

“CONDUCTAS SEXUALES SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS
PERSONALES Y FAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A
COLEGIOS MUNICIPALIZADOS”.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORES: CONSTANCE ARAVENA PARRA
MARIA – JOSÉ COVARRUBIAS CERECEDA
FERNANDA LAGOS GONZÁLEZ
KATHERINE MONDACA GÓMEZ
MARIA PAULINA MUÑOZ VÁZQUES
FRANCISCA NÚÑEZ CÓRDOVA
KATHERINE URREA CASTILLO

DOCENTE GUIA: MARJORIE HADDAD FERRETTO

VALPARAÍSO – CHILE
2014

Revisado por Laura Córdova Ramírez, profesora de Estado de Castellano de la Universidad de Playa Ancha, Licenciada en Lengua y Literatura Hispánica de la Universidad de Playa Ancha; Magíster de Evaluación Educacional en la misma casa de estudios.

AGRADECIMIENTOS

Dirigidos a todas aquellas personas que hicieron posible el desarrollo de nuestra investigación, contribuyendo a la adquisición de nuevas herramientas para nuestra formación profesional.

A nuestra docente guía Mg Marjorie Haddad Ferretto por su apoyo, compromiso y constante preocupación.

A los destacados profesionales Mg Laura Córdova Ramírez, Dra. Sabela Fernández Silva, Mg Cecilia Jara Cortés, Dra. Paulina López Orellana, Paz Rey Ramírez, Dr. Joel Saavedra Alvear y Mg Gonzalo Valdebenito Alvarado por sus valiosos aportes.

A la Directora del área de educación de la Corporación Municipal de Valparaíso, Cecilia Pinochet Silva por permitirnos realizar nuestro estudio en los colegios pertenecientes a dicha institución.

A los Colegios Eduardo de la Barra, Liceo N°1 de Niñas María Franck Mac Dougall e Instituto Marítimo, directores de los establecimientos, estudiantes y sus familias, por su gran disposición y participación.

Por último, agradecemos a nuestras familias quienes nos han entregado su apoyo incondicional durante este proceso.

*“Educar no es enseñar al hombre a saber, sino a hacer”.-
Florence Nightingale*

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	3
1.1 Introducción	4
1.2 Pregunta de investigación	6
1.3 Objetivos generales y específicos	6
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL	7
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco conceptual	10
2.2.1 Adolescencia	10
2.2.1.1 Definición de adolescencia	10
2.2.1.2 Crecimiento y desarrollo en la adolescencia	10
2.2.1.3 Crecimiento físico	10
2.2.1.4 Maduración sexual	11
2.2.1.5 Teorías de desarrollo de la adolescencia	12
2.2.1.5.1 Desarrollo cognitivo	12
2.2.1.5.2 Desarrollo moral	13
2.2.1.5.3 Desarrollo sexual	13
2.2.1.5.4 Desarrollo psicosocial	13
2.2.1.6 Población adolescente	13
2.2.1.7 Mortalidad y morbilidad adolescente	14
2.2.2 Sexualidad Humana	15
2.2.2.1 Definición	15
2.2.2.2 Expresión de la sexualidad	15
2.2.2.3 Funciones de la sexualidad humana	16

2.2.2.4	Sexo y género	16
2.2.3	Conductas sexuales	17
2.2.3.1	Conductas sexuales consideradas	17
2.2.3.1.1	Inicio sexual	17
2.2.3.1.2	Prácticas sexuales	18
2.2.3.1.3	Motivo de iniciación sexual	19
2.2.3.1.4	Orientación sexual	20
2.2.3.1.5	Sexualidad activa	20
2.2.3.1.6	Utilización de métodos anticonceptivos y/o protección	21
2.2.3.1.6.1	Definición y clasificación	21
2.2.3.1.6.2	Métodos anticonceptivos considerados	21
2.2.3.1.7	Uso de métodos anticonceptivos y/o de protección en la primera relación sexual	25
2.2.3.1.8	Uso de métodos anticonceptivos y/o de protección en la última relación sexual	25
2.2.4	Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo	25
2.2.4.1	Infecciones de transmisión sexual	26
2.2.4.1.1	Definición y características	26
2.2.4.1.2	Situación en Chile	26
2.2.4.2	Embarazo adolescente	27
2.2.4.2.1	Situación epidemiológica	27
2.2.5	Programas ministeriales dirigidos a la población adolescente	28
2.2.5.1	Programas salud integral adolescente y jóvenes	28
2.2.5.2	Programa de educación sexual: Sexualidad, afectividad y género	29
2.2.6	Características personales y familiares	30
2.2.6.1	Características personales consideradas	30
2.2.6.1.1	Edad	30
2.2.6.1.2	Sexo	30
2.2.6.1.3	Nivel de escolaridad	30

2.2.6.2	Familia	31
2.2.6.3	Funciones de la familia en la adolescencia	31
2.2.6.4	La familia y la sexualidad en la adolescencia	32
2.3	Definición y operacionalización de variables	35
CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS		42
3.1	Diseño de la investigación	43
3.2	Población en estudio	43
3.3	Selección de la muestra	43
3.4	Descripción de los instrumentos	44
3.4.1	Cuestionario “características personales y familiares”	44
3.4.2	Cuestionario “conductas sexuales de adolescentes”	45
3.5	Procedimiento de recolección de datos	45
3.6	Prueba piloto	46
3.7	Procesamiento y análisis de datos	46
3.8	Consideraciones éticas	47
CAPÍTULO 4: RESULTADOS		49
4.1	Características de la muestra	50
4.2	Análisis descriptivo: Presentación de gráficos y tablas	51
4.2.1	Conductas sexuales (Gráficos)	51
4.2.2	Conductas sexuales según características familiares y personales (tablas)	59
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS		62
5.1	Discusión	63
5.2	Limitaciones de la investigación	65
5.3	Conclusiones	66
5.4	Sugerencias	68

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
ANEXOS	79

INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXOS

I. INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Muestra por cada colegio seleccionado	44
Tabla 2: Adolescentes iniciados sexualmente, según sexo.	59
Tabla 3: Tipo de relación sexual en los adolescentes, según sexo	60
Tabla 4: Motivos de iniciación sexual de los adolescentes según sexo	60
Tabla 5: Métodos anticonceptivos y/o de protección utilizados en el último año, según sexo	61

II. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Inicio de relaciones sexuales penetrativas	51
Gráfico 2: Edad de inicio sexual	52
Gráfico 3: Tipo de iniciación sexual	52
Gráfico 4: Motivo de iniciación sexual	53
Gráfico 5: Orientación sexual	53
Gráfico 6: Sexualidad activa	54
Gráfico 7: Número de parejas sexuales en el último año	54
Gráfico 8: Utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección en la primera relación sexual	55
Gráfico 9: Métodos anticonceptivos y/o de protección usados en la primera relación sexual	55

Gráfico 10: Utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección durante el último año	56
Gráfico 11: Métodos anticonceptivos y/o de protección utilizados durante el último año	56
Gráfico 12: Frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos y/o protección durante el último año	57
Gráfico 13: Motivo de utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección	57
Gráfico 14: Motivo de no utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección	58

III. INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario características personales	76
Anexo 2: Cuestionario conductas sexuales	80
Anexo 3: Consentimiento informado	85
Anexo 4: Asentimiento informado	89
Anexo 5: Tabla 1 Características personales y familiares de 295 adolescentes	93
Anexo 6: Tabla 2 Más de una alternativa de tipo de iniciación sexual de 168 adolescentes	95
Anexo 7: Tabla 3 Más de una alternativa de métodos anticonceptivos y/o de protección utilizada por 168 adolescentes durante el último año	96
Anexo 8: Tabla 4 Otros motivos de no utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección señalados por los adolescentes	97

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar conductas sexuales según algunas características personales y familiares de adolescentes entre 15 y 19 años que cursan segundo y tercer año medio en colegios municipalizados. El estudio de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal, evaluó una muestra de 295 adolescentes, la cual se obtuvo a través de un muestreo probabilístico por conglomerado bietápico. Se aplicaron 2 cuestionarios “características personales y familiares” y “conductas sexuales de adolescentes”, los cuales fueron autoconfeccionados por las investigadoras y revisados por diversos profesionales. Los resultados evidencian que el 57% de los adolescentes están iniciados sexualmente, de éstos el 62% lo hizo a los 15 años o menos, siendo la forma coito-vaginal la más utilizada (77%). Sobre el uso de métodos anticonceptivos y/o de protección, el 61% indicó haber utilizado algún método en la primera relación sexual, siendo el motivo principal de uso la prevención de embarazo e ITS (54%).

Podemos concluir que los adolescentes inician sus relaciones sexuales a edades cada vez más precoces, experimentando a través de prácticas acorde a su edad, afectividad y desarrollo social. Es por esto que se sugiere que las estrategias de educación sexual dirigidas a los estudiantes sean abordadas de manera integral e implementadas desde la enseñanza básica, incluyendo a los profesores, padres y profesionales de la salud. A su vez, el profesional enfermero(a) debe mantenerse capacitado en la atención de adolescentes, considerando las características propias de este grupo.

Palabras claves: Adolescencia, adolescente, conductas sexuales, factor de riesgo.

ABSTRACT

Key words:

The present study is aimed to determine sexual behaviours according to some personal and family characteristics of adolescents between 15 to 19 years old in 10th and 11th grade of public schools. The quantitative and cross-sectional study, evaluated a sample of 295 adolescents, which was obtained by a probabilistic two-stage cluster sampling. Two surveys were applied “personal and family characteristics” and “sexual behaviours of adolescents”, which were developed by the researchers and reviewed by different professionals. The results show that the 57% of adolescents are sexually initiated, 62 % of them had sex at the age of 15 or less, being the vaginal intercourse the most practiced (77%). On the use of contraceptive methods and/or protection, 61% reported having used a method at first intercourse, being the main reason for their used, the prevention of pregnancy and STIs (54%).

To conclude adolescents initiate their sexual intercourse at increasingly early age, experiencing through age-appropriate practices, affection, and social development. This is why it is suggested that sexual educational strategies aimed at students have to be addressed holistically and implemented since primary school, including teachers, parents, and health professionals. In turn, professional nurses must be kept trained in the care of adolescents, considering the typical characteristics of this group.

Key words: Adolescence, adolescents, sexual behaviours, risk factor.

CAPITULO 1
INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el último CENSO (2012), en Chile la población total de adolescentes de 10 a 19 años corresponde a 2.611.936. En la región de Valparaíso esta cifra corresponde a 266.313, lo que equivale al 15,2% del total de la población regional.

Según Ramón Florenzano (2013) la adolescencia es un período de transición durante el ciclo vital de la persona en el cual muchas de sus características infantiles evolucionan hacia las de un adulto. Los cambios más evidentes a la observación son los corporales, sin embargo, otros atributos menos definidos como los modos de pensamiento, las conductas y las relaciones sociales también se alteran definitivamente durante este periodo.

Tamara Zubarew (2008) menciona que dentro de las conductas que se desarrollan durante esta etapa podemos mencionar la conducta sexual. Plantea también que el desarrollo de la sexualidad no se inicia en la adolescencia, pero es en esta fase donde se alcanza la maduración sexual (genitalidad con potencial reproductivo) y se observa más marcadamente la necesidad de relacionarse afectivamente con otras personas. Además señala que la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa, ya que existe una mayor liberalización de los comportamientos y actitudes sexuales, debido a que se encuentran biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa.

Según Jorge Castellá (2007) cuando hablamos de conducta sexual adolescente es importante considerar la tendencia de éstos a minimizar los posibles efectos negativos. En esta fase la percepción es generalmente optimista y existe un impulso natural a la experimentación, lo que puede conducir a un alto riesgo. Esto sumado a que los adolescentes no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, los vuelve más vulnerables a desarrollar conductas sexuales de riesgo.

De acuerdo con Claudia Zajer (2010) la adolescencia es una etapa de gran impacto en la salud de las personas, especialmente en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva. El comienzo de las relaciones sexuales introduce a los adolescentes en un contexto importante de vulnerabilidad.

El inicio sexual antes de una madurez mental y afectiva completas tiene como riesgos, además del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual, la aparición de disfunciones sexuales debido a las circunstancias en que se viven las relaciones sexuales y la separación entre genitalidad y afectividad, enfrentándose la mayoría de las veces a una sexualidad incompleta.

A nivel internacional, Louie y Kaestle (2009), corroboran lo anterior al señalar que la edad de inicio de las relaciones sexuales es una variable particularmente importante a la cual se le asocian determinados comportamientos arriesgados.

Luego de realizar diversas revisiones bibliográficas, podemos evidenciar que no existen estudios que describan completamente las conductas sexuales de los adolescentes entre 15 y 19 años. Actualmente la única fuente en Chile que nos proporciona información al respecto es la Encuesta Nacional de la Juventud, que abarca en forma global a la población joven de 15 a 29 años sin estratificar por edad ni región.

El propósito de esta investigación es conocer aspectos de la conducta sexual de adolescentes entre 15 y 19 años, generando datos actualizados a nivel comunal que permitan implementar estrategias de promoción y prevención específicas e intervenciones atingentes para enfrentar las problemáticas de sexualidad adolescente.

Considerando que en el ámbito disciplinar el profesional enfermero(a) trabaja con las personas a lo largo de todo su ciclo vital, resulta relevante incrementar los conocimientos sobre las conductas sexuales de este grupo etario para poder entregar una atención integral a los adolescentes, fomentando los factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las conductas sexuales según algunas características personales y familiares en adolescentes de segundo y tercer año medio que asisten a colegios municipalizados de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013?

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Determinar las conductas sexuales según algunas características personales y familiares en adolescentes de segundo y tercer año medio que asisten a colegios municipalizados de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013.

Objetivos específicos

- Identificar algunas conductas sexuales de la muestra en estudio.
- Identificar algunas características personales y familiares de la muestra en estudio.
- Describir algunas conductas sexuales según algunas características personales y familiares de la muestra en estudio.

CAPITULO 2
MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES

En Chile durante los últimos años hemos evidenciado una transición demográfica caracterizada principalmente por la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. Este fenómeno se ha reflejado en la población adolescente de nuestro país, que según la UNICEF ha disminuido en un 20% en los últimos 60 años, siendo este segmento un 15,7% del total de la población nacional (CENSO, 2012).⁵⁵ Esto sumado a que *“la población adolescente se ha considerado tradicionalmente una población “sana”, dado que presenta tasas de morbimortalidad más bajas respecto a la población general”*¹, produjo por décadas una invisibilización de las problemáticas de este grupo en las políticas de salud expresada en la ausencia de estrategias preventivas.

Datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud (2010) evidencian que muchas conductas iniciadas generalmente en la adolescencia, tales como malos hábitos de alimentación, consumo problemático de alcohol, tabaco y drogas, inactividad física y conductas sexuales de riesgo se relacionan con altas prevalencias de enfermedades crónicas en la edad adulta. Dentro de las conductas sexuales que constituyen un importante riesgo para la mantención de la salud de los adolescentes se encuentran el inicio sexual precoz, el no uso de métodos anticonceptivos y/o de protección y la mantención de múltiples parejas sexuales.

El inicio de las relaciones sexuales en la población adolescente se ha adelantado de manera evidente en los últimos años. En nuestro país la edad promedio del inicio de la actividad sexual se da entre los 14 y 15 años.¹ En el mundo las cifras se adelantan aún más. Según estudios de la UNICEF (2012) la edad promedio de la primera relación sexual en adolescentes de países desarrollados oscila entre 9 y 13 años en varones, y entre los 11 y 14 años en el caso de las mujeres.

Gonzalez³ señala que *“estudios internacionales han mostrado que el inicio de la actividad sexual está asociado a múltiples factores. Entre los factores personales que se asocian a un menor riesgo de inicio sexual temprano destacan el buen rendimiento escolar y la religiosidad, mientras que se asocian a un inicio sexual más temprano el consumo de alcohol y drogas, antecedentes de parejas mayores, abuso sexual previo, presión de los pares y realizar una actividad remunerada.*

En relación a las variables familiares, la crianza de ambos padres, el mejor nivel socioeconómico y la mayor comunicación padres-hijo(a) se asocian a una postergación de la actividad sexual”.

Según la encuesta INJUV (2012)³³, existe un aumento de la proporción de adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activos. Los resultados obtenidos en los años 2003 y 2006 mostraban que la proporción de adolescentes iniciados sexualmente bordeaba el 40%, mientras que en la última medición del año 2012 esta proporción alcanzó el 49%. A la luz de los resultados regionales, se observa que la mayor proporción de jóvenes sexualmente activos corresponde a la región de Tarapacá, Antofagasta y Valparaíso.

La encuesta INJUV (2012)³³ declara que la población juvenil que utilizó algún método anticonceptivo y/o de protección en su última relación sexual asciende a 88%, 16 puntos porcentuales más que el registrado en el año 2006. De los encuestados, el 90,6% los utiliza para prevenir un embarazo, seguido por razones asociadas a la prevención del VIH/SIDA (39,7%) y otras infecciones de transmisión sexual (38, 3%).

En la región de Valparaíso no se cuenta con diagnósticos epidemiológicos actualizados, que permitan sustentar políticas públicas preventivas que faciliten el abordaje temprano de los problemas de salud de mayor relevancia y de las conductas sexuales en la población adolescente⁴.

De lo anterior se desprende la necesidad de describir las conductas sexuales en los adolescentes de la ciudad de Valparaíso y su relación con algunas características personales y familiares que permitan conocer la realidad local e implementar estrategias que favorezcan la prevención de conductas de riesgo y la promoción de la calidad de vida.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 ADOLESCENCIA

2.2.1.1 Definición de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como *“una etapa que ocurre entre los diez y veinte años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico”*⁵.

Se dice que el comienzo de la adolescencia es biológico, ya que se produce por cambios endocrinos y sus consecuencias corporales, y que su fin es psicosocial, terminando cuando el joven es capaz de asumir elecciones de pareja y vocacionales.

2.2.1.2 Crecimiento y Desarrollo en la adolescencia

*“Los procesos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes. Ambos procesos tienen características comunes a todos los individuos, lo que los hace predecibles, sin embargo presentan amplias diferencias entre los sujetos. Estas diferencias están dadas por el carácter individual del patrón de crecimiento y desarrollo que emerge de la interacción de factores genéticos y ambientales, que establecen el potencial del crecimiento y la magnitud en que este potencial se expresa”*⁶.

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios. Desde el punto de vista biológico, éstos se observan en dos áreas principalmente: crecimiento físico y maduración sexual.

2.2.1.3 Crecimiento físico

Las características físicas, aunque varían en su velocidad y edad de aparición, siguen ciertos patrones comunes.

El crecimiento óseo es previo al desarrollo muscular, lo que causa la desarmonía característica, incoordinación motora, laxitud del tono muscular y tendencia a la fatigabilidad propia de esta edad. Comienza en forma gradual con agrandamiento inicial de manos y pies, seguido por los brazos y

piernas, y finalmente del tronco y tórax. El peso y la altura se incrementan desarrollándose la musculatura. Los principales órganos doblan su tamaño y la voz se modifica.

Las diferencias entre uno y otro sexo dependen de los efectos hormonales propios de la etapa. En las mujeres finaliza el crecimiento entre los 16 y 17 años, en varones esto ocurre entre los 18 y 20 años.

2.2.1.4 Maduración sexual

El conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que culminan con la adquisición de la capacidad reproductiva se conoce como pubertad. En esta etapa ocurren dos hitos importantes: la maduración de las características sexuales primarias y la aparición de las características sexuales secundarias.

Las características sexuales primarias son aquellas que están presentes desde el nacimiento y comprenden los genitales internos y externos que determinan los sexos. En los varones son: testículos, pene, vesículas seminales y glándula prostáticas; mientras que en las mujeres son: vagina, útero y trompas de Falopio.

Las características sexuales secundarias son externas y se desarrollan en cada sexo interviniendo de forma indirecta en la reproducción. En varones aumenta el ancho de los hombros, aparece vello facial, axilar y púbico, cambia la pigmentación del escroto y la voz. En mujeres aumenta el diámetro transversal de la pelvis, las caderas se ensanchan, se desarrolla el tejido mamario, crece el diámetro de la areola, y aparece el vello axilar y púbico.

La menarquía se presenta generalmente dos años después de la aparición de los primeros signos de la pubertad, es decir, entre los 10 y 15 años; en el varón la espermarquía ocurre en promedio alrededor de los 14 años.

2.2.1.5 Teorías de desarrollo de la adolescencia

2.2.1.5.1 Desarrollo cognitivo

*“La teoría de Piaget sitúa a los adolescentes en la etapa de las “operaciones formales”, la cual culmina con la capacidad del pensamiento abstracto”*⁷. Esta capacidad les proporciona una nueva y más flexible forma de manipular la información, ya no están restringidos por el aquí y ahora ni por consideraciones concretas, ahora el adolescente puede explicar de manera completa por qué ocurren las cosas, emplear el método científico para la resolución de problemas, analizar de manera lógica las posibilidades hipotéticas, utilizar símbolos para representar otros símbolos, además de adquirir la capacidad del razonamiento formal, pudiendo pensar acerca del propio razonamiento y el de los demás. Todo esto permite que el adolescente logre considerarse a sí mismo y al mundo que lo rodea de una forma más realista.

2.2.1.5.2 Desarrollo moral

*“Kohlberg en su teoría de desarrollo moral, sitúa a los adolescentes, a partir de los 13 años en adelante, en la etapa de “moralidad postconvencional” o moralidad de los principios autónomos. Tanto Kohlberg como Piaget concluyen que la forma en que las personas examinan los temas morales refleja su desarrollo cognitivo”*⁷. Al comienzo de esta etapa los adolescentes piensan en términos racionales y valoran la voluntad y el bienestar de la sociedad, considerando por lo general que dichos valores se sostienen mejor por medio de la adhesividad a la ley. A medida que avanzan en su desarrollo aparecen los cuestionamientos basados en la contradicción que muchas veces ocurre entre las necesidades humanas y las leyes, así como también entre los códigos morales que defienden los adultos y sus actos. Esto los lleva al siguiente nivel de la moralidad postconvencional, el cual se basa en los principios éticos universales, donde los adolescentes actúan según lo que consideran correcto a nivel individual, sin importar las restricciones legales o las opiniones de los otros, lo que les permite crear sus propias normas, valores y principios.

2.2.1.5.3 Desarrollo sexual

Según la teoría de Sigmund Freud, los adolescentes se encuentran en la “etapa genital”, en la cual se produce un gran desarrollo de la función sexual y aparece el impulso o deseo. Freud describe que la elevada tensión sexual de este periodo requiere una forma de expresión por parte del adolescente, la que se convertirá por lo general, en el patrón que seguirá toda la vida.

2.2.1.5.4 Desarrollo psicosocial

Según la teoría de Eric Erikson, la tarea central de la adolescencia es la búsqueda de la propia identidad. *“La construcción de ésta se logrará a través de una autoimagen real, estable y positiva, junto con la adopción de una identidad psicosexual y del rol femenino o masculino aceptados socialmente. Si lo anterior es logrado, existirá una “consolidación de la identidad”, lo que le permite al adolescente desarrollar la confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad, siendo estas las bases para una adultez sana”*⁷, por el contrario, si no es logrado ocurre un “síndrome de disfunción de identidad”, en el cual el sujeto a lo largo de su vida adulta vuelve una y otra vez a definir sus áreas de interés, elecciones vocacionales y/o de pareja.

2.2.1.6 Población adolescente

Según datos entregados por el CENSO 2012⁸, la población total de adolescentes de 10 a 19 años en Chile corresponde a 2.611.936, de los cuales 1.331.740 son hombres y 1.280.196 son mujeres.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas⁹, al analizar la población adolescente por área de residencia se observa que la residencia urbana es mayoritaria, concentrándose 2.398.434 adolescentes en zonas urbanas, mientras que sólo 368.611 adolescentes residen en áreas rurales.

A nivel regional, las últimas cifras entregadas por el CENSO 2012¹⁰, dan cuenta de que la población adolescente en la región de Valparaíso entre los 10 y 19 años corresponde a 266.313 adolescentes de ambos sexos, representado el 15,3% del total de la población de la región.

2.2.1.7 Mortalidad y morbilidad adolescente

Según información entregada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud¹¹, en Chile la mortalidad general en la población adolescente de 10 a 19 años corresponde a 967 adolescentes fallecidos por año, de esta cifra 661 adolescentes eran hombres y 306 mujeres.

Actualmente la principal causa de muerte dentro de este grupo etario son las causas externas (suicidio, accidentes y homicidios), 555 adolescentes fallecen al año por estas causas, lo que representa un 57% del total de muertes, cifra que al desagregarla por sexo corresponde a 413 hombres y 142 mujeres. La mortalidad adolescente por causas externas ha tenido un preocupante aumento en los últimos años.

A nivel regional la mortalidad adolescente es de 94 adolescentes por año, de los cuales 63 son hombres y 31 mujeres, manteniéndose el fenómeno de sobremortalidad masculina. Las comunas de Valparaíso y Viña del mar son las que concentran el mayor número de muertes en la región, con 45 adolescentes fallecidos por año¹².

En relación a la situación de salud de los adolescentes, los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (2010) evidencian que muchas conductas iniciadas generalmente en la adolescencia, tales como: los malos hábitos de alimentación, la inactividad física y el consumo problemático de alcohol, tabaco y drogas se relacionan con altas prevalencias de enfermedades crónicas en la edad adulta. El Ministerio de Salud¹³ define como áreas específicas de los principales problemas de salud de adolescentes y jóvenes en Chile las siguientes: salud mental, salud sexual y reproductiva, nutrición, enfermedades crónicas y consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Como estrategia sanitaria el Ministerio de Salud¹⁴ ha definido dos objetivos sanitarios prioritarios para la adolescencia durante la década del 2011 al 2020, los cuales son: disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes y disminuir la tasa de embarazo adolescente.

2.2.2 SEXUALIDAD HUMANA

2.2.2.1 Definición

Se entiende por sexualidad humana *“una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del sexo”*²⁵.

Según Cerruti²⁶, la sexualidad es un elemento inherente al ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es parte integrante de la personalidad, siendo la función orgánica que más repercute en el contexto social en que está inmersa y se desarrolla, y a la vez está influida por él.

Según Vigil²⁷ la sexualidad es un elemento constitutivo básico de la persona, un modo propio de ser y de comunicarse con los otros, de sentir, de expresar y de vivir el amor humano.

2.2.2.2 Expresión de la sexualidad humana

Mario Gantier sostiene que *“el ejercicio de la sexualidad es una necesidad social básica, con gran repercusión en el bienestar individual, en las relaciones interpersonales, en lo afectivo y en la comunicación con el otro. La necesidad de complementariedad, trascendencia y comunicación, motiva el acercamiento de los individuos entre sí”*²⁸.

Cuando se asume que la sexualidad solamente puede ser expresada a través de actos de contacto físico íntimo, según Vigil²⁷, ésta queda inevitablemente reducida a una mera genitalidad. No obstante en la sexualidad queda impreso todo el ser humano, pues implica actos de persona a persona y no de cuerpo a cuerpo. Si lo anterior no fuese así no se estaría reconociendo la condición personal, convirtiéndose la sexualidad simplemente en un acto anónimo. La sexualidad debe considerarse como una forma de expresión integral del ser humano, el disfrutar el amor, el placer y el goce resulta muy enriquecedor en lo personal, familiar y social.

Lo anterior puede verse reflejado en la salud sexual, considerada como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

2.2.2.3 Funciones de la sexualidad humana

Cerruti²⁹ plantea que la sexualidad cumple tres funciones en los seres humanos, las cuales no se pueden separar y se deben considerar en forma integral:

- **Placer:** Las relaciones sexuales son una de las diversas formas en que los seres humanos experimentan el placer y no se limita solo a tener una relación coital, pues hay muchas formas de disfrutar una relación sexual no penetrativa: besos, caricias, abrazos, exploración. Cada persona es responsable y dueña de su propio placer, lo siente, disfruta y vive de manera única.

- **Reproducción:** A través del contacto genital es posible que hombres y mujeres se reproduzcan. Por eso, cuando una pareja heterosexual tiene una relación sexual coital, la pareja debe ser consciente de la posibilidad de un embarazo y en consecuencia, puede decidir si desea o no tener hijos/as en ese momento de su vida o si desea planificar y usar métodos anticonceptivos que les permitan regular su fecundidad.

- **Comunicación:** Gracias a la función comunicativa de la sexualidad, es posible que las personas expresen sentimientos, deseos y valores. Cuando se tiene una adecuada comunicación se respeta la decisión de la otra persona y por lo tanto se establecen relaciones libres de opresión, coerción y/o violencia.

2.2.2.4 Sexo y género

El concepto de sexo se refiere a las *“características físicas que diferencian al hombre de la mujer”*³⁰, por ejemplo, las mujeres nacen con vagina y los hombres con pene. En cambio, género, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo³¹, es ser femenino o masculino; son todas las características de comportamiento, pensamiento, actitud e identidad que se les asignan a los hombres y a las mujeres socialmente.

2.2.3 CONDUCTAS SEXUALES

Conducta sexual se define como la forma de expresión integral de la sexualidad humana vinculada a procesos biológicos, psicológicos y socioculturales. Para fines de este estudio se considerarán dentro de estas dimensiones: iniciación sexual, tipo y motivo de inicio sexual, sexualidad activa, orientación sexual y utilización de métodos anticonceptivos y de protección²¹.

Durante el último siglo, la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa, debido a que adquieren más precozmente la maduración física. Durante este periodo ya están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable²¹.

Esto último se ve evidenciado en un estudio publicado en el año 2011 que indica que actualmente existe una mayor liberalización de los comportamientos y actitudes sexuales en los adolescentes de nuestro país, aumentando la actividad sexual sin protección y con ello la exposición a ITS y embarazos no planificados³².

La encuesta INJUV (2012)³³ refleja que un 49% de los adolescentes menores de 19 años se encuentran sexualmente activos. También evidencia que un 71% de los jóvenes de 15 a 29 años entrevistados afirma haber tenido relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal) versus un 22% que aún no se inicia sexualmente. De estos últimos, un 6% declara que sí ha practicado algún acto sexual no-coital como el sexo oral, mientras que del total de las personas jóvenes sexualmente activas un 62% afirma haber experimentado el sexo oral alguna vez.

2.2.3.1 Conductas sexuales consideradas

2.2.3.1.1 Inicio sexual

Para fines de este estudio, inicio sexual se define como la primera práctica sexual coital (vaginal o anal) o no-coital (oral). Según la encuesta INJUV (2010)³⁴, en Chile los adolescentes inician su actividad sexual a edades más tempranas que en generaciones anteriores. El promedio

de edad de inicio sexual en nuestro país es de 16,7 años. En la región de Valparaíso la edad promedio es de 16,5 años, siendo inferior al promedio nacional. También existen leves diferencias por sexo, ya que los hombres se inician más tempranamente (16,4 años) en relación a las mujeres (17,1 años). Para fines de este estudio es importante considerar que el inicio sexual precoz es la actividad sexual antes de los 14 años de edad.

Según González et al³⁵, la maduración física temprana, las percepciones de actitudes positivas hacia la actividad sexual, una percepción de alta prevalencia de actividad sexual entre los pares, el inicio temprano de las relaciones románticas, el uso problemático de alcohol y otras drogas, son factores determinantes para el debut sexual.

Además de lo anterior, el inicio de la actividad sexual a temprana edad puede tener consecuencias psicológicas, sociales y económicas negativas. El inicio sexual temprano está asociado también a un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida. Estas tendencias tienen una influencia enorme en la ocurrencia de comportamientos sexuales de riesgo y en la epidemiología del embarazo adolescente, como también en las infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA³⁵.

2.2.3.1.2 Prácticas sexuales: bucogenital, coito-vaginal, coito-anal

Las prácticas sexuales son los actos o acciones que una persona realiza en busca de placer sexual. Según Falistoccola et al³⁶, estas actividades pueden realizarse solo o acompañado de una o más personas de cualquiera de los dos sexos y se clasifican en coitales y no coitales, describiendo acciones como el uso de juguetes sexuales, el voyeurismo, exhibicionismo, sexo grupal, entre otras.

Para efectos de la presente investigación, se considerarán aquellas prácticas sexuales más comunes entre los adolescentes, las cuales fueron descritas por Faílde et al³⁷ quien las categorizó en 3 tipos: coito-vaginales, coito-anales y bucogenitales.

Las prácticas coito-vaginal y coito-anal son consideradas como las prácticas coitales más comunes. La encuesta INJUV (2012)³³ declaró que el 71% de los jóvenes entre 15 y 29 años han tenido relaciones sexuales penetrativas-coitales al menos una vez en su vida. De esta cifra el 49% corresponde a adolescentes (menores de 19 años).

Viera³⁸, explica que de los tres tipos de relaciones sexuales: vaginal, oral y anal, la más infectante y traumática es esta última ya que puede provocar lesiones en el pene y en la zona anal, especialmente si hay hemorroides. Además explica que la mujer que tiene relaciones sexuales anales posee mayor posibilidad de contagiarse de enfermedades (como VIH-Sida, sífilis, gonorrea y papiloma) en comparación con las relaciones vaginales y si es que no se ocupa ningún método de prevención.

En Estados Unidos los padecimientos que afectan al ano y recto son considerados como una infección de transmisión sexual muy comunes: 1 de cada 100 habitantes que acuden a consulta médica presentan síntomas³⁹.

Por otro lado la práctica sexual bucogenital, según la encuesta INJUV (2010)³⁴, se asocia más a jóvenes iniciados sexualmente (96,6% hombres y 84,6% mujeres), que a no iniciados (2,3%). Estos datos evidencian que esta práctica no estaría precediendo la actividad sexual coital, sino que se trata más bien de un comportamiento que acompaña la actividad de la mayoría de la población juvenil iniciada sexualmente.

Zajer² explica que una de las prácticas sexuales de riesgo más comunes es el sexo oral. Esta práctica puede asociarse a infecciones como VIH o herpes si no se utilizan métodos de protección en su práctica. Además señala que estas conductas de riesgo han influido en el aumento de la incidencia de ITS en la población adolescente chilena.

2.2.3.1.3 Motivo de iniciación sexual

Se refiere a los aspectos que determinan las elecciones sobre el momento, el compañero y el contexto en que ocurre la primera relación sexual. González et al³⁵, definen como motivos señalados por adolescentes chilenos los siguientes: amor, curiosidad, presión de los pares, efecto del alcohol, bajo el efecto de las drogas y bajo cierta coerción. Se entiende por esta última la presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o conducta.

2.2.3.1.4 Orientación sexual

Es el sentimiento de atracción sexual y emocional persistente hacia varones o mujeres. Aparece en forma espontánea durante la niñez y se hace evidente durante la adolescencia inicial. No es una decisión consciente. La mayor parte de los seres humanos sienten la atracción por el sexo opuesto, pero en algunos casos ocurre hacia el mismo sexo o hacia ambos sexos. Durante la adolescencia puede existir un período de duda en relación a la orientación sexual, inquietud que debe resolverse al final de esta etapa²¹.

Para fines de este estudio se consideran los siguientes tipos de orientación sexual:

- Heterosexualidad: Es la atracción sexual hacia miembros del sexo opuesto
- Homosexualidad: Atracción sexual o interacción entre personas del mismo sexo
- Bisexualidad: Orientación mediante la cual la persona consigue satisfacción sexual y emocional con miembros de ambos sexos

La orientación sexual no determina por sí sola la identidad sexual ni la conducta sexual, de modo que puede haber orientación sexual homosexual y conducta sexual heterosexual o viceversa²¹.

Según la encuesta INJUV (2012)³³, la población juvenil (15 a 29 años) se declara principalmente heterosexual (84%), mientras que aquellos que se autodefinen como homosexuales alcanzan 2% y bisexuales 1%.

2.2.3.1.5 Sexualidad activa

La encuesta INJUV(2010)³⁴ define sexualidad activa como la mantención de relaciones sexuales habituales durante los últimos 12 meses. En Chile hasta el año 2012 el 86,2% de los adolescentes entre 15 y 19 años se encontraban sexualmente activos. En nuestro país no se ha indicado que exista gran diferencia entre géneros para la vida sexual activa. Además aparece una clara tendencia, por parte de los jóvenes, a tener una pareja sexual habitual durante el último año (75,2%), principalmente del sexo opuesto.

2.2.3.1.6 Utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección

2.2.3.1.6.1 Definición y clasificación

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos⁴⁰, los métodos anticonceptivos y/o de protección son todos aquellos procedimientos o prácticas que previenen el embarazo y/o la adquisición de infecciones de transmisión sexual. Esta organización los clasifica en:

- Métodos de barrera: Espermicidas, condón, diafragma y capuchón cervical.
- Métodos hormonales: Anticonceptivos orales, anillo vaginal, parche cutáneo, implante, inyección y dispositivo intrauterino.
- Determinación de la fertilidad: Técnica de los días estándar, técnica del moco cervical, método de la temperatura basal, método sintotérmico y método de amenorrea lactacional.
- Anticonceptivos de emergencia: píldora anticonceptiva de emergencia y dispositivo intrauterino de cobre.
- Esterilización: esterilización femenina y esterilización masculina.

2.2.3.1.6.2 Métodos anticonceptivos considerados

Los siguientes métodos anticonceptivos serán descritos según la información proporcionada por el Manual de planificación familiar de la OMS⁴¹.

- Anticonceptivos Orales Combinados

Son píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas (progestina y estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno del cuerpo de la mujer. Su función es impedir la ovulación.

La efectividad depende de cada usuaria, ya que el riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más

píldoras cerca del inicio o del final de una caja de píldoras. La tasa de embarazos es de 1 cada 100 mujeres que utilizan AOC de manera correcta en el primer año.

Los beneficios conocidos para la salud al utilizar AOC son: ayudan a proteger contra el riesgo de embarazo, cáncer endometrial, cáncer de ovario y enfermedad pélvica inflamatoria sintomática.

- **Anticonceptivos de emergencia**

Son píldoras que contienen sólo progestina o progestina y estrógeno juntos. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras “del día después”, “de la mañana siguiente” o anticonceptivos postcoitales y funcionan fundamentalmente evitando o retrasando la ovulación. No son efectivos si la mujer ya se encuentra embarazada, ya que estas píldoras ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 5 días después del sexo sin protección, considerando que cuanto antes se tomen, mejor.

El único beneficio que entrega el uso de PAE es la protección contra el embarazo.

- **Condón masculino**

Son fundas o forros que se adaptan a la forma del pene erecto. Reciben también el nombre de preservativos. Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren a la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene o en la vagina infecten al otro miembro de la pareja.

La efectividad depende de cada usuario, debido a que el riesgo de embarazo o ITS es mayor cuando no se utiliza condón en cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos o infecciones que ocurren por el uso incorrecto del condón, o porque se salga o se rompa. La tasa de embarazos es de 15 cada 100 mujeres cuyas parejas usan correctamente condones masculinos el primer año. Los condones masculinos a su vez reducen entre un 80% y 95% el riesgo de infectarse con el VIH, cuando se los usa correctamente en cada acto sexual. Además reducen el riesgo de contagio de muchas ITS, tales como la gonorrea, clamidia, herpes y papiloma virus humano.

Los beneficios conocidos para la salud al utilizar el condón masculino son: ayudan a proteger contra embarazo e ITS, incluyendo el VIH.

- **Coito interruptus o eyaculación fuera de la vagina.**

Consiste en que el hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de ésta, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer. Se lo conoce también como “marcha atrás.”

La efectividad del coito interruptus depende del usuario, pues el riesgo de embarazo es mayor cuando el hombre no retira su pene de la vagina antes de eyacular en cada acto sexual. Es uno de los métodos menos efectivos. La tasa de embarazos es de 27 cada 100 mujeres cuya pareja utiliza este método.

- **Inyectables**

Los inyectables mensuales o los anticonceptivos inyectables combinados contienen dos hormonas, progestina y estrógeno, las cuales tienen como función fundamental evitar la ovulación.

La efectividad de los inyectables mensuales depende de la puntualidad, ya que el mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite. La tasa de embarazos es de 3 cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales en el primer año.

Los beneficios conocidos para la salud al utilizar los inyectables mensuales son: ayudan a proteger contra el riesgo de embarazo, cáncer endometrial, cáncer de ovario y enfermedad pélvica inflamatoria sintomática.

- **Espermicidas**

Son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo y que matan el esperma. Funcionan rompiendo la membrana de las células del esperma, matándolas o enlenteciendo su movimiento evitando así el contacto del espermatozoide con un óvulo. Es considerado como uno de los métodos menos eficaces.

La efectividad de los espermicidas depende de cada usuaria. El riesgo de embarazo aumenta si no se utilizan los espermicidas en cada acto sexual. La tasa de embarazos es de 18 cada 100

mujeres que usan de manera correcta los espermicidas en cada acto sexual en el primer año. La protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) es nula.

El beneficio conocido para la salud al utilizar espermicida es: ayudar a proteger contra el riesgo de embarazo.

- **Diafragma**

Es un capuchón de látex o plástico blando que cubre el cérvix. El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Funciona impidiendo la entrada del esperma al cérvix; se usa en conjunto con espermicidas que matan o inutilizan el esperma. Ambos impiden que el esperma entre en contacto con el óvulo.

La efectividad del diafragma depende de cada usuaria. La tasa de embarazos es cerca de 16 cada 100 mujeres que utilizan diafragma con espermicidas en el primer año.

Los beneficios conocidos para la salud al utilizar el diafragma son: ayudar a proteger contra el riesgo de embarazo. También puede ayudar a proteger contra lesiones precancerosas, cáncer cervical y algunas ITS como clamidia, gonorrea, enfermedad inflamatoria pélvica y tricomoniasis, pero no debería confiarse en este método para su prevención.

- **Métodos naturales**

Consisten en el conocimiento de la fertilidad por parte de la mujer. Significa que la mujer sabe darse cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. Funcionan, en primer término, ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedar embarazada por lo que la pareja previene el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección durante esos días fértiles, en general absteniéndose o utilizando condones, diafragma, espermicidas o el retiro, aunque estos dos últimos están entre los métodos menos eficaces.

La efectividad de los métodos naturales depende de cada usuaria. El riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otro método. Pueden ser muy eficaces si se utilizan de manera consistente y correcta. La tasa de embarazos es cerca de 25x100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica.

El beneficio conocido para la salud al utilizar métodos naturales es: ayudan a proteger contra el riesgo de embarazo. No previenen enfermedades de transmisión sexual.

2.2.3.1.7 Uso de métodos anticonceptivos y/o de protección en la primera relación sexual

La encuesta INJUV (2010)³⁴ informa que el promedio de uso de métodos anticonceptivos y/o de protección en la primera relación sexual llega al 51,4%, aumentando 7 puntos respecto al promedio del año 2006 (44,7%). Existe una diferencia entre sexos, pues los hombres registran una leve mayoría con un 52,9% en relación a las mujeres que presentan un 49,8%. En cuanto a preferencias, el condón es el método anticonceptivo y/o de protección más utilizado por los adolescentes con un 90,5%, seguido de la píldora anticonceptiva (14,8%) y el coito interrumpido (0,7%).

2.2.3.1.8 Uso de métodos anticonceptivos y/o de protección en la última relación sexual

La encuesta INJUV (2012)³³ refleja que un 88% de la población juvenil encuestada usó métodos anticonceptivos y/o de protección durante su última relación sexual. Actualmente la brecha existente entre hombres y mujeres ha ido disminuyendo, esto se rebeló en la medición realizada en el año 2009 donde la prevención en la última relación sexual fue practicada de igual manera por ambos sexos.

Respecto al método utilizado en la última relación sexual destaca el condón masculino (49%), y en segundo lugar se ubica la píldora anticonceptiva (38%).

2.2.4 CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Según la OMS⁴² un factor de riesgo es “*cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión*” siendo las prácticas sexuales de riesgo uno de los factores de riesgo más importantes.

En el caso de la sexualidad adolescente el principal riesgo se observa con el inicio de la vida sexual en edades cada vez más precoces. *“Las principales consecuencias de este inicio precoz serían una mayor probabilidad de tener más parejas sexuales a lo largo de la vida con menores niveles de protección, lo que conlleva a una mayor tasa de embarazos adolescentes y a un aumento en el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o VIH/SIDA, además de contribuir a la asociación con otros comportamientos de riesgo como deserción escolar, consumo de alcohol y drogas, entre otros”*⁴³.

2.2.4.1 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

2.2.4.1.1 Definición y características.

Las ITS son infecciones causadas por diversos agentes (bacterias, virus, parásitos, protozoos, entre otros) cuyo mecanismo de transmisión es el contacto sexual: genital, oral o anal, condición que les da su principal característica y que tiene implicancias en la prevención, pues se relaciona directamente con el comportamiento sexual⁴⁴.

Existen 3 vías de transmisión para las ITS: vía sexual, sanguínea y vertical, pero para fines de este estudio se considerará sólo la vía de transmisión sexual. Las conductas que permiten la prevención de la transmisión de ITS según la vía sexual son: ausencia de actividad sexual (abstinencia), usar correctamente condón en cada relación sexual, acordar ser pareja mutuamente exclusiva, asegurándose ambas personas previamente de no tener ITS ⁴⁶.

2.2.4.1.2 Situación en Chile

El Minsal⁴⁷ describe como las ITS más frecuentes en Chile: condiloma acuminado, sífilis, gonorrea, herpes, infección por chlamydias e infecciones vaginales. El VIH/SIDA no es tan común en nuestra población, pero una persona que tiene una ITS puede adquirir más fácilmente el virus que una que no la padece.

Al evaluar la tasa global de ITS por edad se observa que el grupo con más notificaciones se encuentra entre los 15 y 34 años, con una tasa en adolescentes de 5,2 x 100.000 habitantes para los

varones y de 13,7 x 100.000 habitantes para las mujeres, lo que demuestra claramente la mayor vulnerabilidad de éstas⁴³.

A nivel regional, Valparaíso ocupa el segundo lugar en las tasas de sífilis más altas del país (30,2 x 100.000 habitantes). Sin embargo presenta una tasa de incidencia anual de gonorrea menor a la nacional (8,4%)⁴⁹. Paralelamente en los últimos tres años (2010 a 2012), el servicio de salud privado y público Valparaíso – San Antonio ha notificado 211 casos de VIH, ocupando el quinto lugar entre los servicios de salud con más notificaciones del país⁵⁰.

2.2.4.2 Embarazo adolescente

“Se define embarazo adolescente como la gestación en mujeres menores de 20 años, independiente de su edad ginecológica”⁵¹

2.2.4.2.1 Situación Epidemiológica

En el año 2012, el número total de nacidos vivos en Chile fue de 242.142, de estos, 34.906 (14,4 %) corresponden a hijos de madres adolescentes. Al desagregar esta cifra por grupo etario, observamos que 34.033 nacidos vivos corresponden a hijos de madres entre 15 a 19 años, y 873 nacidos vivos corresponden a hijos de madres menores de 15 años⁵².

Según cifras entregadas por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud se observa que este fenómeno ha mantenido un aumento sostenido a través de los últimos años, con una leve disminución en el año 2010.

A nivel nacional, las regiones que presentan las mayores tasas de embarazo en mujeres adolescentes de 10 a 14 años son la región de Los Ríos y la región de Aysén. En el tramo de 15 a 19 años, la región que presenta la mayor tasa de embarazo adolescente es la región del Biobío, seguida por la región de Atacama.

Respecto al embarazo adolescente en la región de Valparaíso según tramos de edad, de 10 a 14 años presenta una tasa de 4,1 x 1000 nacidos vivos, mientras que de 15 a 19 años es de 149,8 x 1000 nacidos vivos⁵².

2.2.5 PROGRAMAS MINISTERIALES DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

2.2.5.1 Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes

Este programa en nuestro país tiene como propósito mejorar el acceso y la oferta de servicios diferenciados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y a la comunidad.

Éste se desarrolla en todo el país, en las SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, incluyendo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años. Las actividades programadas son definidas en los distintos niveles de la red asistencial y deben facilitar que adolescentes y jóvenes de ambos sexos accedan al sistema de salud para ser atendidos por el equipo más cercano a su residencia⁵⁷.

Dentro de estas actividades existe el “Control Joven Sano”, que consiste en la atención integral de salud para adolescentes de 10 a 19 años. Permite evaluar su estado de salud, crecimiento y desarrollo, fomentando los factores y conductas protectoras e identificando precozmente factores y conductas de riesgo, así como diversos problemas de salud. Su objetivo es intervenir en forma oportuna e integral, con un enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo.

Esta actividad propia de atención primaria es la puerta de entrada del adolescente a los servicios y prestaciones de salud. Depende de un profesional que posea competencias técnicas para la atención integral de baja y mediana complejidad de los problemas de salud de adolescentes, por lo que es importante destacar que no pertenece únicamente al profesional enfermero(a), sino también al profesional matrn(a) e incluye el apoyo del equipo técnico paramédico ¹³.

2.2.5.2 Programa de educación sexual: sexualidad, afectividad y género

En enero del 2010 se firmó en nuestro país la ley 20.418 que marcó el precedente en cuanto a la legislación en materia de educación sexual, determinando que la educación sexual es una garantía para todos(as). De esta manera nace el programa de educación sexual, que abarca las áreas de sexualidad, afectividad y género en las comunidades educativas ⁵⁸.

La ley define que el reglamento de este programa debe ser legislado desde el ministerio de salud, pero además exige su implementación en los establecimientos de educación, lo cual genera una intersectorialidad entre el MINSAL y el MINEDUC ⁵⁸.

Actualmente el MINEDUC se ha encargado de financiar y promover la acción de este programa dentro de los establecimientos estatales del país. Para ello y junto con el SERNAM, ha puesto a disposición de los establecimientos educacionales municipales siete programas de educación sexual, los cuales son ofrecidos a través de fondos de financiamiento, donde cada sostenedor puede elegir la “oferta” que mejor se adecúe a su proyecto educacional particular. Junto con lo anterior el MINEDUC otorga a cada establecimiento una suma de dinero que permita capacitar a tres docentes, en base el programa que elija cada sostenedor. Por su parte el MINSAL ha generado un plan de educación a través de un convenio con matrones(as) que trabajan junto con los establecimientos de educación ⁵⁸.

El enfoque formativo de este programa aborda la educación integral de niños y niñas desde los 6 a 12 años y adolescentes desde los 12 a 18 años. En ellos las etapas de vida y experiencias son muy diferentes, por lo que los temas de educación sexual deben ser abordados con diversos grados de complejidad y de acuerdo a sus vivencias ⁵⁹.

La UNESCO entrega orientaciones técnicas para educación en sexualidad y sugiere los temas que deben ser tratados en los rangos de edad mencionados anteriormente. Sin embargo, estos temas no son obligatorios para los establecimientos educacionales quienes eligen el plan de educación sexual que más les acomode de acuerdo a su proyecto educativo ⁵⁹.

Es importante recalcar que a pesar de todas las implementaciones que se han generado en materia de educación sexual por parte del MINSAL y MINEDUC, el uso de fondos para la

implementación de los programas en el año 2011 fue de 39% por parte de los establecimientos educacionales, lo que demuestra la débil adherencia de éstos al programa y su difícil práctica e implementación⁵⁸.

2.2.6 CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES

2.2.6.1 Características personales consideradas

2.2.6.1.1 Edad

La edad a considerar dentro de este estudio es de 15 a 19 años, dado que la encuesta INJUV (2010)¹⁵ sitúa a la población adolescente sexualmente activa dentro de éstos rangos de edad.

2.2.6.1.2 Sexo

“Sexo biológico: caracteres morfofuncionales, está integrado por diferentes componentes, como el sexo cromosómico, sexo gonadal, genitales externos e internos y componentes fállicos y neuroendocrinos. Es según estos caracteres que se le asigna el sexo al recién nacido”¹⁶.

Según esto las categorías son: sexo masculino, sexo femenino, estados intersexuales (personas que nacen con caracteres sexuales masculino y femeninos) y transexuales (personas que se someten a intervenciones quirúrgicas, tratamiento hormonal o ambos para modificar su sexo). Para fines de éste estudio sólo tomaremos las dos primeras categorías: femenino y masculino.

2.2.6.1.3 Nivel de escolaridad

La educación en Chile se divide en nivel parvulario, básico, secundario y superior. La educación secundaria tiene una extensión de cuatro años y está dividida en dos áreas: científico-humanista y técnico-profesional.

La educación científica-humanista comprende asignaturas que constituyen una enseñanza de carácter general, con el objetivo de preparar a los estudiantes para el ingreso a la universidad. La educación técnico-profesional en cambio prepara a los alumnos para el mundo laboral¹⁷.

Actualmente existen 979.987 adolescentes inscritos en la Enseñanza media en todo el país, de los cuales 376.632 pertenecen a dependencias administrativas municipales. La región de Valparaíso representa el 8,9% de éstas matrículas que equivalen a 33.757 adolescentes¹⁸.

Hasta el año 2003, la obligatoriedad escolar correspondía sólo a la educación básica; a partir de ese momento la reforma constitucional estableció la Educación Media obligatoria para todos los chilenos hasta los 18 años de edad. *“No obstante, aún existen alarmantes cifras de deserción escolar en el país, siendo los principales factores la pobreza, el sexo (el abandono es mayor entre las mujeres), la ruralidad y la pertenencia a una etnia originaria. Los factores relatados por los jóvenes para abandonar los estudios son los problemas económicos (22,3%) y los derivados de procesos de maternidad o paternidad, motivo que aduce el 20,3% de las mujeres y solo el 1,3% de los hombres, reflejando una grave inequidad en la forma en que se asume el proceso de gestación y crianza de los hijos e hijas”*¹⁹.

2.2.6.2 Familia

La familia según la Declaración Universal de los Derechos Humanos²⁰, es el elemento natural y fundamental de la sociedad. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

2.2.6.3 Funciones de la familia en la adolescencia

Según Zubarew²¹, la familia desarrolla un conjunto de funciones para sus miembros. Quizá la más importante de ellas es proporcionar seguridad emocional y psicológica a través del cariño, amor y compañía que se genera al vivir juntos. Provee también una función social al institucionalizar la procreación y regular la conducta sexual. La familia entrega de forma adicional otras funciones positivas como la crianza y socialización de los hijos, además de cuidar a sus miembros enfermos o discapacitados. Desde el ángulo económico, proporciona alimentación,

vivienda, vestuario y seguridad física a sus miembros. Finalmente desde el punto de vista político, es un mecanismo que otorga orden y estabilidad a la sociedad como un todo.

La familia, como sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural y social, transmite los valores y creencias propias de la cultura a la cual pertenece. Conforman un sub-sistema con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes.

La importancia de la familia en el desarrollo infantil y adolescente se basa en hallazgos de la psicología como ciencia empírica y desde el psicoanálisis. Desde Freud en adelante, se ha demostrado como esta *placenta familiar* origina un sistema interactivo que desde el nacimiento biológico hasta el fin de la adolescencia sirve para crear un aparato mental estable y resiliente, con capacidad para la toma autónoma de decisiones y el poder enfrentar los desafíos y conflictos que la vida trae consigo. La interacción anterior comienza con el establecimiento de un vínculo madre-hijo apropiado y sigue con relaciones familiares adecuadas, especialmente con el padre y con los hermanos.

El segundo proceso en que la familia es necesaria es el de individualización. Los adolescentes deben acceder al logro de su individualización, es decir, a la posesión de una programación psicológica que les vaya sustentando progresivamente en el ejercicio de sus funciones. Finalmente, el proceso de personalización es el producto de la interacción del individuo con su medio; primero con la familia, luego con sus pares, la escuela y el medio social circundante.

2.2.6.4 La familia y la sexualidad en el adolescente

El sexo y la sexualidad son aspectos complejos de la vida de todo adolescente para la construcción de su ser; es una dimensión esencial de la persona y está presente desde el momento de la concepción, impregnando a todo el individuo en una realidad profundamente personal que lleva a convertir a los adolescentes en adultos.

Es en la adolescencia donde emerge el fenómeno sexual debido a la necesidad de reafirmación de la identidad sexual y personal, lo que conduce a tener en ellos un mayor interés en los temas

eróticos y sexuales buscando información sobre el desarrollo de sus órganos sexuales, reproducción y acto sexual, entre otros.

La familia es la principal encargada en la formación de sus hijos, en el ámbito afectivo, social, productivo, intelectual y sexual. Pese a esto y aunque la educación sexual es parte importante de las funciones de los padres, ésta no es asumida en forma adecuada puesto que una buena proporción de ellos dejan al azar la educación sexual de sus hijos, evitando asumir una posición proactiva, delegando en la escuela y en los medios de comunicación esta responsabilidad, siendo que es necesario para los adolescentes contar con el apoyo, la confianza y la comprensión a sus dudas y conflictos, que solo un canal de comunicación afectiva y efectiva entre padres e hijos puede lograr²².

Las actitudes y comportamientos de los adolescentes van a estar determinados en gran medida por el tipo de relación que hayan establecido con el resto de los componentes de su núcleo familiar. Al ser esta etapa de sus vidas un proceso de maduración y de búsqueda de identidad, luchan por parecer adultos aunque también sienten miedo de lo que significa ser adulto; este proceso transitorio es importante para comenzar a vivenciar su propia autonomía e identidad.

Uno de los problemas actuales que enfrenta la relación familia-adolescencia es la comunicación fluida en torno a la sexualidad que marca el modelo formador de actitudes y acciones en este plano de la vida.

“La familia, en la mayoría de los casos, se muestra desorientada acerca de cómo enfrentar la sexualidad de los adolescentes. No se comprende que ellos sean sexualmente activos y menos aún, que tengan el derecho de serlo. La verdadera solución al problema del embarazo no deseado, las ITS, el VIH/SIDA y el aborto no está en la prohibición de la relación sexual, sino en ayudar a los adolescentes a expresar su sexualidad sin riesgo”²³.

Los padres ejercen influencia indirecta sobre la expresión sexual del adolescente, los cuales rara vez conversan con sus padres sobre estos temas, recibiendo más información de sus pares y hermanos. Además, cuando un adolescente empieza a experimentar su propia sexualidad se cierra

una puerta en el intercambio entre él y su familia. No sólo por la sexualidad, sino también en el recato por los cambios físicos, las fantasías a nivel cognitivo y la realización de experimentos y exploraciones fuera de la familia. El cierre de esta puerta repercute en toda la familia y los ajustes dependen en cierto grado de la adaptabilidad de la organización familiar. En las familias cuyo sistema de relaciones es vulnerable, la emergencia de la sexualidad del adolescente puede activar o desencadenar problemas de gravedad y consecuencias diversas, tales como abuso sexual, incesto o embarazo adolescente²⁴.

Para fines de este estudio, se consideraran como características familiares la constitución familiar y el apoyo familiar autopercebido.

2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Características personales y familiares						
1.1 Características personales	Se refiere a; sexo, edad, nivel de escolaridad, rendimiento escolar, repitencia, trabajar además de estudiar, actividades recreativas, pertenencia a grupos comunitarios y redes de apoyo	Sexo		- Mujer - Hombre		
		Edad		- Años cumplidos		
		Nivel de Escolaridad		- Año que cursa		
		Rendimiento escolar	Notas		- Promedio de notas primer semestre del año en curso	
			Repitencia		- Si	- En qué curso
					- No	
Trabajar además de estudiar			- Si	- Promedio de horas semanales trabajadas		

				- No	
		Actividades recreativas		- Si	<ul style="list-style-type: none"> - Deporte - Escuchar música - Tocar música - Juegos electrónicos - Leer - Ver televisión - Ir al cine - Carreear - Otros (Especificar)
				- No	
		Pertenencia a un grupo comunitario		- Si	<ul style="list-style-type: none"> - Religioso - Scout - Centro juvenil - Club deportivo

					- Otros - No participo
				- No	
		Redes de apoyo		- Familia - Amistades - Pareja - Ninguna - Otros	
1.2 Características Familiares	Se refiere a la conformación familiar determinada por la presencia de sus integrantes.	Tipo de Familia		- Madre - Padre - Hermano/s a/s - Abuelo/ a/s - Otros	
2. Conducta sexual	Conducta sexual se define como la forma de expresión integral	Inicio de relaciones sexuales penetrativas		- Si - No	

de la sexualidad humana vinculada a procesos biológicos, psicológicos y socioculturales. Para fines de este estudio se considerarán dentro de estas dimensiones: iniciación sexual, tipo y motivo de inicio sexual, sexualidad activa, orientación sexual y utilización de métodos anticonceptivos y de protección.	Edad de inicio		<ul style="list-style-type: none"> - 15 años o menos - 16 años - 17 años - 18 años o más 	
	Tipo de iniciación sexual		<ul style="list-style-type: none"> - Vaginal - Anal - Oral - Más de una alternativa 	
	Motivo de iniciación sexual		<ul style="list-style-type: none"> - Amor - Curiosidad - Presión de pares - Coerción - Bajo el efecto del alcohol - Bajo el efecto de las drogas - Otro motivo - Más de una alternativa 	
	Orientación sexual		<ul style="list-style-type: none"> - Heterosexual. - Hombre homosexual - Mujer lesbiana 	

				<ul style="list-style-type: none"> - Bisexual. - No lo tiene claro 	
		Sexualidad activa		<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	
		Número de parejas sexuales durante el último año.		<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 o más 	
		Métodos anticonceptivos y/o de protección.	Utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección en la primera relación sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Anticonceptivos orales - Inyectables - Implante - Condón - Coitos interruptus - Métodos naturales - Otro - Más de una alternativa 	
			Utilización de métodos anticonceptivos y/o de	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Anticonceptivos orales 	

			protección durante el último año	<ul style="list-style-type: none"> - Pastilla del día después - Inyectable - Implante - Diafragma/espermicidas - Condón - Coitos interruptus - Métodos naturales - Otro - Más de una alternativa 	
			Frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección durante último año	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - A veces - Casi nunca 	
			Motivo de utilización de métodos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir embarazo - Prevenir ITS 	

			anticonceptivos y/o de protección	<ul style="list-style-type: none"> - Ambos - Otro 	
			Motivo de no utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene dinero para comprarlos - No los compra por vergüenza - Consultorio no lo entrega - No tiene la confianza para solicitarlos en el consultorio - A pareja no le gusta y/o no quiere utilizarlos - No le pide a pareja por vergüenza - No le gusta usar ningún método - No sabe cómo o donde obtenerlos - Otro - Más de una alternativa 	

CAPITULO 3
MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal.

3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio corresponde a 3.190 estudiantes matriculados en segundo y tercer año de enseñanza media de los colegios pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013, que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Asistencia a 2° y 3° medio
- Edad entre 15 y 19 años

Criterios de exclusión:

- No asistir a 2° y 3° medio
- Edad menor a 15 años y mayor a 19 años

3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se seleccionó a través de un muestreo probabilístico por conglomerado bietápico⁵⁶.

En una primera etapa se seleccionó de manera aleatoria tres liceos pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso. Posteriormente se realizó en cada establecimiento un censo de aquellos estudiantes que cumplían con los criterios de inclusión y presentaron el consentimiento y asentimiento informado firmados, quedando la muestra conformada por 295 estudiantes.

Tabla 1: Muestra por cada colegio seleccionado.

Colegios seleccionados	Muestra obtenida por colegio
Liceo Eduardo de la Barra	148 adolescentes
Instituto técnico profesional Marítimo de Valparaíso	111 adolescentes
Liceo N° 1 de Niñas “María Franck de Mac Dougall” de Valparaíso	36 adolescentes

3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron elaborados por las investigadoras con el fin de obtener información sobre características personales y familiares, y conductas sexuales de los adolescentes que conforman la muestra. Ambos instrumentos son de tipo descriptivos cuyo objetivo principal es medir las variables del problema en estudio y sus respectivas dimensiones.

3.4.1 Cuestionario “Características personales y familiares” (Anexo 1)

El cuestionario fue confeccionado por los propios tesisistas según búsqueda bibliográfica y revisado por la investigadora responsable Enfermera-Matrona Lucy Armstrong.

Este test autoadministrado consta de 12 preguntas cerradas, de fácil y rápida aplicación. Las cuales tienen por objetivo identificar las siguientes características personales: sexo, edad, nivel de escolaridad, rendimiento escolar, actividades recreativas, trabajan además de estudiar, pertenencia a grupos comunitario, redes de apoyo, y características familiares: tipo de familia.

3.4.2 Cuestionario “Conductas sexuales de adolescentes” (Anexo 2)

Para obtener los datos de la variable conductas sexuales se utilizó el cuestionario “Conductas sexuales de adolescentes”, el cual fue autoconfeccionado en base a revisión bibliográfica.

Éste consta de 13 preguntas cerradas de selección múltiple, que contemplan los temas de inicio sexual, edad de inicio sexual, tipo de iniciación sexual, motivo de iniciación, orientación sexual, sexualidad activa, número de parejas sexuales, uso de método anticonceptivo y/o de protección en la primera relación sexual, uso actual de método anticonceptivo y/o de protección, frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección, motivo de utilización y razón de no uso. Es un cuestionario de tipo autoaplicado en el cual el participante marca la o las alternativas que representen su opción o experiencia.

El cuestionario “Conductas sexuales adolescentes” fue revisado por Sabela Fernández Silva, Doctorado en Ciencias del Lenguaje y Lingüística Aplicada, actual docente asociada del Instituto de Literatura y Ciencias del Lenguaje, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, por Cecilia Jara Cortés, Enfermera Matrona, Magíster en Gestión en Salud, actual encargada regional del programa del Niño y Adolescente de la Secretaria Regional Ministerial de Salud, Región de Valparaíso, por Paulina López Orellana, Matrona, Magister en Bioestadística, Doctora en Salud Pública, Epidemiología y Ciencias de la Información Biomédica, actual docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, y finalmente por Paz Rey Ramírez, Psicóloga diplomada en intervención social con adolescentes infractores de la ley e intervención en abuso sexual infantil, actual directora del Programa de Reparación en Maltrato (PRM) en el Consejo de Defensa del Niño (CODENI), región Metropolitana.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos en los colegios seleccionados se solicitó la autorización de la directora del área de educación de la Corporación Municipal de Valparaíso, Sra. Cecilia Pinochet Silva. Posteriormente se contactó a los directores de los establecimientos seleccionados

solicitando su autorización para trabajar con estudiantes y docentes. Con estos últimos se coordinó la fecha y modalidad de aplicación del instrumento.

A continuación, se enviaron los consentimientos informados para padres a través de los estudiantes interesados en participar. Luego, se realizó la recolección de datos durante la jornada escolar. Durante el transcurso de esta se hizo un llamado a los estudiantes con consentimiento firmado para que firmasen el asentimiento (ANEXO 3 y 4) y pudiesen contestar el cuestionario.

Esta metodología se utilizó en los tres establecimientos mencionados anteriormente.

3.6 PRUEBA PILOTO

Previo a la aplicación de los instrumentos en los colegios seleccionados, se realizó la prueba piloto en el Instituto Superior de Comercio de Valparaíso (INSUCO). El curso asignado por el establecimiento fue el 3° medio B, donde se seleccionaron 15 estudiantes de forma aleatoria correspondientes al 5% del total de la muestra teórica. Se nos permitió participar en la reunión de apoderados donde se explicó en qué consistía el proyecto de tesis y se entregaron los consentimientos informados a los padres de los estudiantes seleccionados(as). Una vez obtenida la autorización de los padres, el día 28 de Noviembre de 2013 fueron aplicados los instrumentos en el Instituto, previa firma de todos los participantes de un asentimiento informado. De acuerdo a estas observaciones, fueron corregidos los instrumentos y se tomaron en consideración los ítems ambiguos, para que éstos no se volviesen a repetir en las aplicaciones futuras.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables, con asesoría estadística de Gonzalo Valdebenito Alvarado, Médico Cirujano Magíster en Metodologías Clínicas y Estadísticas Epidemiológicas para la Práctica Médica. Los datos fueron analizados por el software

XLSTAT (R) Versión 2007.6, además se realizó la confección de tablas y gráficos en Microsoft Excel 2003, previo al análisis del software antes mencionado

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios éticos establecidos en investigaciones científicas con seres humanos, este estudio se desarrolló basado en los siguientes aspectos:

Se hizo énfasis en respetar la autonomía y anonimato de los adolescentes participantes, ya que sólo se incluyeron en el estudio a quienes presentaron el consentimiento y asentimiento firmados. Los estudiantes respondieron y luego depositaron el sobre cerrado en un buzón, el que posteriormente fue retirado por las investigadoras.

El anonimato se resguardó mediante el uso de un seudónimo. Una vez realizada la evaluación de los datos, cada participante recibirá a través de su seudónimo y en un sobre cerrado una carta con los resultados obtenidos, que podrá retirar en forma voluntaria en su establecimiento educacional. De esta manera ni las investigadoras ni el colegio podrán saber qué resultado corresponde a cada participante. En caso de que el resultado revele un riesgo para él o la adolescente, las investigadoras responsables ofrecerán mediante dicha carta la posibilidad de acudir voluntariamente a una entrevista personal con ellas, para eventualmente derivar con profesionales especialistas del Centro de Asistencia Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Los datos serán guardados por las investigadoras principales durante 5 años en su ordenador personal.

Una vez finalizado el estudio, los resultados globales serán informados a la Corporación Municipal de Valparaíso y a su vez se planificará una exposición en cada colegio para informar los resultados obtenidos. Asimismo, se realizará una sesión educativa de prevención y calidad de vida según los resultados específicos por establecimiento.

Por último, las investigadoras no esperan conseguir ningún beneficio económico, directo o indirecto con el desarrollo de este estudio, salvo la obtención del grado de licenciadas en Enfermería, además de aportar datos actualizados sobre conductas sexuales en adolescentes de la ciudad de Valparaíso.

CAPITULO 4
RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES

Se aplicó una encuesta a 295 estudiantes, cuyos resultados se detallan a continuación:

Del total de la muestra, 38% de las encuestas fueron aplicadas en el Instituto Técnico Profesional Marítimo de Valparaíso, 50% en el Liceo Eduardo de la Barra y 12% en el Liceo N°1 de Niñas María Franck de Mac Dougall de Valparaíso (ver anexos: Tabla 1).

El 60% corresponde a mujeres y el 40% a hombres. La media de edad de los adolescentes en estudio es de 16.3 años. La mediana es de 16 años, con una desviación estándar de $\pm 0,95$ años y un rango de edad entre 15 y 18 años.

El 49% de los adolescentes cursa segundo año medio y el 51% cursa tercer año medio. Un 11% tiene un promedio de notas inferior a 5.0, mientras que un 88% superior o igual a 5.0. Un 68% nunca ha repetido de curso, mientras que un 32% si lo ha hecho, observándose un 68% de repeticiones en cursos de enseñanza media y un 31% en enseñanza básica (ver anexos: Tabla 1).

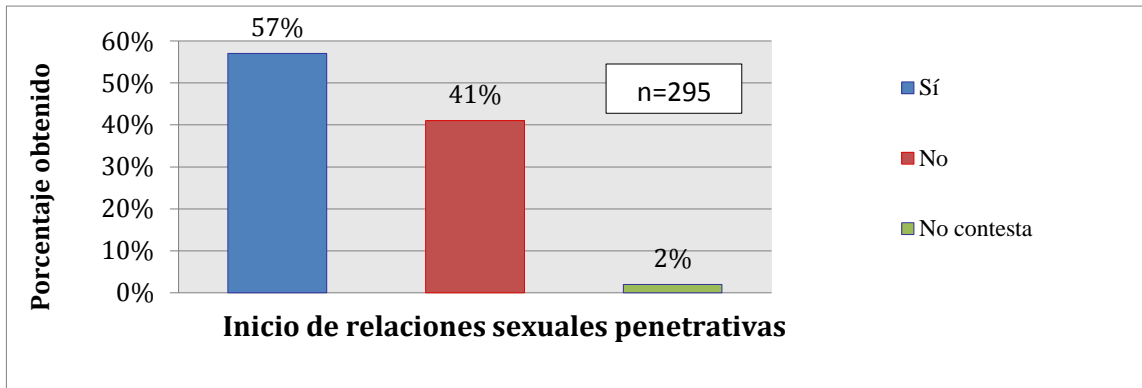
Del total de adolescentes, 86% no trabaja, mientras que un 14% si lo hace. Paralelamente un 77% realiza actividades recreativas, donde las más ejecutadas son con un 60% escuchar música, 54% practicar deportes, 26% carretear y 25% jugar juegos electrónicos. Además de ello, un 33% participa en grupos comunitarios, observándose un 57% de adherencia a clubes deportivos y un 21% a grupos religiosos (ver anexos: Tabla 1).

Cuando los adolescentes tienen algún problema, un 51% acude a sus amistades, un 45% a su familia, un 25% a su pareja y un 13% no acude a nadie. El 56% vive con ambos padres y en la gran mayoría de los hogares donde viven los adolescentes está presente la madre (92%) (ver anexos: Tabla 1).

4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO: PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLAS

4.2.1 Conductas sexuales (Gráficos)

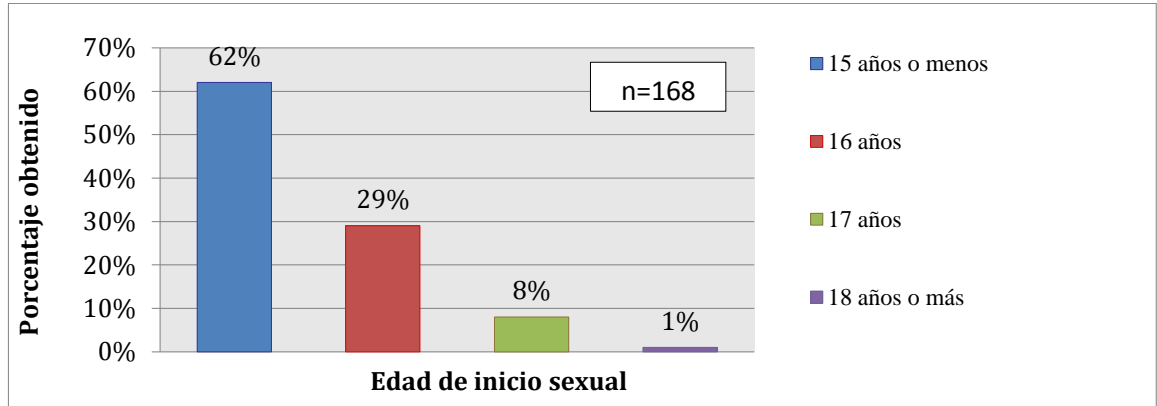
Gráfico 1: Inicio de relaciones sexuales penetrativas



Esta pregunta se realizó con el propósito de saber cuántos adolescentes han tenido relaciones sexuales penetrativas. De los 295 adolescentes que conforman la muestra, un 57% se ha iniciado sexualmente, equivalente a 168 adolescentes.

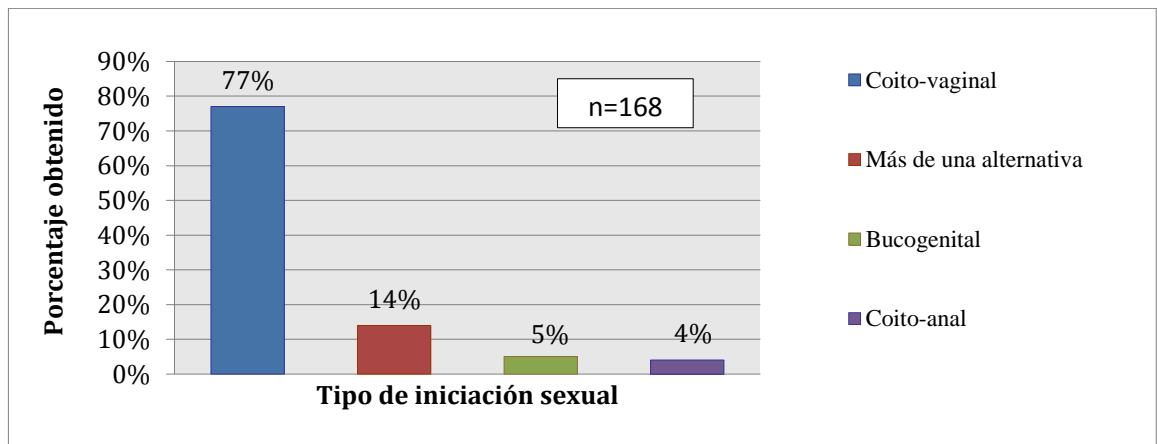
El análisis de los siguientes datos no considerará aquellos adolescentes no iniciados o que no contestaron esta pregunta, siendo la muestra efectiva 168 adolescentes.

Gráfico 2: Edad de inicio sexual



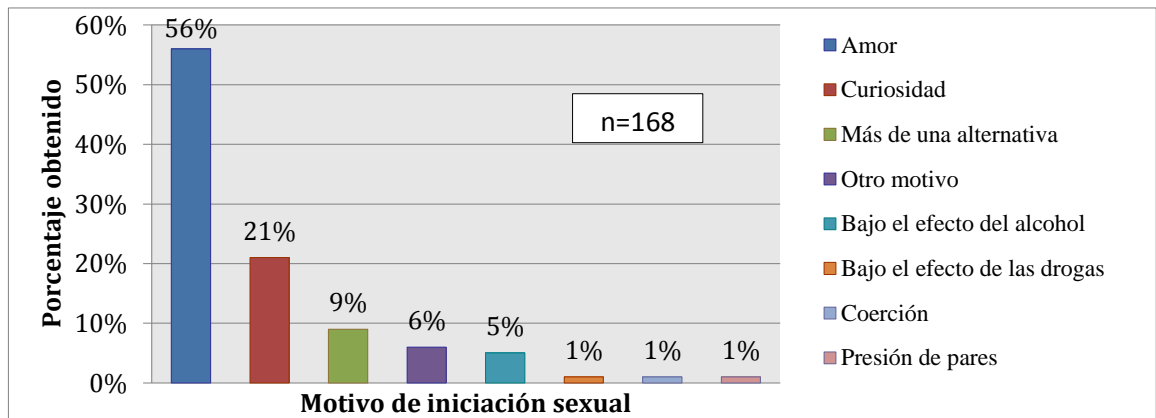
Se puede apreciar que, del total de adolescentes iniciados sexualmente (168), el 62% (105) se inició a los 15 años o menos. Sumado al 29% (48) que se inició a los 16 años, se obtiene que el 91% (151) de los adolescentes encuestados se inició sexualmente antes de cumplir 17 años.

Gráfico 3: Tipo de iniciación sexual



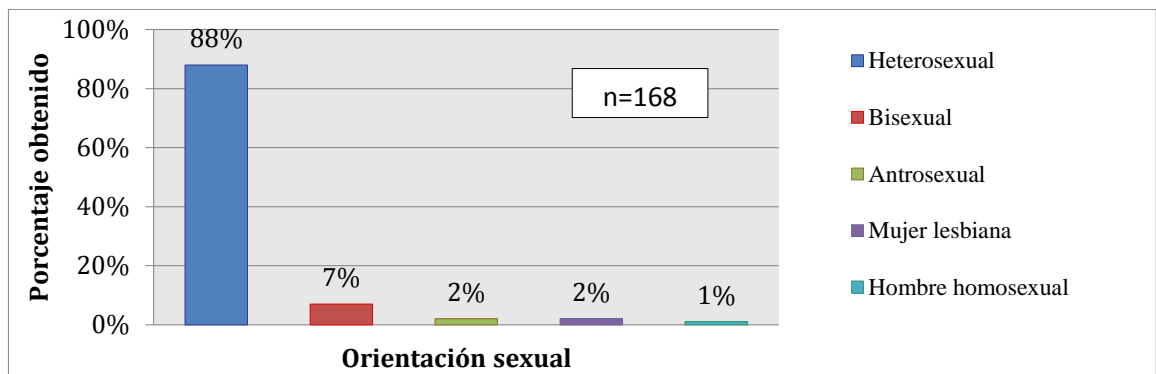
Se observa que la forma coito-vaginal es el tipo de iniciación sexual más practicado por los 168 adolescentes iniciados sexualmente, con un 77% (130) de representatividad. Adicional a esto, un 14% (23) eligió más de una alternativa (ver anexos: Tabla 2), dejando entrever diferentes combinaciones entre los tipos de relaciones sexuales.

Gráfico 4: Motivo de iniciación sexual



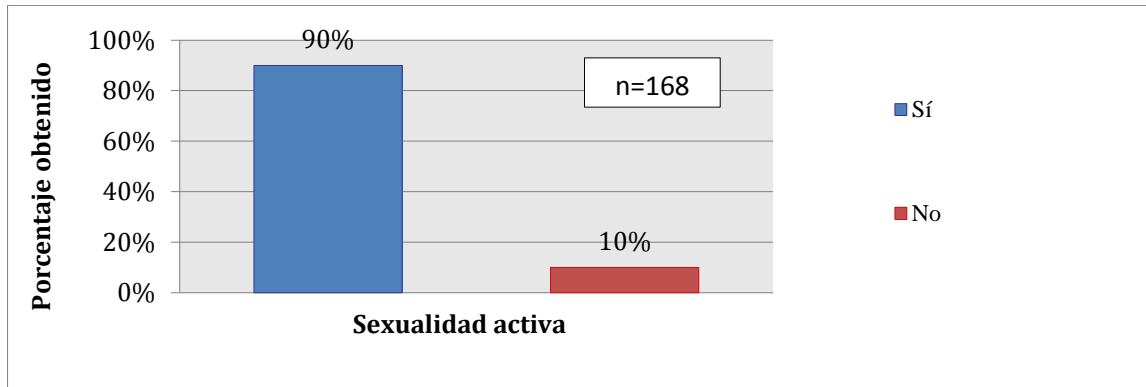
Al preguntarles a los 168 adolescentes cuál fue su motivación para iniciarse sexualmente, el 56% (94) admite que fue porque estaban enamorados/as, seguido de un 21% (36) que lo hizo por curiosidad. Cabe destacar que un 1% (2) de los encuestados declara haber sido obligado.

Gráfico 5: Orientación sexual



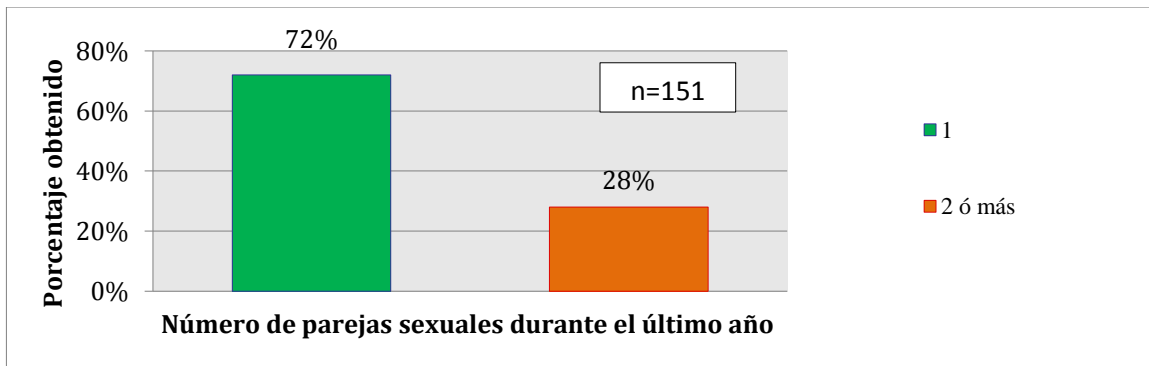
El 88% (148) de los 168 adolescentes iniciados sexualmente dice ser heterosexual. Destaca que sólo el 2% (3) se declare antrosexual y el 1% (2) sean hombres homosexuales.

Gráfico 6: Sexualidad activa



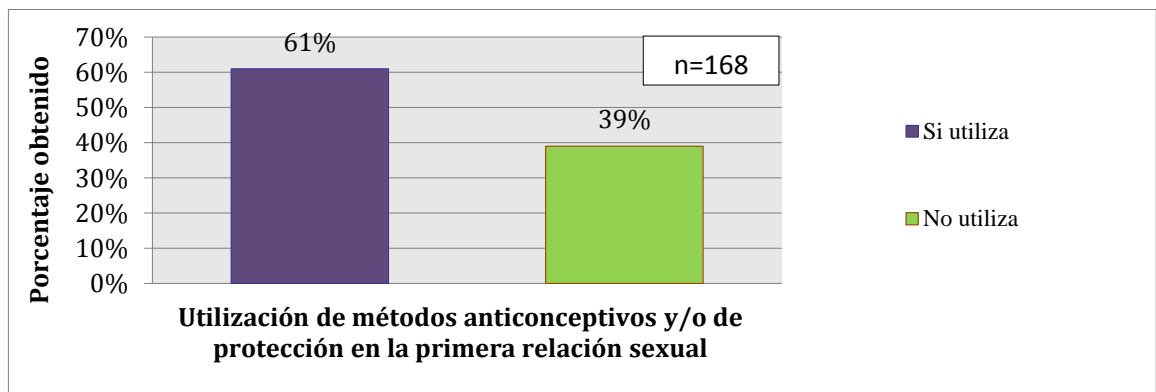
Esta pregunta se realizó con el propósito de saber cuántos adolescentes, de los 168 ya iniciados sexualmente, han mantenido relaciones sexuales durante el último año. Se aprecia que un 90% (151) de éstos mantienen una sexualidad activa.

Gráfico 7: Número de parejas sexuales durante el último año



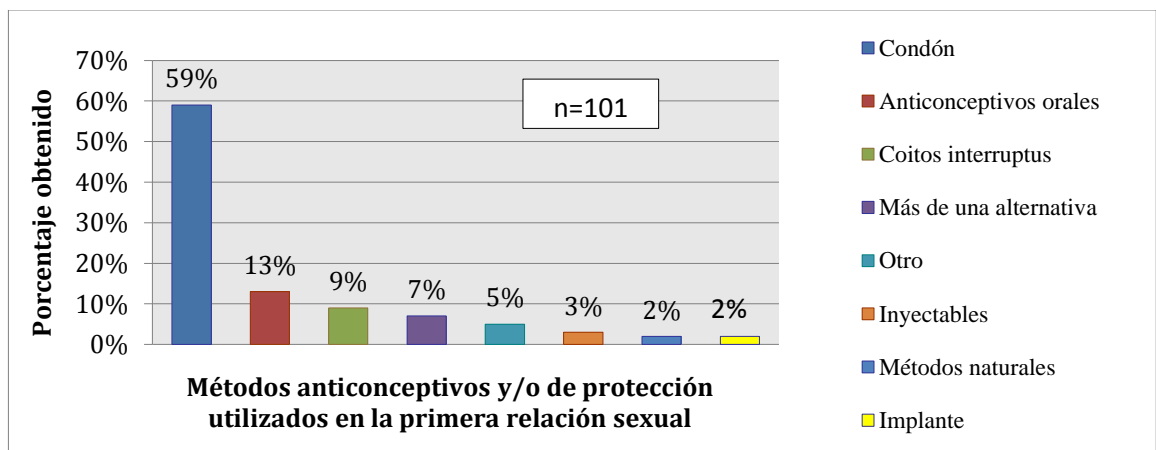
De los 151 adolescentes sexualmente activos, un 72% (108) ha tenido sólo una pareja sexual. Pese a esto, llama la atención que un 28% declara haber mantenido dos o más parejas sexuales durante el último año, cifra no menor si se considera que representa a 43 adolescentes.

Gráfico 8: Utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección en la primera relación sexual



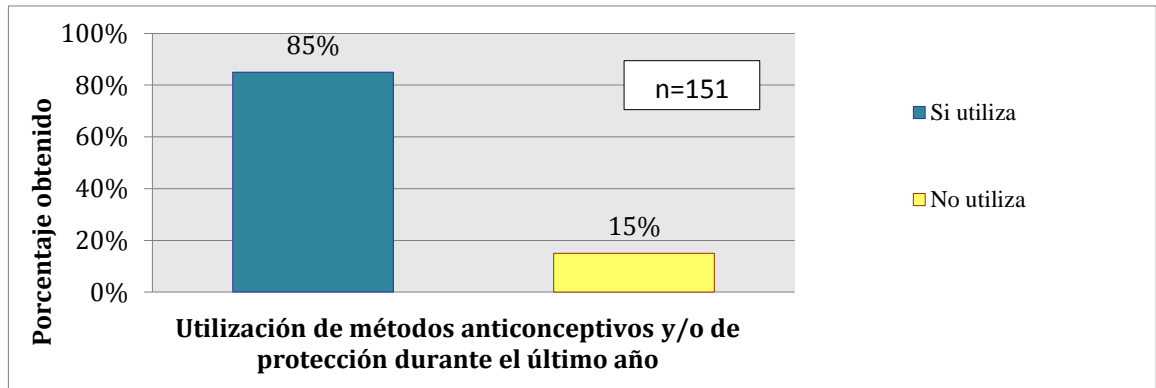
Es relevante destacar que durante la primera relación sexual, un 39% (67) del total de adolescentes iniciados sexualmente (168) no utilizó ningún método anticonceptivo y/o de protección, mientras que sólo un 61% (101) sí lo hizo.

Gráfico 9: Métodos anticonceptivos y/o de protección usados en la primera relación sexual



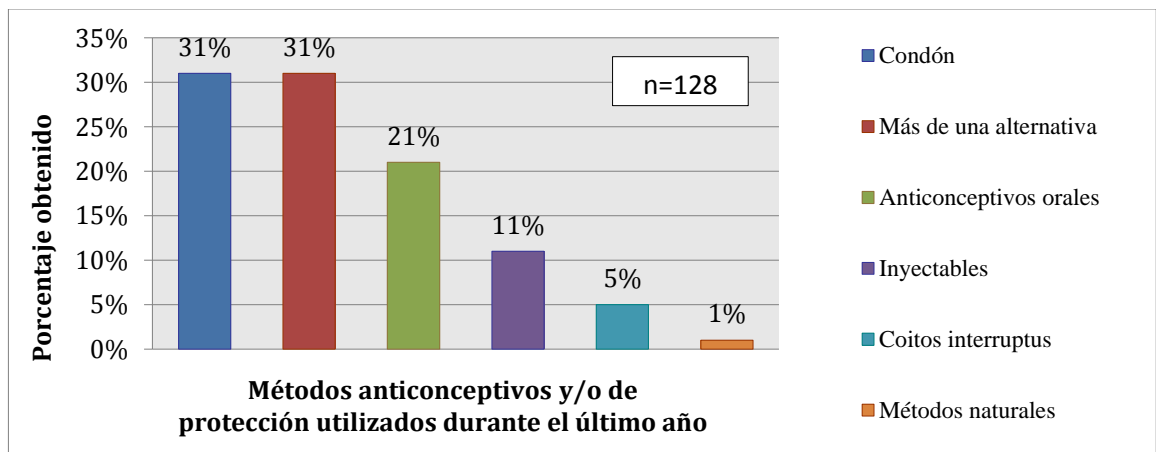
El método anticonceptivo y/o de protección más frecuentemente utilizado por los 101 adolescentes en su primera relación sexual fue el condón, con un 59% de representatividad, equivalente a 60 adolescentes. Sólo un 13% (13) utilizó anticonceptivos orales y un 9% (9) coitos interruptus.

Gráfico 10: Utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección durante el último año



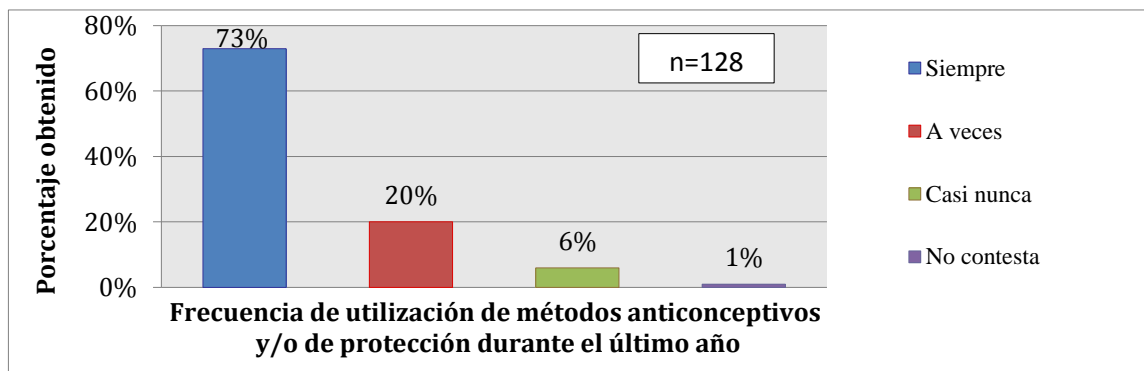
Se observa que un 85% (128) de los adolescentes sexualmente activos (151) utilizaron métodos anticonceptivos y/o de protección durante el último año, y que sólo un 15% (23) de ellos no lo hizo.

Gráfico 11: Métodos anticonceptivos y/o de protección utilizados durante el último año



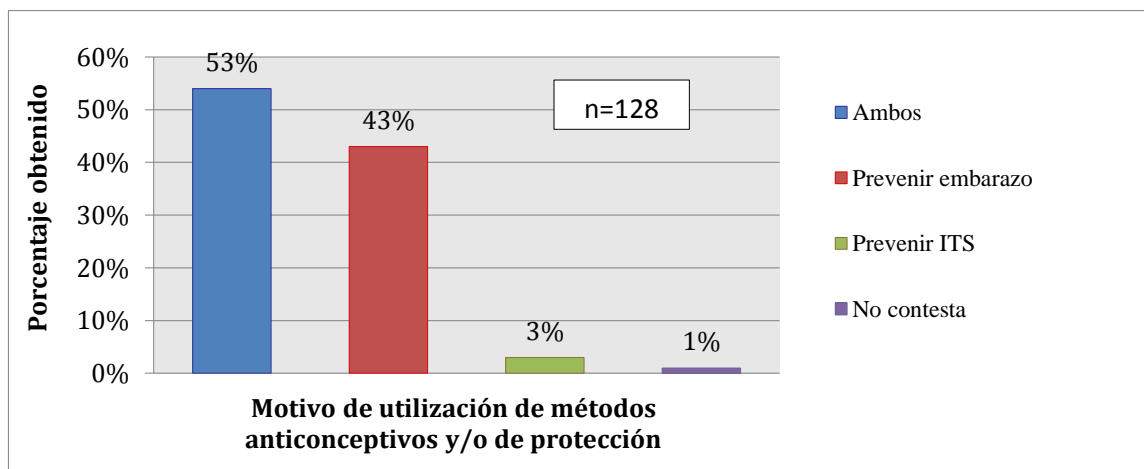
El método anticonceptivo y/o de protección más frecuentemente utilizado por los 128 adolescentes durante el último año fue, con un 31% (40) el condón, seguido de los anticonceptivos orales con un 21% (27), concentrándose entre ambos métodos más del 50% de los adolescentes encuestados. Cabe destacar que un 31% (39) de los adolescentes eligió más de una alternativa (ver anexos: Tabla 3), combinando así más de un método.

Gráfico 12: Frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección durante el último año



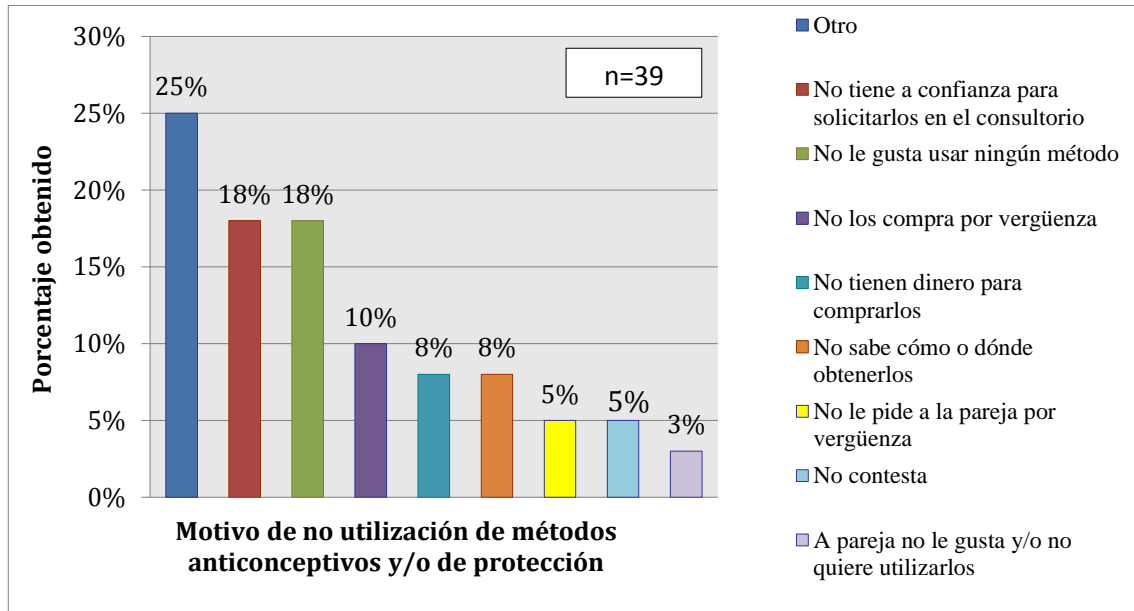
Durante el último año, el 73% (93) de los 128 adolescentes que utiliza algún método anticonceptivo y/o de protección, lo utiliza siempre, y solo un 6% (8) casi nunca.

Gráfico 13: Motivo de utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección



De los 128 adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos y/o de protección, un 53% (69) lo utiliza para prevenir embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS). Pese a esto, un 43% (55) los utiliza sólo para prevenir embarazo, cifra no menor si se considera el alto riesgo de contraer alguna ITS al tener relaciones sexuales sin protección.

Gráfico 14: Motivo de no utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección



Cuando los adolescentes responden que en el último año no han utilizado ningún método anticonceptivo y/o de protección, o que casi nunca lo utilizan, se les pide explicar el motivo de ello. En esta pregunta se considera como muestra 32 alumnos, éstos adolescentes pueden responder más de una alternativa, por lo que existen 39 respuestas.

Los 39 motivos más frecuentes por lo que adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos y/o de protección son, con un 25% (10) razones descritas por ellos en la opción “otro” del cuestionario (ver anexo: Tabla 4), seguido de: no tengo la confianza para pedirlo en el consultorio con un 18% (7), no me gusta usar ningún método, con un 18% (7) y no los compro por vergüenza, con un 10% (4).

4.2.2 Conductas sexuales según características familiares y personales (Tablas)

Tabla 2. *Adolescentes iniciados sexualmente según sexo y curso (n=168)*

Características	% (Frecuencia)
Sexo	
Hombres	37% (62)
Mujeres	63% (106)
Curso	
Segundo año medio	42% (71)
Tercer año medio	57% (96)
No responde	1% (1)

Cabe destacar que, de los 168 adolescentes iniciados sexualmente, la cantidad de adolescentes mujeres iniciadas (106) casi duplica a la de adolescentes hombres (62).

Al analizarlos según escolaridad las diferencias son menores, ya que un 42,2% (71) de los adolescentes que cursan segundo año medio y un 57, 1% (96) de los que cursan tercer año medio ya se han iniciado sexualmente.

Tabla 3: *Tipo de relación sexual en los adolescentes, según sexo*

Tipo de relación sexual	% (Frecuencia)	
	Hombres (n=62)	Mujeres (n=106)
Coito-vaginal	69% (43)	82% (87)
Bucogenital	5% (3)	6% (6)
Coito-anal	3% (2)	4% (4)
Más de una alternativa	23% (14)	8% (9)

Al analizar los tipos de relación sexual según sexos, se demuestra que, salvo en “más de una alternativa”, donde lideran los hombres con un 23% (14), son las adolescentes quienes practican en mayores porcentajes los diferentes tipos de relaciones sexuales.

Tabla 4: *Motivo de la iniciación sexual de los adolescentes, según sexo*

Motivo	% (Frecuencia)	
	Hombres (n=62)	Mujeres (n=106)
Amor	46% (29)	60% (65)
Curiosidad	31% (19)	16% (17)
Más de una alternativa	10% (6)	9% (9)
Otro motivo	6% (4)	6% (6)
Bajo el efecto del alcohol	3% (2)	6% (6)
Bajo el efecto de las drogas	2% (1)	1% (1)
Coerción	0% (0)	2% (2)
Presión de pares	2% (1)	0% (0)

Según sexo, destaca que el 60% (65) de las 106 adolescentes se iniciaron sexualmente por amor, sólo 16% (17) por curiosidad y un 2% (2) por coerción. En los adolescentes estos porcentajes se invierten, ya que de los 62 adolescentes iniciados sexualmente, 46% (29) lo hizo por amor y un 31% (19) por curiosidad.

Tabla 5: *Métodos anticonceptivos y/o de protección utilizados en el último año, según sexo*

Métodos anticonceptivos y/o de protección	% (Frecuencia)	
	Hombres (n=52)	Mujeres (n=99)
Condón	46% (24)	16% (16)
Más de una alternativa	15% (8)	20% (20)
Anticonceptivos orales	6% (3)	24% (24)
Ninguno	19% (10)	13% (13)
Inyectables	0% (0)	14% (14)
Coito interruptus	10% (5)	6% (6)
Métodos naturales	4% (2)	4% (5)

Al separar el uso de métodos anticonceptivos y/o de protección por sexo, un 24% (24) de las 99 mujeres utiliza anticonceptivos orales, versus un 46% (24) de los 52 hombres que usa condón.

CAPITULO 5
DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 DISCUSIÓN

Durante los últimos años la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa, debido a que la maduración física ocurre a edades más tempranas y a que culturalmente se encuentran preparados para iniciar una vida sexual.

Según los datos obtenidos en este estudio, un 57% de los adolescentes encuestados está iniciado sexualmente, cifra mayor al 49% que entrega la INJUV (2012) sobre inicio sexual en este mismo grupo etario.

La edad promedio de inicio sexual obtenida es de 16,3 años, cifra similar a la entregada por la encuesta INJUV (2010)¹⁵ (16,7 años). Si bien la diferencia es mínima, cabe destacar que el tramo etario abarcado por la INJUV es de 15 a 29 años, mientras que el considerado en la muestra en estudio es de 15 a 19 años. Al analizar la edad promedio de inicio sexual según sexo, no se encuentran diferencias significativas.

Respecto al inicio sexual precoz, es importante destacar que un 62% de los adolescentes censados se inició a los 15 años o menos, cifra tres veces mayor a la entregada por la INJUV (2010)¹⁵, que corresponde a un 21, 8% dentro del mismo rango etario.

La forma de inicio sexual más utilizada por los adolescentes es la coito-vaginal (77%), datos que coinciden con la revisión bibliográfica realizada. Sin embargo, ésta no es la única práctica descrita por los estudiantes, observándose un uso de la forma bucogenital y anal con un 5% y 4% respectivamente, cifras que no son comparables ya que existe un déficit de estudios sobre este tema.

En cuanto al motivo de inicio sexual las dos opciones más escogidas por lo adolescentes, fueron haber estado enamorado con un 56% y por curiosidad con un 21% respectivamente, cifras comparables con el estudio de CEMERA (2006) donde el 50% de los adolescentes señala como motivo de inicio sexual estar enamorado y un 42% por curiosidad.

Al consultar sobre la orientación sexual, un 88% afirma ser heterosexual, un 7% bisexual y un 3% homosexual, datos similares a los descritos en la encuesta INJUV (2012)³³, diferenciándose sólo en la opción bisexual que corresponde a un 1%.

Del 90% de los adolescentes sexualmente activos, un 72% ha mantenido pareja única. Esto se acerca a las cifras entregadas por la INJUV (2010)¹⁵, donde un 86, 2% de los encuestados del mismo grupo etario mantiene una sexualidad activa, siendo un 75, 2% los que afirman tener una pareja única.

Referente al uso de métodos anticonceptivos y de protección, un 61% de los adolescentes indicó haber utilizado algún método en la primera relación sexual, porcentaje mayor al 51% descrito en la encuesta INJUV (2010)¹⁵. Dentro de los métodos más utilizados se encuentran: condón (36%), ACO (8%) y coitos interruptus (6%), lo que coincide con las preferencias descritas en la INJUV (2009), sin embargo, en ésta se presentan porcentajes de uso que difieren a lo observado en nuestro estudio. Según la INJUV (2010)¹⁵ en el caso del condón y ACO se presentan cifras de utilización superiores con un 90, 5% y 14, 8% respectivamente, mientras que coitos interruptus presenta un porcentaje del 0,7%.

Referente a la utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección durante el último año, un 85% de los adolescentes indica utilizar algún método, siendo el motivo principal la prevención de embarazo e ITS (54%). Al analizar la frecuencia de uso, un 73% refiere utilizar siempre algún método anticonceptivo y/o de protección. Ninguno de estos datos resulta comparable con otros estudios, ya que los existentes sólo miden estas categorías en la última relación sexual.

5.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el desarrollo de nuestra investigación se presentaron las siguientes situaciones:

- Escasa bibliografía actualizada que aborde la realidad nacional y regional respecto a las conductas sexuales de adolescentes.
- La movilización estudiantil y los consecuentes paros establecidos en los colegios ocasionaron un importante retraso en la aplicación de la prueba piloto, postergando así la aplicación de los instrumentos y dificultando la gestión en dichos establecimientos.

5.3 CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permiten concluir que la mayoría de los adolescentes encuestados ya están iniciados sexualmente, hecho que ocurre a edades cada vez más tempranas. Se debe considerar que un inicio sexual precoz, como el observado en la muestra, conlleva no sólo a un mayor riesgo de embarazo e ITS, sino también a experimentar una sexualidad incompleta debido a la separación entre genitalidad y afectividad, aspecto que se hace más evidente a más temprana edad.

Es interesante destacar que la forma de inicio no sólo se está limitando al coito-vaginal, sino también, se están incluyendo la forma anal y bucogenital como prácticas dentro de este grupo. Paralelamente se observa que los adolescentes realizan combinaciones entre éstas tres prácticas, en especial los de sexo masculino. Refiere

Respecto al motivo de inicio sexual, sigue siendo el amor la causa principal por la que los adolescentes inician su actividad sexual, sin embargo, la curiosidad representa también una razón importante para ellos, reflejando las características propias de esta etapa, donde la búsqueda de nuevas experiencias es un factor importante en la construcción de su identidad psicosexual. Además existe una diferencia en el motivo de inicio sexual entre géneros, siendo el amor la razón principal para las mujeres y la curiosidad para los hombres, lo que se explica por la construcción social de la sexualidad que define los patrones de conducta sexual desarrollados por ambos.

Sorprende que la cantidad de adolescentes que se declara bisexual sea considerablemente mayor a la que dice ser homosexual. Esto puede explicarse por la etapa de desarrollo en que se encuentran, donde la tarea central es la búsqueda de identidad, ocasionando que sus prácticas se orienten a reconocer sus preferencias eróticas y afectivas, permitiéndoles posteriormente asumir una hetero, homo o bisexualidad.

En los resultados de este estudio se revela que la mayoría de los adolescentes encuestados utilizaron algún método anticonceptivo y/o de protección durante la primera relación sexual. Sin embargo, existe un número importante de éstos que optaron por prescindir de su uso, lo que representa un importante riesgo para su salud sexual y reproductiva.

Cuando los adolescentes describen la razón por la que no utilizan métodos anticonceptivos y/o de protección, en su mayoría escogieron la alternativa “otros” expresando motivos como: *“ha sido espontáneo”*, *“la persona con quien lo hago es de confianza”*, *“se me olvida”*, entre otros. La segunda opción elegida por éstos fue el no tener confianza para solicitarlos en el consultorio. Esto último refleja que aún existe cierta dificultad en la comunicación sobre sexualidad entre adultos y adolescentes, provocando que en muchas ocasiones éstos no cuenten con un apoyo al momento de resolver sus dudas e intereses.

Durante la realización de esta investigación se han dado a conocer diversos aspectos de la conducta sexual de los adolescentes. Si bien los datos obtenidos son importantes para conocer la situación regional, éstos son insuficientes debido a la amplitud del tema abordado. Pese a esto, abren la posibilidad de seguir profundizando en esta materia, no solo desde una perspectiva de enfermería, sino también desde un enfoque multidisciplinar.

Podemos concluir que al estudiar características y conductas de los adolescentes, tratamos con un segmento vulnerable de la población, debido a que se encuentran en pleno desarrollo biopsicosocial. Al analizar la conducta sexual, se evidencia que son personas que viven su sexualidad, en su gran mayoría, a través de prácticas acorde a su edad, afectividad y desarrollo social. Todo lo anterior lleva a reafirmar que la sexualidad adolescente debe considerarse de forma integral en las diferentes áreas del desarrollo, ya que es un proceso dinámico y complejo, que definirá las bases con las que los adolescentes construirán su identidad sexual adulta.

5.4 SUGERENCIAS

En consecuencia a lo anterior y a los resultados obtenidos en la investigación se sugiere:

- Abordar la sexualidad de los adolescentes no sólo desde una perspectiva de riesgo, centrada en consecuencias negativas y prácticas restrictivas, sino desde un enfoque de integralidad que les permita comprender y expresar de manera saludable su sexualidad.
- Implementar las estrategias de educación sexual dirigidas a los estudiantes desde la enseñanza básica, ya que los resultados evidencian que la mayoría de los adolescentes de enseñanza media ya se encuentran realizando prácticas sexuales, por lo que creemos que la implementación temprana de estas estrategias tendría un mayor impacto. Además, éstas debiesen ser reguladas y fiscalizadas por el ministerio de educación, determinando los contenidos mínimos que debiesen impartir todos los establecimientos educacionales.
- Fomentar la corresponsabilidad en la educación sexual por parte de padres, instituciones educacionales y profesionales de la salud, desarrollando estrategias que permitan la coordinación entre éstos para realizar intervenciones realmente efectivas.
- Ampliar los espacios de discusión en cuanto al desarrollo del adolescente durante la formación profesional, contribuyendo a que los egresados aborden de mejor manera las problemáticas de este grupo etario.
- Realizar capacitaciones dirigidas al profesional enfermero/a sobre la atención de adolescentes, considerando las características propias de este grupo, para ser una ayuda a sus problemáticas. Para lograr esto, el énfasis debiese ser desde la atención primaria, a través de estrategias de promoción y prevención enfocadas en potenciar los factores protectores y disminuir los de riesgo.
- Facilitar el acceso de los y las adolescentes a los centros de salud familiar y consultorios de atención primaria, además de que el profesional enfermero/a se vincule con las

comunidades donde éstos se desenvuelven (establecimientos educacionales, centros culturales, centros recreativos, organizaciones juveniles, etc.).

- Desarrollar más investigaciones enfocadas en la conducta sexual adolescente que profundicen las dimensiones descritas en el presente estudio, utilizándolo como piloto para proyectar futuras investigaciones que abarquen una población mayor, de manera que la muestra sea más representativa. Es importante además que dichas investigaciones abarquen solamente las edades correspondientes a la adolescencia, ya que el estudio más importante a nivel nacional engloba a la juventud, incrementando el tramo etario considerablemente, no reflejando así la realidad específica de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para el control de salud integral de adolescentes [Internet]. Chile: MINSAL; 2012 [citado 2013 Dic 11]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bd910c39f25ba8a7e0400101650161f6.pdf>
2. Maternidad UC [Internet]. Chile: Ediciones UC [citado 2013 Sep 15]. Consecuencias inmediatas y futuras del inicio sexual precoz [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://maternidad.uc.cl/link.cgi/noticias/ginecologia_infanto_juvenil/consecuencias_inmediatas_y_futuras_del_inicio_sexual_precoz.act
3. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en Internet]. 2013 [citado 2013 Nov 13]; 78(1):4-13. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n1/art02.pdf>
4. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para el control de salud integral de adolescentes [Internet]. Chile: MINSAL; 2012 [citado 2013 Dic 11]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bd910c39f25ba8a7e0400101650161f6.pdf>
5. Florenzano R, Valdés M. El adolescente y sus conductas de riesgo. Vol 2. 3a ed. Chile: Ediciones UC; 2013.
6. Cattani A. Curso Salud y Desarrollo Del Adolescente [Internet]. Chile: Ediciones UC. [citado 2013 Nov 20]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion01/M1L1Leccion.html>
7. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En: Duskin R, editores. Desarrollo Humano. Vol 1. 11va ed. México: McGraw-Hill; 2010. p. 370-390.
8. Iab.cl [Internet]. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2012 [citado 2013 Nov 15]. Disponible en: <http://www.iab.cl/sintesis-de-resultados-censo-2012/>
9. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas Vitales, Informe Anual. [Internet]. Chile: MINSAL; 2011 [citado 2013 Oct 20]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2011.pdf

10. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población 2012. [Internet]. Chile: INE; 2012 [citado 2013 Oct 26]. Disponible en: <http://www.emol.com/documentos/archivos/2013/04/02/20130402145438.pdf>
11. DEIS Ministerio de Salud. Defunciones según grupo de edad, por Región, gran grupo de causas de muerte y sexo. [Internet]. Chile: MINSAL; 2010 [citado 2013 Nov 15]. Disponible en: <http://www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-general-y-por-grupos-de-edad/>
12. DEIS Ministerio de Salud. Mortalidad en Adolescentes, por Región y Comuna. [Internet]. Chile: MINSAL; 2010 [citado 2013 Nov 25]. Disponible en: <http://www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-general-y-por-grupos-de-edad/>
13. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, plan de acción 2012-2010. [Internet]. Chile: MINSAL; 2012 [citado 2013 Oct 29]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
14. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. [Internet]. Chile: MINSAL; 2011 [citado 2013 Nov 21]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
15. Gobierno de Chile; Instituto nacional de juventud INJUV. 6ta encuesta nacional de juventud. Santiago (Chile): INJUV; 2010.
16. Bardi A, Leyton C, Martínez V, González E. Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Docencia [Internet]. 2005 [citado 2013 Oct 29];26(50):1-7. Disponible en: <http://www.revistadocencia.cl/pdf/20100731202502.pdf>
17. Thisischile.cl [Internet]. Chile: Fundación Imagen de Chile. Educación secundaria. [citado 2013 Oct 20]. Disponible en: <http://www.thisischile.cl/749/1/105/educacion-secundaria/Article.aspx>
18. Ministerio de Educación. Estadísticas de la Educación 2011. Chile: Centro de estudios MINEDUC; 2011.
19. Robledo P, Baeza J. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. Gobierno de Chile Ministerio de Salud; 2008
20. ICHRP. Artículo 16: Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Ginebra. [citado 2013 Nov 15]. Disponible en: http://www.ichrp.org/es/articulo_16_dudh

21. Zubarew T, Romero M, Poblete F. Adolescencia: promoción, prevención y atención de salud. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2003.
22. Esther A, Agreda C. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Educere [Internet]. 2008 [citado 2013 Dic 9];12(40):1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s1316-49102008000100010&script=sci_arttext
23. Dominguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Gin [Internet]. 2011 [citado 2013 Nov 10]; 37(3): 1-4. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_3_11/gin11311.htm
24. Carrasco E. Curso Familia y Adolescencia [Base de datos en internet]. Chile: Ediciones UC. [citado 2013 Nov 10]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion.html>
25. Maddaleno M. La salud del Adolescente y del Joven. Vol 2. Washington D.C: OPS. p. 136.
26. Cerruti BS. Sexualidad Humana. 4a ed. Montevideo: Organización Panamericana de la salud; 1992.
27. Vigil P, Tyare C, Cortés M. La sexualidad de las jóvenes chilenas. ARS [Internet]. 2009 [citado 2013 Nov 25]; 18 (270). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica18/Sexualidad.html>.
28. Gantier GM. Sexualidad Humana. 1ª ed. México: CONAPO; 1991.
29. Cerruti BS. Sexualidad Humana. 4a ed. Montevideo: Organización Panamericana de la salud; 1992.
30. Córdova JA, Sánchez LI, Prieto MI. Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual infantil. 1 ed. México: DGSEI; 2011.
31. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Chile: PNUD; 2010 [citado 2013 Oct 20]. Desarrollo Humano en Chile: Género: los desafíos de la igualdad. Disponible en: http://www.pnud.cl/idh/PNUD_LIBRO.pdf
32. Nazzal C, Faustino T. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev. Medica de Chile. 2011;139(10).
33. Ministerio de Desarrollo Social. 7ma Encuesta Nacional de Juventud 2012. Chile: INJUV; 2012.

34. Ministerio de Desarrollo Social. 6ta Encuesta Nacional de Juventud 2010. Chile: INJUV;2010.
35. González A, Montero V, Martínez N, Mena G, Varas L. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un Centro Universitario de Salud Sexual y Reproductiva. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en Internet]. 2010 [citado 2013 Nov 06]; 75(2):84-90. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000200002
36. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Dirección de Sida y ETS. Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud. [Base de datos en internet]. Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2013 [citado 2013 Oct 21]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000111cnt-2013-05_guia-realaciones-sexuales-anales.pdf
37. Faílde M, Lameiras M, Bimbela J. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gaceta Sanitaria. 2010;22(22): 511-519.
38. Salas A. Relaciones sexuales anales: cuidados y prevenciones. [Internet]. Chile: Bligoo. [citado 2013 Oct 20]. Disponible en: <http://sexologiayurologia.bligoo.cl/relaciones-sexuales-anales>
39. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VHI/SIDA. Manual Sobre Salud Sexual Anorrectal. [Base de datos en internet]. México: CONASIDA; 2008 [citado 2013 Nov 20]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SaludAnoRectal.pdf>
40. Acog.org [Internet] Washington: ACOG [citado 2013 Sep 29]. Disponible en: http://www.acog.org/About%20ACOG/404.aspx?item=%2ffor_patients%2fsearch_patient_education_pamphlets_panish%2ffiles%2fanticonceptivos&user=extranet%5cAnonymous&site=website
41. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Planificación familiar, un manual mundial para proveedores. [Base de datos en internet]. Estados Unidos: OMS; 2007 [citado 2013 Nov 21]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328866_spa.pdf
42. OMS. Temas de salud: Factores de riesgo. [Base de datos en internet]. Washington: OMS; 2008 [citado 2013 Oct 20]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

43. Montero A, González E, Molina T. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 2013 Nov 22];12(1): 42-47. Disponible en: <http://www.analesderecho.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2076/1921>
44. Salvo A. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Chile. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2011 [citado 2013 Dic 20]; 22(6): 813-824. Disponible en: [http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2011/6%20nov/12_Infecciones_de_transmision_sexual_\(ITS\)_en_chile-15.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2011/6%20nov/12_Infecciones_de_transmision_sexual_(ITS)_en_chile-15.pdf)
45. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL [citado 2013 Dic 25]. Enfermedades por orden alfabético: ITS, prevención [aprox 1 pantalla]. Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_problemas/g_its/its_preencion.html
46. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL [citado 2013 Dic 26]. Enfermedades por orden alfabético: Infecciones de transmisión sexual [aprox 1 pantalla]. Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_problemas/g_its/vih.html
47. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL [citado 2013 Dic 26]. Enfermedades por orden alfabético: Infecciones de transmisión sexual [aprox 1 pantalla]. Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_problemas/g_its/vih.html
48. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología [Internet]. Chile: MINSAL [citado 2013 Dic 29]. Informe Nacional “Evolución VIH SIDA, Chile 1984-2011” [aprox 20 pantallas]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2011_vih_sida.pdf
49. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología [Internet]. Chile: MINSAL [citado 2013 Dic 29]. Atlas-Boletín Epidemiológico trimestral enero-septiembre, año 2013 [aprox 15 pantallas]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AtlasBET/ABET_03/Atlas_BET3.pdf
50. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología [Internet]. Chile: MINSAL [citado 2013 Oct 27]. Reporte de casos VIH/SIDA Chile 2010-2012 [aprox 4 pantallas]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/vih-sida/casos_vih_chile2010_2012.pdf
51. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo Adolescente. Rev Pediatría [Internet]. 2008 [citado 2013 Dic 20]; 5(1). Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>

52. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL [citado 2013 Oct 28]. Situación actual del embarazo adolescente en Chile [aprox 24 pantallas]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dfe040010164010db3.pdf>
53. Romero M. Embarazo en la adolescencia [Internet]. Chile: Ediciones UC. [citado 2013 Nov 15]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
54. Rodriguez L, Coelho E. Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados en la Revista Latino Americana de Enfermería y en la Revista Brasileña de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 [citado 2013 Oct 15]; 19(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_24.pdf
55. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL; 2012 [citado 2013 Oct 20]. Programa Nacional de Salud integral de Adolescentes y Jóvenes: Plan de acción 2012-2020. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
56. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Alcances de la Investigación Exploratoria. En: Metodología de la Investigación. 4ª Ed. México: Mc Graw-Hill;2006. p.99-118.
57. Ministerio de Salud [Internet]. Chile: MINSAL; 2012 [citado 2014 enero 29]. Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes: Alcances del Programa. Disponible en: http://web.minsal.cl/PROGRAMA_SALUD_INTEGRAL_ADOLESCENTES_Y_JOVENES
58. Universidad Central [Internet]. Chile: UNFPA; 2012 [citado 2014 enero 25]. Educación Sexual en Chile: Implementación de la Ley 20.418 Disponible en: http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20120711/asocfile/20120711091025/boletin_4.pdf
59. MINEDUC [Internet]. Chile: Escuela Segura; 2013 [citado 2014 enero 21]. Formación en Sexualidad, Afectividad y Género. Disponible en: http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201307221719000.PDF_formacion_sexualidad.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de características personales y familiares



CUESTIONARIO:

“CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES Y CONDUCTAS SEXUALES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A COLEGIOS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAÍSO”

Estimado (a) estudiante:

El presente cuestionario ha sido elaborado por estudiantes de cuarto año de la carrera de enfermería de la Universidad de Valparaíso para conocer las características personales y familiares y conductas sexuales en los adolescentes de 15 años y más que cursen entre segundo medio y tercero medio de los colegios pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013.

Para ello, te solicitamos que respondas todas las preguntas con sinceridad. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Utiliza un lápiz de pasta y marca con una **X** la respuesta que más te identifique. Requiere de 25 minutos aproximadamente para responder el cuestionario, el cual consta de dos ítems:

I. Características personales y Familiares

II. Conductas sexuales de adolescentes.

Si no puedes contestar una pregunta o si no la entiendes, por favor consulta a la persona que te entregó este cuestionario.

Te agradecemos sinceramente tu participación y el tiempo que dedicarás a responder este cuestionario.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

I. Características Personales y Familiares

Este ítem consta de preguntas de tipo abierta en donde debes escribir en un espacio dado tu respuesta y preguntas de selección múltiple en donde debes marcar con una cruz la alternativa que mejor describa lo que piensas. Marca sólo una respuesta, a menos que las instrucciones de la pregunta indiquen que se puede marcar más de una opción.

1. *Indica tu sexo:*

a) Hombre b) Mujer

2. *¿Qué edad tienes?*_____

3. *¿Qué año cursas actualmente?*_____

4. *¿Cuál fue tu promedio de notas durante el primer semestre de este año?*_____

5. *¿Has repetido de curso alguna vez?*

- a) Si b) No

Si tu respuesta es No, sáltate a la pregunta 7. Si tu respuesta es Sí:

6. *¿En qué curso?* _____

7. *¿Actualmente trabajas además de estudiar?*

- a) Si b) No

Si tu respuesta es afirmativa, indica el número de horas semanales que trabajas: _____

8. *¿Realizas actividades recreativas?*

- a) Si b) No

Si tu respuesta es no, sáltate a la pregunta 10. Si tu respuesta es sí:

9. *¿Cuál de estas actividades realizas? (Elige 2-3 de las que realizas frecuentemente)*

- | | | |
|--------------------|------------------------|-----------------|
| a) Deporte | d) Juegos electrónicos | g) Ir al cine |
| b) Escuchar música | e) Leer | h) Carreear |
| c) Tocar música | f) Ver televisión | i) Otros: _____ |

10. *¿Participas en alguno de estos grupos? (Marca la o las alternativas)*

- | | |
|-------------------|-------------------|
| a) Religioso | d) Club deportivo |
| b) Scout | e) Otros: _____ |
| c) Centro Juvenil | f) No participo |

Anexo 2: Cuestionario conductas sexuales de adolescentes



CUESTIONARIO:

“CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES Y CONDUCTAS SEXUALES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A COLEGIOS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAÍSO”

Estimado (a) estudiante:

El presente cuestionario ha sido elaborado por estudiantes de cuarto año de la carrera de enfermería de la Universidad de Valparaíso para conocer las características personales y familiares y conductas sexuales en los adolescentes de 15 años y más que cursen entre segundo medio y tercero medio de los colegios pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013.

Para ello, te solicitamos que respondas todas las preguntas con sinceridad. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Utiliza un lápiz de pasta y marca con una **X** la respuesta que más te identifique. Requiere de 25 minutos aproximadamente para responder el cuestionario, el cual consta de dos ítems:

I. Características personales y Familiares

II. Conductas sexuales de adolescentes.

Si no puedes contestar una pregunta o si no la entiendes, por favor consulta a la persona que te entregó este cuestionario.

Te agradecemos sinceramente tu participación y el tiempo que dedicarás a responder este cuestionario.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

II. Conductas sexuales de adolescentes

A continuación se presentan preguntas de selección múltiple. Marca con una cruz sólo una respuesta, a menos que las instrucciones de la pregunta indiquen que se puede marcar más de una opción. Recuerda que tus respuestas serán anónimas y absolutamente privadas.

Nota: Para el siguiente ítem, se considerará “Relación sexual” toda aquella que implique penetración, ya sea vaginal, anal y/o oral; y “Pareja sexual” aquella con la cual se mantenga una relación sexual penetrativa.

1. *¿Has tenido relaciones sexuales? (Si la respuesta es No, no sigas contestando y pasa al siguiente cuestionario).*

a) Sí

b) No

2. *¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?*

a) 15 años o menos

c) 17 años

b) 16 años

d) 18 años o más

3. *¿De qué tipo fue tu primera relación sexual? (Marca una o más opciones).*

- a) Vaginal
- b) Anal
- c) Oral

4. *¿Por qué tuviste tu primera relación sexual? (Marca una o más opciones).*

- a) Estaba enamorado/a
- b) Por curiosidad, quería saber cómo era
- c) Porque todos mis amigos ya lo habían hecho
- d) Fui obligado/a
- e) Había bebido alcohol
- f) Estaba drogado
- g) Otro motivo. Especificar: _____

5. *¿Qué método anticonceptivo usaste en tu primera relación sexual? (Marca una o más opciones).*

- a) No use nada
- b) Pastillas anticonceptivas
- c) Inyectables
- d) Implante
- e) Condón
- f) Eyaculación fuera de la vagina
- g) Métodos naturales (abstinencia periódica, método del calendario, temperatura corporal, moco cervical).
- h) Otro. Especificar: _____

6. *Actualmente ¿Cuál es tu orientación sexual?*

- a) Heterosexual (me gustan personas del sexo opuesto)
- b) Hombre homosexual
- c) Mujer lesbiana
- d) Bisexual (me gustan personas de ambos sexos)
- e) Aún no lo tengo claro

7. Durante el último año ¿has tenido relaciones sexuales? (Si la respuesta es No, no sigas contestando y pasa al siguiente cuestionario).

- a) Si
b) No

8. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido durante el último año?

- a) 1
b) 2 o más

9. ¿Qué métodos anticonceptivos has usado durante el último año? (Marca una o más opciones).

- a) Pastillas anticonceptivas
b) Pastilla del día después
c) Inyectables
d) Implante
e) Diafragma/ espermicidas
f) Condón
g) Eyacular fuera de la vagina
h) Métodos naturales (abstinencia periódica, método del calendario, temperatura corporal, moco cervical).
i) Otro.
especificar: _____
j) No he usado (pasa a la pregunta N° 13)

10. ¿Con qué frecuencia has usado estos métodos el último año?

- a) Siempre
b) A veces
c) Casi nunca

11. ¿Por qué usas métodos anticonceptivos?

- a) Para prevenir un embarazo
b) Para prevenir una infección de transmisión sexual
c) Ambos
d) Otro. Especificar: _____

12. *¿Por qué no usas métodos anticonceptivos? Marca una o más opciones. (solo responde si en la pregunta 9 ó 10 marcaste la opción j) no he usado o c) casi nunca*

- a) No tengo plata para comprarlos
- b) Me da vergüenza comprarlos
- c) En el consultorio no me los dieron
- d) No tengo la confianza de pedirlos en el consultorio
- e) A mi pareja no le gusta o no quiere que usemos ningún método
- f) Me da vergüenza pedirle a mi pareja que usemos algún método
- g) No me gusta usar ningún método
- h) No sé cómo o dónde conseguirlos
- i) Otro. Especificar: _____

Anexo 3: Consentimiento informado para padres o tutores



Consentimiento Informado para Padres o Tutores

Estimado padre, madre y/o tutor:

El propósito del presente documento es invitar a su pupilo a participar en el estudio titulado **“Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados”**, cuyas investigadoras principales son Lucy Armstrong Barea, Josephine Bratz y Marjorie Haddad Ferreto, Enfermeras – Matronas, docentes de la escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso y que será efectuado por tesistas de 4º año de la Escuela de Enfermería.

La relevancia de este estudio consiste en aportar datos sobre las problemáticas mencionadas que no han sido estudiadas en nuestra comuna. Con la obtención de estos datos se pretende implementar estrategias educacionales de promoción y prevención de la salud de los adolescentes de nuestra comuna, con el fin de hacerlos más participes de su auto-cuidado. Toda información que su pupilo entregue no será revelada ni manipulada por personas ajenas a este estudio; los investigadores además, no podrán en ningún momento relacionar las respuestas con alguna persona en particular.

Por lo tanto, el propósito del presente documento es que usted conozca el objetivo y las características de este estudio para así tomar una decisión informada sobre la participación de su pupilo(a). A continuación detallaremos todos los procedimientos involucrados para la ejecución de este proyecto:

1. Puede estar seguro(a) que la participación de su pupilo(a) en este estudio será anónima, esto significa, que la información entregada a través de las encuestas será por medio de un pseudónimo, por lo tanto, los investigadores no podrán conocer la verdadera identidad de su pupilo(a). De esta manera, tampoco el director, docentes y/o compañeros del establecimiento podrán acceder a los datos aportados por su pupilo(a). La participación en el presente estudio no interferirá de ninguna forma en las actividades escolares, ya que no implica ausencia a la jornada escolar, ni afectará a su desempeño o trato académico.
2. La participación de su pupilo(a) en este estudio no constituye ningún riesgo físico, biológico ni psicológico, puesto que consistirá en responder 4 cuestionarios sobre: características personales y familiares, síntomas de malestar psicológico, características del consumo de sustancias adictivas y características de la conducta sexual, los que estarán a su disposición para que los conozca, si así lo desea. Éstos serán aplicados en un horario determinado, dentro de la jornada escolar, con una duración no mayor a 25 minutos, que no interferirá en su rutina académica. Al momento de la aplicación del cuestionario, si su pupilo(a) tiene dudas y/o preguntas el/la participante tiene todo el derecho a conversar con la persona que toma la encuesta, quién será responsable de resolver las dudas pertinentes. Una vez que el/la estudiante termine de llenar sus cuestionarios, los colocará en un buzón especialmente dispuesto para ello para impedir que se pueda relacionar su identidad con las respuestas dadas. Su autorización no obliga a su hijo a participar en este estudio, el/ella también tendrá la libertad de decidir su participación.

3. Si usted autoriza que su pupilo(a) participe de este estudio, tanto los investigadores como el alumno(a) no recibirán ningún tipo de beneficio económico por éste. La participación es totalmente voluntaria. El/la alumno(a) puede retirarse en cualquier momento de la investigación lo cual no tendrá ninguna consecuencia ni perjuicio para él/ella.
4. Sólo los investigadores podrán ver la información otorgada por el participante y no existirá asociación entre los datos personales que usted entrega en este consentimiento y las respuestas que su pupilo(a) entregará a través de los cuestionarios.
5. Los resultados de esta investigación podrán ser divulgados según lo estime el investigador en publicaciones de tipo científica o académica y podrán ser utilizados en otras investigaciones cuyos objetivos sean similares a los de este estudio, siempre preservando el anonimato de la identidad del participante. Los datos obtenidos serán guardados bajo la tutela de las investigadoras principales, y sólo ellas y los tesisistas tendrán acceso a éstos. Una vez terminado el estudio, las investigadoras informarán a los estudiantes participantes sobre los resultados de la investigación a través de los pseudónimos indicados por ellos. Los y las participantes podrán retirar la información voluntariamente en las dependencias del establecimiento educacional. En el caso de que se estime conveniente, se podrá invitar a algunos de los participantes a una entrevista voluntaria y personal con las investigadoras a fin de conversar sobre alguna de las conductas de riesgo estudiadas; y si fuese recomendable, su pupilo(a) podría acceder al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso. Esta invitación se enviará en un sobre cerrado al pseudónimo indicado, en desconocimiento absoluto de la identidad de la persona a la cual se dirige y cada estudiante podrá decidir libremente si la quiere aceptar o no.
6. Usted tiene derecho a manifestar cualquier duda respecto al proceso y a recibir una respuesta que lo aclare. El teléfono de las investigadoras principales estarán a su disposición y son los siguientes: Lucy Armstrong: 61684559, Josephine Bratz: 81723729 y Marjorie Haddad: 98260313.
7. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, el teléfono 2507370.
8. El colegio autorizó la realización de esta investigación en su establecimiento educacional.
9. Si usted acepta que su pupilo(a) participe en este estudio recibirá un ejemplar de este documento.

Nombre y Firma Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Valparaíso, ... de de 2013

Ficha de Consentimiento Informado para Padres o Tutores

Estimado padre, madre y/o tutor:

El propósito del presente documento es invitar a su pupilo a participar en el estudio titulado "Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados", cuyas investigadoras principales son Lucy Armstrong Barea, Josephine Bratz y Marjorie Haddad Ferreto, Enfermeras – Matronas, docentes de la escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso y que será efectuado por tesisistas de 4º año de la Escuela de Enfermería.

La relevancia de este estudio consiste en aportar datos sobre las problemáticas mencionadas que no han sido estudiadas en nuestra comuna. Con la obtención de estos datos se pretende implementar estrategias educacionales de promoción y prevención de la salud de los adolescentes de nuestra comuna, con el fin de hacerlos más participes de su auto-cuidado. Toda información que su pupilo entregue no será revelada ni manipulada por personas ajenas a este estudio; los investigadores además, no podrán en ningún momento relacionar las respuestas con alguna persona en particular.

Por lo tanto, el propósito del presente documento es que usted conozca el objetivo y las características de este estudio para así tomar una decisión informada sobre la participación de su pupilo(a). A continuación detallaremos todos los procedimientos involucrados para la ejecución de este proyecto:

1. Puede estar seguro(a) que la participación de su pupilo(a) en este estudio será anónima, esto significa, que la información entregada a través de las encuestas será por medio de un pseudónimo, por lo tanto, los investigadores no podrán conocer la verdadera identidad de su pupilo(a). De esta manera, tampoco el director, docentes y/o compañeros del establecimiento podrán acceder a los datos aportados por su pupilo(a). La participación en el presente estudio no interferirá de ninguna forma en las actividades escolares, ya que no implica ausencia a la jornada escolar, ni afectará a su desempeño o trato académico.
2. La participación de su pupilo(a) en este estudio no constituye ningún riesgo físico, biológico ni psicológico, puesto que consistirá en responder 4 cuestionarios sobre: características personales y familiares, síntomas de malestar psicológico, características del consumo de sustancias adictivas y características de la conducta sexual, los que estarán a su disposición para que los conozca, si así lo desea. Éstos serán aplicados en un horario determinado, dentro de la jornada escolar, con una duración no mayor a 25 minutos, que no interferirá en su rutina académica. Al momento de la aplicación del cuestionario, si su pupilo(a) tiene dudas y/o preguntas el/la participante tiene todo el derecho a conversar con la persona que toma la encuesta, quién será responsable de resolver las dudas pertinentes. Una vez que el/la estudiante termine de llenar sus cuestionarios, los colocará en un buzón especialmente dispuesto para ello para impedir que se pueda relacionar su identidad con las respuestas dadas. Su autorización no obliga a su hijo a participar en este estudio, el/ella también tendrá la libertad de decidir su participación.

3. Si usted autoriza que su pupilo(a) participe de este estudio, tanto los investigadores como el alumno(a) no recibirán ningún tipo de beneficio económico por éste. La participación es totalmente voluntaria. El/la alumno(a) puede retirarse en cualquier momento de la investigación lo cual no tendrá ninguna consecuencia ni perjuicio para él/ella.
4. Sólo los investigadores podrán ver la información otorgada por el participante y no existirá asociación entre los datos personales que usted entrega en este consentimiento y las respuestas que su pupilo(a) entregará a través de los cuestionarios.
5. Los resultados de esta investigación podrán ser divulgados según lo estime el investigador en publicaciones de tipo científica o académica y podrán ser utilizados en otras investigaciones cuyos objetivos sean similares a los de este estudio, siempre preservando el anonimato de la identidad del participante. Los datos obtenidos serán guardados bajo la tutela de las investigadoras principales, y sólo ellas y los tesisistas tendrán acceso a éstos. Una vez terminado el estudio, las investigadoras informarán a los estudiantes participantes sobre los resultados de la investigación a través de los pseudónimos indicados por ellos. Los y las participantes podrán retirar la información voluntariamente en las dependencias del establecimiento educacional. En el caso de que se estime conveniente, se podrá invitar a algunos de los participantes a una entrevista voluntaria y personal con las investigadoras a fin de conversar sobre alguna de las conductas de riesgo estudiadas; y si fuese recomendable, su pupilo(a) podría acceder al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso. Esta invitación se enviará en un sobre cerrado al pseudónimo indicado, en desconocimiento absoluto de la identidad de la persona a la cual se dirige y cada estudiante podrá decidir libremente si la quiere aceptar o no.
6. Usted tiene derecho a manifestar cualquier duda respecto al proceso y a recibir una respuesta que lo aclare. El teléfono de las investigadoras principales estarán a su disposición y son los siguientes: Lucy Armstrong: 61684559, Josephine Bratz: 81723729 y Marjorie Haddad: 98260313.
7. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, el teléfono 2507370.
8. El colegio autorizó la realización de esta investigación en su establecimiento educacional.
9. Si usted acepta que su pupilo(a) participe en este estudio recibirá un ejemplar de este documento.

Nombre y Firma Padre o Tutor
RUT:

Nombre y Firma Investigador
RUT:

Valparaíso, ... de de 2013

Anexo 4: Asentimiento informado para participantes



Asentimiento Informado para Participantes de Investigación

Estimado Estudiante:

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio titulado **“Características de la conducta sexual, consumo de sustancias y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados”**, cuyas investigadoras principales son Lucy Armstrong Barea, Josephine Bratz y Marjorie Haddad Ferreto, Enfermeras – Matronas, docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, el cual será efectuado por estudiantes tesisistas de 4º año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. El objetivo del estudio es conocer las características de algunas de las conductas más comunes en la adolescencia, como son las relacionadas con la actividad sexual, el consumo de alguna sustancia adictiva e identificar síntomas de malestar psicológico en los estudiantes que asisten a colegios municipalizados de nuestra ciudad.

La relevancia de este estudio consiste en aportar información sobre estas problemáticas que pueden afectar a adolescentes, siendo escasos los estudios de este tipo en la región. A partir de esta información se pretende implementar estrategias educacionales de promoción y prevención de salud en esta población, con el fin de hacerlos más partícipes de su auto-cuidado.

A continuación detallaremos todos los procedimientos involucrados en la ejecución de este proyecto y en qué consistiría tu colaboración:

1. Puedes estar seguro(a) que tu participación en este estudio será anónima, esto significa, que la información entregada a través de las encuestas será por medio de un pseudónimo, por lo tanto, los investigadores no podrán conocer tu verdadera identidad. De esta manera tampoco el director, docentes y/o compañeros del establecimiento podrán acceder a los datos aportados por ti. La participación en el presente estudio no interferirá de ninguna forma en tus actividades escolares, ya que no implica ausentarse de la jornada escolar, ni afectará a tu desempeño ni trato académico. La participación en este estudio no constituye ningún riesgo físico, biológico ni psicológico, ya que consistirá en responder 4 cuestionarios sobre: características personales y familiares, síntomas de malestar psicológico, características del consumo de sustancias adictivas y características de la conducta sexual. Éstos serán aplicados en un horario determinado, dentro de la jornada escolar, con una duración no mayor a 25 minutos, sin interferir tu rutina académica. Al momento de la aplicación del cuestionario, si sientes algún malestar o tienes dudas y/o preguntas, podrás conversar con la persona que tome la encuesta, quien será responsable de resolver las dudas pertinentes.
2. Si tu padre, madre o tutor autorizó tu participación en este estudio, no es un factor condicionante para que participes en él; tú tienes la libertad de decidir si quieres incorporarte mediante este documento.

3. Si decides participar en este estudio, tanto los investigadores como tú, no recibirán ningún tipo de beneficio económico. Tu participación es totalmente voluntaria. Podrás retirarte en cualquier momento de la investigación, sin que esto tenga alguna consecuencia o perjuicio para ti.
4. Sólo los investigadores podrán ver la información otorgada por los participantes y no existirá asociación entre los datos personales que entregó tu padre o tutor en el consentimiento y tus respuestas entregadas a través de los cuestionarios.
5. Los resultados de esta investigación, podrán ser divulgados según lo estime el investigador en publicaciones de tipo científica o académica y podrán ser utilizados en otras investigaciones cuyos objetivos sean similares a los de este estudio, siempre preservando el anonimato de la identidad del participante.
6. Los datos obtenidos serán guardados bajo la tutela de las investigadoras principales, y sólo ellas y los tesisistas tendrán acceso a éstos. Si decides participar las investigadoras te informarán sobre los resultados de la investigación a través del pseudónimo indicado por ti. En los casos de que se estime conveniente, se invitará a algunos de los participantes a una entrevista voluntaria y personal con las investigadoras a fin de conversar sobre alguna de las conductas estudiadas que suponga un riesgo para tu salud; y si fuese recomendable, podrás acceder al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
7. Tienes derecho a manifestar cualquier duda respecto al proceso y a recibir una respuesta que lo aclare. El teléfono y correo de las investigadoras principales estarán a tu disposición y son los siguientes: Lucy Armstrong: 61684559, lucy.armstrong@uv.cl; Josephine Bratz: 81723729, josephine.bratz@uv.cl y Marjorie Haddad: 98260313, marjorie.haddad@uv.cl.
8. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Universidad de Valparaíso y por el colegio donde asistes. Si lo requieres puede contactar a alguno de los integrantes del Comité a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, el teléfono 2507370.
9. Si aceptas participar en este estudio recibirás un ejemplar de este documento, firmado por el investigador:

Nombre y Firma Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Valparaíso, ... de de 2013

Ficha de Asentimiento Informado para Participantes

Yo, _____, RUT _____, DECLARO que las investigadoras principales Lucy Armstrong Barea, Josephine Bratz y Marjorie Haddad Ferretto, Enfermeras – Matronas, docentes de la escuela de Enfermería, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Blas Cuevas N° 1028 Valparaíso, Chile, me han informado en qué consiste la investigación “Conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico relacionados con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados”, que se realizará en colegios pertenecientes a la CORMUVAL durante el II semestre del año 2013 en la ciudad de Valparaíso y asimismo, me han informado sobre cuál será mi participación en dicho proyecto en lo que refiere a los siguientes aspectos:

1. El objetivo general de este estudio es describir las conductas de riesgo y síntomas de malestar psicológico y su relación con características personales y familiares en adolescentes que asisten a colegios municipalizados que cursen de segundo a cuarto año medio, durante el segundo semestre del año 2013.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en responder 4 cuestionarios sobre datos personales y familiares, características de consumo de sustancias adictivas, conducta sexual y síntomas de malestar psicológico. Éstos los responderé en el establecimiento educacional al que pertenezco durante el horario de clases facilitado por el director del establecimiento, en un tiempo de 30 minutos aproximadamente.
3. La investigación no producirá consecuencias negativas para mí o mi familia, pues sólo consiste en un proceso de recolección de datos. Las investigadoras me informarán sobre los resultados de la investigación a través del pseudónimo indicado por mí. En el caso de que se estime conveniente, se me invitará a una entrevista voluntaria y personal con las investigadoras, a fin de conversar sobre alguna de las conductas de riesgo estudiadas; y si fuese recomendable, podría acceder voluntariamente al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso.
4. Los datos serán anónimos, esto significa, que la información entregada a través de las encuestas será por medio de un pseudónimo, por lo tanto, los investigadores no podrán conocer mi verdadera identidad. Los resultados de esta investigación, podrán o no ser divulgados según lo estime el investigador en publicaciones de tipo científica o académica y podrán ser utilizados en otras investigaciones cuyos objetivos sean similares a los de este estudio, siempre preservando el anonimato de mi identidad.
5. No recibiré dinero por participar en este estudio y tampoco me haré responsable por los gastos que éste signifique.
6. Podré retirarme voluntariamente del estudio cuando yo lo estime conveniente, sin que eso tenga consecuencias o perjuicio alguno para mí.
7. Tengo derecho a manifestar cualquier duda respecto al proceso y a recibir una respuesta que lo aclare. El teléfono de las investigadoras principales estarán a mi disposición y son los siguientes: Lucy Armstrong: 61684559, Josephine Bratz: 81723729 y Marjorie Haddad: 98260313.

8. Evaluación Comité Bioética y contacto: Estoy informado que esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el comité de Bioética de la Universidad de Valparaíso y por el colegio donde asisto. Si yo lo requiriera, puedo contactar a alguno de los integrantes del Comité a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, al teléfono 2507370.

De acuerdo a lo señalado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.



Nombre y Firma Participante
RUT:

Nombre y Firma Investigador
RUT:

Valparaíso, ... de de 2013

Anexo 5: Tabla 1

Tabla 1: *Características personales y familiares de 295 adolescentes*

Características personales y familiares	%
Colegios seleccionados	
Instituto Técnico Profesional Marítimo de Valparaíso	38%
Liceo Eduardo de la Barra	50%
Liceo N°1 de Niñas María Franck de Mac Dougall de Valparaíso	12%
Sexo	
Mujeres	60%
Hombres	40%
Escolaridad	
Cursando segundo año medio	49%
Cursando tercer año medio	51%
Promedio de notas	
Inferior a 5.0	11%
Superior o igual a 5.0	88%
Repetición de curso	
Nunca ha repetido	66%
Si ha repetido	32%
Nivel repetido	
Enseñanza escolar básica	31%
Enseñanza escolar media	68%
Trabaja y estudia	
Si	14%
No	

Actividades Recreativas más realizadas	88%
Escuchar música	
Practicar deportes	60%
Carrepear	54%
Juegos electrónicos	26%
	25%
Actividades comunitarias más realizadas	
Participar en clubes deportivos	
Participar en grupos religiosos	57%
	21%
Frente a un problema acuden a	
Amistades	
Familia	51%
Pareja	45%
No acuden a nadie	25%
	13%
Constitución familiar	
Madre presente	
Viven con ambos padres	92%
	56%

Anexo 6: Tabla 2

Tabla 2: Más de una alternativa de tipo de iniciación sexual de 168 adolescentes

Alternativas	% (Frecuencia)
Coito-vaginal y bucogenital	8% (14)
Coito-vaginal y coito-anal	1% (1)
Coito-anal y bucogenital	2% (3)
Coito-vaginal, coito-anal y bucogenital	3% (5)

Anexo 7: Tabla 3

Tabla 3: Más de una alternativa de métodos anticonceptivos y/o de protección utilizados por 168 adolescentes durante el último año

Alternativas	% (Frecuencia)
Anticonceptivos orales, condón y coito interruptus	6% (9)
Anticonceptivos orales, condón e inyectable	2% (2)
Condón y Anticonceptivos orales	15% (19)
Condón y coito interruptus	2% (2)
Condón e inyectable	1% (2)
Condón e implante	1% (2)
Condón y pastilla del día despues	1% (1)
Condón y diafragma	1% (1)
Condón y métodos naturales	1% (1)

Anexo 8: Tabla 4

Tabla 4: Otros motivos de no utilización de métodos anticonceptivos y/o de protección señalados por los adolescentes

Motivos
Ha sido espontáneo
He tenido sólo una relación sexual
La persona con quien lo hago es de confianza
Soy lesbiana
Mi pareja usa anticonceptivos
Quería quedar embarazada
Se me olvida
