



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“PERCEPCION DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LAS CONDUCTAS DE
RIESGOS SEXUALES Y VIH EN LA INSTITUCION EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA
MONSERRAT CARABAYLLO 2014”**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

MUÑOZ LEON ALVARO FLORENCIO

ASESORA

MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO

LIMA - PERU, 2018

**“PERCEPCION DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LAS CONDUCTAS DE
RIESGOS SEXUALES Y VIH EN LA INSTITUCION EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA
MONSERRAT CARABAYLLO 2014”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Describir la percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en I.E Nuestra Señora Monserrat en el periodo de junio- agosto 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 120 adolescentes, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,861; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,911.

CONCLUSIONES:

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, es en la dimensión Familiar de mayor porcentaje, seguido de la dimensión social y la dimensión Personal con un menor porcentaje. Consideran los siguientes aspectos en su percepción: utilizan el condón en todas las relaciones sexuales, protege a las personas del VIH, creen que saben del ITS y del VIH, pueden protegerse de la infección del SIDA evitando tener relaciones sexuales, piensan que si una mujer lleva preservativos en el bolso es una persona promiscua que siempre está buscando relaciones, piensan que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón, a veces, alguien los obligó alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querían, han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las bebidas alcohólicas y alguna vez haz usado drogas.

PALABRAS CLAVES: *Percepción de los adolescentes, conductas de riesgos sexuales, VIH, Personal, Familiar, Social.*

ABSTRACT

The objective of this research was to: Describe the perception of adolescents about sexual risk behaviors and HIV in IE Nuestra Señora Monserrat in the period of June-August 2014. It is a cross-sectional descriptive investigation, with a sample of 120 adolescents, For the collection of information, a Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment, obtaining a value of 0.861; Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of 0.911.

CONCLUSIONS:

The perception of adolescents about sexual risk behaviors and HIV in the EI Nuestra Senora Monserrat, in the period of June-August 2014, is in the Family dimension of greater percentage, followed by the social dimension and the Personal dimension with a minor percentage. They consider the following aspects in their perception: they use the condom in all sexual relationships, they protect people from HIV, they believe they know about STIs and HIV, they can protect themselves from AIDS infection by avoiding having sex, they think that if a woman She carries condoms in her purse, she is a promiscuous person who is always looking for relationships, they think that the woman should wait for the man to propose the use of the condom, sometimes, someone forced them to have sexual relations even though they did not want to, they have had sex under the influence of alcoholic beverages and have ever used drugs.

KEYWORDS: *Perception of adolescents, sexual risk behaviors, HIV, Personal, Family, Social.*

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

3

1.3. Objetivos de la investigación

4

1.3.1. Objetivo general

4

1.3.2. Objetivos específicos

4

1.4. Justificación del estudios

4

1.5. Limitaciones

5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

6

2.2. Base teórica

13

2.3. Definición de términos

31

2.4. Variables

33

2.4.1. Definición conceptual de las variables

33

2.4.2. Operacionalización de la variable

34

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	36
3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	37
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	38
CAPÍTULO V: DISCUSION	43
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

En el Perú y en el mundo, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) continúa siendo un problema de salud pública de alta importancia. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH SIDA (ONUSIDA) en el 2008, estimó que había 33,4 millones [31,1 a 35,8 millones] de personas que viven con el VIH en todo el mundo.

No obstante, las intervenciones para el tratamiento de las personas afectadas han evolucionado desde el manejo de infecciones oportunistas hasta la reducción de la replicación viral, es allí donde la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) cumple un papel relevante; transformando la epidemiología del VIH al modificar favorablemente su historia natural, al retrasar la progresión de la enfermedad y permitir que las personas que viven con este virus (PVVS) lleguen a tener estilos de vida similares a los una persona no infectada. Desde el año 2004, el Ministerio de Salud de Perú (MINSA), administra esta terapia en forma gratuita a más de diez mil personas afectadas, con un incremento anual importante del número de beneficiados. La región Piura tiene aproximadamente 300 personas adultas que reciben este tipo de tratamientos.

Se reconoce que la transmisión del VIH es favorecida por conductas sexuales de riesgo - relaciones sexuales (RS) sin protección, RS con trabajadoras sexuales o múltiples parejas sexuales - que estas personas mantienen (3-6), pudiéndose afirmar que la TARGA y los comportamientos sexuales de riesgo estarían vinculados de alguna manera, sustentado en que al mejorar la calidad de vida y al sentirse mejor física y emocionalmente, puede simultáneamente, producirse un incremento de los comportamientos sexuales de riesgo.

Estudios en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) realizados en Europa y América del Norte informan que al iniciar TARGA, se presenta reducción de la carga viral a niveles indetectables y alivio de los síntomas; pero también hay retorno a comportamientos sexuales riesgosos, esto es atribuible a dos aspectos;

en primer lugar, a los beneficios físicos, sociales y emocionales; y en segundo lugar al optimismo, porque las consecuencias de la infección son menos trágicas que en el pasado.

En un meta análisis del año 2004 se informó que la prevalencia de RS sin protección no fue significativamente mayor en el grupo de personas con infección por VIH recibiendo TARGA, que en aquellas con carga viral indetectable. No obstante, las relaciones sexuales sin protección se asociaron con las creencias de la gente sobre la carga viral y TARGA. Por otro lado, un estudio francés del año 2002 informó que las personas que se involucraban en RS de riesgo, no diferían en términos de carga viral en plasma, lo que sugiere, a juicio de los autores, que el hecho de que el paciente conozca su respuesta (buena o mala) al TARGA, no es determinante para dejar las prácticas sexuales seguras.

Considerando que algunos estudios advierten que se están incrementando las infecciones de transmisión sexual (ITS) en personas que viven con VIH porque tienen relaciones sexuales no protegidas, con la consiguiente diseminación de virus mutantes, asimismo, investigaciones que informan que no concuerdan con esos hallazgos; sumado a ello, el creciente optimismo suscitado por los nuevos tratamientos antirretrovirales que mejoran notablemente la calidad de vida de las PVVS, podría existir influencia en el hecho que se aumente o disminuya la preocupación en tener comportamientos sexuales seguros, por ello, el objetivo de este estudio fue explorar opiniones y creencias sobre el comportamiento sexual de riesgo y la transmisión del VIH en un grupo de pacientes que está recibiendo TARGA.

CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVETIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La epidemia por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), continúa progresando en todo el mundo a pesar de los esfuerzos que han realizado las organizaciones en reducir su incidencia en la población.

A finales del 2010, la ONUSIDA (2011) estimo que a nivel mundial existían 34 millones de personas con VIH, un 17% más que en el 2011. En el 2010 hubo 2.7 millones de nuevas infecciones, que incluye una cifra estimada de 390,000 niños.

La epidemia en el Perú. Según los resultados de las vigilancias centinela realizadas en el Perú en este grupo poblacional, el año 2010 la incidencia fue 8.3 nuevos casos por cada 100 personas-año (IC95% 4.5 a 14.7), el año 2006 3.1 (IC95% 1.0 a 5.3%) y el año 2011 5.2 (3.8 a 6.5). Un dato que destaca en la vigilancia de 2011 es que la incidencia en HSH menores de 25 años se incrementó de 6.2 en 2002 a 9.6 en 2011. Si bien las estimaciones puntuales son diferentes en cada año, los intervalos de confianza se superponen, lo que indicaría que la incidencia en este grupo se ha mantenido similar en los últimos 10 años. Respecto a las prevalencias en

la población HSH, el año 2009 la estimación fue 22.3%, para descender a 11.1% el 2006 y 12.4% el 2011. En el caso de la población transgénero y HSH trabajadores sexuales, el año 2002 se registró la mayor prevalencia (29.2%), descendiendo a 4.05% el año 2006 y ascendiendo a 14.6% el año 2011. En el caso de la población transgénero la prevalencia en la última vigilancia centinela alcanzó 20.8% (104/500) y la incidencia fue 9.07 por 100 personas/año, constituyéndose en el sub-grupo más afectado y con mayor riesgo.

Actualmente, se observa un notable cambio en los valores de los jóvenes y en su manejo de la sexualidad desde edades muy tempranas, lo que para las investigadoras representa un punto de alerta sobre la posibilidad de que los adolescentes se enfrenten al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Desacuerdo con Martínez (2005), el adolescente es “un ser humano en formación y en maduración biológica y psicológica”. La adolescencia está dividida en tres etapas: adolescente menor o adolescencia temprana, de 10 a 13 años; adolescencia intermedia, de 13 a 15 años y adolescencia tardía, de 17 a 20 años.

Esta etapa de desarrollo está marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, “estos cambios implican el potencial para lograr una mayor autonomía, que puede llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos pero también a que el adolescente se inicie en conductas de riesgo”.

Una conducta de riesgo está definida por la OSM (1998) como “una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente”. Sin embargo, no hay definición alguna de conducta de riesgo que permita discriminar en qué nivel una conducta se vuelve riesgosa para el individuo.

El tema de la sexualidad se ha vuelto relevante dentro del grupo adolescente, dado por la falta de información adecuada sobre sexualidad y por los diversos problemas que este grupo pudiera tener, como los embarazos a temprana edad y las enfermedades de origen sexual. En ese sentido, el riesgo se debe a que los jóvenes tienen relaciones sexuales con diferentes personas y que no usan preservativo o ningún método anticonceptivo.

Como conductas sexuales de riesgo se identifican la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud de otra persona, especialmente transmisibles como el SIDA. Las conductas sexuales que ponen en riesgo a los adolescentes son: sexo oral, coito vaginal y coito anal, sobre todo si practican sin la debida protección.

De acuerdo con Basulto Marrero (2012), la sexualidad aparece en el primer plano de las preocupaciones y de las transformaciones que caracterizan en esta etapa, ya que la edad de inicio de las relaciones sexuales ha disminuido en el mundo en las últimas décadas, dado que el desarrollo tecnológico cibernético y la influencia de la moda no dejan de ejercer su fuerza en los adolescentes de hoy.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgo sexuales y VIH en el Instituto Educativo Superior Nuestra Señora de Monserrat en el periodo de junio – agosto 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir la percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en I.E Nuestra Señora Monserrat en el periodo de junio- agosto 2014

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar si existen diferencias sobre la percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en I.E Nuestra Señora Monserrat en el periodo de junio- agosto 2014 con respecto al sexo
- Conocer las medidas de prevención de las conductas de riesgos sexuales en I.E Nuestra Señora Monserrat en el periodo de junio- agosto 2014
- Conocer las medidas de prevención sobre el VIH en I.E Nuestra Señora Monserrat en el periodo de junio- agosto 2014 con respecto al sexo

1.4 JUSTIFICACION

Conocer la percepción que tienen los adolescentes sobre el VIH/SIDA es un tema de especial relevancia, dado que esta población es vulnerable antes a padecer diversos fenómenos, entre ellos el sujeto de estudio, el cual entra dentro de los riesgos relacionados con su sexualidad.

En este sentido, además del nivel de conocimientos, es importante conocer las inquietudes y las formas de pensar de los adolescentes respecto a esta enfermedad, porque aun en la actualidad existen muchos estigmas contra las personas infectada con VIH/SIDA, por lo que con este estudio se pretende conocer un panorama más amplio sobre el sentir de los adolescentes con respecto a dicha enfermedad, y con ello se puede considerar el

comportamiento y la responsabilidad que adopte el adolescente ante el fenómeno.

1.5 LIMITES DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación presente limites económicos para poder ser realizado con mayor efectividad. Solo será efectivo para el centro en el cual se desarrollara el tema de investigación.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

„CONDUCTAS DE RIESGO Y CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DE NIVEL MEDIO DE GESTIÓN ESTATAL Y PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES“ 2012, Dra. Alicia E. Risueño, Lic. Iris Motta, Lic. Sandra Raphael, Lic. Karina Marcela Mas

En la actualidad se observan cambios en las causas de morbimortalidad en los adolescentes. Las tres cuartas partes de la misma se deben a comportamientos de riesgo. La adolescencia se formaliza como una etapa de alta vulnerabilidad, dada su inmadurez biopsicosocial provocando un aumento de riesgo de transmisión de VIH, tal como lo señalan las estadísticas oficiales.

Investigamos qué es lo que saben sobre VIH/SIDA los adolescentes escolarizados de la C.A.B.A., cuáles son las conductas de riesgo más frecuentes en ellos y cómo se perciben en relación a las mismas. Se efectuó un estudio descriptivo y transversal, seleccionando una muestra compuesta por estudiantes entre los 13 y

23 años de edad de Escuelas de Educación Media de CABA, empleando un encuesta auto administrada, anónima y voluntaria, compuesta por 47 ítems.

Se identificaron las vías más usuales por las que reciben información, el grado de conocimiento acerca de la problemática planteada, las conductas de riesgo en general y sexual y su autopercepción. Estimamos la relación existente entre conductas de riesgo y conocimiento para la puesta en marcha de acciones preventivas.⁵

„Percepción de riesgo de contraer SIDA en adolescentes de Guadalajara Jalisco” 2010, Juana Trejo-Franco, Luis Flores-Padilla Luis, Martha Villaseñor-Farías

Objetivo: Identificar la percepción del riesgo de contraer SIDA en adolescentes de Guadalajara Jalisco.

Metodología: Investigación cualitativa y análisis de texto de tipo semiótico, con 49 estudiantes de 14 a 19 años. Información obtenida mediante entrevistas en grupos focales, se registró con audio grabación y observación participante, análisis centrado en narrativas desde perspectiva semántica y descripción temática; los ejes abordados son: ITS/SIDA, relaciones sexuales, embarazo, condón y fidelidad.

Resultados: La percepción de riesgo ante el SIDA es mucho menor que para embarazo, porque este genera cambios inmediatos y hay una clara postura de rechazo familiar y social; ante el contagio de enfermedad no manifiestan preocupación latente, lo ven más como producto de azar o del destino: “ si te toca te toca y aunque te cuides“, o enfocado a grupos de riesgo dentro del cual los adolescentes no se incluyen “jotos, drogos“, de aquellos que tienen relaciones con extraños o de gente promiscua. Ante el riesgo se

distinguen seis posturas en las que los sujetos se mueven en función a la situación y a su interpretación, no hay una sola razón por la que pasen las cosas concediéndoles a otros la responsabilidad e incluso la suerte.

Conclusiones: Los adolescentes consideran el SIDA como un riesgo, pero no para ellos; tienen problemas con la información, comprensión y aceptación del problema. Respecto al uso del condón, las campañas deben ir encaminadas a reiterar las ventajas y utilidad de su uso (placer y protección) y en dar a conocer cómo usarlo. La educación sexual es un derecho y una alternativa de solución.⁶

„Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo“ México 2011. Laura E Alvaré Alvare. Dolores Lobato Pastrana, Martha Melo Victores, Beatriz Torres. María del Carmen Luis Álvarez. Ivette González Concepción

Antecedentes: para el adolescente varón hacerse cargo de su emergente sexualidad es un reto. Si este acontecimiento se acompaña de la falta de información, de patrones masculinos transmitidos y de la escasa experiencia que tienen los varones a esa edad, es muy difícil que puedan tener una participación importante para evitar los factores de riesgo, como los relacionados con el embarazo. Por todos estos argumentos hicimos este trabajo de investigación.

Objetivo: determinar la percepción del varón frente a algunas conductas sexuales de riesgo. Participantes y métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal y cualitativo en el que se estudió a 48 adolescentes varones de entre 15 y 18 años de edad de la Escuela de Química. La muestra fue intencional y se obtuvo en forma operativa, ya que la maestra guía seleccionó a los alumnos. Las técnicas utilizadas fueron: la entrevista en profundidad y los grupos

focales. En ambas, que se aplicaron con el consentimiento informado de los adolescentes, se indagó acerca de la participación del varón en la anticoncepción, su responsabilidad respecto al uso de métodos anticonceptivos, su percepción del embarazo y aborto de su compañera y su paternidad a esa edad. Resultados: en la entrevista en profundidad detectamos que el inicio de las relaciones sexuales fue a temprana edad, pues la mayoría de los adolescentes las habían iniciado antes de los 16 años, lo que coincidió con otras investigaciones realizadas en Cuba. También indagamos que sus parejas durante la primera relación sexual fueron mujeres mayores, a quienes les refirieron que no les gustaba tener relaciones sexuales con preservativo, hecho que coincidió con lo descrito en la bibliografía mundial. A ellos no les gustaba usar el preservativo porque disminuía su placer sexual. Respecto al uso de sustancias durante las relaciones sexuales, la mayoría respondió que consumió alcohol y cigarrillos, a los que les siguieron –en orden de frecuencia– las pastillas en combinación con bebidas, lo que constituye factores de riesgo reproductivo. Respecto a si se harían responsables en caso de que embarazaran a su pareja, la mayoría de los adolescentes de 15 y 16 años respondió: —...que no estaban de acuerdo con el embarazo de su compañera...ll, —...que no tenían nada que ver con eso...ll, —...que lo más probable era que no fuera de ellos...ll, —...que no estaban preparados para tener un hijo porque todavía estudiaban y no trabajaban, y que eso era asunto de las muchachas y sus familias...ll. Conclusiones: la mayoría de los varones estudiados asumió conductas sexuales de riesgo por la percepción que tienen de la masculinidad. El uso del condón estuvo condicionado a la prevención de infecciones de transmisión sexual y no al embarazo. Ellos dijeron que el embarazo era responsabilidad de las mujeres y que su decisión sería a favor del aborto en caso de que tuvieran que tomar alguna decisión. Para la mayoría la

paternidad constituía una meta lejana y distante; no se sentían responsables de la paternidad ni tampoco se sentían preparados para desempeñar una función en la anticoncepción como parejas de la adolescente mujer.⁷

„**Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes**” Aida Rodríguez Cabrera, Luisa Álvarez Vázquez

Los embarazos precoces, los abortos y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, son resultados de conductas de riesgos, que en los adolescentes limitan sus oportunidades para el desarrollo de un proyecto de vida adecuado y proporcionan afectaciones a su salud que en ocasiones varía según el enfoque de género. El trabajo tiene como objetivo exponer algunos hallazgos sobre las percepciones y comportamientos de riesgos sexuales y reproductivos en los adolescentes desde una perspectiva de género. Se ha realizado una revisión de investigaciones que abordan la sexualidad y sus riesgos. Los resultados muestran que en Cuba hay un comienzo temprano de la actividad sexual, entre las edades de 14 y 15 años y la mayoría lo hacen sin protección. Hay diferencias de género en la percepción de riesgo, las mujeres consideran que el embarazo no deseado es algo que sólo les incumbe a ellas. Aún prevalece en los adolescentes un enfoque machista hacia el sexo y no reconocen al aborto como un método riesgoso para interrumpir el embarazo. Aunque están informados acerca de diversos tópicos de la sexualidad y sus riesgos, las conductas que asumen no se corresponden con esto. Se concluye que en las estrategias dirigidas a mejorar sus percepciones sobre los riesgos en las prácticas sexuales es necesario fortalecer los aspectos relativos al comportamiento sexual responsable y, desde una perspectiva integral, lograr la participación efectiva de ambos sexos

en el diseño, planificación y evaluación de las acciones de salud dirigidas con un enfoque de género y en los distintos escenarios.⁸

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

„Representaciones del VIH/SIDA y percepción de riesgo en adolescentes de nivel socioeconómico bajo” 2012, Tavera Palomino, Mariela del Pilar

El presente estudio explora el contenido de las representaciones del VIH/SIDA y la percepción de riesgo en un grupo de adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Lima (n=20). Los sujetos fueron evaluados utilizando una entrevista semiestructurada diseñada para los propósitos de la investigación y un cuestionario adaptado sobre percepción de riesgo (Bayés et al 1995-1996) De manera general, hemos encontrado que las representaciones del VIH/SIDA están plagadas de una afectividad negativa y asociadas permanentemente a la muerte y al sexo y que la percepción de riesgo a la enfermedad es baja en el grupo. Asimismo, existen algunas variables sociales, culturales y situacionales que ejercen una influencia importante en el desarrollo de prácticas de riesgo¹

„Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú” 2010., José P. Juárez Vélchez, Edward J. Pozo

Objetivo. Explorar y describir experiencias y motivaciones de las personas que viven con VIH (PVVS) y reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), para tener comportamientos sexuales de riesgo para transmisión del VIH, en dos hospitales públicos de Piura. Materiales y métodos. Estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad y grupos focales en

40 PVVS, de 15 a 39 años de edad, cuyo análisis se realizó bajo el enfoque de la teoría fundamentada, se realizó un análisis por categorías, se usó el software ATLAS. Ti Versión 5.0. Resultados. Las PVVS que reciben TARGA tienen comportamientos sexuales de riesgo. Esto concuerda con estudios cuantitativos-epidemiológicos que afirman que el inicio de la era TARGA está relacionada con continuación o incremento de comportamientos sexuales de riesgo. Conclusiones. Las PVVS al recibir antirretrovirales y mejorar el estado de su salud, mantienen comportamientos sexuales de riesgo que podrían facilitar la transmisión del virus a sus parejas serodiscordantes e incrementar el número de casos con esta infección. Hasta el momento, las actividades de prevención se han dirigido mayormente hacia personas que se supone no están infectadas, no obstante, se requiere también de un trabajo intenso de prevención secundaria, que incluya explícitamente el abordaje de la sexualidad en todas sus dimensiones.²

“Relación entre Conocimientos sobre Salud Sexual y las Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes de Secundaria I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat Lima 2010”, Rocío Yolanda Rojas Laurente

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa Ntra. Sra. de Montserrat. El presente estudio es de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal; la población estuvo conformada por 152 adolescentes; se utilizó un cuestionario auto administrado validado por juicio de expertos. Las conclusiones a las que se llegó fueron: Estadísticamente no existe relación entre los conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo consideramos importante destacar algunos

puntos críticos en los conocimientos y en las conductas: como la diferencia entre libertad sexual y libertinaje. Entre las principales conductas de riesgo se evidenció: inicio precoz de relaciones sexuales, no uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales sin planificación.³

“Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la I.E. José Granda S.M.P., 2010” Delgado de la Cruz, Amada Leslie

Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes del 5to año de secundaria sobre su sexualidad y la manifestación de sus impulsos sexuales. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por estudiantes del 5° año de secundaria; seleccionándose una población de 162 adolescentes. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario y la escala de Lickert modificada. Las conclusiones a las que se llegaron fueron entre otras: —Los conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes son de nivel medio, relacionado a que desconocen las prácticas sexuales riesgosas y la manifestación de sus impulsos sexuales se encuentra presente mediante besos, caricias y relaciones cóitales, que traen como consecuencia los embarazos precoces y no deseados, abortos, ITS y otrosll.⁴

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1 La Percepción en el adolescente:

La creciente presencia en los medios de comunicación de noticias de adolescentes relacionadas con episodios violentos, vandálicos o de cualquier otro tipo de comportamiento antisocial resulta en un constante cuestionamiento acerca de los patrones educativos que desde la escuela y la familia se están utilizando para promover la

maduración, la educación y el completo desarrollo evolutivo en los jóvenes de la sociedad actual. Y sin embargo, ¿es tan cuestionable el comportamiento y actitud con la que los adolescentes actuales afrontan su vida en sociedad? ¿Están los patrones y estilos educativos de los padres y profesores tan alejados de las necesidades reales de los jóvenes actuales?

Palacios y Oliva (1999) mencionan como ya desde la filosofía griega se definía a la adolescencia como una etapa de indisciplina, de cuestionamiento a lo externo y de búsqueda de su lugar en la sociedad. Definiciones provenientes desde la antigüedad la han delimitado como una etapa de –excitabilidad excesiva (Platón, en Saavedra, 2004), con un –carácter irascible y apasionado (Aristóteles, en Saavedra, 2004), que –gusta del lujo y es mal educado (Sócrates, en Baró y Vilaseca, 2009) y que es –insostenible, desenfrenada y horrible (Hesíodo, en Baró y Vilaseca, 2009). Estas alusiones a la adolescencia podrían situarse en el denominado movimiento literario alemán –*Sturm und Drang* (tormenta y drama), donde se sitúan los teóricos (como Stanley Hall y Sigmund Freud y sus seguidores psicoanalistas) que defienden la adolescencia como un período crítico y conflictivo siguiendo la imagen aportada por Goethe (2007) en su obra de 1774 –*Las desventuras del joven Werther* (Palacios, Marchesi y Coll, 1999 y Saavedra, 2004).

Y, sin embargo, la adolescencia es un concepto mucho más extenso donde el crecimiento y el desarrollo evolutivo todavía no están completos. Rousseau (Saavedra, 2004) la define como –un período de desorden previo al nuevo orden y Erickson (2004), en esta misma línea, alude a ella como –un estadio de moratoria psicológica en la cual se van experimentando simultáneamente pautas de conducta infantiles y adultas.

Autores situados en el extremo opuesto y que abogan por una continuidad en el comportamiento y actitudes de los adolescentes con respecto a etapas infantiles, describen la adolescencia como una transición relativamente fácil, sin problemas ni conflictos aparentemente graves. Esta antítesis del movimiento anterior, refleja sin embargo un extremo y desdramatización que puede resultar excesivo e incluso derivar en posturas de permisividad o cierta indiferencia en los estilos educativos de padres y profesores.

Y como en cualquier aspecto existe un punto intermedio o de equilibrio, el considerar la adolescencia como una etapa que el adolescente vive de manera activa y no que simplemente experimenta de forma pasiva (Grosser Guillén, 2006) dota de un realismo y una actitud en los adultos que facilita el acercamiento y el acompañamiento en el crecimiento, madurez y desarrollo físico, mental, emocional y trascendental de los adolescentes.

Siguiendo a Piaget (Palacios, Marchesi y Coll, 1999) y su descripción sobre la etapa de -operaciones formalesl en la cual se encuentra el adolescente, el período de -desatelerizaciónl o emancipación mencionado por Ausubel (1954) y el -estado de moratorio o de crisis de identidad en el cual Marcia (Palacios, Marchesi y Coll, 1999) enmarca la adolescencia, se sitúan ejemplos concretos que justifican y razonan los cambios que los jóvenes viven durante esta etapa. Otros muchos aspectos como la influencia de los iguales y el despertar de la sexualidad constituyen motivaciones diferentes y cambios necesarios en la forma de pensar, sentir y comportarse de los adolescentes. La falta de conocimiento y comprensión de estos aspectos puede constituir un elemento generador de diferencias, prejuicios y conflictos innecesarios en el contexto familiar y/o escolar.

Percepción de los varones adolescentes sobre la paternidad:

La sexualidad humana es el resultado de una compleja conjunción de factores sociales, culturales, históricos y políticos que forman la identidad sexual de las personas; es decir, es un fenómeno complejo y cambiante con una diversidad de prácticas y significados en distintos grupos humanos (Rodríguez, Amuchástegui, Rivas y Bronfman, 1994; Szasz, 1998). De acuerdo con diversos autores, en las diferentes culturas se producen categorías, esquemas y etiquetas que dan sentido a las experiencias subjetivas y colectivas de la sexualidad, construyendo identidades, ideologías y normas diversas (Vance, 1991; Caplan, 1987 citados en Szasz, 1998; Weeks, 1998), entre las que destacan las de género. La existencia de un modelo hegemónico (estereotipado) de masculinidad, es una de las fuerzas que moldean las percepciones de la sexualidad de los varones (Seidler, 2000). El predominio de esta visión ha llevado a una significativa cantidad de hombres a creer que su constitución –natural o biológica se encuentra únicamente diseñada para la procreación. Al equiparar su sexualidad con un instinto, éstos llegan a creer que sus –impulsos sexuales son una fuerza incontrolable; de ahí que, para muchos hombres, la conducta sexual se base solamente en su voluntad de satisfacer su deseo, con escasa preocupación por la responsabilidad o las consecuencias de sus actos (Barker, 1998; Olavaria y Valdés, 1998). Estos estrictos roles de género son internalizados y los hombres aprenden desde la infancia, a desembarazarse de las cualidades que llegan a identificar como femeninas: pasividad, debilidad, enfermedad, dependencia y sensibilidad y aprenden a identificarse con una ausencia de necesidades emocionales (Barker, 1998; Olavaria y Valdés, 1998; Seidler, 2000), y aunque cuando los niños al jugar exhiben un deseo y una capacidad de cuidar y proteger, esto desaparece durante su socialización en un mundo en que el modelo dominante de

masculinidad hace hincapié en el poder, la autonomía, la fuerza, la racionalidad y las emociones reprimidas.

En las culturas tradicionales, el padre debe ser quien provee y cubre las necesidades materiales de la familia pues, de acuerdo con Seidler (2000), es de hecho en el trabajo donde supuestamente se construye la identidad masculina. Fracasar o ser incapaz de ser la principal fuente del sustento para la misma, puede interpretarse como una pérdida de la masculinidad, y generar violencia y/o abandono, como una expresión de la frustración por no estar a la altura de las expectativas en él puestas. Además, si son la principal fuente de sustento financiero, los padres disponen de un enorme poder sobre los hijos y la toma de decisiones en la familia, características que pueden ser interpretadas como los componentes más importantes (que no los únicos) de la masculinidad (Asdar, 1999). Otro elemento importante asociado a la masculinidad es la paternidad, pues el padre se caracteriza por satisfacer las necesidades económicas, por ser autoritario, una persona fuerte, racional. Esta definición se edifica en contraste a un paradigma paralelo y complementario de la maternidad: las madres brindan sustento emotivo, escuchan comprensivamente, son seres suaves, cariñosos, irracionales. Por todo esto, entre los varones adolescentes se observa que la amenaza de la responsabilidad financiera sigue siendo un factor prominente (si no el único), para decidir si emplear o no métodos anticonceptivos. Es necesario hacer notar que asociado al modelo hegemónico de masculinidad se observa la existencia de una –doble moral– respecto a la anticoncepción que corresponde a la percepción de la existencia de dos –clases– de mujer: la que es –fácil– y se asocia al placer, y la otra que se asocia al matrimonio y la maternidad. Se ha observado que los hombres que mantienen relaciones sexuales casuales, frecuentemente no tratan de protegerse contra el embarazo, porque

no respetan a la mujer ni la consideran como una posible madre (aunque ocasionalmente utilicen condones con tales mujeres para protegerse de infecciones transmitidas sexualmente). Como consecuencia de esto, a menudo los hombres no asumen ninguna responsabilidad por hijos que son fruto de relaciones casuales, aunque puede que se jacten de la existencia de los mismos como prueba de su —masculinidad—. Con las mujeres a las cuales ven como posibles esposas y/o madres, los hombres suelen asumir más responsabilidad por la anticoncepción y la decisión de procrear (IPPF/RHO y AVSC International, 1998). Las características adjudicadas socialmente a los géneros producen estereotipos que indican cómo deben y tienen que ser las mujeres y los varones. Un estereotipo se entiende como —un conjunto de creencias compartidas sobre las características personales, generalmente rasgos de personalidad, pero también los comportamientos propios de un grupo de personas— (Leyens, Yzerbyt y Shadron, 1994: 114). Podemos considerar la creencia de que la salud es un asunto del que solo las mujeres deben preocuparse en las relaciones heterosexuales como un producto de los estereotipos sobre la masculinidad, pues la responsabilidad de asuntos de salud sexual y reproductiva muy frecuentemente se delega a las mujeres. Así, aunque muchos hombres expresan un deseo de evitar el embarazo, descargan la responsabilidad de la anticoncepción en sus parejas, posiblemente debido a que existe una mayor disposición de métodos para la mujer, o por el hecho de que, a fin de cuentas, la mujer es la que resulta embarazada (Marsiglio, 1993). En México, una cantidad importante de los estudios sobre los varones, han sido realizados ante la contingencia de haber embarazado a una chica, o bien cuando estos se han convertido ya en padres, y aún no se sabe mucho sobre sus características tanto personales como familiares y tampoco se ha explorado suficiente

todavía su participación en las prácticas anticonceptivas (Atkin, Ehrenfeld y Pick, 1995). Asimismo, la mayoría de los programas de intervención social que involucran algún aspecto referente a la masculinidad, se han enfocado hacia un cambio conductual (o actitudinal), sin lograr grandes avances (IPPF/RHO y AVSCInternational, 1998). En otros países sí se han explorado directamente las actitudes que tienen los jóvenes adolescentes hacia un embarazo no planeado, y hacia la anticoncepción, y se han obtenido hallazgos interesantes. Por ejemplo, Marsiglio (1993) al analizar la Encuesta Nacional de Adolescentes Varones (NSAM, por sus siglas en inglés) aplicada a 1880 jóvenes entre 15 y 19 años, encontró que, para aquellos provenientes de un estrato socioeconómico bajo veían a la paternidad como una fuente de autoestima, pues tener un hijo en esa edad los hacía sentir como —hombres verdaderosll, y por lo tanto eran más proclives a embarazar a una joven. Para arribar a la conclusión de que la paternidad realza la masculinidad, se exploraron aspectos tales como la conciencia y la responsabilidad de los jóvenes en relación con la procreación, así como su calidad de vida y sus actitudes hacia los roles de género (tradicionales o no), entre otros elementos. Hay que enfatizar la importancia de este tipo de investigaciones en nuestro país, debido a que según los datos del último censo, a nivel nacional se observa que 12.24% de la población femenina entre los 12 y los 19 años tiene uno o más hijos (INEGI, 2000), lo que significa que casi una de cada ocho adolescentes ya se encuentra en la dinámica de hacerse cargo de una nueva vida aun cuando no han concluido su desarrollo psicosocial. Este fenómeno es mayor (15.63%) en el caso de las localidades menores a 2,500 habitantes, y, sin embargo, no se erradica en aquellas ciudades mayores a los cien mil habitantes donde alcanza todavía el 10.31%; es decir, aun cuando se tenga acceso a mayor información sobre métodos de anticoncepción y

servicios de salud reproductiva, alrededor de una de cada diez adolescentes se embaraza, con las consecuencias de tal situación. Este fenómeno muestra su importancia al considerar que el grupo de edad analizado representa casi la cuarta parte de la población femenina total, lo que en términos netos implica que la quinta parte de todos los niños nacidos vivos en el país son hijos de mujeres adolescentes (INEGI, 2000). Ciertamente existe una gran variedad de estudios sobre maternidad y embarazo en mujeres, pero hemos querido mostrar cómo la literatura para el caso de los varones es bastante escasa; es decir, aun cuando los investigadores pueden reconocer que hacen falta dos para generar un embarazo, la corriente principal de estudio sobre el área se ha centrado en las mujeres. Nos parece necesario entonces explorar el lado masculino sin reducir sus conductas, valores, hábitos o normas a reflejos mecánicos, sin una lógica propia. La búsqueda de esta lógica inherente es en donde se inscribe nuestro estudio. En este trabajo presentamos una primera aproximación a las creencias que tienen los adolescente sobre la paternidad a su edad, y cómo éstas son un fuerte cimiento para los estereotipos de masculinidad (estereotipos como son el machismo o la percepción del hombre como sustento financiero del hogar). Es importante no tratar de sobre imponer criterios a partir de lo estudiado en el caso de la investigación con mujeres, o con distintos grupos de edad, por lo que señalamos la importancia de loémico en este estudio (Díaz-Loving, 1993). La comprensión de este fenómeno, apunta a incrementar nuestro entendimiento sobre las motivaciones de los varones, para así fortalecer la prestación de aquellos servicios intencionados a mejorar la salud sexual y reproductiva de estos, servicios que se han visto impedidos para lograr un cambio significativo hacia los estilos de comportamiento sexuales deseados en dichos programas (Protocolo, 2000), y a la vez nutrir la equidad de género en nuestra sociedad.

2.2.2 Conductas de Riesgo:

Un primer tema a explorar es cómo definir una conducta de riesgo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es una –forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente (OMS 1988: 29). En otras palabras, se trata de una definición principalmente basada en un enfoque biomédico. En contraste, los enfoques planteados desde la psicología social comprenden aspectos más amplios de los factores determinantes y de las consecuencias (Jessor 1991). Al asumir esta concepción, la condición de riesgo se liga no solo a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo; por ejemplo, el incremento del consumo de alcohol podría crear sentimientos de culpa y causar un menor rendimiento escolar. Este enfoque supone además complejizar el análisis, pues muchos adolescentes incurren en conductas de riesgo y obtienen consecuencias positivas —al menos a corto plazo, como lograr la aceptación de sus pares—, conociendo o no sus potenciales consecuencias negativas a mediano o largo plazo.

2.2.3 Conductas de Riesgo Sexual en el Adolescente:

La sexualidad forma parte de todo ciclo vital, pero en cada momento evolutivo presenta unas características diferenciales. Esto es particularmente notorio en la adolescencia. En la evolución sexual del adolescente van a entrar en juego factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras están sometidos a la

presión ejercida por su grupo de iguales, a situarse en el mundo como chico o chica y/o a las reacciones de los padres ante su evolución sexual. En concordancia es un tema cuya investigación ha ido incrementándose, siendo a partir de los 90 donde se refleja un mayor auge, ligado por una parte al estudio de las actitudes y los hábitos sexuales, de cara a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados (END), programas educativos.

En la actualidad, los estudios parecen coincidir en que la actividad sexual en chicos y chicas se tiende a igualar, dándose una androgenización del comportamiento (López, 2004). Por ejemplo, los estudios previos a los años 2000 suelen referir que los chicos, en general, comienzan las relaciones más precozmente, tienen más parejas sexuales y la duración de las mismas es menor, suelen mantener más relaciones con parejas ocasionales, y un mayor número de conductas de riesgo (Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá y Ferrer, 2006). Pero parece que en los últimos años se están produciendo importantes cambios en los roles sexuales, asumiéndose en general que las chicas se aproximan más al estereotipo de comportamiento sexual masculino, particularmente en contextos socioeconómicos y educativos igualitarios. Un ejemplo de estos cambios, es la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales que se sitúa entre los 15 y los 19 años (ONU sida, 2008). El informe Durex (2006) señala la tendencia a iniciarse a edades cada vez más tempranas, y con escasa diferencia entre sexos, con una media mundial en 17, 3 años, casi medio año antes que en la edición anterior. En Europa, son más precoces con medias de 15,6 años, mientras en Asia son más tardíos con medias de 19 años. También están cambiando las relaciones sexuales en cuanto a quién toma la iniciativa sexual. Hasta hace unos años el chico era el que la tomaba, pero en los estudios recientes se ve como cada vez son más las

chicas que toman la iniciativa. Al hablar de conducta sexual, definida ésta como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Así, se considera la conducta sexual de riesgo como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado. Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas (incluida alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas.

El inicio precoz de las relaciones sexuales parece estar relacionado directamente con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. De hecho, en países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en adolescentes ocurren los 6 primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales. La causa que subyace es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección.

Algunos autores han establecido como variables predictoras para no usar el preservativo las falsas creencias sobre la sensibilidad en las relaciones, la falta de conocimientos por la juventud, el haber tenido pocas relaciones y éstas no haber sido planificadas, y/o el tener una pareja estable y sentirse menos vulnerable .

Existen diferencias sutiles en cuanto a sexo, para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los chicos cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por presión de los iguales, lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de

sensaciones sexuales, a través de comportamientos sexuales novedosos y estimulantes que impliquen un riesgo mínimo.. De otra parte, si bien es posible que sean ellos quienes realicen un mayor número de conductas de riesgo, las consecuencias de estas parecen sufrirlas más la mujeres; así se ha incrementado el número de abortos en adolescentes y el número de mujeres infectadas por VIH.

Dado que la conducta sexual no parece fácil de cambiar al asentar sus raíces en los estilos de vida y la identidad personal, deberemos tratar de instaurar estilos de vida saludables en el ámbito de la sexualidad, antes de que los patrones de conducta sexual se hayan establecido, dentro del paradigma biopsicosocial de salud. Para ello deberemos conocer los comportamientos sexuales de los jóvenes e identificar aquellas variables con las que explicar la conducta sexual de estos, variables que permitan optimizar los recursos preventivos encaminados a instaurar conductas que no impliquen riesgo para la salud de los sujetos. Sería pues este el objeto de nuestro estudio, una aproximación a las variables que pueden estar influyendo en el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes y a la posible diferencia de sexos.

Acceso más temprano a la actividad sexual:

No lo planifican ni lo desean por completo. La mayoría de adolescentes peruanos que ya inició su vida sexual, lo hizo de forma inesperada. Así lo revela el estudio —Estilos de vida de los adolescentes peruanosII (Universidad de Piura, Universidad de Navarra, Intermedia Consulting, 2010).

El 19,5% de los adolescentes con edades entre 13 y 18 años declaran haber tenido relaciones sexuales alguna vez. De este

grupo, el 26,7% confirmó no haber estado totalmente de acuerdo, y menos de la mitad usó un preservativo.

Las principales razones para la iniciación de la vida sexual confirman, según los investigadores, la naturaleza imprevista de la experiencia: —sentir un impulso físico —dejarme llevarll, —curiosidadll.

Tener la primera relación sexual por amor fue el motivo más importante sólo para el 15,4 % de los varones y el 36% de las mujeres. Asimismo, se observan causas vinculadas a la presión y estímulos del entorno (principalmente en varones), que deben ser advertidas por padres y educadores: —no querer ser diferente, —consecuencia de imágenesll, —pensar que mi pareja me dejaríall, —no saber decir noll, —haber consumido drogas o alcoholll. Quienes no usaron un preservativo (48,5%) lo hicieron principalmente porque la relación sexual fue inesperada, y no por carecer de información o porque le resultó difícil obtener uno.

Embarazos no planificados:

Desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado. Para muchas, el embarazo no planeado es una experiencia negativa para nuestra salud y nuestra vida emocional y social, que nos marca para siempre.

Ello nos impide salir del ciclo de pobreza y afecta nuestros derechos para lograr un mejor futuro. Según el Plan Multisectorial propuesto para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Perú.

13% de las mujeres entre los 15 y 19 años han estado embarazadas. Entre los hombres de la misma edad menos del 1% son padres.

Entre las más pobres, 26% han estado embarazadas; entre las menos pobres, 3% son más vulnerables a quedar embarazadas

tienen poca educación, si viven en el área rural, urbano - marginal o en la selva.

1 de cada 5 DE las mujeres en el área rural han estado embarazadas entre los 15 Y 19 años.

38% de las adolescentes en el área rural que hablan lenguas nativas, han estado embarazadas.

7 de cada 100 muertes por causas maternason madres de 17 años o menos.

De las mujeres entre 15 Y 19 años han estado embarazadas, solo 32% querían el embarazo en ese momento.

53% de los hombres adolescentes no unidos y sexualmente activos usan condón.

Experiencias traumáticas en las primeras relaciones amorosas de los jóvenes:

Que pueden comprometer la futura salud afectivo-sexual de los adolescentes.

VIH/SIDA:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Vías de Transmisión:

Las vías de transmisión del VIH son:

- Vía sexual: A través de relaciones sexuales penetrativas sin preservativo (condón) con una persona portadora del virus del VIH.
- Vía sanguínea: Por compartir jeringas durante el consumo de drogas intravenosas y/o a través de transfusiones de sangre.
- Vía vertical: De madre a hijo, durante el embarazo principalmente durante el paso a través del canal del parto, o por vía transplacentaria durante la gestación, o durante la lactancia, causando la enfermedad en el niño.
- Accidente laboral biológico: Contagio de trabajadores de la salud por el contacto con material corto punzante de pacientes infectados.

Promoción y Prevención del VIH/SIDA:

Vía Sexual:

Uso adecuado de métodos de barrera, como los condones de látex u otro material apropiado, en cada contacto sexual.

- Promover la actividad sexual con parejas estables.
- La ausencia de actividad sexual (abstinencia).

Vía Vertical:

- Ofrecimiento de la prueba voluntaria para el VIH a todas las mujeres en la primera visita de control prenatal.
- Evitar embarazos indeseados en las mujeres que están infectadas con el VIH.
- El tratamiento adecuado con antirretrovirales de toda mujer embarazada portadora del VIH.
- Sustitución de la lactancia materna por leche maternizada.

La primera teorista de la cual podemos adoptar herramientas para brindar una atención integral a los pacientes con VIH/SIDA es

- **Dorotea Orem** en su teoría del autocuidado señala el autocuidado, como concepto básico de ésta teoría, es una actividad aprendida por todos los individuos durante la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo.²⁵ La teoría del autocuidado que desarrolló Orem se puede aplicar a los pacientes con VIH/SIDA en el sentido de que estos, sea por su estado de inmunosupresión, alteración emocional, superación de las etapas del duelo, descuidan su cuidado personal y de este modo declina su condición.

Orem propone entonces que las enfermeras por su situación de cuidadoras deben velar porque estas personas no se descuiden así mismas y en el caso de que no puedan brindarse un cuidado eficaz, propender por una atención oportuna y eficiente por parte del personal de salud; además de cumplir con los requisitos de autocuidado que ella determina, con el fin de mejorar la calidad de vida, estos son:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de saludables.

La segunda teorista de la cual podemos adoptar herramientas para brindar una atención integral a los pacientes con VIH/SIDA es Callista Roy. Desarrolló el modelo de la adaptación. El modelo de Roy propone cuatro áreas del ser humano o aspectos de la vida, que deben ser superadas para lograr una adaptación eficaz a una situación o enfermedad:

- Las necesidades fisiológicas básicas: Comprende todos los aspectos fundamentales para vivir: como la circulación y el oxígeno.
- La autoimagen: es la percepción de uno mismo que debe responder a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel: cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación.
- Interdependencia: La autoimagen y el dominio del rol de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, creando así relaciones de interdependencia. ⁽²⁸⁾

El modelo de Roy se puede analizar desde el punto de vista del VIH/SIDA, debido a que las cuatro áreas mencionadas se alteran al inicio del proceso de la enfermedad, por lo cual deben ser intervenidas y superadas por las PVVS con el apoyo del profesional de enfermería y su familia, con el propósito de lograr una adaptación positiva a ese nuevo aspecto de la vida, además de un manejo integral de su enfermedad. Lo anterior se refleja en las siguientes situaciones

- En cuanto a las necesidades fisiológicas básicas la primera de las áreas que propone Roy, se puede inferir que una persona que es diagnosticada con VIH, sufre una alteración con lo relacionado a su alimentación, eliminación, sueño, actividad física y demás actividades, que deben ser ajustadas a sus nuevas necesidades y requerimientos de la infección.
- La segunda área, la autoimagen también se puede ver muy afectada en estos pacientes debido al estigma y la discriminación existente en la sociedad, otro aspecto son todos los cambios físicos que se presentan secundarios a la terapia antirretroviral por ello, estos pacientes dejan de percibirse como personas sanas y además, por ignorancia de la sociedad, son en muchas ocasiones rechazados y relegados.
- El dominio de un rol o papel es la tercera área, que puede verse alterada también, debido a que la persona ha adquirido socialmente un rol de padre, madre, hijo, trabajador, entre otros, que de una u otra forma se van a ver relegados por el nuevo rol de PVVS, además durante el proceso de duelo y su esperada aceptación, estas personas abandonan algunos de estos roles por auto estigmatización y/o auto discriminación, aquí es donde juega un papel importante el profesional de Enfermería, brindando educación y apoyo para que puedan seguir cumpliendo con sus demás roles.⁽²⁸⁾
- La última área de Interdependencia, debería estar fortalecida, ya que sus relaciones con el entorno, familiares y redes de apoyo son de gran importancia en el proceso de aprender a vivir con VIH, sin embargo en la mayoría de los casos estas relaciones no están tan fuertes como deberían estar, por lo cual la persona podría sentirse desprotegida en este aspecto y hasta rechazada. La tercera teórica

de la cual podemos adoptar herramientas para brindar una atención integral a los pacientes con VIH/SIDA es:

- **Nola Pender**, ella ha revolucionado los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de su investigación, su docencia, sus comunicaciones y sus escritos, además desde los 7 años se comprometió con la profesión de enfermería; éste deseo de proporcionar cuidados a los demás evolucionó a través de su experiencia y de su formación hacia la creencia de que el objetivo de la enfermería era el de ayudar a las personas a cuidar de sí mismas.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS:

-Adolescencia: Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

-Características de la Adolescencia:

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el Benei Mitzvá, que se celebra a los 12 años para las niñas y 13 años para los niños (12 Años para los niños ortodoxos).⁷ Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años.⁸ Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años.⁹ Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la

adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo etc.

-Etapas de la Adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año.⁵ La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.⁶ Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

-Cambios físicos en la Adolescencia:

El tamaño más evidente se refiere al tamaño y forma del cuerpo y también al desarrollo de los órganos reproductivos, pero además de eso hay muchos cambios menos visibles, por lo que el proceso de desarrollo físico es bastante

complejo. Los cambios en el crecimiento no contribuyen los únicos fenómenos que se producen en la adolescencia, sin embargo resultan más llamativos a primera vista, porque son más evidentes. Además están más estrechamente relacionados con los cambios sociales, pues son los que van a posibilitar que los jóvenes se inserten en la sociedad adulta.

-Aspectos Psicológicos:

La adolescencia es un tiempo formativo durante el cual se abren caminos y buscan lugar como ciudadanos con cambios en su propia vida y de la sociedad a la que pertenece. A medida que maduran física y socialmente van moldeando sus valores, creencias, identidad y comprensión del lugar que ocupan.

-Percepción: Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

-Conducta:

La conducta es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Caminar, hablar, manejar, correr, gesticular, limpiar, relacionarse con los demás, es lo que se denomina conducta evidente por ser externamente observables. Las actitudes corporales, los gestos, la acción y el lenguaje son las cuatro formas de conducta que ostentan los seres humanos.

2.4. VARIABLES:

2.4.1 Definición conceptual de la variable:

Percepción:

Conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Esta definición presenta dos partes bien diferenciadas referidas respectivamente:

- El tipo de información obtenida.
- La forma en que se consigue.

La definición que seleccionamos parte de la existencia del aprendizaje, y considera la percepción como un proceso de tres frases. Así pues, la percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es resultado de un proceso de selección, interpretación y correcciones de sensaciones.⁹

2.4.2. Operacionalización de la variable:

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
"Percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgo sexuales y VIH"	Características personales.	-Edad	¿Qué edad tienes?
		-Sexo	-¿Qué edad tuviste en tu primera relación sexual?
		-Sección	-¿Qué edad tenía la persona con la que tuviste relaciones sexuales?
		-Interés.	¿Sexo?
		-Monogamia	¿De qué sección eres?
		-Prevención.	¿Qué buscas en una relación de pareja?
			¿Cuántos compañeros sexuales has tenido?
			¿Con cuántas parejas haz tenido relaciones en los últimos 3 meses?
			¿Sueles utilizar preservativos en todas tus relaciones sexuales?
			¿Sabes cuáles son los métodos de barrera?
			-¿El condón debe colocarse antes de la penetración?
			-¿Un condón se puede utilizar varias veces?
			¿Utilizas algún método de planificación sexual?
			¿Tomas alcohol o usaste alguna droga antes de la relación sexual?
	Ambiente Familiar	-Familia	¿Has hablado de estos temas con alguien de tu familia?
			-¿Con quién sueles hablar de estos temas a menudo?
	Ambiente Social.	-Sociedad	-¿De quién recibes o escuchas información sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH?
			-¿Si un profesor es portador de VIH, consideras que debería seguir enseñando?
			-¿Piensas que el hombre debe llevar la iniciativa a la hora de utilizar condón?

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NI NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Según el enfoque, cuantitativo, según Hernández Sampieri señala que los trabajos cuantitativos se basan en una observación y evaluación de fenómenos, se establecen ideas a consecuencia de la observación, se tiene que demostrar el grado de las ideas con fundamento.

Según el alcance, descriptiva, según Sabino señala que la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo de población! Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variable), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

Según el uso del instrumento, transversal, Según Hernández Sampieri, recolectan datos en solo momento en su tiempo único, describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado.

Según la intervención, No experimental, según Hernández, Fernández y Baptista señala que la investigación se realiza sin manipular deliberadamente

variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La Institución Educativa Superior Particular Nuestra señora de Monserrat, se encuentra en el distrito de Carabayllo (sede central), que cuenta con un total de 1100 alumnos en total. Cuenta con una gran infraestructura moderna y de alta calidad para la innovación y el agrado de todo el alumnado para el estudio.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

El grupo de estudio estará conformado por todos los adolescentes (120) del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de Monserrat, en el periodo de Junio – Agosto, 2014.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para llevar a cabo la recolección de datos, se solicitó el permiso correspondiente con el director de la Institución Educativa en el turno matutino y después se pasó con los grupos del 5to año de secundaria. Se les explicó que la encuesta era anónima, en qué consistía la investigación y posteriormente se les invitó a participar en el estudio, se les hizo entrega del consentimiento informador ya que son menores de edad.

Posteriormente se trabajó con cada aula en un lapso de tiempo determinado para trabajar con las encuestas. Dicha encuesta fue elaborada considerando datos demográficos como edad, sexo, inicio de vida sexual.

El grupo focal se trabajó de la siguiente manera: se colocó a los alumnos en sus respectivos asientos y se les entregó dicha entrevista y un tiempo determinado para poder rellenarla.

Una vez terminada la dinámica de trabajo, se agradeció el apoyo a los jóvenes y se les invitó a plantear dudas o inquietudes.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

El instrumento se someterá a juicios de expertos y se solicitará a 8 profesionales que emitan opinión y tomar en cuenta las observaciones para la formulación de algunos ítems.

Se realiza la prueba piloto estadística de alfa de Crombach para poder medir el nivel de verosimilitud de los resultados sobre la variable de estudio.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

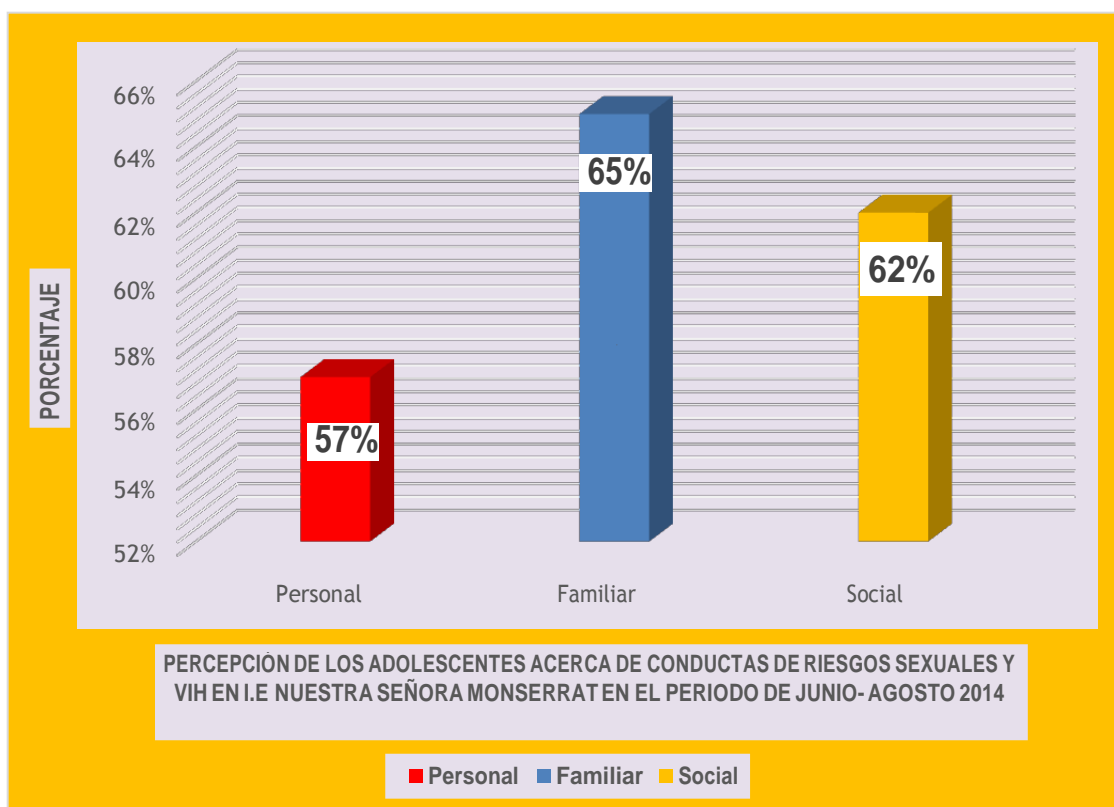
El instrumento se utiliza para la calidad de datos que es de tipo cerrada y de selección múltiple. Considerando los siguientes dimensiones que abarcan las dimensiones de la variable.

DIMENSION	Nº
Características Personales	4
Ambiente Familiar	10
Ambiente Social	20

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DE CONDUCTAS DE RIESGOS SEXUALES Y VIH EN I.E NUESTRA SEÑORA MONSERRAT EN EL PERIODO DE JUNIO- AGOSTO 2014



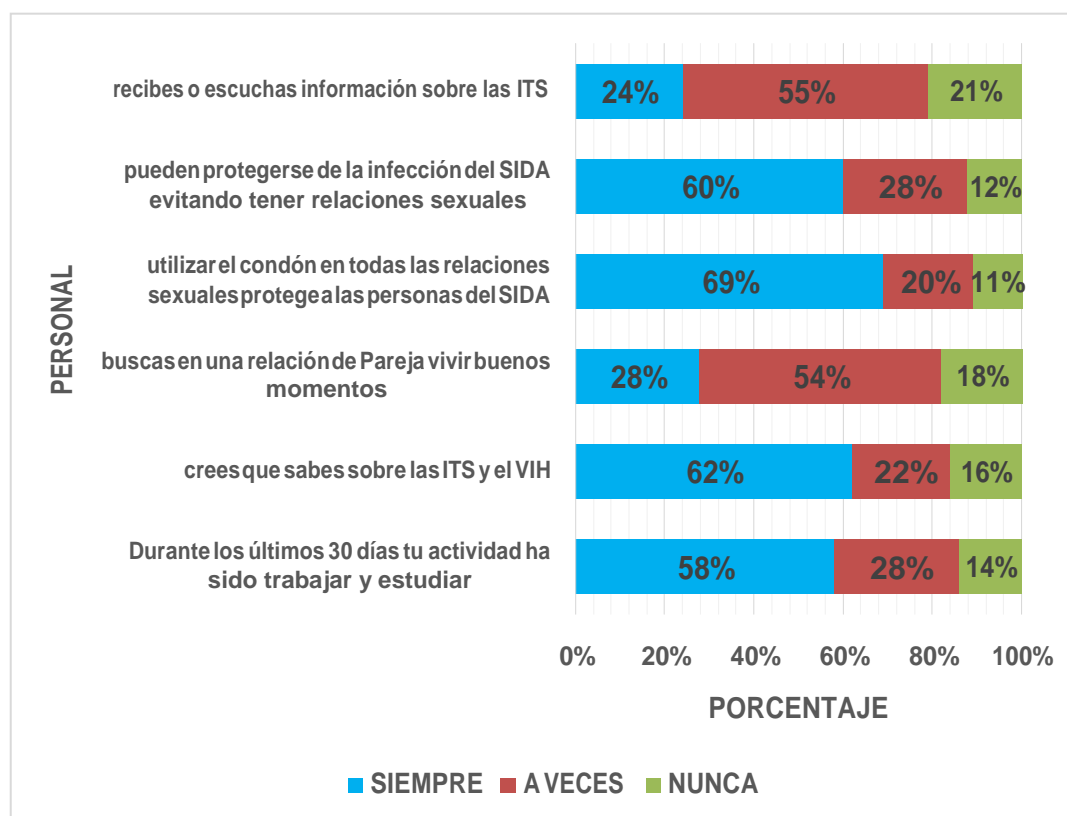
INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 1:

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, es en la dimensión Familiar de mayor porcentaje con un 65%, seguido de la dimensión social con un 62% y la dimensión Personal con un 57%. utilizar el condón en todas las relaciones sexuales, protege a las personas del VIH 69%, creen que se aben del ITS y del VIH 62%, pueden protegerse de la infección del SIDA evitando tener relaciones sexuales 60%, piensan que si una mujer lleva preservativos en el bolso

es una persona promiscua que siempre está buscando relaciones 60%, piensan que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón 58%, a veces, alguien los obligó alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querían 62%, han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las bebidas alcohólicas 58%, alguna vez haz usado drogas 58%.

GRAFICA 2

PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DE CONDUCTAS DE RIESGOS SEXUALES Y VIH EN I.E NUESTRA SEÑORA MONSERRAT EN EL PERIODO DE JUNIO- AGOSTO 2014, EN LA DIMENSIÓN PERSONAL

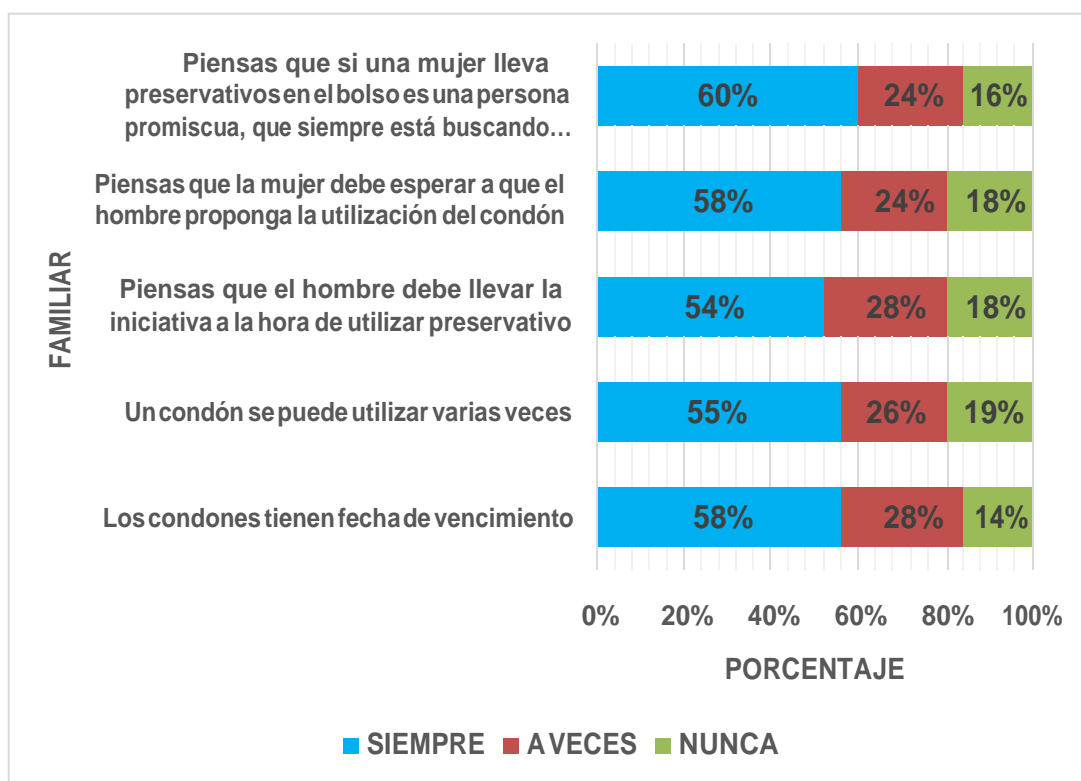


INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 2:

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, en la dimensión personal, utilizar el condón en todas las relaciones sexuales, protege a las personas del VIH 69%, creen que saben del ITS y del VIH 62%, pueden protegerse de la infección del SIDA evitando tener relaciones sexuales 60%, a veces reciben escuchan y reciben información del SIDA 55%, a veces busca en una relación de pareja para vivir buenos momentos 54%.

GRAFICA 3

PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DE CONDUCTAS DE RIESGOS SEXUALES Y VIH EN I.E NUESTRA SEÑORA MONSERRAT EN EL PERIODO DE JUNIO- AGOSTO 2014, EN LA DIMENSIÓN FAMILIAR

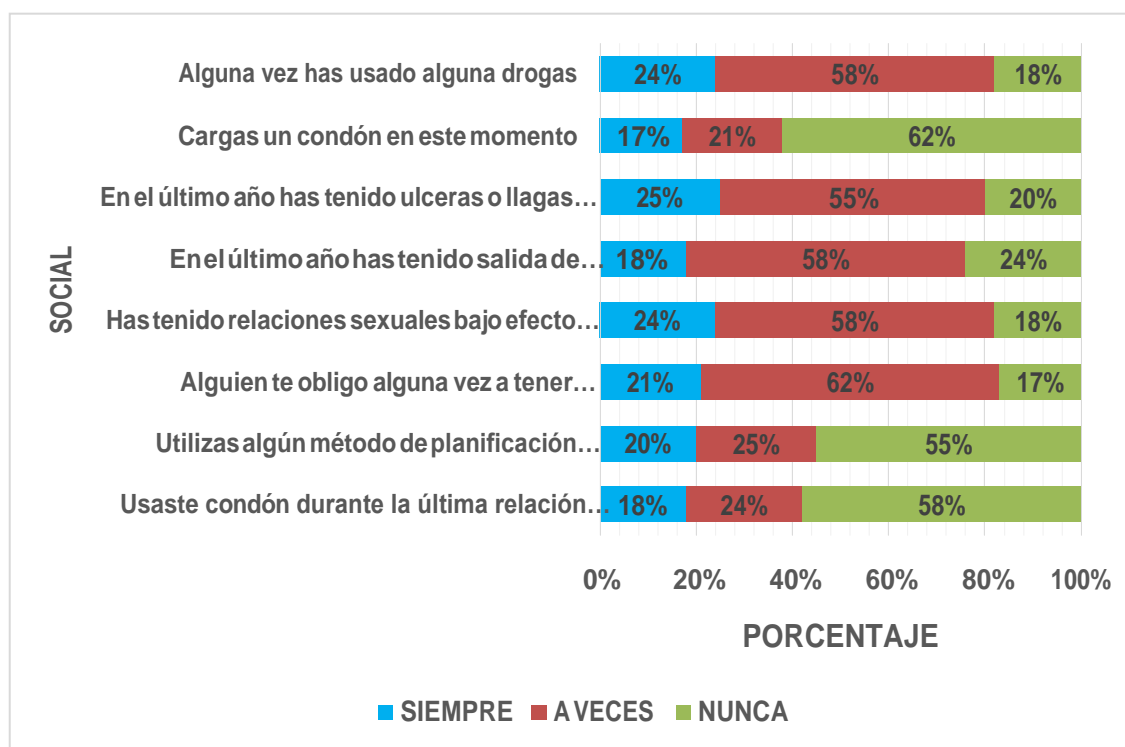


INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 3:

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, en la dimensión familiar, piensan que si una mujer lleva preservativos en el bolso es una persona promiscua que siempre está buscando relaciones 60%, piensan que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón 58%, los condones tienen fecha de vencimiento 58%, un condón se puede utilizar varias veces 55%, piensan que el hombre debe llevar la iniciativa a la hora de utilizar el preservativo 54%.

GRAFICA 4

PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DE CONDUCTAS DE RIESGOS SEXUALES Y VIH EN I.E NUESTRA SEÑORA MONSERRAT EN EL PERIODO DE JUNIO- AGOSTO 2014, EN LA DIMENSIÓN SOCIAL



INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 4:

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, en la dimensión social, a veces, alguien los obligó alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querían 62%, han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las bebidas alcohólicas 58%, alguna vez haz usado drogas 58%, el último año han tenido salida de materia o pus del pene o vagina 58%, en el último año han tenido llagas o heridas en el pene o vagina 55%, nunca carga un condón en este momento 62%, nunca uso condón en la última relación sexual 58% y nunca utiliza un método de planificación familiar 55%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, es en la dimensión Familiar de mayor porcentaje con un 65%, seguido de la dimensión social con un 62% y la dimensión Personal con un 57%. utilizar el condón en todas las relaciones sexuales, protege a las personas del VIH 69%, creen que saben del ITS y del VIH 62%, pueden protegerse de la infección del SIDA evitando tener relaciones sexuales 60%, piensan que si una mujer lleva preservativos en el bolso es una persona promiscua que siempre está buscando relaciones 60%, piensan que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón 58%, a veces, alguien los obligó alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querían 62%, han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las bebidas alcohólicas 58%, alguna vez haz usado drogas 58%. Coincidiendo con Risueño y otros (2012) Se identificaron las vías más usuales por las que reciben información, el grado de conocimiento acerca de la problemática planteada, las conductas de riesgo en general y sexual y su autopercepción. Estimamos la relación existente entre conductas de riesgo y conocimiento para la puesta en marcha de acciones preventivas. Coincidiendo además con Tavera (2012) De manera general, hemos encontrado que las representaciones del VIH/SIDA están plagadas de una afectividad negativa y asociadas permanentemente a la muerte y al sexo y que la percepción de riesgo a la enfermedad es baja en el grupo. Asimismo, existen algunas variables sociales, culturales y situacionales que ejercen una influencia importante en el desarrollo de prácticas de riesgo

OBJETIVO ESPECIFICO 1

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, en la dimensión personal, utilizar el condón en todas las relaciones sexuales, protege a las personas del VIH 69%, creen que saben del ITS y del VIH 62%, pueden

protegerse de la infección del SIDA evitando tener relaciones sexuales 60%, a veces reciben escuchan y reciben información del SIDA 55%, a veces busca en una relación de pareja para vivir buenos momentos 54%. Coincidiendo con Trejo y otros (2010) Conclusiones: Los adolescentes consideran el SIDA como un riesgo, pero no para ellos; tienen problemas con la información, comprensión y aceptación del problema. Respecto al uso del condón, las campañas deben ir encaminadas a reiterar las ventajas y utilidad de su uso (placer y protección) y en dar a conocer cómo usarlo. La educación sexual es un derecho y una alternativa de solución. Coincidiendo además con Rodríguez y Álvarez Vázquez(2012) concluyen que en las estrategias dirigidas a mejorar sus percepciones sobre los riesgos en las prácticas sexuales es necesario fortalecer los aspectos relativos al comportamiento sexual responsable y, desde una perspectiva integral, lograr la participación efectiva de ambos sexos en el diseño, planificación y evaluación de las acciones de salud dirigidas con un enfoque de género y en los distintos escenarios.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, en la dimensión familiar, piensan que si una mujer lleva preservativos en el bolso es una persona promiscua que siempre está buscando relaciones 60%, piensan que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón 58%, los condones tienen fecha de vencimiento 58%, un condón se puede utilizar varias veces 55%, piensan que el hombre debe llevar la iniciativa a la hora de utilizar el preservativo 54%. Coincidiendo con Alvaré y otros (2011) Conclusiones: la mayoría de los varones estudiados asumió conductas sexuales de riesgo por la percepción que tienen de la masculinidad. El uso del condón estuvo condicionado a la prevención de infecciones de trasmisión sexual y no al embarazo. Ellos dijeron que el embarazo era responsabilidad de las mujeres y que su decisión sería a favor del aborto en caso de que tuvieran que tomar alguna decisión. Para la

mayoría la paternidad constituía una meta lejana y distante; no se sentían responsables de la paternidad ni tampoco se sentían preparados para desempeñar una función en la anticoncepción como parejas de la adolescente mujer. Coincidiendo además con Rojas (2010) Las conclusiones a las que se llegó fueron: Estadísticamente no existe relación entre los conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo consideramos importante destacar algunos puntos críticos en los conocimientos y en las conductas: como la diferencia entre libertad sexual y libertinaje. Entre las principales conductas de riesgo se evidenció: inicio precoz de relaciones sexuales, no uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales sin planificación.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, en la dimensión social, a veces, alguien los obligó alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querían 62%, han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las bebidas alcohólicas 58%, alguna vez haz usado drogas 58%, el último año han tenido salida de materia o pus del pene o vagina 58%, en el último año han tenido llagas o heridas en el pene o vagina 55%, nunca carga un condón en este momento 62%, nunca uso condón en la última relación sexual 58% y nunca utiliza un método de planificación familiar 55%. Coincidiendo con Juárez y. Pozo(2010) Conclusiones. Las PVVS al recibir antirretrovirales y mejorar el estado de su salud, mantienen comportamientos sexuales de riesgo que podrían facilitar la transmisión del virus a sus parejas serodiscordantes e incrementar el número de casos con esta infección. Hasta el momento, las actividades de prevención se han dirigido mayormente hacia personas que se supone no están infectadas, no obstante, se requiere también de un trabajo intenso de prevención secundaria, que incluya explícitamente el abordaje de la sexualidad en todas sus dimensiones. Coincidiendo además con Delgado (2010) Las conclusiones a las que se llegaron fueron entre otras: —Los conocimientos sobre sexualidad que tienen los

adolescentes son de nivel medio, relacionado a que desconocen las prácticas sexuales riesgosas y la manifestación de sus impulsos sexuales se encuentra presente mediante besos, caricias y relaciones cóitales, que traen como consecuencia los embarazos precoces y no deseados, abortos, ITS y otrosll.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la IE Nuestra Señora Monserrat, en el período de junio-agosto 2014, es en la dimensión Familiar de mayor porcentaje, seguido de la dimensión social y la dimensión Personal con un menor porcentaje. Consideran los siguientes aspectos en su percepción: utilizan el condón en todas las relaciones sexuales, protege a las personas del VIH, creen que saben del ITS y del VIH, pueden protegerse de la infección del SIDA evitando tener relaciones sexuales, piensan que si una mujer lleva preservativos en el bolso es una persona promiscua que siempre está buscando relaciones, piensan que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón, a veces, alguien los obligó alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querían, han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las bebidas alcohólicas y alguna vez haz usado drogas.

SEGUNDO

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la dimensión personal, utilizan el condón en todas las relaciones sexuales, protege a las personas del VIH, creen que saben del ITS y del VIH, pueden protegerse de la infección del SIDA evitando tener relaciones sexuales, a veces reciben escuchan y reciben información del SIDA, a veces buscan en una relación de pareja para vivir buenos momentos.

TERCERO

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la dimensión familiar, piensan que si una mujer lleva preservativos en el bolso es una persona promiscua que siempre está buscando relaciones, piensan que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón, los condones tienen fecha de vencimiento, un condón se puede utilizar varias veces, piensan que el hombre debe llevar la iniciativa a la hora de utilizar el preservativo.

CUARTO

La percepción de los adolescentes acerca de conductas de riesgos sexuales y VIH en la dimensión social, a veces, alguien los obligó alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querían, han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las bebidas alcohólicas, alguna vez haz usado drogas, el último año han tenido salida de materia o pus del pene o vagina, en el último año han tenido llagas o heridas en el pene o vagina, nunca carga un condón en este momento, nunca uso condón en la última relación sexual y nunca utiliza un método de planificación familiar.

RECOMENDACIONES

Implementar estrategias preventivas promocionales tanto en la comunidad como en el hogar, orientadas a la prevención de conductas sexuales de riesgo y el VIH, en los adolescentes de la IE Nuestra Señora Monserrat.

Continuar trabajando sobre esta perspectiva, haciendo que los adolescentes continúen informándose sobre su salud sexual y en actividades preventivo promocionales orientadas a la disminución de la transmisión del VIH/SIDA, fortaleciendo la dimensión personal.

Fortalecer las áreas de salud comunitaria donde se dé mayor énfasis a los conocimientos sobre VIH/SIDA y conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, a través de campañas de salud preventiva, ferias promocionales de la salud sexual en los adolescentes, jornadas de reflexión con los padres, tutores y auxiliares, fortaleciendo la dimensión familiar.

Establecer alianzas estratégicas con las instituciones de salud, Centros médicos, hospitales u otros, para realizar talleres con los adolescentes, acerca de las conductas sexuales de riesgo y el VIH, acerca de las causas y consecuencias, la inter relación con los amigos y la comunicación con los padres, fortaleciendo la dimensión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Tavera Palomino Mariela del Pilar Representaciones del VID/SIDA y percepción de riesgo en adolescentes de nivel socioeconómico bajo“, Perú, 2012.
- 2-“Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú“2010., José P. Juárez Vílchez, Edward J. Pozo, Perú-
- 3-Rocío Yolanda Rojas Laurente —Relación entre Conocimientos sobre Salud Sexual y las Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes de Secundaria I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat Lima 2010II, Perú, 2010.
- 4-Delgado de la Cruz, Amada Leslie Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la I.E. José Granda S.M.P, Perú, 2010.
- 5-Dra. Alicia E. Risueño, Lic. Iris Motta, Lic. Sandra Raphael, Lic. Karina Marcela Mas Conductas De Riesgo Y Conocimientos Sobre VIH/Sida En Adolescentes De Escuelas De Nivel Medio De Gestión Estatal Y Privada De La Ciudad De Buenos Aires,Argentina,2012.
- 6-Juana Trejo-Franco, Luis Flores-Padilla Luis, Martha Villaseñor-Farías “Percepción de riesgo de contraer SIDA en adolescentes de Guadalajara Jalisco“ México 2010.
- 7-Laura E Alvaré Alvare. Dolores Lobato Pastrana, Martha Melo Victores, Beatriz Torres. María del Carmen Luis Álvarez. Ivette González Concepción Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo“ México2011.
- 8-Aida Rodríguez Cabrera, Luisa Álvarez Vázquez “Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes“, Cuba.

9- Definición de Percepción según Pablo Guardio, España
<http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepción>, España.

10- CABALLERO HOYOS, R Y A VILLASEÑOR SIERRA. —Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Pública. México

11- INEI: —Censo de población 1993 – estimaciones de población 1950-2050.

ANEXOS

Encuesta:

Estudiante como puedes ver esta encuesta es anónima; sigue las instrucciones de llenado: marca con una (X) la respuesta que consideres adecuada y responde de acuerdo a tus conocimientos.

En la encuesta encontraras preguntas muy personales sobre tu educación, salud y sexualidad, que para algunos de ustedes pueden ser de en algún momento difíciles de responder, sin embargo queremos que sepas que respetamos tu intimidad y que las respuestas son completamente confidenciales. **RECUERDA QUE LO QUE SE PREGUNTA ES PARA CONOCER LO QUE PIENSA, CONOCE Y SIENTE LA GENTE JOVEN.** Tu voz es importante para nosotros. Queremos escucharte.

1- Tu eres:

a) Hombre

b) Mujer

2- Tu edad es:

3- ¿Durante los últimos 30 días tu actividad ha sido?

a) Solo Estudiar

b) Solo Trabajar

c) Trabajar y Estudiar

d) Ni Trabajar ni Estudiar

4- ¿Qué tanto crees que sabes sobre las infecciones de trasmisiones sexual y el VIH?(marca una sola opción)

a) Mucho

b) Más o Menos

c) Poco

d) Nada

5- ¿Qué buscas en una relación de Pareja?

- a) Construir una familia
- b) Vivir buenos momentos
- c) Experimentar sensaciones fuertes
- d) Seguridad afectiva
- e) Seguridad financiera
- f) Otro (por favor especifiqué)

6- ¿Consideras que utilizar el condón en todas las relaciones sexuales protege a las personas del virus que causa el SIDA?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Desacuerdo
- d) Totalmente desacuerdo
- e) No sabe/ no opina

7- ¿Crees que las personas pueden protegerse de la infección por el virus que causa el sida evitando tener relaciones sexuales?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Desacuerdo
- d) Totalmente desacuerdo
- e) No sabe/no opina

8- ¿De quién recibes o escuchas información sobre las infecciones de transmisión sexual?

- a) Amigos o Amigas
- b) Colegio o la Escuela
- c) Padres
- d) Radio o Televisión
- e) Servicios de Salud
- f) Otro (por favor especifique)

9- ¿Cuáles de estas molestias son producidas por las infecciones de transmisión?

- a) Dolor o Ardor al orinar
- b) Flujo de mal olor por la vagina
- c) Salida de materia o pus por el pene
- d) Ulceras o llagas en los genitales
- e) Otro (especifique por favor)

10- ¿El condón debe colocarse antes de la penetración?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Totalmente desacuerdo
- d) Desacuerdo
- e) No sabe/no opina

11- ¿El condón debe retirarse antes que el pene se ponga blando?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Totalmente desacuerdo
- d) Desacuerdo
- e) No sabe/no opina

12- ¿Los condones tienen fecha de vencimiento?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Totalmente desacuerdo
- d) Desacuerdo
- e) No sabe/no opina

13- ¿Un condón se puede utilizar varias veces?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Totalmente desacuerdo
- d) Desacuerdo
- f) No sabe/no opina

14- ¿Piensas que el hombre debe llevar la iniciativa a la hora de utilizar preservativo?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Totalmente desacuerdo
- d) Desacuerdo
- e) No sabe/no opina

15- ¿Piensas que la mujer debe esperar a que el hombre proponga la utilización del condón?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Totalmente desacuerdo
- d) Desacuerdo
- e) No sabe/no opina

16- ¿Piensas que si una mujer lleva preservativos en el bolso es una persona promiscua, que siempre está buscando relaciones?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Totalmente desacuerdo
- d) Desacuerdo
- e) No sabe/no opina

17- ¿Habías consumido alguna droga (alcohol, cannabis, etc.) cuando has mantenido relaciones sexuales?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe/no opina

18- ¿Cuál es la primera palabra que asocias con el Sexo?

- a) Amor
- b) Pareja
- c) Placer
- d) Mujer
- e) Hombre
- f) Pasión
- g) Cariño
- h) Relación
- i) Deseo
- j) Satisfacción
- k) Cama
- l) Felicidad

m) Caricias

l) Vida

o) Intimidad

p) Comprensión

q) Otro (por favor especifique)

19- ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

a) Si

b) No

c) No sabe/no opina

20- ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?

21- ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?

a) En mi casa

b) Hotel

c) Casa novia/o

d) Auto

e) Auto del amigo

f) En el campo

g) Otro (por favor especifique)

22- ¿Tus relaciones sexuales han sido?

a) Solo con persona de tu mismo sexo

b) Solo con persona del otro sexo

c) Con hombres y mujeres

23- ¿Qué edad tenía la persona con la que tuviste relaciones sexuales?

24- ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales a cambio de recibir dinero o regalos de otra persona?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe/no opina

25- ¿Si no utilizaron condón durante la última relación sexual. Por qué no lo usaron? (Maca todas las que consideres)

- a) Estaba borracha o borracho
- b) Fue una relación inesperada o casual
- c) No les gusta usar condón
- d) No tenía un condón en el momento
- e) Por confianza de la pareja
- f) Usaron otro método de planificación
- g) Otro (especifique su respuesta)

26- ¿Utilizas algún método de planificación familiar?

- a) Si
- b) No
- c) No Sabe

27- ¿Si utilizas algún método, cual método de planificación familiar utilizas?

- a) Condón
- b) Inyección
- c) Ritmo o natural
- d) Dispositivo o T
- e) Pastillas
- f) Venirse por fuera
- g) Otro (por favor especifique)

28- ¿Alguien te obligo alguna vez a tener relaciones sexuales a pesar que no querías?

a) Si

b) No

c) No sabe/no opina

29- ¿Si alguien te obligo a tener relaciones sexuales, hablaste de la situación con alguien?

a) Si

b) No

c) No sabe/no opina

30- ¿Has tenido relaciones sexuales bajo efecto de las bebidas alcohólicas?

a) Si

b) No

c) No sabe/no opina

31- ¿En el último año has tenido salida de materia o pus por el pene o las vaginas?

a) Si

b) No

c) No sabe/no opina

32- ¿En el último año has tenido úlceras o llagas en el pene o la vagina?

a) Si

b) No

c) No sabe/no opina

33- ¿Cargas un condón en este momento?

a) Si

b) No

c) No sabe/no opina

34- ¿Alguna vez has usado alguna de estas drogas?

a) Bazuco

b) Cocaína

c) Éxtasis

d) Heroína

e) Marihuana

f) Alcohol

g) Otro (por favor especifique)

35- Si tienes alguna observación o comentario, puedes hacerlo a continuación.