantil y Juvenil (la adolescencia). Editorial: Océano. Barcelona- España. Vol. III. Pág. 100-101

- (35) Aramburú C. Educación Sexual para adolescentes. Arequipa, Perú: CEDER; 1997. P. 55-62.
- (36) Bunge Mario. Investigación científica, Edición cuarta. Editorial Ariel, Madrid España, 2000
- (37) Bertrand Russel, Conocimiento Humano, edición quinta, editorial Tourus. España Madrid. 2001
- (38) García E. ABC de la educación sexual. Salud reproductiva. (serie de internet) 25 de febrero 2013. Disponible en: <http://saludreproductiva.about.com/od/Prevencion/ss/Abc-De-La-Educacion-Sexual.htm>
- (39) Duval Nivaldo MM, Chávez Paredes LE. “Conocimiento de los adolescentes del ciclo diversificado del Colegio Nacional Mixto 18 de Octubre de la ciudad de Portoviejo sobre la importancia de la educación sexual, durante el periodo de Febrero a Mayo del 2007” (Previa a la Obtención del título de: Auxiliar Técnico. Ecuador. Universidad Técnica de Manabí; 2007. Disponible en: http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/626/1/FCSTGAE_2007-0001.pdf
- (40) Vines Carrillo M. Anatomía. Lima, Perú: Q.W Editores S.A.C; 2006. P. 83- 87.
- (41) (42) Campos, P.(2002): Biología 2. Ediciones Vicens vives, S.A. editorial: Limusa. España. Pág. 100

- (43) Rodríguez Muñoz JK. “Nivel de información de los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos y acciones para prevenir el embarazo precoz” (tesis para licenciatura). Lima. Universidad Privada San Juan Bautista. 2009.
- (44) (45) Salud de la Mujer. Dexeus. Ginecología / Anticoncepción. Disponible en: http://www.dexeus.com/es_es/salud-mujer-informacion-medica-imprimir.aspx?a=1&t=1
- (46) Ministerio de Salud. Guías Nacionales de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud, Modulo VII, Lima- Perú, 2004
- (47) Donna I. Wong. Enfermería en Pediatría. Edición cuarta. Editorial Mosby/Doyma Libros. Madrid España, 1995.
- (48) Organización de las Naciones Unidas. Infecciones de transmisión sexual. (serie) Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- (49) Organización de las Naciones Unidas. VIH/SIDA. (Serie) N°360. Junio de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- (50) Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirurgico. Edición decima. Editorial The McGraw- Hill.2001. P. 2342- 2346.
- (51) Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola

Pender, Una reflexión en torno a su comprensión. Revista Enfermería Universitaria (serie de internet) 2011 Sep (citado 13 de julio 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

(52) Blogspot. Teóricas de Enfermería, Cuidado, Lima; Perú. Junio del 2012. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>

(53) ONU, Organización de las Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe 2007, 2007.

(54) González ML. Aborto en edad peligrosa. Juventud Rebelde 1999;10(31):4.

(55) Del -Cid, C, Berlioz, A. Perfil de la madre adolescente y su recién nacido atendidas en el Hospital Escuela. Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH. 2007. Vol.10 No.1. Disponible en : <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-S-2007-11.pdf>

(56) Gufiel CV, Caffaro C. Perfil social de las madres adolescentes. Madres adolescentes (Guatemala), 2006;7: 69-89.

(57) Santander Manriquez G. Perfil de las madres adolescentes y sus necesidades en relación con el cuidado de su hijo (Tesis de Licenciatura). Chile. Universidad Austral de Chile; 2004. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmr551p/pdf/fmr551p.pdf>

- (58) Cueva Arana V, Olivera Guerra JF y Chumacera López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas en un módulo de alto riesgo. Rev Med del Instituto Médico de Seguro Social, 2005; 43 (3): 267-271. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1275:caracteristicas-sociales-y-familiares-de-las-adolescentes-embarazadas-atendidas-en-un-modulo-de-alto-riesgo&catid=463:informacion-general&Itemid=644
- (59) Parras Céspedes LT. Nivel de conocimiento sobre educación sexual en adolescentes embarazadas (Tesis para optar el grado de especialidad en Obstetricia y Ginecología). Venezuela. Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado"; 2007. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/tws462dv4p37n2007.pdf.
- (60) Solis Villanueva N. Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote. In Crescendo. [online]. ene.-jun. 2010, vol.1, no.1 [citado 16 Octubre 2013], p.80-100. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000100007&script=sci_arttext.

ANEXO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Conocimiento sobre educación sexual	Describe el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y	Anatomía y fisiología Métodos Anticonceptivos (MAC)	La Anatomía es el estudio de la forma y estructura del cuerpo humano y la fisiología es la ciencia biológica que estudia las funciones de los seres orgánicos. Son método anticonceptivo aquellos que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la	a) Conocimientos: - Órganos del aparato reproductor femenino - Órganos del aparato reproductor masculino - Ciclo menstrual - Definición -Tipos de métodos anticonceptivos.

	<p>el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Infección de transmisión sexual</p>	<p>fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales</p> <p>Son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado</p>	<p>- Definición</p> <p>- Formas de Transmisión de las Infecciones de transmisión sexual</p> <p>- Métodos de protección</p>
--	---	--	---	--

Caracterización Socio-demográfica	Determinación de los rasgos peculiares de las adolescentes en su ámbito demográfico	Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	- Edad en años
		Hijos	Persona considerada en relación con sus padres.	- Número de hijos
		Nivel de escolaridad	Es el grado de estudios que tiene la adolescente	Primaria, secundaria, Técnico, superior, sin estudios.
		Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Soltera, casada, viuda, separada, conviviente

		Ocupación	Es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo	Ama de casa. Estudiante, trabajadora
		Religión	Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Católica. Evangélica. Testigo de Jehová, Mormones, ninguna
		Entorno familiar	El entorno familiar se	a) Convivencia - con los padres

			refiere a las personas que forman parte de tu familia, ya sean padres, los hijos, los abuelos.	<ul style="list-style-type: none"> - con la pareja - abuelos b) Dependencia económica <ul style="list-style-type: none"> - de los padres - de la pareja c) Edad de padres e) Ocupación de los padres f) Grado de instrucción de los padres
		Medios de comunicación	Persona que informan a la adolescente sobre temas de educación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> a) Padres, Profesores, amigos, radio, televisión, trabajadores de salud.

ANEXO 2



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



CUESTIONARIO #01

Buenas días y/o buenas tardes.

Mi nombre es Patricia Granda Jaramillo, soy estudiante de enfermería, estoy realizando un estudio de investigación sobre “Conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográfica de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque”.

Quisiera pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas, no te llevarán mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas. Las respuestas que tú des, serán incluidas a la tesis profesional, pero nunca se comunicará datos individuales. Por favor contesta este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuesta correcta ni incorrecta.

Lee las instrucciones cuidadosamente, ya que a las preguntas solo se puede responder a una sola opinión. Muchas gracias por tu colaboración.

¿Cómo responder?

Marque con una X o \surd la respuesta que usted crea conveniente.

I. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. Edad..... (Años cumplidos)
2. ¿Cuántos hijos tiene usted?
3. Grado de instrucción:
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Técnico ()

d) Superior no concluido ()

e) sin estudios ()

4. Ocupación:

a) Ama de casa ()

b) Estudiante ()

c) Trabajadora ()

5. Estado civil:

a) Soltera ()

b) Casada ()

c) Viuda ()

d) Conviviente ()

e) Separada ()

6. Religión:

a) Católica ()

b) Evangélica ()

c) Testigo de jehová ()

d) Mormones ()

e) Ninguna ()

Datos familiares:

1. Con quiénes vives:

a) Padre ()

b) Mamá ()

c) Padrastro ()

d) Madrastra ()

e) Tíos ()

f) Abuelos ()

g) Conviviente ()

- h) Esposo ()
- 2. Edad de tu papá.....
- 3. Grado de Instrucción:
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Técnico ()
 - d) Superior ()
 - e) Sin estudios ()
- 4. Trabaja:
 - a) Agricultor ()
 - b) Negocio propio ()
 - c) Chofer ()
 - d) Empleado público ()
 - e) No trabaja ()
 - f) Otros ().....
- 5. Edad de tu mamá.....
- 6. Grado de Instrucción:
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Técnico ()
 - d) Superior ()
 - e) Sin estudios ()
- 7. Trabaja:
 - a) Trabajadora del hogar ()
 - b) Agricultora ()
 - c) Negocio propio ()
 - d) Trabaja para el estado ()

e) No trabaja ()

f) Otros ().....

8. ¿A los cuántos años su mamá quedó embarazada por primera vez?.....

9. ¿De quién depende económicamente usted?

a) Padre ()

b) Mamá ()

c) Padrastro ()

d) Madrastra ()

e) Tíos ()

f) Abuelos ()

g) Conviviente ()

h) Esposo ()

10. ¿Quién cuida a su niño, cuando sale?

a) Padre ()

b) Mamá ()

c) Padrastro ()

d) Madrastra ()

e) Tíos ()

f) Abuelos ()

g) Conviviente ()

h) Esposo ()

i) Hermanos ()

11. ¿Cuándo su niño se enferma quién cubre los gastos?

a) Padre ()

b) Mamá ()

c) Padrastro ()

d) Madrastra ()

- e) Tíos ()
- f) Abuelos ()
- g) Pareja ()**

Datos ginecológicos:

12. ¿Conoces sobre los métodos anticonceptivos? No () Si ()
13. Si su respuesta es sí, ¿Quién le informo?
- a) Padres ()
 - b) Profesores ()
 - c) Amigos ()
 - d) Radio ()
 - e) Tv ()
 - f) Trabajador de salud ()
14. Utiliza algún método anticonceptivo: si () no ()
15. Si su respuesta es sí, Qué método utiliza:
- a) Condón ()
 - b) Método del ritmo ()
 - c) Ampollas ()
 - d) Pastillas orales ()
16. ¿Quién le recomendó el método anticonceptivo?
- a) Farmacéutico ()
 - b) Personal de salud ()
 - c) Amigos ()
 - d) Otros ()....

III. CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL

1. ¿Qué órganos constituyen el aparato reproductor femenino?
 - a) Ovario , útero, vagina, trompas de Falopio
 - b) Vagina, ovario, meato urinario, útero.
 - c) Útero, riñones, ovario, vagina
2. ¿Qué es el Útero?
 - a) Órgano donde se cría el bebe.
 - b) Órgano donde se da la fecundación
 - c) Órgano que produce los ovarios
3. ¿Qué órganos constituyen el aparato reproductor masculino?
 - a) Pene, testículos, riñones, próstata.
 - b) Testículos, pene, vesícula seminal, conducto seminal.
 - c) Próstata, recto, pene, glande
4. ¿Qué es la ovulación?:
 - a) Días en que se puede quedar embarazada
 - b) Unión del ovulo con el espermatozoide
 - c) Son los días que se puede tener relaciones sexuales.
5. ¿Qué es la menstruación?
 - a) Es una enfermedad que viene cada mes
 - b) Es una señal que estoy enferma.
 - c) Es la caída de la capa endometrial.
6. ¿Qué es un método anticonceptivo?
 - a) Son métodos que la mujer puede usar para evitar un embarazo no deseado.
 - b) Son pastillas que evitan las infecciones de transmisión sexual.

- c) Son inyectables que evitan el VIH/SIDA y los embarazos.
7. ¿Qué los métodos anticonceptivos de barrera, conoce usted??
- a) Vasectomía
 - b) Condón
 - c) Píldoras
8. ¿En qué momento se deben utilizar los métodos de barrera?
- a) Antes de las relaciones sexuales
 - b) Después de las relaciones sexuales
 - c) No sabe
9. ¿Cuántas veces se debe utilizar el preservativo (condón)?
- a) Dos veces
 - b) Una sola vez
 - c) Todas las veces hasta que se deteriore
10. ¿Qué método anticonceptivo naturales, conoce usted?
- a) Diafragma
 - b) Método del Ritmo
 - c) Inyectables
11. El método del ritmo debe ser utilizado por las mujeres que tienen:
- a) Ciclo menstrual regular
 - b) Ciclo menstrual irregular
 - c) No sabe
12. El método del ritmo consiste en tener relaciones sexuales en:
- a) Los días fértiles
 - b) Los días no fértiles
 - c) Todos los días
13. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos hormonales?

- a) Ciclo menstrual
 - b) Billing o moco cervical
 - c) Inyectables
14. Los anticonceptivos orales se deben tomar:
- a) Interdiario
 - b) Todos los días
 - c) A veces
15. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?
- a) Sin infecciones que se contagian a través de besos y abrazos.
 - b) Son infecciones que se contagian a través de las relaciones sexuales
 - c) Son infecciones que sólo tienen los hombres
16. Conoces alguna infección de transmisión sexual? Diferente del VIH/SIDA
- a) Si
 - b) no
17. Si su respuesta es sí, Indique ¿Cuál?
18. ¿Cómo se transmite el VIH/SIDA?
- a) Relaciones sexuales y vía sanguínea.
 - b) Besos, abrazos y caricias
 - c) Dar la mano, vía sanguínea
19. ¿Cuál es el método anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual?
- a) Pastillas orales
 - b) Condón
 - c) Inyectables
20. ¿Cuáles de las medidas preventivas es la más efectiva para evitar las infecciones de transmisión sexual?
- a) Tener una sola pareja
 - b) Bañarse todos los días
 - c) Usar el método del ritmo

ANEXO 3

ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. El Polo N° 641 Monterrico – Surco, Lima - Perú

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Título del trabajo: “Conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográficas de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque”.

Responsable: Srta. Patricia R. Granda Jaramillo

Estudiante de Enfermería del X Ciclo de la E.E.P.L.T.

Propósito y descripción de la investigación:

El propósito es conocer los conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográficas de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque.

Procedimientos:

Si aceptas participar en la investigación, se te entregará un instrumento que consta de un cuestionario con 36 preguntas cerradas.

Participación voluntaria:

La participación en este trabajo de investigación es voluntaria. Teniendo en cuenta que a pesar que tu padre o madre aceptó tu participación, tienes la plena libertad de decidir si deseas o no participar del estudio. Si decides no participar o retirarte luego de comenzar el estudio, podrás hacerlo sin tener que dar motivo alguno, no se tomará ningún tipo de represalias o sanciones en contra de tu persona.

Beneficios:

Con tu participación se busca tener un panorama amplio acerca de los conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográfica de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque. Además conocer para poder brindar charlas educativas, para prevenir más embarazos.

Riesgos y molestias:

No tendrás ningún riesgo físico ni emocional, pues solo desarrollarás los cuestionarios.

Privacidad:

A fin de proteger tu privacidad, la información y datos obtenidos serán codificados y no llevará tu nombre, ni tus iniciales; así conservaremos la información y tu consentimiento. Tu nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, los datos sólo sirven para fines establecidos en el estudio.

Remuneración:

No recibirás ninguna remuneración por participar en este estudio.

¿DESEAS PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este asentimiento informado, ratifico que la estudiante encargada de realizar el estudio me ha explicado las actividades a desarrollar, y también confirmo que he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y estoy satisfecho con las respuestas y explicaciones, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información, y decidir si acepto participar o no en el presente estudio.

Nombre del contacto:

Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la Srta. Patricia R. Granda Jaramillo al teléfono 979282833 quien es la responsable del estudio.

ASENTIMIENTO:

Nombre:

(En letra imprenta)

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 4

ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. El Polo N° 641 Monterrico – Surco, Lima - Perú

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Título del trabajo: Conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográficas de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque”.

Responsable: Srta. Patricia R. Granda Jaramillo

Estudiante de Enfermería del X Ciclo de la E.E.P.L.T.

Propósito y descripción de la investigación:

El propósito es conocer los conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográfica de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque.

Procedimientos:

Si permite que su hija o pareja, participe en la investigación, se te entregará un instrumento que consta de un cuestionario con 36 preguntas cerradas.

Participación voluntaria:

La participación en este trabajo de investigación es voluntaria. Teniendo en cuenta que a pesar que usted aceptó la participación, de su hija o pareja; ella tiene la plena libertad de decidir si desea o no participar del estudio. Si decide no participar o retirarte luego de comenzar el estudio, podría hacerlo sin tener que dar motivo alguno, no se tomará ningún tipo de represalias o sanciones en contra de su persona.

Beneficios:

Con la participación se busca tener un panorama amplio acerca de los conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográfica de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque. Además conocer para poder brindar charlas educativas, para prevenir más embarazos.

Riesgos y molestias:

No tendrás ningún riesgo físico ni emocional, pues solo desarrollarás los cuestionarios.

Privacidad:

A fin de proteger la privacidad, de su hija o pareja, la información y datos obtenidos serán codificados y no llevará su nombre, ni sus iniciales; así conservaremos la información y tu consentimiento. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, los datos sólo sirven para fines establecidos en el estudio.

Remuneración:

No recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio.

¿DESEAS PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado, ratifico que la estudiante encargada de realizar el estudio me ha explicado las actividades a desarrollar, y también confirmo que he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y estoy satisfecho con las respuestas y explicaciones, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información, y decidir si acepto participar o no en el presente estudio.

Nombre del contacto:

Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la Srta. Patricia R. Granda Jaramillo al teléfono 979282833 quien es la responsable del estudio.

CONSENTIMIENTO:

Nombre:

(En letra imprenta)

Firma: _____

Fecha: _____



ANEXO 5

ESCUELA DE ENFERMERIA DE PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MADRES ADOLESCENTES DE UNA ZONA RURAL DE LAMBAYEQUE

Criterios	Jueces de Expertos							resultado
	1	2	3	4	5	6	7	
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	0.002
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	0.002
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	0	1	0	1	0.076
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	1	1	0	1	1	1	1	0.017
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	0	1	0.017
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	0	0	1	1	1	0.076
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	1	0.002
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	1	0.002
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	1	1	1	0.002
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	0	1	1	0	1	0.076

PRUEBA BINOMIAL

$$\begin{array}{c} {}_n C_x \cdot (p)^x \cdot (q)^{n-x} \\ \Downarrow \\ \frac{n!}{x! (n-x)!} \end{array}$$

n= número de expertos
 x= no aciertos
 p= 0.60
 q= 1-p

1)

$${}_7 C_0 \cdot (0.60)^0 \cdot (0.40)^{7-0}$$

$$1 \cdot 1 \cdot 0.002 = 0.002$$

$${}_7 C_0 = \frac{7!}{0! (7-0)!} = \frac{7!}{7} = 1$$

$${}_7 C_1 \cdot (0.60)^1 \cdot (0.40)^{7-1}$$

$$7 \cdot 0.60 \cdot 0.004 = 0.017$$

$${}_7 C_1 = \frac{7!}{1! (7-1)!} = \frac{7 \times 6}{6} = 7$$

2)

$${}_7 C_2 \cdot (0.60)^2 \cdot (0.40)^{7-2}$$

$$21 \cdot 0.36 \cdot 0.010 = 0.076$$

$${}_7 C_2 = \frac{7!}{2! (7-2)!} = \frac{7 \times 6 \times 5}{5} = 42/2 = 21$$

3)

Se ha considerado: Si la respuesta es:

0 = negativo

1 = Si la respuesta es correcta

N = 7 Expertos

↘ Total

$$\frac{0.272}{10} = 0.0272$$

En la tabla de resultado de los jueces expertos evaluados a través de la prueba binomial se puede observar que los valores de $p < 0.05$, por lo que ya obtenido el resultado se puede indicar que el instrumento es válido

ANEXO 6

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO PRUEBA KR - 20

	n	KR -20	Confiabilidad
Anatomía y Fisiología	5	0.723	Aceptable
Métodos Anticonceptivos	8	0.709	Aceptable
Enfermedades de Trasmisión Sexual	6	0.712	Aceptable

COEFICIENTE KUDER RICHARSON KR-20

$$r_u = \frac{n}{n-1} \cdot \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_u = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0.7, por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta toda la variable y por cada dimensión

Se procesó los 5 ítems de la Dimensión Anatomía y Fisiología mediante el paquete estadístico Excel 10

	pq	p	q
X1	0.19	0.75	0.25
X2	0.25	0.47	0.53
X3	0.23	0.64	0.36
X4	0.24	0.61	0.39
X5	0.23	0.35	0.65

KR-20 = 0.723

Se procesó los 9 ítems de la Dimensión Métodos Anticonceptivos mediante el paquete estadístico Excel 10

	pq	p	q
X6	0.19	0.74	0.26
X7	0.19	0.74	0.26
X8	0.22	0.67	0.33
X9	0.15	0.82	0.18
X10	0.17	0.79	0.21
X11	0.24	0.58	0.42
X12	0.25	0.50	0.50
X13	0.20	0.72	0.28
X14	0.15	0.81	0.19

KR-20 = 0.709

Se procesó los 6 ítems de la Dimensión Enfermedades de Trasmisión Sexual mediante el paquete estadístico Excel 10

	pq	p	q
X15	0.07	0.92	0.08
X16	0.14	0.16	0.84
X17	0.14	0.16	0.84
X18	0.08	0.91	0.09
X19	0.21	0.70	0.30
X20	0.19	0.74	0.26

ANEXO 7**Datos sociodemográficos de los Padres de las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque****Agosto – 2013**

DATO	CATEGORÍA	N=101	100%
EDAD	Hasta 40 años	9	8.9
	de 41 a 50 años	47	46.5
	de 51 a 60 años	32	31.7
GRADO DE INSTRUCCIÓN	sin datos (*)	13	12.9
	Primaria	32	31.7
	Secundaria	50	49.5
	Técnico	1	1.0
	Sin Estudios	5	5.0
	sin datos (*)	13	12.9
	OCUPACIÓN	Agricultor	45
	Negocio propio	20	19.8
	Chofer	17	16.8
	Empleado Publico	5	5.0
	sin datos (*)	14	13.9

De los padres de las madres adolescentes el 46.5% (47) tienen entre 41 a 50 años, el 49.5% (50) tienen secundaria y el 44.6% (45) son agricultores. (Tabla 2).

(*) No se consignan datos por que se encuentran fallecidos

ANEXO 8

Datos sociodemográficos de las Madres de Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque Agosto - 2013

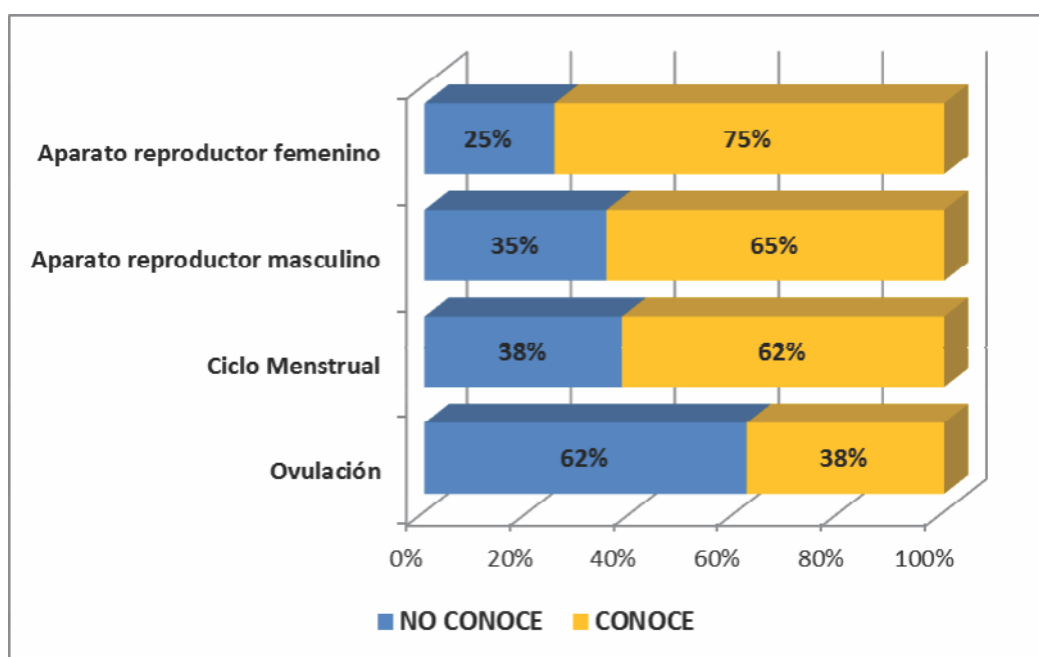
DATO	CATEGORÍA	N=101	100%
EDAD	Hasta 40 años	19	18.8
	de 41 a 50 años	76	75.2
	sin datos (*)	6	5.9
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	37	36.6
	Secundaria	51	50.5
	Técnico	2	2.0
	Sin Estudios	5	5.0
OCUPACIÓN	sin datos (*)	6	5.9
	Trabajadora del hogar	84	83.2
	Agricultora	1	1.0
	Negocio propio	9	8.9
	sin datos (*)	7	6.9
	15 años	30	29.7
	17 años	15	14.9
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	14 años	14	13.9
	16 años	14	13.9
	18 años	10	9.9
	13 años	4	4.0
	19 años	4	4.0
	20 años	4	4.0
	21 años	4	4.0
	22 años	1	1.0
	28 años	1	1.0

De las madres de las madres adolescentes el 75.2% (76) tienen entre 41 a 50 años, el 50.5% (51) tienen secundaria, el 83.2% (84) son trabajadoras del hogar, el 29.7% (30) se embarazó a los 15 años así mismo el 13.9% (14) se embarazó a los 14 años. (Tabla 3).

(*) No se consignan datos por que se encuentran fallecidos

ANEXO 9

Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según indicadores de anatomía y fisiología Agosto- 2013

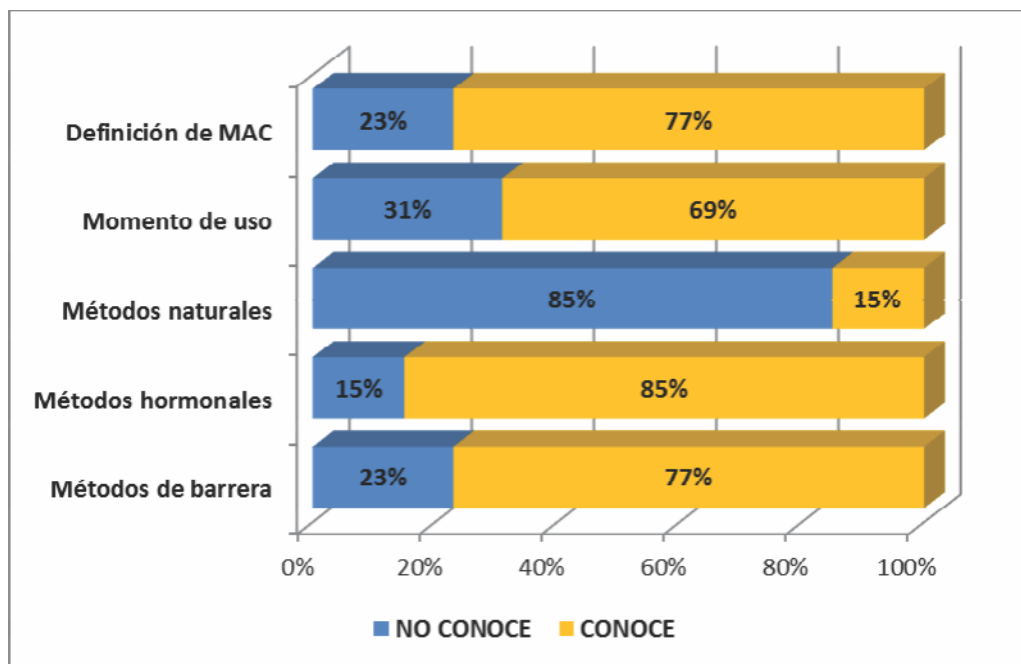


El 75% (76) de las madres adolescentes conocen acerca de la anatomía femenina, el 65% (66) conoce sobre la anatomía masculina, el 62.4% (63) conoce en relación al ciclo menstrual y el 38% (39) conoce sobre la ovulación.

ANEXO 10

Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según dimensión de métodos anticonceptivos

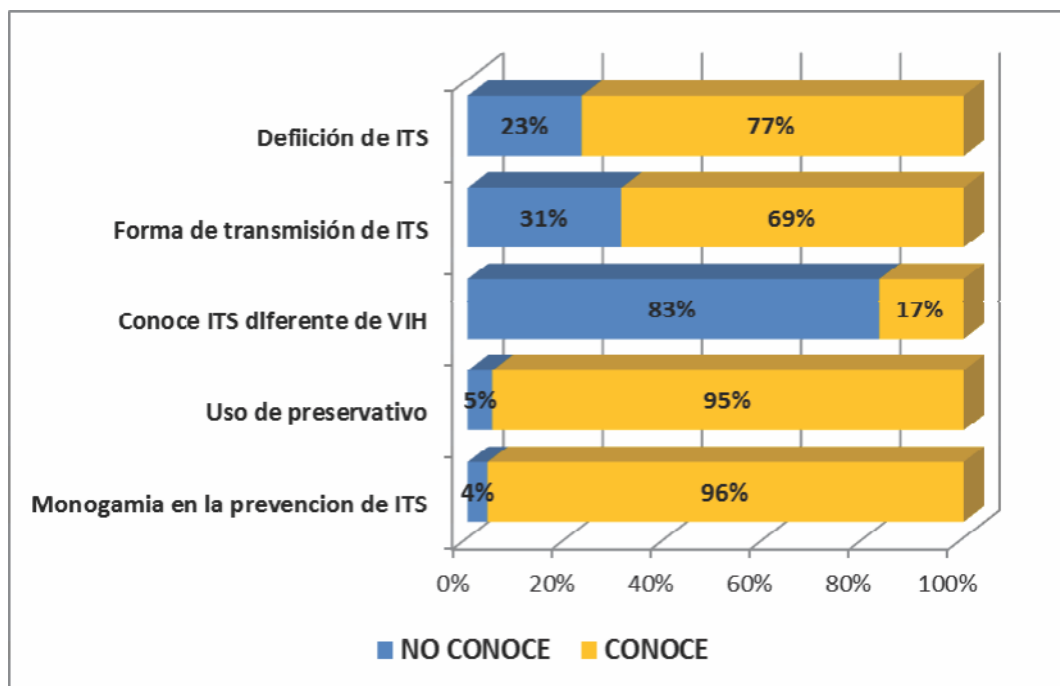
Agosto- 2013



El 77% (78) de las madres adolescentes definen que son los MAC, el 15% (16) conoce sobre los Métodos naturales, el 85% (86) conoce en relación a los Métodos hormonales y el 77% (78) conoce sobre los Métodos de barrera.

ANEXO 11

Conocimiento Madres las Madres Adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque según indicadores de Infecciones de Transmisión Sexual Agosto- 2013



El 77% (78) de las madres adolescentes definen que son los ITS, el 69% (70) conoce sobre las formas de transmisión de las ITS, el 17% (18) conoce ITS diferente de VIH, y el 96% (97) conoce en relación a la prevención de las ITS.