

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Tesis

Factores socio familiares que inciden en la sexualidad precoz en adolescentes
menores de 15 años atendidas en el Hospital Las
Mercedes de Paita 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autora: Bachiller Guiliana Farfán Ruiz

Asesora: Lic. Nancy Cobba Hoyos

Lima - Perú

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo que con mucho esfuerzo culminé. Al ser supremo dueño y señor de toda ciencia, para que me siga iluminando y bendiciendo en el largo camino que aún me falta recorrer en mi vida profesional.

Con mucho amor a mis hijos Alberto y Oksana quienes son mi fortaleza y mis ganas de seguir cuando todo parece difícil, por esos innumerables abrazos y besos en mis días de máximo cansancio como estudiante, por ser la presencia divina en mí vida y las mil razones para terminar esta investigación.

A mi esposo Alberto, por ser compañero fiel e incondicional, de inicio a fin de mi carrera profesional. Gracias por ser ayuda idónea en mi vida, gracias por estar junto a nuestros hijos el tiempo que pase lejos, gracias por los años de felicidad que me has dado.

AGRADECIMIENTO

Al Dios altísimo que suplió todas mis necesidades emocionales y económicas durante el tiempo que me tomo terminar mi carrera profesional.

A mis padres por ser ejemplo de superación y sacrificio, y por ser quienes me enseñaron a luchar hasta alcanzar mi meta trazada.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por permitirnos el ingreso, así mismo mediante su plana docente nos impartió los conocimientos necesarios para terminar nuestra carrera profesional.

Al Hospital las Mercedes de Paita por otorgarme el permiso y brindarme todas las facilidades para realizar el presente trabajo de investigación.

A mi asesora de tesis por su paciencia y total entrega al ayudarme a terminar este trabajo de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
 CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Marco histórico	13
1.2 Marco teórico	17
1.3 Investigaciones o antecedentes del estudio	40
1.3.1 A nivel internacional	40
1.3.2 A nivel nacional	45
1.4 Marco conceptual	49
 CAPITULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES	
2.1 El Problema de investigación	54
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	54
2.1.2 Formulación del problema	57
2.2 Objetivos, justificación y delimitación	58
2.2.1 Objetivos	58
2.2.2 Justificación e importancia del estudio	59
2.2.3 delimitación del estudio	60
2.3 Hipótesis, variable e indicadores	61
2.3.1 Hipótesis	61
2.3.2 Variables	62
2.3.3 Indicadores	62
 CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de estudio	64
3.2 Población y muestra	66

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados	71
4.2. Contrastación de hipótesis	84
4.3. Discusión de resultados	91

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.Conclusiones	102
5.2. Recomendaciones.	103

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
-----------------------------------	-----

ANEXOS	114
---------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable, indicadores, escala de medición	62
Tabla 2. Incidencia de sexualidad precoz en adolescentes	71
Tabla 3. Edad y sexualidad precoz en adolescentes	72
Tabla 4. Procedencia y sexualidad precoz en adolescentes	73
Tabla 5. Grado de instrucción y sexualidad precoz en adolescentes	74
Tabla 6. Medios de comunicación y sexualidad precoz en adolescentes	75
Tabla 7. Ocupación y sexualidad precoz en adolescentes	76
Tabla 8. Grado de instrucción de la madre y sexualidad precoz en adolescentes	77
Tabla 9. Grado de instrucción del padre y sexualidad precoz en adolescentes	78
Tabla 10. Funcionalidad familiar y sexualidad precoz en adolescentes	79
Tabla 11. Tipo de familia y sexualidad precoz en adolescentes	80
Tabla 12. Violencia familiar y sexualidad precoz en adolescentes	81
Tabla 13. Adicción al alcohol o drogas y precoz en adolescentes	82
Tabla 14. Educación sexual y sexualidad precoz en adolescentes	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad y sexualidad precoz en adolescentes	72
Figura 2. Procedencia y sexualidad precoz en adolescentes	73
Figura 3. Grado de instrucción y sexualidad precoz en adolescentes	74
Figura 4. Medios de comunicación y sexualidad precoz en adolescentes	75
Figura 5. Ocupación y sexualidad precoz en adolescentes	76
Figura 6. Grado de instrucción de la madre y sexualidad precoz en adolescentes	77
Figura 7. Grado de instrucción del padre y sexualidad precoz en adolescentes	78
Figura 8. Funcionalidad familiar y sexualidad precoz en adolescentes	79
Figura 9. Tipo de familia y sexualidad precoz en adolescentes	80
Figura 10. Violencia intrafamiliar y sexualidad precoz en adolescentes	81
Figura 11. Adicción al alcohol, drogas y sexualidad precoz en adolescentes	82
Figura 12. Educación sexual y sexualidad precoz en adolescentes	83

RESUMEN

Con el objetivo de determinar qué factores sociofamiliares inciden en la sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendida en el Hospital Las Mercedes de Paíta 2017, se realizó el presente estudio, de tipo analítico, observacional, cuantitativo, transversal, de diseño correlacional de casos y controles. La población fue 2,165 adolescentes mujeres menores de 15 años. Siendo la muestra de 22 para casos y 22 para controles. El muestreo fue aleatorio simple. La técnica que se usó en la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento fue un cuestionario elaborado y validado por el juicio de expertos previa prueba de confiabilidad. En el procesamiento de datos se utilizó el software SPSS, versión 23. Usando los analizadores estadísticos Chi Cuadrado con un grado de asociación significativa si ($p < 0.05$) y para determinar el riesgo el Odds ratio. Los resultados fueron los siguientes: edad ($p=0,021<0,05$) (OR=,189 IC=0,043-0,84), Procedencia ($p=0,195>0,05$) (OR= 0,425 IC 0,115-1,57), grado de instrucción ($p=0,635>0,05$) (OR= 0,633 IC 0,095- 4,21), medios de comunicación ($p=0,007<0,05$) (OR= 5,71 IC 1,56-20,92), ocupación ($p= 1,000>0,05$) (OR= 1,00 IC 0,179-5,59), grado de instrucción de la madre ($p=0,112>0,05$) (OR= 2,83 IC 0,77-10,40), grado de instrucción del padre ($p=0,52 >0,05$), OR= 0,267 IC 0,68-1,05), funcionalidad familiar ($p=0,003<0,05$) (OR= 4,080 IC 1,10-15), tipo de familia ($p=0,531 >0,05$) (OR= 1,48 IC 0,431-5,10), violencia intrafamiliar ($p=0,031<0,05$) (OR=5,71 IC 1,05-31,07), adicción alcohol y drogas ($p=0,531>0,05$) (OR=1,48 IC 0,431-5,10), educación sexual ($p=0,05>0,004$) (OR =7,60 IC 1,73-33,3). Concluyendo que los factores sociofamiliares que inciden en la sexualidad precoz son la edad como factor protector y funcionalidad familiar, medios de comunicación, educación sexual y violencia intrafamiliar como factores de riesgo.

Palabras clave: Factores, sociofamiliares, sexualidad precoz, adolescentes, hospital

ABSTRACT

With the objective of determining which socio-family factors affect early sexuality in adolescents under 15 years of age treated in the: Hospital Las Mercedes de Paita 2017, there is a correlational design of cases and controls. The population was 2,195 adolescents under 15 years of age. Being the sample of 22 adolescents for cases and 22 for controls. The sampling was simple random. The technique of data collection was the survey and the instrument was a questionnaire validated by the experts' judgment after a reliability test. For data processing, SPSS software, version 23 was used. Using the Chi square statistical analyzers with a significant association degree if ($p < 0.05$) and the Odds ratio. Obtaining as results the age ($p = 0.021 < 0.05$) (OR = 0.189 CI = 0.043-0.84), Provenance ($p = 0.195 > 0.05$) (OR = 0.425 CI 0.115-1.57), degree of instruction ($p = 0.635 > 0.05$) (OR = 0.633 CI 0.095-4.21), means of communication ($p = 0.007 < 0.05$) (OR = 5.71 CI 1.56-20.92), occupation ($p = 1.000 > 0.05$) (OR = 1.00 IC 0.179-5.59), degree of instruction of the mother ($p = 0.112 > 0.05$) (OR = 2.83 IC 0.77-10.40), degree of instruction of the father ($p = 0.52 > 0.05$), OR = 0.267 IC 0.68-1.05), family functionality ($p = 0.003 < 0.05$) (OR = 4.080 CI 1.10-15), type of family ($p = 0.531 > 0.05$) (OR = 1.48 IC 0.431-5.10), intrafamily violence ($p = 0.031 < 0.05$) (OR = 5.71 CI 1.05-31.07), alcohol and drug addiction ($p = 0.531 > 0.05$) (OR = 1.48 IC 0.431-5.10), education sexual ($p = 0.05 > 0.004$) (OR = 7.60 IC 1.73-33.3). Concluding that: the socio-family factors that affect early sexuality are: age as a protective factor and means of communication, family functionality, intrafamily violence and sex education as risk factors.

Keywords: Factors, sociofamiliares, precocious sexuality, adolescent, hospital

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación es referente a los factores sociofamiliares que inciden en la sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años. Siendo la adolescencia una etapa de transición, donde se da inicio a la edad adulta y finaliza la niñez, es también para algunos autores periodo de incertidumbre y confusión; mientras que para otros es un periodo de amistades internas, independencia y sueños para el futuro. Así también es una etapa de la vida donde empiezan los cambios psicológicos y físicos que conllevaran a la madurez sexual y reproductiva (Ponce, 2016).

En esta etapa se desea experimentar y descubrir cosas nuevas lo que influye y motiva en el comienzo temprano de la sexualidad, poniendo en riesgo algunos aspectos de su crecimiento y desarrollo. El no estar preparado para estas experiencias íntimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea negativa o positiva agregándole a esto el entorno que lo rodea (Rojas, 2011).

La manifestación más clara de la sexualidad temprana es el embarazo en menores de 15 años, el que mantiene cifras aparentemente pequeñas, pero sumamente preocupante, y necesita un análisis particular de sus causas y la severidad de sus consecuencias. En algunos contextos el embarazo en el periodo de adolescente es aceptado, esperado, e incluso alentado, pero si ocurre antes de cumplir 15 años se convierte en un problema que trae consigo graves consecuencias físicas, psíquicas y sociales (MINSA, Argentina, 2013).

Para analizar esta problemática es necesario de mencionar ciertos factores que se asocian o inciden en la sexualidad precoz manifestada con relaciones sexuales a edad temprana. Por lo cual en este estudio mencionaremos a los factores sociofamiliares como la edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación, medios de comunicación, grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar, tipo de familia, adicción al alcohol y drogas, violencia intrafamiliar y educación sexual.

La observación de esta problemática social y de salud pública nos llevó a formularnos el siguiente trabajo de investigación, trazándonos como objetivo general determinar qué factores sociofamiliares inciden en la sexualidad precoz de mujeres menores de 15 años atendidas en el hospital las Mercedes de Paita en el año 2017.

Esta investigación fue de tipo analítico, observacional, cuantitativo transversal, correlacional de casos y controles, se realizó mediante una encuesta realizada a 44 adolescentes menores de 15 años, 22 de ellas con sexualidad precoz que fueron los casos y 22 que no presentan sexualidad precoz que fueron los controles, posteriormente se procesaron los datos en el software SPSS 23, para luego presentar los resultados en tablas de doble entrada y en gráfico de barras, posteriormente se realizó la discusión de resultados, concluyendo que: los factores sociofamiliares que inciden en la sexualidad precoz son: edad el cual actúa como factor protector y medios de comunicación, funcionalidad familiar, violencia intrafamiliar y educación sexual que actúan como factores de riesgo.

Esta investigación está compuesta de V capítulos:

En el capítulo I se presenta el marco histórico, marco teórico, donde conoceremos más acerca de la sexualidad, la adolescencia, sus factores que inciden para su inicio precoz en las adolescentes, así como sus causas y consecuencias. Así mismo veremos antecedentes nacionales e internacionales de nuestro estudio y la conceptualización de términos.

En el capítulo II, se presenta la descripción de la realidad problemática, la formulación del problema de investigación, la formulación de objetivos general y específicos así mismo de la hipótesis, variables e indicadores del estudio.

En el capítulo III se presenta la metodología usada para la investigación como: tipo y diseño de la investigación, población muestra y muestreo.

En el capítulo VI, hace la presentación de resultados con su respectivo análisis mediante la contratación de hipótesis y discusión de resultados.

En el capítulo V, se presentan las recomendaciones y conclusiones de nuestra investigación

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco histórico

Durante toda la historia de la humanidad ha existido manifestaciones variadas de la sexualidad como parte de las conductas del ser humano. Es así como en la prehistoria, la práctica sexual no tenía connotación placentera, su función principal era solo reproductora. Es muy probable que gracias al descubrimiento de la agricultura ya contaran con mayor tiempo disponible y por lo tanto existiese una disponibilidad de explorar el placer del sexo. Quedan algunas evidencias de la sexualidad de esta época en pinturas rupestres, y figuras talladas de genitales hechos por los primeros seres humanos racionales (Sorli, 2009)

En Grecia antigua, se cree que la sexualidad era considerada como tema educativo. La práctica sexual tuvo una connotación de reproducción, hedonismo, placer, y erotismo siendo estos los ejes de la concepción del sexo. Se permitió infidelidad y homosexualidad. Así mismo la vida de los adolescentes en esta civilización, fue de hombres porque exaltaba los valores masculinos, había una distinción clara de roles sexuales en las actividades. Los hombres eran valentía, fuerza y destreza física, pero la creatividad, gracia y arte eran para las mujeres. Mientras que en Roma la adolescencia fue inventada durante el siglo II A.C. Los jóvenes como grupo social fueron solo para varones y de clase privilegiada, pero había una limitación en sus derechos y recursos y total incapacidad para actuar como un adulto. (Romero, 2016).

En la antigua Babilonia, la sexualidad era considerada sagrada. La mujer era considerada un símbolo sexual y de fertilidad. Por otro lado, fue una sociedad con ciertas prohibiciones, había rechazo a la infidelidad

femenina. Sometiendo a castigos a mujeres infieles en cambio al hombre se le permitía más de una pareja o concubinas (Romero, 2016).

La cultura islámica se caracterizó por tener un alto interés en la sexualidad. Kama Sutra, es una obra muy representativa en la India islámica donde se muestra 64 poses sexuales de estas ocho son principales; en su contenido también encontramos otros temas como la atracción, la elección de esposa, y las cortesanas entre otros temas. Pero a pesar de la apertura de la sociedad islámica en los temas de sexualidad, la figura femenina sufrió represión y el machismo fue y sigue siendo muy marcado hasta hoy en día (Romero, 2016).

En las culturas precolombinas, existió una concepción espiritual y cósmica en torno al acto sexual, la sexualidad estuvo ligada fuertemente a la fertilidad. Además, existían técnicas sofisticadas para el acto carnal, los cuales no se veían con censura o eran motivo de vergüenza (Romero, 2016).

En el antiguo Perú la gran cultura moche o mochica, desarrollada al norte del Perú 300 años a. c y 500 años d. c también plasmaron en sus cerámicas escenas de su vida sexual. En el norte del Perú se encuentra el centro más importante de representaciones eróticas que existe en toda América. Siendo los mochicas quienes nos han dejado las piezas más numerosas. (Historia de la sexualidad, 2010)

Mientras en la cultura incaica también desarrollada en el Perú, el matrimonio no era cuestión de amor era sino de practicidad. Era importante la descendencia para un imperio en crecimiento, se practicaba la convivencia prematrimonial, pues era importante que la pareja se agradara y fuera compatible. Si se llevaban bien se casaban de lo contrario se separaban sin problemas. Por lo tanto, la virginidad en la mujer no fue importante al contrario las vírgenes eran vistas como si nadie las amara. (Historia de la sexualidad, 2010).

En Europa medieval eran castigados severamente la homosexualidad, el erotismo y el desnudo. La mujer virgen era sinónimo de virtud y respeto. Por lo que surgieron los cinturones de castidad para ayudar a conservar la virginidad hasta la llegada del “santo matrimonio”, y solo se permitía el acto carnal entre los esposos solo por reproducción (Romero, 2016).

En la época victoriana, siglo XVIII y siglo XIX se generaron muchos tabús y mitos respecto a la sexualidad, que infundían culpabilidad y miedo; consideraban el sexo repulsivo pero necesario. Existía una doble moral sexual, donde el erotismo y las relaciones sexuales estaban censurados, pero muy a pesar de las costumbres puritanas y correctas, la prostitución era muy difundida, además de conductas sexuales como: homosexualidad, abuso infantil y orgías que se daban en un mundo subterráneo (Vera 1998, como se citó en Romero, 2016).

En esta época también apareció la histeria femenina, que era un masaje pélvico que debía llegar a un paroxismo histérico, es decir un orgasmo para solucionar males en mujeres. Así también que en Inglaterra aparecieron los primeros preservativos de látex, ya que antes de la popularización de estos, eran fabricados de cuero o las tripas de algunos animales (Romero, 2016).

Actualmente en ciertas culturas orientales y gran parte de la cultura occidental es muy probable hallar una revolución que sea referente a la sexualidad. Los movimientos y factores que contribuyen a una nueva noción de este aspecto de la humanidad son muchos. Desde la segunda mitad del siglo pasado y hasta la actualidad existen cada día menos tabús respecto al tema. Sin embargo, con la aparición de las nuevas tecnologías y nuevos estilos de vida y sobre todo con la aparición del Internet, es posible hallar una inmensa movilización de información opiniones y perspectivas acerca de la sexualidad (Romero, 2016).

Más allá de los contenidos pornográficos en la red, abunda amplia difusión sobre el erotismo, la igualdad de género, parafilias, temas sobre

orientación sexual, fetiches, relatos con contenidos educativos y literatura erótica, información de estudios científicos y descubrimientos nuevos de implicaciones psicológicas y fisiológicas de la sexualidad. Como la consecuencia del fácil acceso a estos contenidos trae formas nuevas de ver el mundo de la sexualidad (Romero, 2016).

La sexualidad cada día tiene un lugar más importante en la vida de las sociedades sobre todo en las modernas que se ve manifestada en los estilos de vida actuales. Las familias poli amorosas, homosexualidad, la bisexualidad, pansexualidad, el orgasmo en ambos géneros, parafilias sorprendentes, etc., son temas que forman cada día parte del interés colectivo de nuestra sociedad actual, y con ello una amplia aceptación de la sexualidad y el erotismo, como parte de la esencia humana. Asimismo, los adolescentes lo son porque están en edad para serlo, y también existen personas que tienen poca o mucha edad, sin embargo, se visten y se comportan como adolescentes (Los Pensadores, 2008).

Sigmund Freud aparece en el años 1856-1939, médico que demostró la trascendencia de la sexualidad para los seres humanos. Desarrollando su teoría de la personalidad, cuyo objetivo fue el desarrollo sexual. Introdujo el término de “libido” describiéndolo como energía de la que emanan todas las actividades de los hombres. Afirmando que la mayoría las fobias y miedos se asociaban con las frustraciones sexuales, con lo que la sociedad burguesa se llegó a escandalizar (Vera, 1998).

Con Freud se dio inicio al modernismo sexual, y surgió en respuesta a las normas rígidas existentes. También hizo investigaciones en niños y adultos, determinando que los niños son seres sexuales desde la más tierna infancia. Describió el complejo de Edipo afirmando que los niños centran en uno de sus padres su objeto amoroso llegado los 2 años (Vera, 1998).

Con el zoólogo Alfred Kinsey se inició el estudio de la sexualidad, lo cual permitió develar ciertos tabúes y mitos existentes aun; investigó las experiencias sexuales y plasmó sus resultados en su obra “Sexual

Behavior the Human Male”, en el que explicó que lo “normal” de la conducta sexual es más amplio de lo que se piensa. Los resultados de su investigación fueron que: más de la mitad de hombres han tenido relaciones extramaritales a los 40 años y poco más de la cuarta parte de mujeres; la homosexualidad con orgasmo desde la adolescencia hasta la vejez fue en 37% de hombres y en 28% mujeres; 20% de hombres casados entre los 30 y 35 años tenían relaciones con trabajadoras sexuales. Entrevistó acerca de sus experiencias sexuales a mujeres y hombres que habían practicado la masturbación (Vera, 1998).

Es así como surgió la Sexología, disciplina joven que se encarga de estudiar la sexualidad. Su naturaleza es inter y multidisciplinaria. La Organización Mundial de la Salud desde el año 1974 considera a esta disciplina dentro del concepto integral de salud del ser humano (Vera, 1998).

Siendo el pionero en el Perú el psiquiatra Carlos Alberto Seguin, Arequipeño, estudio en Buenos Aires y al retornar a Lima publicó su obra “Sexomanía” en el año 1994 y en el año 1980 publicó “Amor, sexo y matrimonio”. Otros sexólogos peruanos importantes son: el ginecólogo Dr. Miguel Exebio, Dr. Víctor Yáñez autor del libro “Hablemos de sexo” en 1986. (Sociedad Uruguaya de Sexología, sf)

1.2 Marco teórico

1.2.1 La sexualidad

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), la sexualidad es:

El conjunto de condiciones fisiológicas, y psicológico-afectivas que caracterizan a cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Durante siglos se consideró que la sexualidad

en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas que no eran dirigidas a la procreación. (parr.1)

Así también la sexualidad humana se define como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, los papeles de género y las identidades, el erotismo, la intimidad el placer, orientación sexual y la reproducción. se expresa y se vivencia a través de pensamientos, fantasías, creencias, deseos, actitudes, conductas, prácticas valores, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, pero, no todas ellas se expresan o se vivenci an siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores sociales, biológicos, psicológicos, económicos, culturales, políticos, éticos históricos, legales, espirituales y religiosos. (OMS, 2011, parr. 3)

Respecto a la definición de la sexualidad a pesar que existe un total acuerdo en el contexto de la salud integral, aún hay algunas discrepancias y confusiones entre diferentes autores, por lo que se mencionan ciertas definiciones: "Es la manera de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer. Es una función normal del ser humano" (Cerruti; como se citó en Milka, 2012, parr.3).

"Forma de expresión integral de los seres humanos en sus procesos tanto psicológicos, biológicos, culturales y sociales del sexo" (Dirección general de servicios Médicos, sf, p.1).

"Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a

cada sexo, apetito sexual, propensión al placer carnal” (Real academia española, 2014).

Milka (2012) señala que:

La sexualidad es un proceso vital humano que no comienza con la adolescencia, sino que es un elemento inherente al ser humano durante toda la vida. Es un todo con la vida misma por lo tanto es elemento fundamental de la personalidad. La sexualidad es parte integral de nuestras vidas y por ello debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano. (párr. 1)

1.2.2.1 Teorías de la sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, iniciándose a los tres o cuatro años y definitivamente se establece en la adolescencia. Los distintos cambios psicológicos y físicos que se dan en este periodo, a veces tienen un gran impacto al comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Por lo tanto, es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios y de esta manera identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y tratar de darle servicios satisfactorios. (Organización Panamericana de la Salud, OPS, como se citó en Ponce y Rivera, 2015)

Dentro de las principales teorías tenemos:

Teoría del Aprendizaje

Witaker, 1989 como se citó en (Ponce, 2015) esta teoría afirma que:

Aprendemos actitudes de igual manera como aprendemos todo lo demás. Aprendemos los pensamientos, sentimientos y las acciones que están relacionadas con ella al aprender la

información nueva. También esta teoría defiende que el género se condiciona y se determina por modelos personales e influencias socio ambiental a los que los niños se encuentra expuestos. Los padres en los primeros años de vida son los modelos a imitar y observar. (pp.38-40)

Teoría Cognitivo-Evolutiva

Covarrubias como se citó en Ponce y Rivera 2015 afirmó que:

Según esta teoría, el desarrollo del género y el progreso intelectual del niño van paralelos. Los niños de edad corta tienen una visión simplificada y exagerada del género, que equivale a una estimación no menos estereotipada del mundo en general pues hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género. (p. 38)

1.2.2.2 Identidad sexual

La identidad sexual viene a ser la manera o el modo como una persona se identifica como hombre o mujer, o una combinación de ambos, no así la orientación sexual que es el marco de referencia interno y forma que, con el paso del tiempo, permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, orientación sexual y género, para desenvolverse en la sociedad de acuerdo a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. OMS, como se citó en Ponce y Rivera 2015).

1.2.2.3 Rol sexual

Viene a ser la forma externa de revelar la identidad sexual. También de la forma de comportarnos ya sea como mujer u hombre a nuestro alrededor. Son patrones de comportamiento o conjunto de atributos y actitudes personalidad que se definen por la cultura en la que el individuo vive o se desenvuelve con papeles sociales estereotipadamente “femeninos” "masculinos" (Ponce y Rivera 2015).

1.2.2.4 Orientación sexual

Para Witaker (como se citó en citado en Ponce y Rivera, 2015), la orientación sexual es: “inclinación sexual o tendencia sexual”. Lo cual se refiere a un patrón de atracción sexual, emocional, erótica, o amorosa, determinado grupo de individuos definidas por su sexo. Esta puede ser: heterosexualidad que la atracción es hacia personas del sexo opuesto; homosexualidad, la atracción es hacia las individuos del mismo sexo y cuando la atracción es hacia personas de ambos sexos se llama bisexualidad.

1.2.2.5 Comportamiento sexual

El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo, tomarse de las manos, masturbarse, el beso y una gama completa de otros comportamientos. Este comportamiento se desarrolla durante la adolescencia temprana, en esta época se desarrolla el sentimiento de que y quien los atrae. Esto no implica automáticamente tener relaciones sexuales (OPS, como se citó en Ponce, 2015)

1.2.2 La adolescencia

Según Pro familia como se citó en Ponce y Rivera 2015:

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de sexual y reproductiva. La adolescencia es una etapa comprendida entre los 10y 19 años crecimiento que va a marcar el final de la niñez e inicio de la de la adultez. Para muchos jóvenes la adolescencia se constituye un periodo de desesperación e incertidumbre, para otros es una etapa de aflojamiento de ligaduras con los padres, de amistades internas y de sueños para el futuro. Así también es una época de la vida que se inicia con los cambios biofisiológicos que experimentan las personas luego de terminada la niñez y finaliza con la madurez de edad. (p. 40)

Para Iglesias (2013): “La adolescencia es una etapa en la que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que se inician con la aparición de los primeros signos de la pubertad y culmina cuando para el crecimiento” (p.88).

Según Peláez como se citó en Ponce, y Rivera (2015): Adolescencia proviene de la voz "Adoleceré", que quiere decir crecer y desarrollarse hacia la madurez. Etapa de cambios que se inicia con los primeros signos de maduración de la glándula endocrina y continúa hasta que se completa el desarrollo total. Comprende edades variables de un niño a otro, pero se da un lapso aproximado entre los 12 y 21 años de edad. (p. 41)

Para Quintanilla (2012): La palabra adolescente “proviene del latín *Adolescere*, que significa desarrollarse, *Olescere*, que significa crecer, según el significado del latín la adolescencia, es igual a desarrollarse la persona, ya sea mujer u hombre” (p. 45).

Mientras que la OMS la define como: “periodo de desarrollo y crecimiento humano que se da post niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (parr. 1).

Krauskopf (como se citó en Ponce y Rivera, 2015) define a la adolescencia como: Periodo de cambios intensos que se dan en todas las esferas de la vida, así como como en el nivel mental, corporal y social. En la cual ocurren rápidas transformaciones psicológicas, fisiológicas, y relacionales, dentro las que destacan la necesidad de diferenciarse del mundo adulto, tener posibilidad de tomar propias decisiones, autonomía y definir códigos particulares para expresarse y comunicarse.

Toda esta etapa pasa, en la segunda década de la vida. Mientras que la pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano y de todos los mamíferos, la adolescencia viene a ser un concepto socio-cultural. Debido a que en las sociedades preindustriales en un 60% aun no cuentan con un término para conceptualizar a la adolescencia. También que empiezan a aparecer los problemas en este periodo de la vida en dichas sociedades cuando comienzan aparecer en ellas influencias de la sociedad occidental (Iglesias, 2013).

La adolescencia es, periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los conocimientos y estrategias que son cada vez más complejos para afrontar cuando llegue la edad adulta que viene a ser también una creación de la modernidad y de la sociedad industrializada que ha generado la posibilidad educación prolongada, lo cual no ocurría en siglos. La educación del adolescente ocurre actualmente alejado del mundo de los mayores, siendo este un gran problema de suma importancia, viven en un mundo separado del mundo de los adultos, no compartiendo con ellos sus vivencias, es así como se generan ciertos conflictos por esta separación pues no existe en estos casos la relación de maestro-aprendiz. Casas (como se citó en Iglesias, 2013).

A pesar de todo, en este periodo un gran número de adolescentes tienen un normal comportamiento, es una época de gran riqueza emocional, con incremento de la creatividad y fantasía viviéndose un momento de máximo esplendor psicológico y físico: mayor rapidez, fuerza, agilidad, capacidad cognitiva y memoria, lo cual permite que la mayoría hacer de esta etapa, indudablemente compleja, una de las más felices e importantes de su vida. Casas (como se citó en Iglesias, 2013).

1.2.2.1 Etapas de la adolescencia

Adolescencia temprana (10 a 13)

En esa etapa el adolescente aún mantiene una identidad infantil, cuestiona a sus padres y la baja del pedestal (10-13 mujeres y 12-14 en hombres). En el hombre en lo biológico se centra cuando hay incremento de la masa muscular, poluciones nocturnas, capacidad de eyacular y conductas masturbadoras mientras que en la mujer cuando llega las primeras menstruaciones o menarquia, se acentúan y sufre cambios hormonales.

En el desarrollo cognitivo según a las investigaciones de Piaget va desde el pensamiento lógico concreto del inicio de edad escolar al pensamiento operatorio formal. En cuanto a las relaciones entre personas, comienza los primeros entusiasmos por otros, sobre todo del sexo opuesto, aunque algunas veces del mismo sexo; busca independizarse de sus padres a pesar que necesita de ellos para su sostenimiento emocional. (MINSA, 2004 como se citó en Ponce y Rivera, 2015).

Adolescencia media (14 a 16)

En esta etapa los adolescentes se preocupan más por los cambios físicos con la finalidad de atraer al sexo opuesto, tratan de

ser lo más atractivos posible, la rebeldía es mayor y muy desafiante la autoestima es más satisfactoria, surge interés por una ocupación u profesión determinada, consideran a la masturbación como algo normal y no hay sentimiento de culpa, es muy frecuente, la actividad sexual (coito) y es impulsiva poco responsable, no planeada. (Ponce, 2015).

Tienen una sensación invulnerabilidad y de omnipotencia, así mismo el pensamiento mágico de que a ellos nunca les ocurrirá algún percance, esta sensación les facilita un comportamiento de riesgo que les conllevan a la morbilidad con el uso drogas y alcohol, embarazo, etc. El grupo es el que dictara la forma de vestir, hablar y de comportarse, las opiniones de los amigos son más importantes que las de los padres o familiares (Casas, 2005).

Adolescencia tardía (17 a 19)

En una relación se integra lo psicoactivo y lo erótico, la masturbación es menos frecuente y sin sentimiento de culpa. En esta etapa ya se encuentran maduros biológicamente (desarrollo sexual y corporal terminado), su físico lo mantiene despreocupado, vuelve el interés hacia asuntos familiares, disminuye o desaparece la "dependencia" del grupo de amigos, aunque mantenga las mismas amistades, desaparece el narcicismo, maduración completa de la autoestima y la identidad personal, se establece el código de normas propias, los planes vocacionales o de trabajo se encuentran en ejecución, los atractivos sexuales son más específicos hacia una sola persona (Ponce y Rivera, 2015).

1.2.2.2 Desarrollo cognitivo del adolescente

Según Piaget, el desarrollo mental consiste en una progresiva marcha hacia el equilibrio; es una construcción continua y un proceso de adquisición de funciones cada día más complejas. Piaget

refiere que la inteligencia se ira construyendo desde el nacimiento y de los primeros esquemas sensorio-motores, es decir, a partir de movimientos y percepciones y llega a terminar en la adolescencia.

A los 12 años de edad, aparecen, en el pensamiento, transformaciones que hacen que el niño se libere de lo concreto y le otorgan la posibilidad de orientar sus intereses hacia lo actual y el porvenir: es la edad de los grandes ideales o del inicio de la elaboración de teorías abstractas. aparece el pensamiento hipotético deductivo, siendo capaz de deducir conclusiones de puras hipótesis, y no solo de observación de los objetos reales que pueda tocar, tal como pasaba en el período anterior. Ahora, puede comenzar a trabajar en el plano de las ideas, expresadas en el lenguaje de las palabras o de los símbolos matemáticos (Pascuallini y Llorens, 2010).

1.1.2.3 Desarrollo biológico en el adolescente

Este proceso se da bajo la influencia del sistema nervioso central en la actividad hormonal. Entre ambos sexos la diferencia física queda establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es decir, los órganos internos y externos que realizan las funciones reproductoras como: los ovarios, mamas, útero, pene y la aparición de las características sexuales secundarias, como el resultado del cambio hormonal como es: alteración en la voz, los depósitos de grasa, desarrollo del vello puberal y facial; estas últimas no desempeñan un papel directo en la reproducción. En esta etapa también se presenta la primera menarquia o menstruación en la mujer y en el varón las primeras eyaculaciones. Así mismo se empiezan a experimentar sensaciones como la masturbación (Ponce y Rivera, 2010).

1.2.2.4 Desarrollo psicológico en el adolescente

Erickson (como se citó en Ponce y Rivera, 2015) creía que: Uno de los periodos más decisivos es la adolescencia; en ella el elemento fundamental es obtener una identidad personal y evitar la confusión de papeles. Aunque el individuo haya adquirido confianza, autonomía e iniciativa. Durante la pubertad, cambia las diferentes formas de ver medio que los rodea y también cambia el pensamiento; hay cambio de actitudes y de carácter como: Alegría, enojo, tristeza, rebeldía. Se puede tornar de la tranquilidad y apacibles a irritable entre otros. Se empieza a manifestar la preocupación por su arreglo personal, coqueteo, comportamiento ante personas (o compañeros) del sexo opuesto como también la rebeldía y deseos de ser independiente.

Existen también otros elementos importantes que forman parte del desarrollo psicosocial del adolescente y estos son:

1.2.2.5 Relaciones con los padres

Las relaciones de padre-hijo evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto de igualdad y afecto mutuo. El proceso acarrea con frecuencia confusión y ambigüedad. Se acepta a los adolescentes como pre adultos, en proceso de maduración y se les permiten los privilegios hasta ahora denegados y cada vez se le da más responsabilidades. Por ejemplo, la lucha entre adolescentes y padres acerca de la hora de llegada a casa por la noche (OPS, 1992, como se citó en Bolaños, 2016).

1.2.2.6 Relaciones con los amigos

Los amigos toman un papel más importante durante esta etapa que la que tuvieron en la infancia, aunque la influencia materna y paterna sigue siendo la más importante en la vida del

adolescente. Los adolescentes, en su mayormente son gregarios y sociales, que aún tienen mentalidad de grupo. Por lo cual, notablemente el grupo de amigos influye en la conducta y en la autoevaluación de los jóvenes. Los más jóvenes para ser aceptados en el grupo se ajustan por completo a él. Como foco de vida social, el colegio también es importante desde el punto de vista psicológico para los adolescentes, pues se distribuyen en una jerarquía social relativamente predecible; saben a qué grupo pertenecen ellos y los demás (OPS, 1992, como se citó en Bolaños, 2016).

1.2.2.7 Relaciones heterosexuales

Las relaciones con el sexo opuesto ganan un nuevo significado en este periodo. Inician las reuniones de grupo, para realizar tareas dejadas en escuela; luego se dan las citas de dos o tres parejas y al último de una sola. El tipo y grado de seriedad de relaciones heterosexuales varía. Al inicio es siempre no comprometido, muy variable y pocas veces tiene características de una unión romántica-fuerte, mientras que, en la etapa intermedia de la adolescencia, cuando a menudo se desarrolla la capacidad sexual, sienten necesidad de probar la fuerza que tiene su sexualidad con frecuencia, por ello buscan múltiples conquistas (Ponce y Rivera, 2015).

1.2.2.8 Salud adolescente

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef ,2006) “La Salud del adolescente es el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad”.
(p.13)

Así mismo viene a ser el resultado de un proceso construido socialmente y depende de múltiples factores como: biológicos (sexo, genéticos, edad); factores relacionados al entorno como: medio

ambiente físico (vivienda, espacios que para la recreación, no contaminación), y medio ambiente social (interacción social, justicia y paz, solidaridad, no discriminación); factores asociados con los estilos de vida (valores, comportamientos, roles creencias, costumbres sociales e individuales, formación y nivel educativo, consumo, comunicación); y factores relacionados a la organización de los servicios de salud (características en atención de salud). Por lo tanto, la salud adolescente es entendida aquí en más amplio sentido más, como el producto de decisiones tomadas en los planos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional. (UNICEF , 2006)

1.2.2.9 Salud sexual en el adolescente

La Organización Panamericana de la Salud (2017) define a la salud sexual como:

La experiencia de un proceso continuo de bienestar psicológico, físico, y sociocultural asociado con la sexualidad. se evidencia en las expresiones responsables y libres de capacidades sexuales que llevan a la armonía personal y bienestar social, enriqueciendo la vida social e individual. (p.13)

Así también, un desarrollo sexual saludable depende de las necesidades básicas humanas satisfechas como son la expresión emocional, el deseo de contacto, el amor, la intimidad, y el placer. La salud sexual incluye a la salud reproductiva, aunque va más allá de la atención asociada a la reproducción. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, incluyendo a los adolescentes y jóvenes, viene a ser un derecho que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, a la expresión, educación, al amor, al derecho a elegir y derecho al acceso a la atención de salud (MINSA, 2017).

La principal característica de la adolescencia es que es un período de riesgos y oportunidad, es así que el comportamiento de asumir riesgos llega hasta la sexualidad. La asociación entre la conducta sexual de un adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras, demostrándose mediante investigaciones que existen factores de riesgo comunes para las conductas de riesgo fuertemente interrelacionados. Por ejemplo, adolescentes con embarazo no deseado tienen sexo de riesgo, sin protección y los que consumen sustancias tóxicas tienen relaciones abusivas y son los mismos que su rendimiento escolar es bajo (Mendoza, 2016).

1.2.2.10 Conducta sexual de riesgo

Investigadores como Jessor y Buvinic (como se citaron en Mendoza, 2016) mostraron que una conducta sexual de riesgo se asocia con el consumo de sustancias tóxicas, lo cual incrementa la cantidad de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, incluyendo al VIH y SIDA. Así mismo encontró que la alta fertilidad del adolescente está asociado a la pobreza, nivel bajo de educación, rendimiento escolar bajo y poca o ninguna supervisión y ayuda de la familia. Las causas de estos problemas tienen su origen en un pobre desarrollo psicosocial y en inadecuados factores medioambientales y sociales.

Es así que los adolescentes dan sentido a los cambios de su cuerpo en dos sentidos: como vía de reproducción y de disfrute sexual, atracción física erótica para otros. Sus manifestaciones se clasifican en deseos, caricias y fantasías, atracción búsqueda de pareja y coito. Debido al poco conocimiento y la desaprobación de los adultos el inicio y la frecuencia de las relaciones sexuales o coitales son un riesgo. Varios estudios afirman que el inicio sexual, un alto número de parejas sexuales, las relaciones sexuales desprotegidas y otros comportamientos sexuales de riesgo, ocurren en asociación a

otras prácticas de riesgo, como consumo de drogas y alcohol, cigarrillos, tenencia de armas y ejercicio de violencia (Rojas, 2011).

Dentro de las conductas de riesgo más frecuentes tenemos: cambio constante de parejas, promiscuidad sexual, precocidad en las relaciones sexuales, relaciones fugaces, sexo sin la debida protección entre otros.

1.2.2.11 Inicio precoz de relaciones sexuales

El adolescente siempre quiere experimentar y descubrir cosas nuevas por lo cual precozmente inicia relaciones sexuales y pone en riesgo aspectos de su crecimiento y desarrollo, el no estar preparado para experiencias intimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea negativa como positiva agregándole a esto el entorno que los rodea. (Rojas, 2011)

1.2.3 Factores de la sexualidad precoz en adolescentes

Entre los factores sociales para la precocidad sexual en los adolescentes tenemos a: Alteración en el núcleo familiar ya sea de estructura o funcionalidad, violencia intrafamiliar, por fallecimiento o separación de uno los padres, necesidad de trabajar de las madres, drogadicción o alcoholismo de uno o ambos padres, pobreza económica efectiva, enfermedades graves de uno algún miembro de la familia, también pobreza en la comunicación de padres a hijos; hacinamiento familiar; y entre los factores culturales : deficiencia en la entrega de información adecuada en cuanto reproducción y sexualidad humana, estímulos sexo eróticos que entregan los medios de comunicación (Universidad Nacional de Chile [UNCH], sf).

1.2.3.1 Familia, tipos y funcionalidad familiar

La OMS, 2011 (como se citó, Varas, 2016) define a la familia como: “los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción, y matrimonio” (parr.1)

La familia es la institución humana más antigua, se encuentra presente en la vida social. Es la más antigua de las instituciones humanas y se constituye como el elemento clave para el funcionamiento y la comprensión de la sociedad. A través de ella, la comunidad se provee de sus miembros y los prepara para que satisfactoriamente cumplan el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de valores y tradiciones de una generación a otra Gustavikno (como se citó en Oliva, 2014).

La familia nuclear es la unidad principal de las sociedades (mamá, papá, hijos) En otras comunidades, el núcleo también lo integran los abuelos con otros familiares. Cuando los hijos viven solos con el padre o la madre, en situación de viudez, divorcio o soltería se constituye la familia es monoparental (Miranda, 2017).

Las funciones principales de la familia son: socializadora o educativa, reproductiva, protección, recreativa, de seguridad física y seguridad afectiva a cada uno de sus miembros, esta última la experimentamos en el seno de la familia, experimentamos y expresamos sentimientos de amor, ternura y afecto muy profundos, emociones que permiten establecer relaciones armoniosas y gratas entre todos los miembros de la familia y mantenerlos a través del tiempo e influye también en el afianzamiento de la autoestima, autoconfianza y sentimiento de realización personal (Huayanay, sf).

La Familia funcional mantiene relaciones familiares muy bien establecidas, de tipo positivo para cada uno, reconociendo que cada

uno de sus miembros tiene intereses y necesidades individuales y necesitan algo de privacidad. “Por lo tanto la funcionalidad familiar es el conjunto de relaciones familiares que se establecen entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para solucionar conflictos y existe comunicación clara que permite la espontaneidad, apreciándose empatía y apoyo emocional, por consiguiente, la funcionalidad familiar es la capacidad de resolver problemas y de ayudar a sus miembros a desarrollar sus potencialidades.” (Miranda, 2017, p.12)

Mientras que: “la familia disfuncional tiene límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.” (Miranda, 2017, p.13). Es decir, se define como familia disfuncional: “al patrón de conductas des adaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno de sus integrantes de una familia, y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.” (Leyva, 2013, p.2)

Los principios fundamentales del funcionamiento familiar son:

Que los padres estén bien diferenciados y gocen de independencia emocional para fundar su hogar; y mayor sea su lealtad a la familia de procreación que a su familia de origen, que exista clara separación en los límites generacionales; que sean realistas las percepciones que se tengan entre padres a hijos; que lo más importante para cada cónyuge sea la pareja, que las expresiones de afecto no sea posesivo entre hermanos padres, hijos, que los niños no sientan que al acercarse a uno se alejan del otro, la comunicación sea clara y honesta; que los padres tengan con su familia una relación de respeto y cuidado; que la familia sea

abierta y permita que sus miembros se interrelacionen con otras personas; el desarrollo de los hijos significa que ha determinada edad deberán formar su propio hogar e irse (Valle, 2008).

Una forma de determinar una probable disfunción familiar, es aplicando el APGAR familiar, instrumento que establece cinco componentes básicos de la función familiar, como la adaptabilidad para resolver problemas mide el uso de los recursos intra y extra familiares, mide también la cooperación entre los miembros de la familia en la toma de decisiones y la división del trabajo el cómo comparten los problemas y la forma como se comunican para explorar la manera de resolverlos (Alegre y Suarez, 2011).

Para Barrios (sf). La comunicación tiene un lugar principal en la funcionalidad y efectividad del sistema familiar. Viene a ser en este sentido un proceso interactivo de transmisión y retroalimentación de pensamientos, sentimientos, necesidades, por vía directa e indirecta, y mediata e inmediata y con diversidad de códigos y signos. Es la columna vertebral de la dinámica familiar y de las relaciones interpersonales.

1.2.3.2 Medios de comunicación

En estos tiempos uno de los medios de comunicación para obtener información y comunicarse con otras personas es el internet, pero también es una forma de poner en situaciones de peligro a los y las adolescentes. En el año 2012, el 11.9% de alumnos de secundaria tenían acceso a internet, de estos el 24,3% tuvo un romance con personas que conoció en esta vía, un 45.9% conoció personas mayores por esta vía. Asimismo, a un 13.4% le ofrecieron tener relaciones sexuales, 8,6% tuvo relaciones sexuales con personas que conoció en internet, 8.5% tuvo cibersexo (MINSA, 2017).

1.2.3.3 Violencia intrafamiliar

En cuanto a la violencia en adolescente se sabe que, en 2015, el 81,0% fueron víctimas de violencia psicológica o física, alguna vez en su vida, en sus centros residenciales de atención o en sus hogares. Así también en los colegios fue de 73.8%, la prevalencia en los últimos doce meses llegó a 38.8% en los hogares y a 47.4% en los centros educativos. En los centros de “emergencia Mujer” se incrementó el número de adolescentes atendidos entre 12 a 17 años de edad en un 42% del 2012 al 2015. En violencia psicológica este aumento ha ido de 74%, de 85% en violencia física y de 2.5% en los casos de violencia sexual. (Rodríguez, 2013)

En 2015, los principales agresores de los adolescentes, en los casos de violencia psicológica y física, fueron en 78% los padres y un 71% para esos tipos de violencia. Mientras que un familiar del afectado era el agresor en caso de violencia sexual 47%. Este mismo año, de los 1,865 casos de violación sexual denunciados, 8% fue en varones y 92% fue en mujeres. (Rodríguez, 2013)

1.2.3.4 Consumo excesivo de drogas por parte de los padres

Para Sancho (2009):

El las drogas ilegales y el alcohol que se consumen por los padres suelen ser una fuente importante de problemas en la familia. Asimismo, hay que enfatizar que una actitud permisiva o consumo mismo de sustancias tóxicas en los padres promueve posiblemente un aprendizaje por modelado y facilita la incorporación de la adolescente a grupos consumidores. (parr.6)

1.2.3.5 Educación sexual

Educación sexual no solo consiste en conseguir que nuestros hijos usen y sepan usar preservativos, no se debe olvidar todos los aspectos que, previa y simultáneamente, se debe tratar. La educación sexual abarca desde el desarrollo sexual hasta la salud reproductiva pero también incluyen las habilidades sociales, las relaciones interpersonales, la orientación sexual, el conocimiento de uno mismo, la intimidad, la imagen corporal, el género, la toma de decisiones, el respeto a uno mismo y a los demás, el afecto y la asunción de la propia responsabilidad.

Una investigación sobre la implementación de la política de educación sexual en el Perú, realizado en el año 2017 por la Universidad Peruana Cayetano Heredia junto con el Instituto Guttmacher, con sede en los EE UU, reveló que: “ante esta falta de educación sexual en el colegio, el 85% de los escolares refiere que aprendió de sexualidad en Internet y otros medios de comunicación similares, como la televisión. Solo la cuarta parte (23%) recibió alguna información de sus padres” (Sousa, 2018).

1.2.4 Consecuencias de la sexualidad prematura en adolescentes

1.2.4.1 Embarazos inoportunos

En esta etapa generalmente los embarazos no son deseados ni son esperados. Muchas adolescentes no usan anticonceptivos porque creen que aún no pueden embarazarse con las primeras relaciones ingenuamente creen que a ellas no le pasara, erróneamente creen que son otras las que se embarazan (UNCH, sf).

El embarazo en este periodo de la vida puede algunas veces ser un golpe arrollador para el funcionamiento familiar y producir una variación drástica y cambios en su habitual funcionamiento, por lo

tanto, la actitud de la familia ante este hecho, es decisiva para mantener el bienestar, la salud, y la calidad de vida de la misma, por ser un proceso donde no solo importa lo biológico, sino que es muy importante tomar en consideración aspectos psicosociales (INFOGEN, 2014).

1.2.4.2 Abortos

Según (Angie, 2012)

El aborto en la adolescente es un tema de controversial y sobre todo un problema social que no distingue clase, clase, nacionalidad ni el nivel de educación. Actualmente es un tema muy discutido por la gran polémica que genera, pues la legalización de este en muchos países se encuentra en tela de juicio, sobre todo en Latinoamérica. (parr.1)

Aproximadamente el 10% de mujeres de aborto inducido padecen de complicaciones inmediatas, de las cuales el (2%) fueron consideradas importantes, lo demás toma tiempo para desarrollarse y no será evidente en el momento, meses o incluso años (Abortar, sf.). En comparación entre mujeres que abortan a una edad avanzada, y las mujeres que lo hacen siendo adolescentes, son estas las más propensas a padecer lesiones emocionales más severas. Esta conclusión se apoya en el hecho que las mujeres que abortaron siendo adolescentes participan más en forma desproporcionada en programas de asesoramiento post-aborto. (abortar, sf)

1.2.4.3 Riesgo de ITS, SIDA

La educación sexual integral que se brinda a los adolescentes debe ser oportuna y permanente puede ser que sea la mejor herramienta en la prevención primaria de las infecciones de

transmisión sexual VIH y SIDA. Pues la ignorancia no protege de ningún riesgo. (UNCH, sf, parr. 1)

Las consecuencias de la sexualidad precoz manifestada en inicio de temprano de relaciones sexuales mencionadas son las más resaltantes y de las cuales se derivan muchas más como: Matrimonios forzados, con bajas posibilidades de consolidación, condición de madres solteras, conflictos familiares, deserción escolar, necesidad de asumir responsabilidades, acceso a trabajos menores, mal remunerados y sin previsión social, frustración de proyectos de vida, que los imitara en su realización como personas.

1.2.4.4 Madre adolescente

“Se llama embarazo adolescente a la preñez de las mujeres menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional”. (Choré, 2012, p. 1)

Cuando se habla de madre adolescente se piensa que las consecuencias que este trae consigo tiene que ver solo con la joven, cuando lo es también para el niño que va a nacer. Este no sólo no tendrá una madre, sino tampoco tendrá un padre debido a que a veces los padres son hombres adultos, y mayormente parientes políticos o sanguíneos de la adolescente. Lo cual quiere decir muchas veces el embarazo proviene de un incesto y abuso sexual. Esto lo hace aún más una situación no deseada y negativa (Choré, 2012).

Múltiples son las causas que existen para convertirse en madre adolescente como es la falta de educación sexual principalmente debido a una carencia familiar y a la falta de información objetiva sobre los métodos anticonceptivos u otros

formas para evitar el embarazo. También se debe hacer hincapié al aumento del uso de alcohol y drogas a una edad demasiado temprana y así mismo al libertinaje al que está expuesta la adolescente.

La mayor parte de las mamás adolescentes son de pocos recursos. Suelen tomar alcohol, ser fumadoras, o consumen drogas, son muy vulnerables, tienen poca confianza en sí mismas y bajo autocontrol. tienen distorsionada y escasa información acerca de metodología anticonceptiva, información que muchas veces obtienen de los amigos que están igual de desinformados que ellas, a muchas se les adelantó la edad de la primera regla, que coincidió con el inicio temprano de las relaciones y a pesar que existe más información y medios para evitar un embarazo rechazan usar anticonceptivos, consideran el sexo romántico y apasionado, son relaciones de riesgo, no planificadas (Choré, 2012 p.2).

1.2.4.5 Madre adolescente menor de 15 años

En América Latina en los últimos años se observa una tendencia de crecimiento en la fecundidad en mujeres menores de 15 años. Este viene siendo un tema preocupante, pero no se cuenta con registros que permitan dar cuenta de su magnitud en todos los diferentes países de nuestra región.

Durante el año 2015 se registraron en el Perú 1538 partos de madres adolescentes, de las cuales 4 fueron de 11 años, 45 de doce años, 256 de trece y 1233 de 14 años y siendo las parejas de estas adolescentes en su mayoría adultos. (Infografía, Madre, 2012).

El embarazo en adolescentes menores de 15 es aparentemente pequeño, pero sumamente preocupante y alarmante, lo que necesita un análisis particular en cuanto a causas y gravedad de sus consecuencias. Es el resultado de la ausencia de

poder de decisión y circunstancias que están fuera de control de la adolescente (abuso sexual). En algunos casos el embarazo de la adolescencia es aceptado, esperado y a veces alentado, pero si este ocurre antes de los cumplir los 15 años viene a ser una problemática con graves consecuencias físicas, sociales y psíquicas (MINSA, Argentina, 2013).

Las patologías más frecuentes en el embarazo de adolescentes de 15 años, son anemia, infección urinaria que conlleva a un parto prematuro, la preeclampsia y eclampsia que condiciona a un peso bajo en el recién nacido. En el grupo de estas niñas las causas más comunes de los egresos hospitalarios son: hemorragias post parto, parto único por cesárea o espontáneo, infecciones y sepsis post parto y complicaciones del aborto.

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se da en menores de 15 años, al compararlas con mujeres mayores. Las causas de morbilidad materna en madres–niñas menores de 14 años, es el doble y a veces el triple de las que se presentan en madres de 15 a más. En las menores de 15 años la causa más frecuentes se asocia con los trastornos hipertensivos, la segunda causa es las complicaciones durante el embarazo el parto y la tercera causal se asocia con las complicaciones de la gestación que termina en aborto, seguidas por complicaciones en el parto y pos parto como son las sepsis.

1.3 Investigaciones o antecedentes del estudio.

1.3.1 A nivel internacional

Lavielle et al. (2013), en su estudio: *“Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes”*. Universidad Nacional Autónoma de México. Objetivo de evaluar las conductas sexuales de riesgo del adolescente y su relación con las características

familiares. Investigación de tipo analítico transversal donde la muestra fue de 909 adolescentes, el instrumento usado fue un cuestionario, la prueba estadística usada para determinar la relación entre variables fue χ^2 . Obteniendo como resultados: el inicio temprano de la vida sexual fue más frecuente y significativa en los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto es disfuncional ($p= 0,025$), el tipo de familia no alcanzo significancia estadística para relacionarse con el inicio temprano de relaciones sexuales ($p=0,289$) pues el 38,8% venían de familias monoparentales; 24,9% de familias nucleares y 19,6% de familias extensas. Concluyendo que: el monitoreo de la conducta, el nivel de comunicación, la calidez y la cercanía juegan un papel muy importante como protectores de las conductas sexuales de riesgo en adolescente.

La familia es el primer lugar de aprendizaje del ser humano, juega un rol importante en la vida del adolescente por lo tanto si dentro de ella se conserva el amor, la comunicación, respeto, obediencia y otros principios, las conductas de riesgo en hijos adolescentes van a ser menos, como lo demostró Lavielle, 2013 en México en el presente estudio.

Morales (2014), en su investigación: *"Factores que influyen en la práctica temprana de relaciones sexo genitales en los adolescentes del instituto de educación básica de Chinautla, municipio de Chinautla, departamento de Guatemala."* Con el objetivo: determinar los factores que influyen en la práctica temprana de relaciones sexo genitales en los adolescentes del Instituto de Educación Básica de Chinautla, Municipio de Chinautla, departamento de Guatemala. Fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de diseño transversal; con una muestra de 343 adolescentes donde el instrumento usado fue un cuestionario; el análisis se hizo a través del software SPSS y la presentación de los resultados se hizo a mediante gráficas y porcentajes. Obteniendo como resultados: los factores que influyen en la práctica temprana de relaciones sexo genitales en adolescentes son los medios de comunicación, poca educación sexual y presión de grupo entre pares concluyendo que: los medios de comunicación y la poca educación sexual influyen en la práctica temprana de relaciones sexo genitales en adolescentes. Recomendaciones: que el Ministerio de Educación diseñe, planifique, implemente, ejecute y haga

seguimiento a estrategias sobre educación sexual para niñas y adolescentes.

En Guatemala se demostró que los medios de comunicación y la poca educación sexual influyen en el inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes, lo cual es una realidad común en la mayoría de países en vías de desarrollo igual al nuestro, con este estudio quedo demostrado que los medios de comunicación no están cumpliendo con educar a la población en sexualidad y reproducción, y el adolescente en su afán de querer saber más sobre su sexualidad inicia erróneamente su vida sexual a muy temprana edad.

Royuela, Rodríguez, Marugan (2015) en su estudio: *“Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes en Hospital universitario de Valladolid, España”*. Universidad de Valladolid de España. Objetivo fue averiguar qué factores de riesgo se relacionan tener relaciones sexuales completas. Fue un estudio analítico descriptivo, donde la muestra fue de 1289 adolescentes, 726 mujeres y 563 varones Se analizaron múltiples variables epidemiológicas, calculando medidas distribución de frecuencias en variables cualitativas y de centralización y dispersión en variables cuantitativas. ya había tenido relaciones sexuales con penetración el 17,5% (el 6% a los 13 años, 9% a los 12; el 10,6% a los 14; el 53,2% a los 16, el 34,2% a los 15, y el 57,1% a los 17 años). Estos porcentajes fueron mayores en los chicos (20,2%) que en las chicas (15,4%). Otros factores relacionados que alcanzaron significancia estadística ($p < 0,05$) fueron la mala relación de los padres entre si y mala relación con sus padres, mayor edad, padres divorciados, fumar, alcohol, consumir drogas emborracharse, mala alimentación mala salud actual, mala memoria y ser agnóstico. Concluyendo: también es factor de riesgo de precocidad sexual adolescente tener una mala relación con los padres y de los padres entre sí. Además del tabaco, alcohol, y otras drogas.

Al igual que en otras realidades quedo demostrado por métodos estadísticos que son múltiples factores para que los adolescentes inicien su vida sexual completa.

Campo (2016) en su estudio: *“Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia”*. Con el objetivo de: establecer la edad de inicio de las relaciones sexuales y algunos factores asociados en adolescentes escolarizados. Fue un estudio descriptivo, comparativo de corte transversal, con una muestra 646 adolescentes donde 122 informaron relaciones sexuales, los casos fueron 64 que afirmaron relaciones sexuales antes de los 14 años y se compararon con 58 que las iniciaron después de los 14 y con otro grupo que no tuvieron relaciones sexuales, el instrumento fue una encuesta, el procesamiento y análisis de datos se hizo con el software SPSS y para la estimación asociaciones, se hizo un análisis bivalente calculándose la razón de prevalencias encontradas para cada uno de los factores asociados con haber comenzado relaciones sexuales a edad temprana. Así mismo, se aplicó la prueba de significancia estadística pertinente con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Y se obtuvo como resultado que los factores asociados al comienzo temprano de relaciones sexuales son: el fumar y consumir sustancias nocivas ($p=0,0001$), y el vivir con la madre ($p=0,013$).

Es muy frecuente en la actualidad que una mujer se hace cargo sola del hogar, por abandono de su pareja o porque ella tomo la determinación de ser madre soltera, dedicándose a trabajar para sustentar las necesidades básicas de su hogar muchas veces descuida a sus hijas, quienes por la soledad o abandono son presa fácil de tratar de suplir ese amor materno o paterno en alguna pareja que muchas veces son hombres mayores.

Vega (2016) en su estudio: *“Factores familiares, individuales y socio-demográficos, asociados a la primiparidad adolescente y no*

adolescente, en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso". Universidad de Cuenca, Ecuador. Con el objetivo de identificar la asociación de los factores familiares, individuales y sociodemográficos, en la génesis del primer embarazo en adolescentes, estudio comparativo de primíparas adolescentes y primíparas no adolescentes. Fue un estudio observacional analítico correlacional de casos y controles; con una muestra de 585 mujeres, (195 casos y 390 controles), el instrumento usado fue un formulario para la recolección de datos y luego fueron procesados mediante el software SPSS 18, donde para establecer la relación entre las variables se usó X^2 y para cuantificar el riesgo el OR. Obteniendo como resultados: Las que tienen mayor probabilidad de primiparidad adolescente son las mujeres sin ocupación (OR 2,723); usos irregulares de anticonceptivos (OR=3,3); que consideran importante la religión en su vida (OR 2,40); el haber recibido charlas de educación sexual (OR=0,54), inicio de relaciones sexuales antes de 15 años (OR 12,63); cuando en la crianza no intervienen ambos padres (OR=1,80) no disponer de información sobre prevención de embarazo (OR 2,61). Concluyendo: el no tener ocupación, el no tener una familia estructurada, no tener información sobre prevención de embarazos, son factores de riesgo para embarazo en adolescentes. Mientras no se encontró asociación de funcionalidad familiar con el embarazo.

Vega, también encontró en Ecuador que el no vivir en una familia estructurada el común denominador para el embarazo en adolescentes coincidiendo con otros estudios, para lo cual sería recomendable mejorar el uso de tiempo libre, el nivel de instrucción y fomentar la información en salud sexual antes de la adolescencia, garantizar el acceso a planificación familiar y focalizar intervenciones en adolescentes con familias desestructuradas.

1.3.2 Antecedentes nacionales

Chávez (2016) en su estudio: *“Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero del 2016”*. Universidad Mayor de San Marcos, Perú. Cuyo objetivo fue: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. Fue una investigación de tipo observacional descriptiva. La muestra de 128 adolescentes, el instrumento fue un cuestionario sobre experiencia sexual, conductas sexuales y funcionalidad familiar. El análisis de datos se hizo mediante el software SPSS 22. Obteniendo como resultados: La edad promedio de los adolescentes fue 16,9 años, siendo menores de edad (58,8%), de secundaria (96,6), sexo femenino (98,3%). En el 81,4% de adolescentes estuvo presente la disfunción familiar y no se asociaron a la disfunción familiar ($p>0,05$): “el número parejas sexuales igual o mayor a dos”, las “relaciones sexuales con simultaneo consumo de alcohol y drogas” y tener una “experiencia sexual mayor”; mientras que, haber tenido una ITS ($P=0,015$) “el uso de métodos de barrera” ($p=0,007$), y una menor edad de comienzo de relaciones ($p=0,015$) sexuales si se asociaron con la disfuncionalidad familiar.

Chávez, en el Perú encontró asociación entre la edad de comienzo de relaciones sexuales, el haber tenido una ITS, el uso de métodos de barreras y la disfunción familiar. Muchas veces en los hogares disfuncionales se abandona a los adolescentes, quienes buscan a sus amigos o en internet una educación sexual algunas veces errónea que les lleva a tomar decisiones equivocadas en cuanto a su sexualidad.

Choque (2016) en su estudio: *“Edad de inicio sexual y funcionamiento familiar en estudiantes del 3° a 5° grado de educación secundaria de una institución educativa pública de Lima este, 2015”*. Universidad Peruana Unión, Perú. Fue un estudio diseño no experimental, relacional y de corte trasversal, la muestra fue de 228 estudiantes, el instrumento fue un cuestionario de inicio sexual (CISEX),

elaborado por Zárate (2003). Obteniendo como resultados: que la edad de inicio sexual no se asocia con el funcionamiento familiar ($\chi^2=2,78$; $p=0.249$), de la misma manera con las dimensiones de cohesión: ($\chi^2=3,52$; $p=0.317$) y adaptabilidad ($\chi^2=2.60$; $p=0.457$) no se halló asociación.

Para Choque (2016) en el Perú, cualquiera sea el nivel de funcionamiento familiar, es posible que el adolescente tenga un inicio sexual precoz; porque también existen factores sociales e individuales que intervienen en la iniciación sexual temprana lo cual inspira a realizar otros estudios tomando en cuenta dichos factores.

Rengifo (2016) en su estudio: *"Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica, 2014"*. Facultad de Medicina, Universidad San Luis Gonzaga de Ica. Con el objetivo de: determinar la prevalencia y principales causas para el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes escolares de Ica. Fue una investigación de tipo descriptiva transversal con una muestra de 682 estudiantes. Para el análisis de datos se usó el SPSS 21 y para la determinación de la significancia estadística se usó el coeficiente de Alfa de Cronbach. Obteniéndose como resultados que: (18,33%) 125 de adolescentes habían tenido relaciones sexuales, la edad promedio de comienzo de esta práctica fue a los $14,38 \pm 0,13$ años, la mayor proporción fue en los ateos o agnósticos (10; 41,67%); 56 (44,80%), consumían licor 70 (36,08%), no Vivían con sus padres 20 (16,00%), no vivían con sus madres (61) 48,8%, consumían estupefacientes ($p=0,000$) que no vivían con hermanos tuvieron este problema, en 27 (47,37%) y consumían cigarrillo en 48 (41,03%). Concluyendo que: habían comenzado relaciones sexuales dos de cada diez y se relaciona la religión, con el género, el consumo de sustancias tóxicas, sus comportamientos, la convivencia con hermanos o padres, antecedente materno de embarazo adolescente, el maltrato en la familia.

Miranda (2017) en su estudio: *“Violencia de género asociado al inicio de las relaciones sexuales en los estudiantes adolescentes de la institución educativa María Parado de Bellido. Santoyo, el Agustino, junio 2016”*. Institución educativa María Parado de Bellido Santoyo, el Agustino. Con el objetivo de determinar la asociación de la violencia de género y el inicio de las relaciones sexuales de los estudiantes adolescentes de la I.E. María Parado de Bellido Santoyo. El estudio fue de tipo analítico, prospectivo, cuantitativo, transversal, relacional simple. La muestra fue de 198 adolescentes, la técnica fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario validado por juicio de expertos y un piloto. Para el análisis bivariado de las dos variables se aplicó Chi cuadrado: X^2 con un nivel de significancia estadística de $p = 0.000 < 0.05$ y el OR con IC 95%. Obtuvo los siguientes resultados: el 20,6 % de mujeres presentaron violencia de género. Así mismo los adolescentes que iniciaron su relación sexual tienen (IC=95%, OR= 6,8) veces la probabilidad de presentar el riesgo de violencia de género. Según el análisis el 22.7% de adolescentes tuvieron la probabilidad de presentar el riesgo de violencia de género según tipo: en primer lugar, la violencia familiar (IC=95%, OR=5,48), seguida de la violencia sexual (IC=95%, OR=3.73) en tercer lugar la violencia psicológica (IC=95%, OR=2.41), la violencia física (IC=95%, OR= 1.88). La asociación significativa ($p = < 0,05$) son: inicio de las RS, violencia psicológica, con año que cursa, sexual y familiar tienen asociación significativa con la violencia de género. Concluyendo que: Los adolescentes que comienzan sus relaciones sexuales tienen mayor riesgo y se asocia a la violencia de género. El tipo de violencia de género como mayor factor de riesgo y estadísticas significativas de asociación: violencia familiar, violencias sexual y psicológica.

La violencia de género según la OMS es un gran problema social visible y según estudios realizados en el 2005 en varios países del mundo más de 700 millones de mujeres son víctimas de violencia. Según este estudio queda demostrado que la violencia es un factor de riesgo de inicio de relaciones sexuales.

Apaza (2017) en su estudio: *“Factores individuales y familiares para el inicio de la actividad sexual coital en estudiantes de la Institución Educativa N°1178 Javier Heraud de San Juan De Lurigancho, octubre 2016”*. Universidad Mayor de San Marcos, Perú. Objetivo fue: Determinar los factores individuales y familiares para el inicio de la actividad sexual coital en estudiantes de la Institución Educativa N° 1178 Javier Heraud de San Juan de Lurigancho en octubre del 2016. Fue una investigación de tipo descriptiva, observacional, prospectivo transversal.

Fueron 136 estudiantes de 3ero, 4to y 5to de secundaria, los que conformaron la muestra, donde el muestreo fue aleatorio. Se estimó frecuencias relativas y absolutas (%), de dispersión y tendencia central. La prueba estadística usada para determinar la relación de variables fue el Chi cuadrado, con (IC) del 95%, el cual se consideraron significativo cuando tenía un valor $p < 0.05$. Obteniendo como Resultado que el 27.2% estudiantes encuestados refiere haber tenido relaciones sexuales coitales. La edad ($p=0.002$), las experiencias sexuales ($p=0,000$) tener uno o ningún enamorado ($p=0,017$) enamorados ($p=0.004$), tener más de 3 enamorados, la permisividad del adolescente para tener relaciones sexuales ($p=0.001$), la curiosidad ($p=0,020$), la valoración a las relaciones sexuales ($p=0.021$), haber desaprobado alguna vez el año escolar ($p=0.000$), ir a fiestas arcoíris o semáforo y Candy ($p=0,000$), tipo de actividades en su tiempo libre ($p=0.044$), tener familiar con problemas de drogas ($p=0,21$), haber consumido bebidas alcohólicas ($p=0.003$), la permisividad de los apoderados o padres o para tener enamorado durante la adolescencia ($p=0.000$) tuvieron relación significativa con el inicio de la actividad sexual coital. Concluyendo que: los principales factores familiares e individuales para el iniciar actividad sexual coital fueron: el tipo de experiencias sexuales, acudir a fiestas de moda, consumo de alcohol o drogas, la repetición de año escolar, permisividad del adolescente a las relaciones sexuales, problemas de drogas en familiares y permisividad de los padres para tener enamorado.

La permisividad de los padres para tener enamorado y para acudir las fiestas de moda es al parecer el factor que más se asocia el inicio de relaciones sexuales en adolescentes y en la búsqueda de la manera de disminuir este problema de salud pública es que se debería realizar de actividades recreativas, informativas e implementación de programas educativos sobre salud sexual y reproductiva dirigido a adolescentes, padres, y familiares.

1.4 Marco Conceptual

1.4.1 Factores sociofamiliares

“Son situaciones que se presentan dentro del núcleo familiar y el entorno social, en donde los sujetos se ven inmersos, generando así cambios en las dinámicas familiares y las formas de relacionarse con su grupo de pares”. (García, Atehorta y Pino, 2015)

1.4.2 Edad

“Tiempo que ha vivido un ser humano”. (Real Academia Española, 2018)

1.4.3 Grado de instrucción

“Nivel más elevado de estudios realizados, no teniendo en cuenta si se han culminado o están incompletos”. (Eustat, Sf)

1.4.4 Procedencia.

“Origen de algo o el principio de donde nace o se deriva”, en el presente estudio será donde nació o vive la adolescente menor de 15 años en estudio del distrito de Paita (urbano o urbano marginal) (Pérez y Gardey, 2010)

1.4.5 Medios de comunicación

“Representación física de la comunicación en nuestro mundo, es decir son el canal mediante el cual se obtiene, se comunica, se procesa, y finalmente se expresa, la información”. (Bustamante, sf)

1.4.6 Ocupación

“empleo, trabajo u oficio”. (Real Academia Española, 2018)

1.4.7 Funcionalidad familiar

Viene a ser el Conjunto de relaciones familiares establecido entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para solucionar conflictos existiendo comunicación clara que va a permitir espontaneidad, apreciándose apoyo emocional y empatía, por lo tanto, la funcionalidad familiar viene a ser la capacidad de ayudar a sus miembros a desarrollar sus potencialidades resolviendo sus problemas (Miranda, 2017,p12)

“Patrón de conductas indeterminadas y des adaptativas que presenta de manera continua uno de sus miembros de una familia, y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el apareamiento de patologías inespecíficas y específicas”. (Leyva, 2013)

1.4.8 Violencia intrafamiliar

“Cualquier acción u omisión que cause daño físico y psicológico, maltrato sin lesión inclusive la amenaza o coacción grave que se produzcan entre miembros de la familia”. (Berger, 2010)

1.4.9 Familia

“Unidad Básica donde se adquieren los rasgos para el desempeño de la identidad personal y del carácter, así también como los valores y hábitos que determinaran en un inicio su desarrollo social y su pensamiento”. (Villa, 2014)

1.4.10 Grado de instrucción de la madre

“Es el grado más alto culminado, por la madre dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado. (Centro de Innovación en tecnología y pedagogía” [CITEP], sf)

1.3.11 Grado de instrucción del padre

“Es el grado más alto terminado por el padre dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional de un país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado. (Centro de Innovación en tecnología y pedagogía”. [CITEP], sf)

1.3.12 Adicción al tabaco, alcohol y o drogas

Según el la OMS, (sf). Lo define como:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (adicto) periódicamente se intoxica y continuamente, tiene un deseo compulsivo de consumir dicha sustancia (o sustancias) preferida, tiene una gran dificultad para voluntariamente interrumpir o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a tener sustancias psicoactivas mediante cualquier recurso o medio. (p.11)

1.3.13 Educación sexual

UNESCO, (2014) define la educación en sexualidad como:

un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre relaciones interpersonales y sexo a través del uso de información científicamente realista, rigurosa, y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad dará a la persona la oportunidad de explorar sus propias actitudes valores y desarrollar habilidades toma de decisiones, de comunicación, toma de reducción de riesgos con respecto a muchos aspectos de la sexualidad. (p. 28)

1.3.14 Sexualidad precoz

“Conducta sexual prematura sin estar preparado mentalmente, creando un desajuste cuerpo mente que lleva a una conducta pseudo adulta sexual exagerada” (Sepúlveda, 2015, parr. 2).

1.3.15 Adolescencia

Periodo de desarrollo y crecimiento humano que se da antes de la edad adulta, y después de la niñez entre los 10 y los 19 años. Es de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de cambios y crecimiento, superado solo por el que experimentan bebés que lactan. Esta fase de desarrollo y crecimiento viene condicionada por diferentes procesos biológicos. con el inicio de la pubertad se marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (Organización Mundial de la Salud, 2018).

1.3.16 Adolescentes menores de 15 años

“Periodo de desarrollo y de crecimiento humano que se produce después de la niñez hasta los 15 años de edad” (OMS, 2018, parr.1).

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 El problema de investigación

2.1.1 Descripción de la realidad problemática.

Según el documento técnico de situación de los adolescentes y jóvenes del Ministerio de Salud del Perú. (MINSA ,2017) señala:

La adolescencia y la juventud son períodos de cambios durante los cuales los y las adolescentes y jóvenes desarrollan sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos. Así mismo conforman en la población un porcentaje a nivel mundial, siendo el 23%. En nuestro país, representan el 21% de los peruanos en el 2000, 65% en las zonas urbanas y 35% en las locaciones rurales, y 18,6% para el 2015 y se proyecta al 17,4% para el 2021. (p. 21)

En el desarrollo de los países en corto y mediano plazo, los adolescentes cumplen un rol esencial debido a que son hacedores mediatos del futuro, tanto en su aspecto social como económico; dejando las bases para generaciones siguientes y modificando la sociedad que hayan recibido. Por lo cual, un el objetivo del desarrollo sostenible aprobado por los estados miembros de las naciones unidas es alcanzar un integral desarrollo con perspectiva de equidad de género. Donde la salud reproductiva y sexual tiene un rol fundamental para su desarrollo y proyecto de vida personal. (Carmona. et al, 2017)

Actualmente la sociedad vive cambios profundos en sus códigos sociales y morales. Esto se refleja en la práctica sexual precoz en

adolescentes y la reacción de la sociedad frente a este hecho, ya que estas conductas vienen tomando distintos rumbos a anteriores generaciones. La sexualidad precoz viene a ser “la prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, crea un desajuste mente cuerpo que lleva a una exagerada conducta pseudo adulta sexual ” (Sepúlveda, 2015, p. 1). Este fenómeno tiene diferentes aristas, es algo negativo cuando los adolescentes llevan su sexualidad de forma errónea que los puede dañar o no les permiten disfrutar las diferentes etapas de la vida a plenitud. (Sepúlveda, 2015)

Cada día la (AS) sucede a más temprana edad, siendo los promedios de comienzo 13,5 a 16 años, con edades muy tempranas cómo los 11 años. En América Latina y El Caribe (ALC), son sexualmente activos el 50% aproximadamente de adolescentes menores de 17 años y 53% a 71% de mujeres experimentaron AS antes de cumplir los 20 años. Para las jóvenes de ALC, la edad del primer coito es aproximadamente de 15 a 16 años para las jóvenes mientras que, en otros países, es tan temprana como los 10 a 12 años y la clara manifestación de la actividad sexual viene a ser embarazo en adolescentes que cada año va en aumento. (Mendoza,2016)

En el Perú se sabe, el porcentaje de embarazos en adolescentes es el 13.6%, de éstas el 2,9% están gestando por primera vez y el 10% ya son madres. Para el 2013 el mayor índice de maternidad adolescente se dio en mujeres con grado de instrucción primaria (36.2 %). y que la población joven tuvo las tasas de analfabetismo más bajas de la región (1 %) dicha población se encuentra concentrado en el área rural y termino la primaria una de cada 3 adolescentes embarazadas. (Perú 21, 2016)

Según regiones en las que viven las adolescentes tenemos que: en la Selva (23.7%), en el área rural el 20.3% entre las que están dentro del quintil inferior de riqueza (23.9%). Mientras en Lima Metropolitana (10.6%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil

superior de riqueza son el 8.5% y 5.6%, respectivamente. En 2015, dieron a luz 1,538 niñas de entre 11 y 14 años y 3,950 y cumplido los 15, las que habitan en la selva y la costa norte del Perú llegaron a un 40%. (Fondo de la Naciones Unidas para la infancia, [UNICEF], 2015)

Anualmente, en el Perú 2,000 partos de niñas menores de 15 años son atendidos en los establecimientos a través del Seguro Integral de Salud (SIS), lo cual refleja de este modo el alto grado de vulnerabilidad de las niñas en nuestro país. El documento también revela igualmente que, según el INEI, el 34.6 % de adolescentes entre 12 a 17 años fueron víctimas de violencia sexual alguna vez en su vida, mientras que Reniec reporta que el 71 % de los padres de niños inscritos por madres de 11 a 14 años de edad, son mayores de 18 años de edad.

Perú21, (2016) señala que: “Piura reporta 2,772 madres adolescentes, lo cual representa a un 16,4% de embarazos adolescentes superando la cifra de nivel nacional. Así mismo de las 33 muertes maternas ocurridas en el 2016 una fue adolescente” (parr.1), siendo Paita el distrito que más casos reporta cada año. Aquí se encontró que el año 2016 se encontraron 70 madres adolescentes menores de 15 años de las cuales 20 terminaron en abortos; en el año 2017 se reportaron 50 embarazos en menores de 15 años de estas 09 abortaron y 01 fue menor de 11 años (Sistema informático Perinatal Hospital Las Mercedes de Paita [SIP HLMP] 2017).

Por otro lado, en el Perú las infecciones de transmisión sexual (ITS) que más prevalecen son: son flujo vaginal o la úlcera genital en el 13,7 % entre mujeres de 15 a 49 años; de lo cual la mayoría de casos se dan entre las edades de 15 a 19 y de 15 a 24 años de edad (Ministerio de Salud [MINSA], 2017). Así mismo para el 2014, se han reportado 31 893 casos de SIDA, donde el 4,8% de los afectados son menores de 19 años de edad. Este porcentaje representa 1,547 niños, niñas y adolescentes, siendo 621 mujeres y 926 hombres. Paita se reportó el año 2017, 38 casos de infecciones de transmisión sexual en adolescentes menores de 15 años. (SIP HLMP, 2017)

El distrito de Paita se ubica a orillas del Océano Pacífico en el departamento de Piura a 50.7km de la capital del departamento, tiene el tercer puerto más importante del Perú, y es la decimosexta ciudad más poblada del país. Cuenta con un clima cálido y húmedo durante todo el año manteniendo su temperatura en 25 grados, su principal actividad económicas son la pesca y el comercio. (El Regional, 2015).

Aquí se ubica el Hospital las Mercedes de Paita, el único del Ministerio de Salud en este distrito para una población de 131,835 mil habitantes, y al igual que en otras localidades de la región se ha observado un elevado índice de embarazo y aborto en mujeres menores de 15 años, así como la formación temprana de núcleos familiares. Por lo tanto, observando esta realidad nos motiva a realizar la presente investigación formulándonos el siguiente problema: ¿Qué factores socio familiares inciden en la sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita 2017?

2.1.2 Formulación del problema

2.1.2.1 Problema general

¿Qué factores sociofamiliares inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita 2017?

2.1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la incidencia de adolescentes menores de 15 años con sexualidad precoz que son atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita en el año 2017?

¿Qué factores sociales inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita en el año 2017?

¿Qué factores familiares inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita en el año 2017?

2.2 Objetivos, justificación y delimitación

2.2.1 Objetivos:

2.2.1.1 Objetivo general

Determinar qué factores sociofamiliares inciden en la sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendida en el Hospital las Mercedes de Paita 2017.

2.2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar la incidencia de adolescentes menores de 15 años con sexualidad precoz atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita durante el año 2017.
- Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, ocupación, procedencia y medios de comunicación inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendida en el Hospital las Mercedes de Paita durante el año 2017.
- Determinar si los factores familiares como: grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, funcionalidad familiar, tipo de familia, violencia intrafamiliar adicción al alcohol y drogas y la educación sexual inciden

en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita durante el año 2017.

2.2.2 Justificación e importancia del estudio.

La presente investigación tiene como propósito determinar si los factores socio familiares inciden en la sexualidad precoz de las adolescentes atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita, el cual se ubica en el departamento de Piura, en el año 2017, con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones para una sexualidad responsable en las adolescentes y así llegar a disminuir las cifras de madres adolescentes y de adolescentes con infecciones de transmisión sexual así mismo del VIH y SIDA, pues se sabe que a nivel mundial dichas cifras van en aumento.

La investigación tiene un valor teórico, ya que el desarrollo del estudio nos amplió los conocimientos relacionados a los factores familiares y sociales que inciden para la sexualidad precoz de las adolescentes y sus resultados son de utilidad práctica para desarrollar programas de promoción y prevención dirigido a los adolescentes de la jurisdicción de Paita, porque se tiene cifras estadísticamente comprobadas sobre qué factores tanto familiares y sociales que vienen afectando directamente a dicha población, nos encamina a lo que debemos dirigir nuestro trabajo y de esta manera contribuir a la disminución de inicio temprano de actividad sexual en adolescentes del distrito de Paita y así mismo disminuir las cifras en las consecuencias que ello acarrea.

Esta investigación también contribuye al campo del conocimiento de las ciencias sociales lo cual permite identificar aspectos relevantes desde una perspectiva social, en lo que concierne al entorno familiar relacionado a la sexualidad precoz de las adolescentes del distrito de Paita, y por su valor científico la investigación sirve como fuente para futuras investigaciones y de apoyo para otros investigadores que deseen sumergirse en el área de la

sexualidad precoz en la decimosexta ciudad más poblada del Perú y que cuenta con el índice más alto de embarazo en adolescentes menores de 15 años en nuestro país.

2.2.3 Delimitación de estudio

2.2.3.1 Delimitación espacial

La presente investigación se realizó en el Hospital II-1 Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, Piura durante el año 2017.

2.2.3.2 Delimitación temporal

La elaboración y ejecución de este trabajo fue desde agosto del 2017 a diciembre del 2017.

2.2.3.3 Delimitación social

Se enfoca principalmente a un rol social: Salud Sexual de la adolescente menores de 15 años residentes en el distrito de Paita durante el año 2017.

2.2.3.4 Delimitación conceptual

Abordara los conceptos de sexualidad precoz y factores sociales y familiares.

2.3 Hipótesis, variables e indicadores

2.3.1 Hipótesis

2.3.1.1 Hipótesis general

Existen factores socio familiares que inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita durante el año 2017.

2.3.1.2 Hipótesis específicas

- La incidencia de adolescentes con sexualidad precoz atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita en el 2017 es alta.
- Los factores sociales como: edad, grado de instrucción, ocupación, procedencia y medios de comunicación si inciden en la sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita durante el año 2017.
- Los factores familiares como: grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, funcionalidad familiar, tipo de familia, violencia intrafamiliar, adicción tabaco, alcohol o drogas en la familia y educación sexual si inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita durante el año 2017.

2.4 Variables

2.3.1 Variable independiente

Factores sociofamiliares: edad, grado de instrucción, procedencia, medios de comunicación, ocupación, grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, funcionalidad familiar, violencia intrafamiliar, tipo de familia, adicción al alcohol y drogas y educación sexual.

2.4.2 Variable dependiente

Sexualidad precoz en adolescentes

2.5 Indicadores

Tabla 1

Variables, indicadores, escala de medición.

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V. independiente	Edad	De 10 a 12 De 13 a 15	Ordinal
Factores sociofamiliares	Grado de instrucción.	Sin estudios o primaria Secundaria o superior	Nominal
	Ocupación	Sin ocupación Estudia/ trabaja	Nominal
	Procedencia	Urbano marginal Urbano	Nominal
	Medios de comunicación	Celular con internet y otros. Tv, teléfono fijo sin internet, radio y otros.	Nominal
	Grados de instrucción de la madre	Sin estudios/primaria Secundaria/ superior	Nominal
	Grado de instrucción del padre	Sin estudios/primaria Secundaria/ superior	Nominal
	Funcionalidad familiar	Familia disfuncional Familia funcional	Nominal
	Tipo de familia		Nominal

	Familia monoparental y otros	
	Familia nuclear	Nominal
Violencia intrafamiliar		
	Presencia de violencia	
	Sin presencia de violencia	Nominal
Adicción al alcohol y drogas en la familia		
	Presencia de adicción al alcohol o drogas	
	Sin presencia de adicción	Nominal
Educación sexual		
	Recibió educación sexual	
	No recibió educación sexual	
V. dependiente	Presencia sexualidad precoz (relaciones sexuales).	Nominal
Sexualidad precoz	Sin presencia de sexualidad precoz (relaciones sexuales)	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño utilizado en el estudio

3.1.1 Tipo de la investigación

El presente estudio es de tipo analítico, cuantitativo, observacional, retrospectivo transversal.

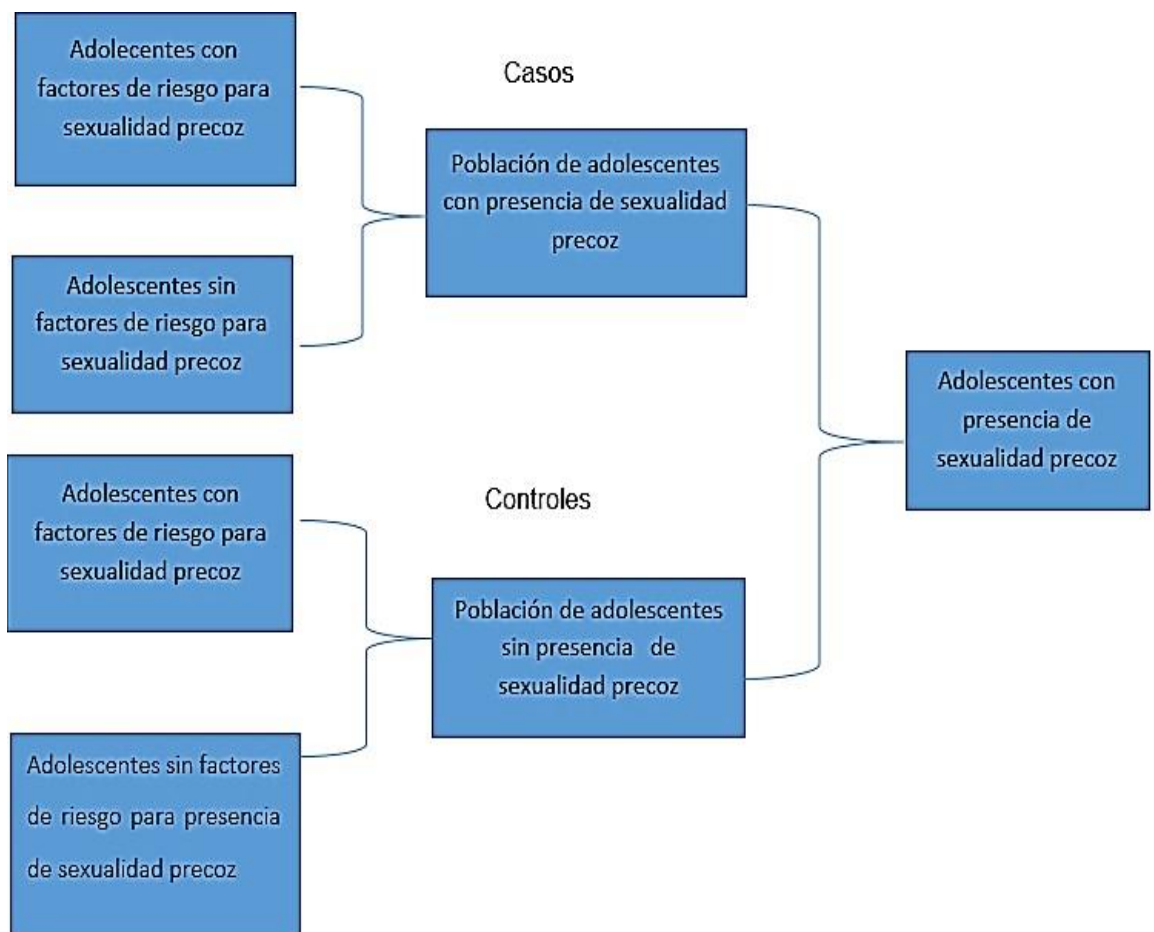
- Según su finalidad es analítico porque evaluó una presunta relación entre los factores sociofamiliares y a sexualidad precoz en madres adolescentes. (Hernández, et al,2010)
- Según los datos empleados es cuantitativo, porque utilizó la recolección y el análisis de datos para comprobar la hipótesis formulada en la presente investigación y empleó la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Hernández, et al,2010)
- Según el control de asignación de factores de estudio es observacional, porque no hubo manipulación de las variables (Hernández, et al,2010)
- Según la cronología de los hechos será retrospectivo porque estudió hechos ocurridos durante el año 2017 (Hernández, et al, 2010)
- Según la dirección temporal: transversal porque se examina la relación entre los factores sociofamiliares y sexualidad precoz

en madres adolescentes y en un determinado año 2017
(Hernández, et al, 2010).

3.1.2 Diseño de la investigación

Esta investigación tiene un diseño no experimental, observacional, transaccional, correlacional de casos y controles porque observó, medió y analizó el comportamiento y el efecto causa de las variables de estudio. (Hernández, et al, 2010).

Representado por el siguiente esquema:



3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Para Hernández, et al, (2010) “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.65). En el presente estudio la población fue de 2,165 adolescentes menores de 15 años atendidas en Hospital II-1 Nuestra Señora de Las Mercedes de Paíta año 2017, dentro de las cuales se encontraron 50 madres adolescentes atendidas por parto y aborto de las cuales se tomarán los casos.

3.2.2 Muestra

Para obtener la muestra se usó una fórmula que nos brinda el muestreo cuando el interés es comparar proporciones en estudio de casos y controles, se realizó a partir de las proporciones de un estudio realizado por Vega Crespo, (Ecuador, 2016) con las siguientes características:

Nivel de confianza: 95%

Relación entre casos y controles 1 a 1

Potencia de la prueba equivalente 80%

Odds ratio de (factor de riesgo: Ocupación)

Factor de expresión de casos: 12,8%

Factor de expresión de controles: 5,1%.

Fórmula

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n: tamaño de la muestra de casos y controles

Probabilidad de cometer error tipo I

β : probabilidad de cometer error tipo II

Z: valor estándar de la distribución normal asociado a un tipo de error

Donde:

$$(1) \ p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$(2) \ p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2) + wp_2}$$

p_1 : Proporción de casos con presencia de algún factor de riesgo, 128%

p_2 : Proporción de controles con presencia de algún factor de riesgo, 51%

W: Odds ratio que se desea detectar ($w = OR = 2,72$)

Asumiendo las exigencias del 95% de confianza ($\alpha = 0.05$, $z_{\alpha/2} = 1.96$)

una potencia de la prueba del 80% ($\beta = 0.20$, $z_{\beta} = 0.84$).

Entonces obtenemos aplicando fórmula (1) un $p = (1,28 + 0,51) / 2 = 0,895$ y reemplazando en la fórmula general tenemos:

$$n = 22$$

Entonces se seleccionaron 22 pacientes para los casos y 22 pacientes para los controles.

3.2.2.1 Criterios de inclusión para casos

- Adolescentes menores de 15 años que se atendieron el parto y/o aborto en el Hospital Las Mercedes de Paita, Piura en el año 2017.

- Adolescentes menores de 15 años que se atendieron el parto y/o aborto en el Hospital Las Mercedes de Paita, Piura en el año 2017 que aceptaron participar en el estudio.

3.2.2.2 Criterios de inclusión para controles

- Adolescentes menores de 15 años que se atendieron en consultorio de psicología, dental, salud del escolar y adolescente, medicina interna y emergencia del Hospital Las Mercedes de Paita en el año 2017, y que no hayan tenido relaciones sexuales a la fecha de la investigación.
- Adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital de Paita en el año 2017, sin relaciones sexuales y que aceptaron participar en el estudio.

3.2.2.3 Criterios de exclusión

- Adolescentes menores de 15 años que no se atendieron el parto ni el aborto en el Hospital Las Mercedes de Paita, Piura en el año 2017.
- Adolescentes menores de 15 años que se atendieron el parto y el aborto y en el Hospital Las Mercedes de Paita en el año 2017, pero que no aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes menores de 15 años que se atendieron en consultorio de psicología, dental, Salud del escolar y adolescente, medicina interna y emergencia del Hospital Las Mercedes de Paita año 2017, y que refieran haber tenido relaciones sexuales a la fecha de la investigación, pero que no aceptaron ser parte del estudio.

3.2.3 Muestreo

Para que todas las adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita tuvieran la misma oportunidad de ser elegidas para formar parte en la investigación el muestreo fue aleatorio simple tanto para casos como controles.

3.3 Técnica e instrumentos de recolección de datos.

- La técnica para recolectar datos fue la encuesta
- Instrumento fue un cuestionario el cual constó de 3 ítems (anexo 1 y anexo 2) donde:
 - Ítem I: Datos generales
 - Ítem II: Preguntas sobre factores sociales (1, 2, 3, 4,5)
 - Ítem III: Preguntas sobre factores familiares (6, 7, 8, 9,10), aquí para medir la funcionalidad familiar se aplicó el test de Apgar (anexo 3) donde: de 7 a 10 puntos será familia funcional y de 0 a 6 serán familias disfuncionales.

Así también este instrumento fue validado por el juicio de profesionales de la salud conocedores del tema (gineco obstetra y psicóloga) y 1 experta asistente social encargada de las adolescentes embarazadas del Hospital Las Mercedes de Paita, quienes evaluaron el instrumento en una hoja de validación (anexos 4, 5,6 y 7)

Antes se realizó una prueba piloto con el fin de determinar la validez y confiabilidad estadística del instrumento mediante el coeficiente de Kuder Richardson 20, siendo el instrumento confiable porque alcanzó un puntaje de 0,942 (anexos 6 y 7)

3.4 Procesamiento de datos

Para el inicio de la investigación se solicitó mediante documento dirigido a la dirección del hospital permiso para realizar la investigación así misma accesibilidad a la información en la unidad de estadística.

Luego fueron procesados y analizados mediante el software SPSS versión 23, donde para establecer si los factores sociofamiliares inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años se utilizó el analizador estadístico Chi Cuadrado donde la asociación fue significativa si la posibilidad de equivocarse fuera menor al 5% ($p < 0.05$).

Dado que el estudio determinó asociación mediante el diseño de casos y controles entre las variables, se calculó el Odds ratio (OR) de cada factor socio familiar en relación al inicio de sexualidad precoz donde se interpretó de la siguiente manera:

Odds = 1 ausencia de asociación entre variable

Odds > 1 asociación positiva entre las variables (factor actúa como factor de riesgo)

Odds < 1 asociación negativa (factor actúa como factor protector)

Luego los resultados se presentaron en tablas de simple y doble entrada de acuerdo a los objetivos del estudio.

CAPÍTULO IV:

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

Tabla 2

Incidencia de sexualidad en adolescentes menores de 15 años HLMP

Adolescente	Número N	Porcentaje %
Sexualidad precoz	50	02,3%
Adolescentes atendidas	2,115	97,7%
Total	2,165	100,0%

Fuente: unidad de estadística del HLM

En la presente tabla 2. observamos que del 100 % (2,165) de adolescentes menores de 15 años que se atendieron en el año 2017 en el Hospital las Mercedes de Paita el 02,3% (50) presentaron sexualidad precoz (madres adolescentes).

Tabla 3

Edad y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes				X ²	Signf.	OR	I C 95%
Edad	SI	%	NO	%	Total	%	GL	
10 a 13 años	03	06,8%	10	22,7%	13	29,5%	5,35	0,021
14 A 15 años	19	43,2%	12	27,3%	31	70,5%	1	0,189
Total	2	50,0%	22	50,0%	44	100,0%		0,04-084

Fuente: unidad de estadística del HLMP.

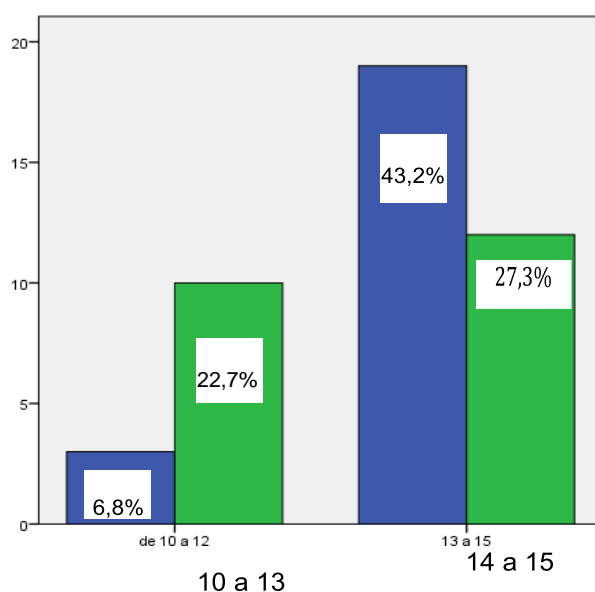


Figura 1. Edad y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la tabla 3 observamos al factor socio familiar edad en el cual podemos ver que del 100% (44) de adolescentes menores de 15 años 29,5% (13) están entre 10 a 13 años y 70,5% (31) se encuentran entre 13 a 15 años, donde del primer grupo el 6,8% (3) si tuvo sexualidad precoz (relaciones sexuales) y 22,7% (10) no tuvo sexualidad precoz. Del segundo grupo el 43,2% (19) si tuvo sexualidad precoz y 27,3% (12) no tuvo sexualidad precoz. Se puede decir que a mayor edad menos riesgo de inicio precoz de sexualidad. Para estas cifras el Chi cuadrado alcanza significancia estadística para afirmar que la edad si guarda relación o incide con la sexualidad precoz pues ($p=0,021<0,05$) y actúa como factor de protección contra la sexualidad precoz pues $OR=0,189$ (IC 0,43 – 0,84)

Tabla 4

Procedencia y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 año atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes						X ²	Signf.	OR	IC 95%
procedencia	SI	%	NO	%	Total	%	GL			
Urbano marginal	05	11,4%	09	20,5%	14	31,9%	1,67	0,95	0,425	0,11-1,57
Urbano	17	38,6%	13	29,5%	30	68,1%	1			
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%				

Fuente: unidad de estadística HLMP.

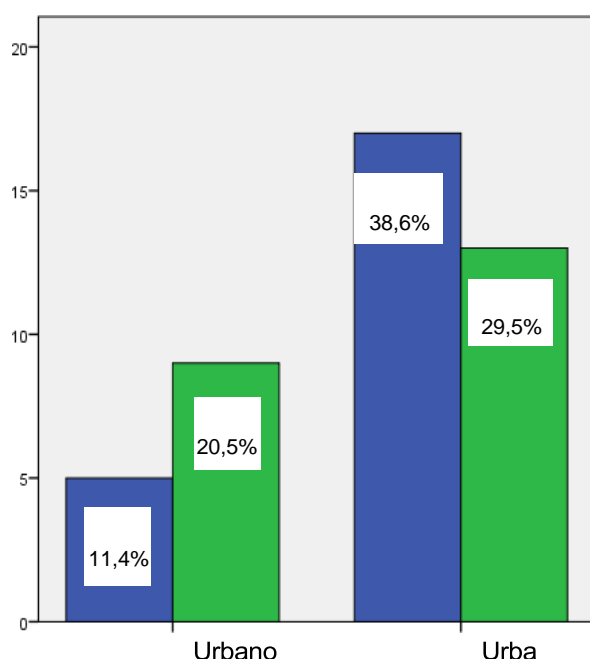


Figura 2. Procedencia y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la presente tabla 4 observamos que del 100% de adolescentes (14) 31.9% proviene de área urbano marginal y (30) 68.1% de área urbana, del primer grupo (05) 11,4% tuvo sexualidad precoz y (09) 20,5% no tuvo sexualidad precoz mientras que del segundo (17) 38,6% si tuvo sexualidad precoz y (13) 29,5% no tuvo sexualidad precoz. Según la prueba estadística del Chi cuadrado estas cifras no alcanzan significancia estadística para afirmar que la procedencia incida en la sexualidad precoz pue ($p=0,195>0,05$). Así mismo el ($OR= 0,425$) con un ($IC = 0,115-1,57$), cifras no significativas.

Tabla 5

Grado de instrucción y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes				X ²	Signf.	OR	IC 95%
Grado de instrucción	SI	%	NO	%	Total	%	GL	
Sin estudios/primaria	02	04,5%	03	06,8%	05	11,3%	0,22	0,635 0,633 0,095-4,21
Secundaria /superior	20	45,5%	19	43,2%	39	88,7%		
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%		

Fuente: Departamento de estadística del HLMP.

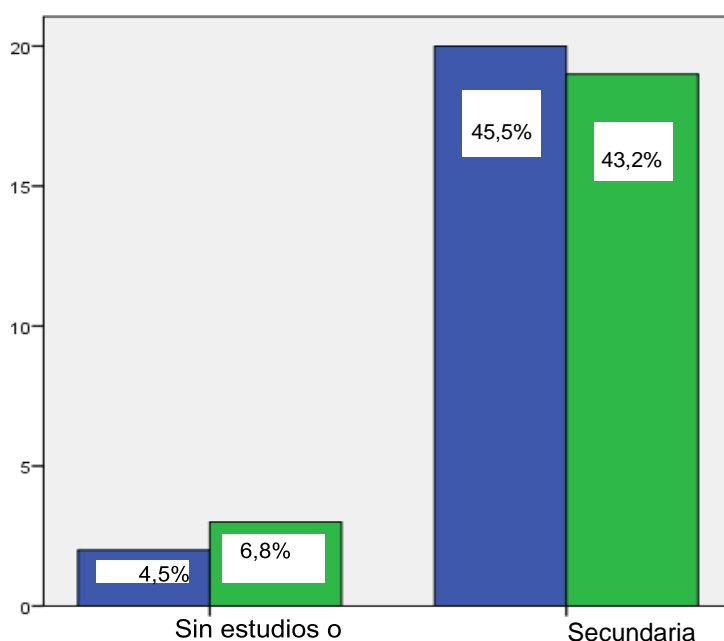


Figura 3. Grado de instrucción y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la tabla 5 observamos que el 11,3 % no tienen estudios o solo tienen algún grado de primaria y el (39) 88,7% tienen secundaria, de las que no tienen estudios 04,5% tuvo sexualidad precoz y 06,8 % no tuvo sexualidad precoz y de las que alcanzan algún grado de secundaria 45,5% tuvo sexualidad precoz y 43,2 % no tuvo sexualidad precoz. Según la prueba el Chi cuadrado estas cifras no alcanzan significancia estadística por lo tanto el grado de instrucción no incide sobre la sexualidad precoz pues ($p=0,635>0,05$). Así mismo el OR= 0,633 con IC de 0,095- 4,21. Cifras no significativas.

Tabla 6

Medios de comunicación y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes						X ²	Signf.	OR	IC	95%
Medios de comunic.	SI	%	NO	%	Total	%	GL				
Celular, internet y otros	16	36,4%	07	15,9%	23	52,3%	7,37	0,007	5,71	1,5-20,9	
TV, radio, teléfono fijo	06	13,6%	15	34,1%	21	47,7%	1				
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%					

Fuente: Departamento de estadística del HLM.

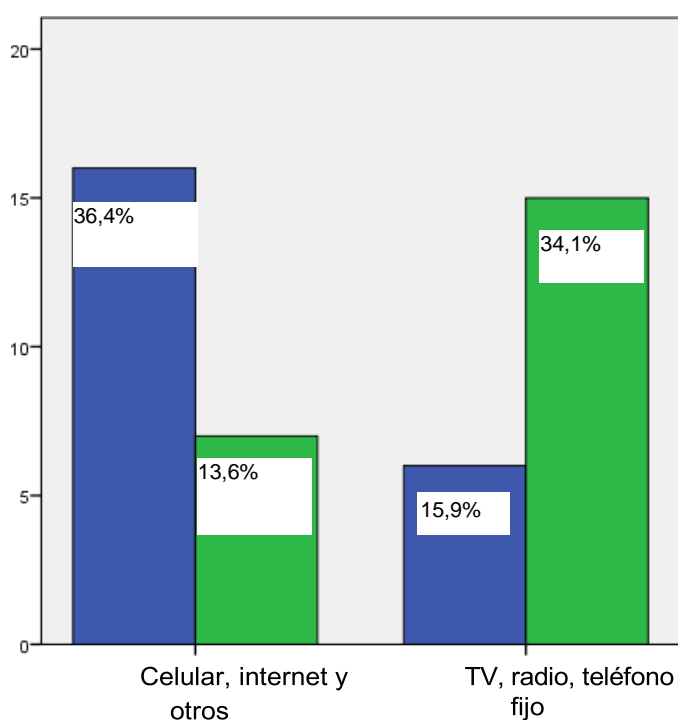


Figura 4. Medios de comunicación y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la tabla 6 observamos que según el Chi cuadrado estas cifras alcanzan significancia estadística, afirmando que el uso de celular con internet en adolescentes incide la sexualidad precoz pues ($P=0,007<0,05$). Así mismo el OR = 5,71 con un IC de 1,56 a 20,92 indica que el riesgo de sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años es 5,71 veces más en aquellas que hacen uso de celular más internet que en las que solo usan medios de comunicación sin internet.

Tabla 7

Ocupación y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paíta, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes				X ²	Signf.	OR	IC 95%	
Ocupación	SI	%	NO%	Total	%	GL			
Sin ocupación	03	06,8%	03 06,8%	06	13,6%	0,000	1,000	1,00	0,179-5,59-20,9
Estudia/trabaja	19	43,2%	19 43,2%	38	86,4%	1			
Total	22	50,0%	22 50,0%	44	00,0%				

Fuente: Departamento de estadística del HLM.

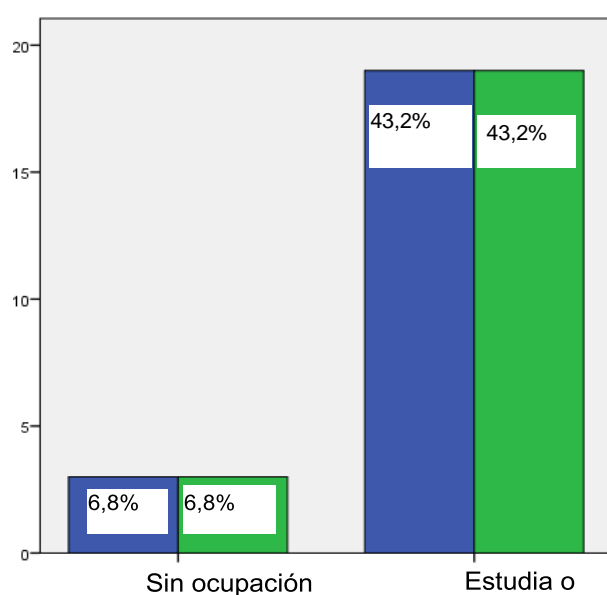


Figura 5. Ocupación y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paíta, año 2017.

En la presente tabla observamos a la al factor ocupación y observamos que del total (44) el (06) 13,6% en el año 2017 no tenía ocupación y el (38) 86,4% era estudiante o algunas trabajaban de este grupo el (19) 43,2% si tuvo relaciones sexuales o sexualidad precoz y (19) 43,2% no presento sexualidad precoz y de las adolescentes que no contaban con ocupación alguna el (03) 06,8% tuvo sexualidad precoz y así mismo el (03) 06,8% no tuvo sexualidad precoz ; por lo tanto estas cifras según el Chi cuadrado no alcanzan significancia estadística para afirmar que la ocupación incida en la sexualidad precoz ($p= 1,00>0,05$). Así también el (OR=1,00 con IC 0,179-5,59).

Tabla 8

Grado de instrucción de la madre y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes					X ²	Signf.	OR	IC 95%
Grado inst. madre	SI	%	NO	%	Total %	Gl			
Sin estudios/primaria	10	22,8%	05	11,4%	15 34,1%	1	2,59	0,112	2,83 0,77-10,40
Secundaria/superior	12	27,2%	17	38,6 %	29 65,9%				
Total	22	50,0%	22	50,0%	44 100,0%				

Fuente: unidad de estadística HLMP.

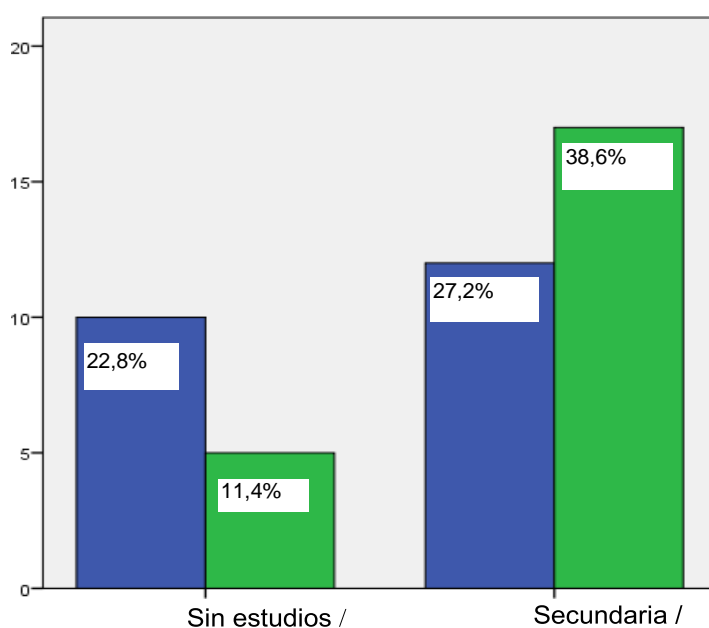


Figura 6. Grado de instrucción de la madre y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la presente tabla vemos que del 100% de adolescentes estudiadas el 34,1% de sus madres no tienen estudios o tienen algún grado de primaria, mientras que el 65,9% tienen secundaria o superior. Del primer grupo 22,8 % presento sexualidad precoz y 11,4%. De las que tienen secundaria o superior 27,2 % presento sexualidad precoz y 38,6% no. Según el Chi cuadrado estas cifras no son significantes para afirmar que el grado de instrucción de la madre incida en la sexualidad precoz ($P=0,112 > 0,05$). Así mismo el OR = 2,83 con IC 0,77-10,40. Este factor no es de riesgo ni de protección para sexualidad precoz.

Tabla 9

Grado de instrucción del padre y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes						X ²	Signf.	OR	IC 95%
Grado inst. padre	SI	%	NO	%	Total	%	Gl			
Sin estudios/primaria	04	09,1%	10	22,7%	14	31,8%	3,77	0,52	0,267	0,68-1,05
Secundaria/superior	18	40,9%	12	27,3%	30	68,2%	1			
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%				

Fuente: Departamento de estadística del HLM.

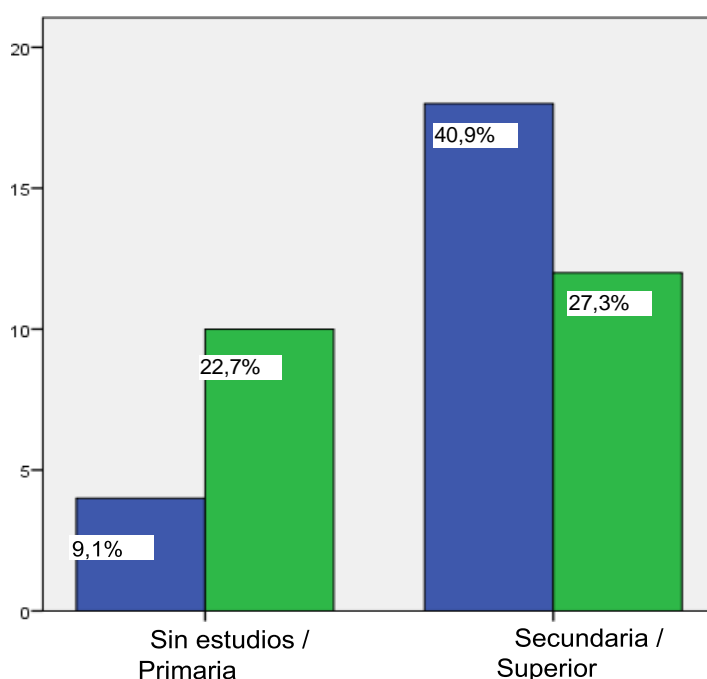


Figura 7. Grado de instrucción del padre y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En esta tabla 9 observamos que del 100% de padres, el 31,8% no tienen estudios o tienen y el 68,2% secundaria o superior. Del primer grupo 9,1% tuvieron sexualidad precoz y 22,7% no. De los que tienen secundaria 40,9% tuvieron sexualidad precoz y 27,3% no. Según el Chi cuadrado no hay significancia para afirmar que esta variable incida en la sexualidad precoz ($p=0,52>0,05$) y el $OR=0,267$ $IC_{0,68-1,05}$. Este factor no es de riesgo ni protector para la sexualidad precoz de adolescentes en Paita.

Tabla 10

Funcionalidad familiar y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes				X ²	Signf.	OR	IC 95%
Func. familiar	SI	%	NO	%	Total	%	Gl	
Familia disfuncional	12	27,3%	05	11,4%	17	38,6%	4,697	0,03 4,08 1,10-15,0
Familia funcional	10	22,7%	17	38,6%	27	61,4%	1	
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%		

Fuente: Unidad de estadística del HLM.

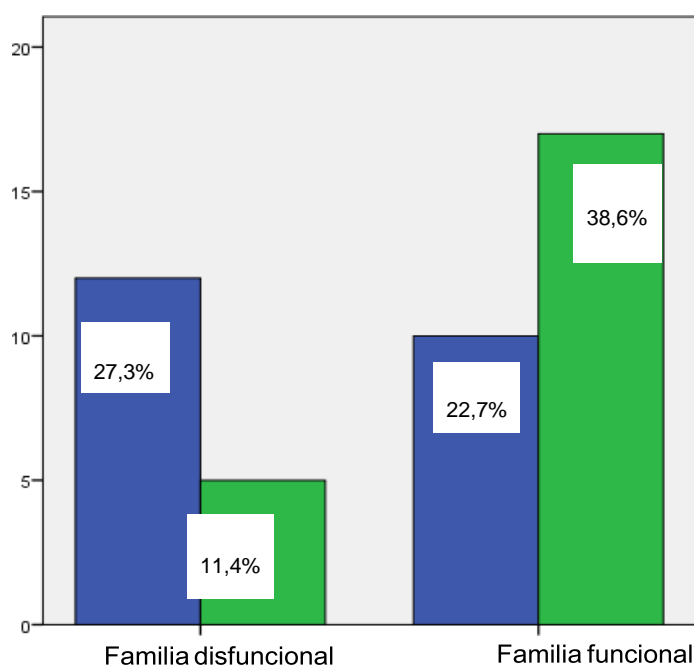


Figura 8. Funcionalidad familiar y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la Tabla 10 observamos que del 100% de adolescentes estudiadas el 38,6% son de familia disfuncional y el 61,4% de familia funcional; de las que tienen familia disfuncional el 27,3% presento sexualidad precoz y el 11,4% no presento sexualidad precoz y de la que pertenecen a familias funcionales el 22,7% tuvo sexualidad precoz y un 38,6% no presento sexualidad precoz. según el Chi cuadrado alcanzan significancia para afirmar que la funcionalidad familiar incide en la sexualidad precoz ($p=0,03<0,05$) y que las adolescentes de familias disfuncionales tienen más riesgo de sexualidad precoz (relaciones sexuales) pues ($OR=4,080$ IC 1,10-15,0).

Tabla 11

Tipo de familia y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes						X ²	Signf.	OR	IC 95%
	SI	%	NO	%	Total	%				
Tipo familia							GL			
Monoparental/ otros	09	20,5%	07	15,9%	16	36,4%	0,393	0,531	1,48	0,431-5,10
Nuclear	13	29,5%	15	34,1%	28	63,6%				
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%				

Fuente: Unidad de estadística del HLMP.

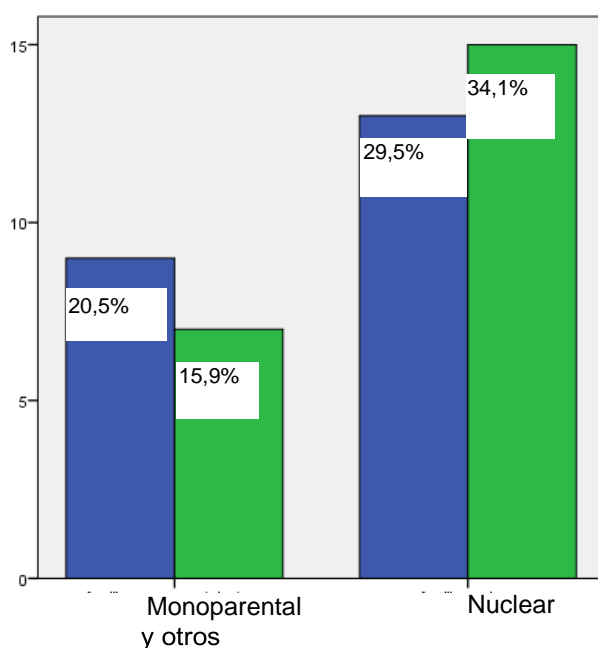


Figura 9. Tipo de familia y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la tabla 11 observamos que del total de adolescentes el 36,4% pertenecen a familias monoparentales y otros tipos, mientras que un 63,6% son de familias nucleares, de las primeras el 20,5% tuvieron sexualidad precoz y el 15,9% no, mientras que las que son de familia nuclear 29,5% presentaron sexualidad precoz y el 34,1% no. Estas cifras según el Chi cuadrado no alcanzan significancia ($p=0,531>0,05$) y según el OR = 1,48 IC 0,431-5,10; el factor tipo de familia no incide como factor de riesgo para la sexualidad precoz de las adolescentes del distrito de Paita atendidas en el Hospital la Mercedes.

Tabla 12

Violencia familiar y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes						X ²	Signf.	OR	IC 95%
	SI	%	NO	%	Total	%				
Violencia intrafamiliar										
Presencia de violencia	08	18,2%	02	04,5%	10	22,7%	4,65	0,031	5,71	1,05-31,07
Sin violencia	14	31,8%	20	45,5%	34	77,3%	1			
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%				

Fuente: Unidad de estadística del HLMP

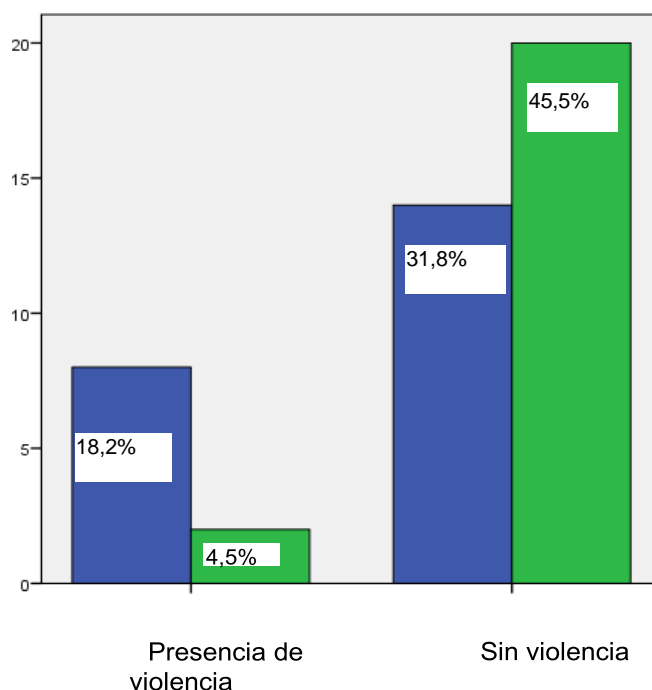


Figura 10. Violencia intrafamiliar y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Observamos que del 100% el (10) 22,7% sufrió algún tipo de violencia dentro de la familia y el (34) 77,3% no sufrió ningún tipo de violencia. En el primer grupo el (08) 18,2% tuvieron sexualidad precoz, mientras que en (02) 4,5% no presentaron sexualidad precoz. Del segundo grupo (14) 31,8 % y presento sexualidad precoz y el (20) 45,5% no lo presento. Estas cifras observadas según la prueba del Chi cuadrado alcanzan significancia estadística para afirmar que la violencia dentro de la familia incide con la sexualidad precoz en adolescentes de Paita ($p=0,031<0,05$) y tiene $OR= 5,71$ IC 1,05-31,07 para actuar como factor de riesgo en este caso.

Tabla 13

Adicción al alcohol/ drogas y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes						X ²	Signf.	OR	IC 95%
	SI	%	NO	%	Total					
Presencia de adicción	08	18,2%	04	09,1%	12	22,3%	1,83	0,176	2,57	0,64-10,41
Sin adicción	14	31,8%	18	40,9%	32	72,7%				
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%				

Fuente: Unidad de estadística del HLMP

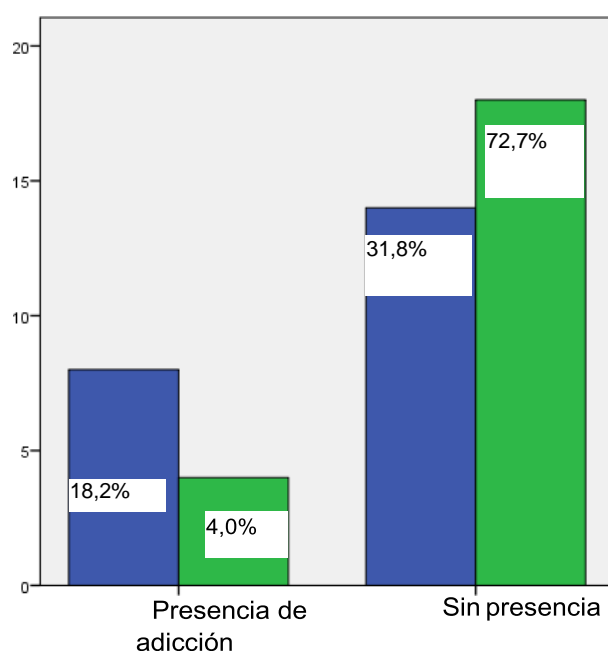


Figura 11. Adicción al alcohol o drogas sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

En la presente tabla observamos que del 100% de adolescentes estudiadas en el (12) 27,3% existe adicción en su familia, mientras que en el (32) 72,7% no existe consumo o adicción; de las que si hay adicción (08) 18,2% presentaron sexualidad precoz y (04) 09,1% no lo presentaron, mientras de las que no hay adicción el (14) 31,8 % tuvieron sexualidad precoz y el (18) 40,9% no tuvieron sexualidad precoz. Estas cifras según el Chi cuadrado no alcanzan significancia para afirmar que la adicción o consumo de alcohol o drogas incidan en la sexualidad precoz ($p=0,176>0,05$). Así mismo no es factor de riesgo para sexualidad precoz $OR=2,57$ $IC\ 0,64-10,41$.

Tabla 14

Educación sexual y sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.

Factor socio familiar	Sexualidad precoz en adolescentes						X ²	Signf.	OR	IC 95%
	SI	%	NO	%	Total	%	GI			
No recibió educación	19	43,2%	10	22,7%	29	66,9%	8,19	0,004	7,60	1,73-33,3
Recibió educación	03	06,8%	12	27,3%	15	34,0%	1			
Total	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%				

Fuente: Unidad de estadística del HLMP

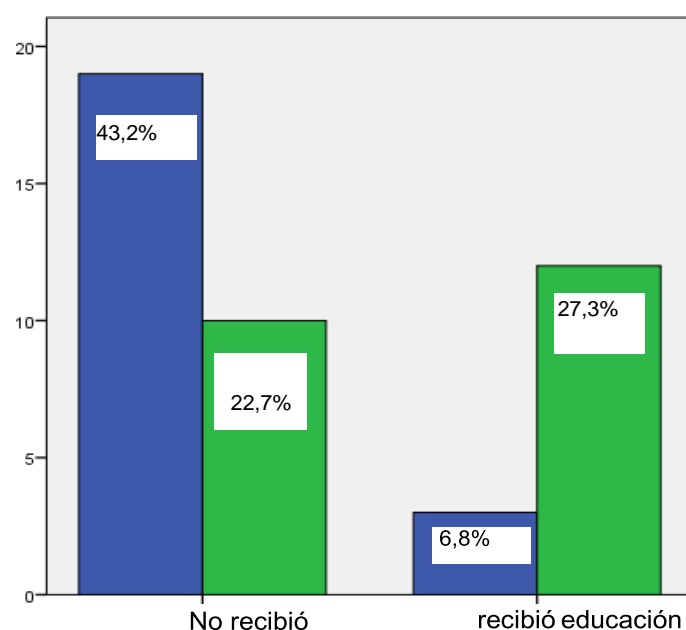


Figura12. *Educación sexual sexualidad precoz en adolescentes menores de 5 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.*

En la tabla 14 observamos que del 100% de adolescentes estudiadas el 66,0% no recibió educación sexual y el 34,0% recibió. De las que no recibieron educación sexual en su hogar el 43,2% tuvieron sexualidad precoz y el 22,7% no lo tuvieron; de las que recibieron 06,8% tuvieron sexualidad precoz y 27,3% no presentaron sexualidad precoz. Según el chi cuadrado si alcanza significancia estadística para afirmar que la educación sexual incide en la sexualidad precoz ($p=0,004<0,05$) y que el no recibir educación sexual es un factor de riesgo para sexualidad precoz, OR= 7,60 IC 1,73-33,3.

4.2 Contrastación de hipótesis

La contrastación de hipótesis se hizo a través del Software SPSS 23, usando el estadístico Chi cuadrado para reconocer la asociación de variables y OR para encontrar el riesgo de presentar sexualidad precoz obteniendo las siguientes cifras:

4.2.1 Factores sociales

H 1 = los factores sociales como: edad, grado de instrucción, ocupación y medios de comunicación, procedencia, disfunción familiar, tipo de familia, violencia intrafamiliar, inciden en la sexualidad precoz de las adolescentes atendidas en el hospital Las Mercedes de Paita. 2017.

H0 = los factores sociales como: edad, grado de instrucción, ocupación, medios de comunicación, y procedencia no inciden en la sexualidad precoz de las adolescentes atendidas en el hospital Las Mercedes de Paita. 2017

4.2.1.1 Factor social edad

H1=el factor social edad si incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor social edad no incide en la sexualidad precoz.

$$X^2 = 5,35 \quad GL=1 \quad \text{Significancia}= 0,021$$

Entonces se rechaza H0 y se acepta H1 pues $p < 0,05$, por lo tanto, la edad si incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$OR = 0,189 \quad IC= 0,043-0,84$$

El riesgo de las adolescentes de presentar sexualidad precoz es de 0,189 y como el IC no contiene a la unidad la edad será un factor de protección para la sexualidad precoz en adolescentes de Paita.

4.2.1.2 Factor social grado de instrucción

H1=el factor social Grado de instrucción si incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor social grado de instrucción no incide en la sexualidad precoz

$$\chi^2 = 0,22 \quad \text{Gl} = 1 \quad \text{Significancia} = 0,635$$

Entonces se acepta H0 y se rechaza H1 pues $p > 0,05$, por lo tanto, el grado de instrucción no incide en la sexualidad precoz en las adolescentes menores de 15 años de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 0,633 \quad \text{IC} = 0,635 \text{ a } 4,24$$

El riesgo de las adolescentes sin estudios de presentar sexualidad precoz es de 0,633 y como el IC no contiene a la unidad el grado de instrucción no será factor de riesgo ni protector para sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años de Paita

4.2.1.3 Factor social procedencia

H1= el factor social procedencia si incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor social procedencia no incide en la sexualidad precoz

$$\chi^2 = 1,67 \quad \text{Gl} = 1 \quad \text{Significancia} = 0,95$$

Entonces se acepta H0 y se rechaza H1 pues $p > 0,05$, por lo tanto, la procedencia no incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 0,425 \quad \text{IC} = 0,115 - 1,57$$

El riesgo de las adolescentes de zona urbana marginal de presentar sexualidad precoz es de 0,633 y como el IC contiene a la unidad la procedencia no será factor de riesgo ni protector para sexualidad precoz en adolescentes de Paita. Por lo tanto, los resultados no son significativos.

4.2.1.4 Factor social medios de comunicación

H1=el factor social medios de comunicación incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor socioeconómico medios de comunicación no incide en la sexualidad precoz.

$$\chi^2 = 7,379 \quad \text{Gl} = 1 \quad \text{Significancia} = 0,007$$

Según estos resultados se acepta H1y se rechaza H0 pues $p < 0,05$, por lo tanto, los medios de comunicación si inciden en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 5,71 \quad \text{IC} = 1,56-20,92$$

El riesgo de las adolescentes que cuentan con celular con internet es de 5,71 veces más que la que no tiene celular con internet y como el IC no contiene a la unidad los medios de comunicación actuara como factor de riesgo para sexualidad precoz en adolescentes de Paita. Por lo tanto, los resultados si son significativos.

4.2.1.5 Factor social ocupación

H1= el factor socio familiar ocupación si incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor socio familiar ocupación no incide en la sexualidad precoz.

$$\chi^2 = 0,000 \quad \text{Gl} = 1 \quad \text{Significancia} = 1$$

Entonces se acepta H0y se rechaza H1 pues $p > 0,05$, por lo tanto, la ocupación no incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 1 \quad \text{IC} = 0,179-5,59$$

El riesgo de las adolescentes sin ocupación de presentar sexualidad precoz es de 1 y como el IC contiene a la unidad la ocupación no será factor de riesgo ni protector para sexualidad precoz en adolescentes de Paita. Por lo tanto, los resultados no son significativos.

4.2.2 Factores familiares

H1= los factores familiares como: grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, funcionalidad familiar, tipo de familia, violencia intrafamiliar, adicción al alcohol o drogas y educación sexual inciden en la sexualidad precoz de las adolescentes atendidas en el hospital Las Mercedes de Paita. 2017.

H0= los factores familiares como: grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, funcionalidad familiar, tipo de familia, violencia intrafamiliar, adicción al alcohol o drogas educación sexual no inciden en la sexualidad precoz de las adolescentes atendidas en el hospital Las Mercedes de Paita. 2017

4.2.2.1 Factor familiar grado de instrucción de la madre

H1=el factor grado de instrucción de la madre incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor grado de instrucción de la madre no incide en la sexualidad precoz.

$$\chi^2 = 2,59 \quad \text{Gl} = 1 \quad \text{significancia} = 0,112$$

Entonces se acepta H1y se rechaza H0 pues $p < 0,05$, por lo tanto, el grado de instrucción de la madre no incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 2,83 \quad \text{IC} = 0,77 - 10,40$$

Como el IC contiene a la unidad este factor no será de riesgo ni protector para sexualidad precoz en adolescentes de Paita. Por lo tanto, los resultados no son significativos.

4.2.2.2 Factor familiar grado de instrucción del padre

H1=el factor grado de instrucción del padre incide en la sexualidad precoz

H0=el factor grado de instrucción del padre no incide en la sexualidad precoz.

$$\chi^2 = 3,77 \quad \text{Gl} = 1 \text{ significancia} = 0,52$$

Entonces se acepta H1y se rechaza H0 pues $p < 0,05$, por lo tanto, el grado de instrucción de la madre no incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 0,267 \quad \text{IC} = 0,68 - 1,05$$

Como el IC contiene a la unidad este factor no será de riesgo ni protector para sexualidad precoz en adolescentes de Paita. Por lo tanto, los resultados no son significativos

4.2.2.3 Factor familiar funcionalidad familiar

H1=el factor funcionalidad familiar si incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor funcionalidad familiar no incide en la sexualidad precoz.

$$\chi^2 = 4,697 \quad \text{Gl} = 1 \text{ Significancia} = 0,03$$

Entonces se acepta H1y se rechaza H0 pues $p < 0,05$, por lo tanto, la funcionalidad familiar si incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 4,080 \quad \text{IC} = 1,10-15,0$$

El riesgo de las adolescentes con disfunción familiar de presentar sexualidad precoz es de 4,080 y como el IC no contiene a la unidad la funcionalidad familiar será factor de riesgo para

sexualidad precoz en adolescentes de Paita. Por lo tanto, los resultados si son significativos.

4.2.2.4 Factor familiar tipo de familia

H1=el factor socio familiar tipo de familia si incide en la sexualidad precoz.

H0=el factor socio familiar tipo de familia no incide en la sexualidad precoz.

$$\chi^2 = 0,393 \quad \text{Gl} = 1 \quad \text{Significancia} = 0,531$$

Entonces se acepta H0 y se rechaza H1 pues $p > 0,05$, por lo tanto, el tipo de familia no incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 1,48 \quad \text{IC} = 0,431-5,10$$

El riesgo de las adolescentes de presentar sexualidad precoz con familia monoparental es de 1,48 y como el IC contiene a la unidad el tipo de familia no será factor de riesgo ni protector para sexualidad precoz en adolescentes de Paita. Por lo tanto, los resultados no son significativos.

4.2.2.5 Factor familiar violencia intrafamiliar

H1=el factor violencia intrafamiliar si incide en la sexualidad precoz

H0=el factor violencia intrafamiliar no incide en la sexualidad precoz

$$\chi^2 = 4,659 \quad \text{Gl} = 1 \quad \text{Significancia} = 0,031$$

Entonces se acepta H1y se rechaza H0 pues $p < 0,05$, por lo tanto, la violencia intrafamiliar si incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

$$\text{OR} = 5,71 \quad \text{IC} = 1,05-31,07$$

El riesgo de las adolescentes con presencia de violencia intrafamiliar de presentar sexualidad precoz es de 5,71 más que aquellas que no sufren violencia intrafamiliar y como el IC no contiene a la unidad la violencia intrafamiliar será factor de riesgo para sexualidad precoz en adolescentes de Paita.

4.2.2.6 Factor familiar adicción al alcohol o drogas

H1=el factor adicciones si incide en la sexualidad precoz

H0= El factor adicciones no inciden en la sexualidad precoz

$\chi^2 = 1,83$ $Gl = 1$ Significancia = 0,176

se acepta H0 y se rechaza H01 pues $p > 0,05$, por lo tanto, la adicción al alcohol o drogas no incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

OR = 0,64 IC= 1,05 0,64- 10,41

Como el IC contiene a la unidad las adicciones al alcohol o drogas no será factor de riesgo ni protector para sexualidad precoz en adolescentes de Paita.

4.2.2.7 Factor familiar educación sexual

H1=el factor socio familiar educación sexual si incide en la sexualidad precoz

H0=el factor socio familiar educación sexual no incide en la sexualidad precoz

$\chi^2 = 8,19$ $Gl = 1$ Significancia= 0,004

Entonces se acepta H1y se rechaza H0 pues $p < 0,05$, por lo tanto, la educación sexual si incide en la sexualidad precoz en las adolescentes de Paita en el año 2017.

OR = 7,60 IC= 1,73- 33,3

Como el IC no contiene a la unidad la educación sexual actuará como factor de riesgo para sexualidad precoz en adolescentes de Paita.

4.3 Discusión de resultados

Sexualidad precoz viene a ser la conducta sexual prematura sin estar preparado mentalmente lo que crea un desajuste mente cuerpo así mismo conlleva a una exageración de la conducta sexual pseudo adulta. Sepúlveda (2015) Estas conductas muchas veces son de riesgo como el inicio temprano de relaciones sexuales sin protección, conllevando al menor a situaciones peligrosas para la salud como es el embarazo no planificado ni deseado así mismo contraer infecciones de transmisión sexual, VIH Y SIDA. los factores que causan la sexualidad precoz son muchos, pero entre ellos biológicos, psicológicos y socioculturales causando consecuencias muchas veces graves para la salud física emocional y emocional en la adolescente.

Las consecuencias de una sexualidad precoz sobre todo el inicio temprano de relaciones sexuales tiene serias consecuencias como : deserción escolar, matrimonios forzados con pocas probabilidades de consolidación, madres solteras, conflictos familiares, acceso a trabajos mal remunerados, frustración de proyectos de , riesgo de contraer ITS y SIDA, vida el embarazo no deseado, lo cual lleva al aumento de aborto aumentando las cifras de morbilidad materna en el mundo sobre todo si el aborto es clandestino.

En la tabla 2 observamos la incidencia de sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años manifestado en embarazo precoz, el cual es de 02,3% (50), llegando en el año 2017 a ser el más alto en el departamento con respecto al total de adolescentes embarazadas de la región que es de 4,8%. Se sabe también que la tasa de embarazo en adolescentes de Piura se encuentra encima de la cifra nacional

(15,1%), lo cual es un problema de salud pública y de derechos humanos de impacto negativo alto sobre todo en las menores de quince años.

En cuanto al factor socio familiar edad se sabe que es el tiempo que ha vivido una persona y que el adolescente aún no ha completado su madurez física ni emocional y sobre todo aquella menor de 15 años y al iniciar su sexualidad precoz manifestada en relaciones sexuales le traerá serias consecuencias en su salud por los embarazos tempranos y no deseados así mismo las infecciones de transmisión sexual VIH y SIDA creando u aumentando un problema de salud pública pues un embarazo no planificado lleva a un aborto y este aumenta la morbilidad materno infantil llegando a disminuir las riquezas de un país.

En la tabla 3 y figura 01 observamos que las cifras obtenidas para el factor edad según el Chi cuadrado alcanza significancia estadística para afirmar que este factor incide o influye con la sexualidad precoz pues ($p=0,021<0,05$) y en este caso actúa como factor de protección contra la sexualidad precoz pues $OR=0,189$ (IC 0,43 – 0,84). Quiere decir que a menor edad menos riesgo de sexualidad precoz (relaciones sexuales)

Nuestro estudio se apoya en Royuela (2015), quien en su estudio encontró que el 9% de 726 adolescentes mujeres a los 12 años ya tenía relaciones sexuales con penetración mientras que las de 13 a 15 años fueron un 50,8%. Así mismo Apaza (2017) reportó que la edad mayor a 15 años de un adolescente es factor de riesgo para comenzar con las relaciones sexuales. Estas cifras concuerdan con las reportadas por (INFOGRAFIA,2012) quien reportó que en el Perú el año 2015 se registraron 1538 nacimientos y dentro de ellos 4 fueron de 11 años, 45 de doce años, 256 de trece y 1233 de 14 años de edad. Así mismo la unidad de estadística de Hospital Las Mercedes de Paita reportó que en el año 2017, 01 adolescente menor de 11 estuvo embarazada, observamos que cuanto aumenta la edad mayor será la presencia de sexualidad precoz manifestada en actividad sexual y por consiguiente embarazo adolescente.

En cuanto al factor *procedencia* tabla 4 figura 2, se sabe que el área rural en el Perú reporta 20,35% de adolescentes madres, mientras que la selva y la costa norte reportan un 40%. UNICEF, (2015) En nuestros resultados en la Tabla 4 y gráfico 2. Observamos que según el Chi cuadrado estas cifras no alcanzan significancia para afirmar que la procedencia incide en la sexualidad precoz pues ($p=0,195>0,05$). Así mismo el ($OR= 0,425$) con un ($IC = 0,115-1,57$), cifras que no son significativas.

En cuanto al factor grado de instrucción figura 5 figura 3, en el año 2013 se sabe que en el Perú los mayores índices de maternidad se dieron en mujeres analfabetas que no concluyeron la primaria (36,2%) y la población joven tiene las tasas de analfabetismo más bajas de la región (1 %) dicha población se encuentra concentrado en el área rural donde una de 3 adolescentes embarazadas termino la primaria. (Perú 21, 2016). Sabemos también que en el Perú los últimos años la tasa de analfabetismo en la mujer peruana ha bajado notablemente de 16,1% en el año 2001 a 6,3 % en el 2014, pero no es motivo para celebrar pues esta cifra está encima de la cifra que según la UNESCO declara a un país libre de analfabetismo 4%. Así mismo Piura tiene 7,7% de analfabetismo y Paita casi esta libre, tiene 4,2%, lo cual debe influir positivamente en la población adolescente en cuanto a nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva, causas y consecuencias. (Instituto Nacional de Informática [INEI], 2015, citado en Benancio, 2015)

En nuestros resultados tabla 05 y la figura 03 según la prueba estadística del Chi cuadrado estas cifras no alcanzan significancia estadística por lo tanto este factor no incide sobre la sexualidad precoz pues ($p=0,635>0,05$). Así mismo el $OR= 0,633$ con IC de $0,095- 4,21$. Cifras no significativas.

No se encontraron estudios actuales que apoyen o discrepen de nuestra investigación en cuanto grado de instrucción.

En cuanto al factor *medios de comunicación* se sabe que estos son: Los instrumentos mediante los cuales se comunica e informa de forma masiva (Bustamante, sf).

En la tabla 6 y figura 4. Podemos observar que la presencia de celular más internet aumenta la frecuencia y el número de adolescentes con sexualidad precoz y según la prueba del Chi cuadrado estas cifras alcanzan significancia estadística para afirmar que el uso de celular con internet en adolescentes menores de 15 años si incide en el comienzo de sexualidad precoz pues ($P=0,007<0,05$). Así mismo el OR = 5,71 con un IC de 1,56 a 20,92 lo que indica que el riesgo de sexualidad precoz en las adolescentes menores de 15 años es 5,71 veces más en aquellas que hacen uso de celular más internet que en las que solo usan medios de comunicación sin internet o convencionales. INEI, (2015)

El internet actualmente es una importante vía para obtener información comunicarse, pero también es forma de poner en riesgo a las adolescentes. En el año 2012, el 11.9% de alumnos de secundaria tenían acceso a internet, de estos un 45.9% conoció personas mayores por esta vía, y el 24.3% tuvo un idilio, relación o romance o relación con la persona que conoció por internet. Asimismo, a un 13.4% le ofrecieron tener relaciones sexuales, 8.5% tuvo cibersexo y 8.6% tuvo relaciones sexuales o coitales con la persona que conoció en algún momento por el internet. (MINSA, 2017)

A nuestro estudio lo apoya Morales (2014) quien también afirma que el medio de comunicación masivo que más promueve las relaciones sexuales en adolescentes es el internet y la televisión.

Tabla 7 y figura 5 observamos al factor *ocupación* y observamos del total (44) el (06) 13,6% en el año 2017 no tenía ocupación y el (38) 86,4% era estudiante o algunas trabajaban, de este grupo el (19) 43,2% si tuvo relaciones sexuales o sexualidad precoz, mientras que (19) 43,2% no presento sexualidad precoz y de las adolescentes que no

contaban con ocupación alguna el (03) 06,8% tuvo sexualidad precoz y así mismo el (03) 06,8% no tuvo sexualidad precoz ; por lo tanto estas cifras según el Chi cuadrado no alcanzan significancia estadística para afirmar que la ocupación incida en la sexualidad precoz ($p= 1,00>0,05$). Así también el (OR=1,00 con IC 0,179-5,59).

Nuestro estudio discrepa del estudio de Vega en el Ecuador (2015), quien reportó que la ocupación se constituía un factor de riesgo (OR=2,723), para temprano inicio de relaciones sexuales y embarazo en adolescentes; aparte de Vega, encontramos otros estudios que relacione a la ocupación con sexualidad precoz que refuten o apoyen a nuestras cifras obtenidas como resultado.

Se sabe que tanto madres y padres son referente principal de los hijos y el modelo principal a imitar, son la base desde donde adoptaran las hijas e hijos ciertas posturas y opiniones hacia la sexualidad, iniciando por un buen establecimiento del vínculo de apego. Así también son modelos de identificación que más adelante los hijos imitarán para contribuir a la identidad de género. Por lo tanto, es sumamente importante que los progenitores sean modelos saludables y que a sus hijos transmitan a conductas igualitarias hacia ambos géneros. Ambos padres deberán responder también las preguntas asociadas con la sexualidad de sus hijos, incentivando al derecho de adecuada educación sexual de sus hijos. (Cerrato, 2016) Por lo tanto esa educación, orientación y modelo de vida que den a sus hijos será de acuerdo al grado de instrucción y nivel de conocimientos que tengan acerca de sexualidad.

En nuestro estudio en cuanto al factor *grado de instrucción de la madre*, tabla 8 y figura 6 según el Chi cuadrado las cifras obtenidas no alcanzan significancia estadística para afirmar que el grado de instrucción de la madre incida en la sexualidad precoz de las adolescentes menores de 15 años de Paíta en el año 2017 ($P=.0,112>0,05$). Así mismo el OR = 2,83 con IC 0,77-10,40. Este factor no es de riesgo ni de protección para sexualidad precoz. Por lo tanto, esas cifras no son significativas.

Grado de instrucción del padre Tabla 9 y figura 7. Observamos que según el Chi cuadrado las cifras no alcanzan significancia para afirmar que el grado de instrucción del padre incida en la sexualidad precoz de las adolescentes menores de 15 años ($p=0,52>0,05$) y el según el $OR=0,267$ IC 0,068-1,05. El grado de instrucción del padre no es factor de riesgo ni protector para la sexualidad precoz de adolescentes en Paita.

No se encontramos estudios con resultados similares o diferentes al encontrado para comparar nuestros resultados.

En cuanto a la *funcionalidad familiar*, Tabla 10 y figura 8 se sabe que viene a ser la capacidad de resolver problemas y de ayudar a sus miembros en el desarrollo de sus potencialidades. Miranda, (2017) En la tabla 09 y gráfico 08. Las cifras observadas según la prueba del Chi cuadrado alcanzan significancia estadística para afirmar que la funcionalidad familiar incide en la sexualidad precoz de adolescentes ($p=0,03<0,05$) y que las adolescentes con familias disfuncionales tienen más riesgo de sexualidad precoz (relaciones sexuales) pues ($OR=4,080$ IC 1,10-15,0).

Estas cifras indican el alto porcentaje de disfunción familiar que existe en el distrito de Paita (38,6%) y presumiblemente sea uno de los factores más importantes del inicio precoz de relaciones sexuales y como consecuencia se presentan altos porcentajes de embarazo; pues Paita es el distrito que aumenta notablemente las cifras de embarazo adolescente en la región que hasta fines del 2016 era el 16,4% (Perú 21, 2016).

Nuestro estudio coincide con el de Chávez, (2016) quien reporta que en su investigación encontró que la disfunción familiar estuvo presente en 81,4% de adolescentes que tenían conductas sexuales de riesgo. Así mismo Lavielle. (2013) Quien reporta que el inicio temprano de la vida sexual fue más frecuente y significativa en los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto es disfuncional ($p= 0,025$), así

también Royuela et al, (2015) quien encontró en su estudio que la mala relación con los padres y disfunción familiar eran factores influyentes para precocidad sexual.

Por otro lado, Choque, (2016) discrepa de nuestro resultado ya que en su investigación concluye que cualquiera sea el nivel de funcionamiento familiar, es posible que el estudiante tenga un inicio sexual precoz, pues existen también factores sociales e individuales que intervienen en el inicio sexual temprano.

En cuanto factor tipo *de familia* tabla 11 y figura 9. Observamos que las cifras según la prueba estadística del Chi cuadrado no alcanzan significancia ($p=0,531>0,05$) y según el OR = 1,48 IC 0,431-5,10; el factor tipo de familia no incide como un factor de riesgo para la sexualidad precoz de las adolescentes del distrito de Paita.

Sabemos que la familia es la unidad básica donde se adquieren hábitos y valores que determinan en el inicio de la vida el pensamiento y desarrollo social. Así mismo los rasgos para el desempeño del carácter y de la identidad personal. Villa (2014). Y una de sus funciones más importantes es brindar seguridad afectiva a sus miembros lo que influirá en el afianzamiento de la auto confianza, autoestima, y sentimiento de realización personal; cuando se ausenta esta función los miembros tratan de suplirla buscando afectividad en otras personas y muchas veces en la adolescencia encuentran afectividad en una pareja, dándose las uniones precoces en esta etapa.(Huayanay,sf)

Nuestros resultados coinciden con Lavielle. et al. (2015), quien reportó que en su investigación el tipo de familia no fue factor de riesgo para inicio temprano de relaciones sexuales ($p=0,289>0,05$), contradiciéndonos con Royuela. et al. (2015) quien lo reportó según su investigación como factor de riesgo para el inicio temprano de relaciones sexuales al ser hijo de padres divorciados y vivir con uno de ellos, es decir vivir en una familia monoparental.

En cuanto al factor *violencia intrafamiliar* tabla 12 y figura 10. Las cifras observadas según la prueba del Chi cuadrado alcanzan significancia estadística para afirmar que la violencia dentro de la familia incide con la sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años de Paita ($p=0,031<0,05$) y tiene $OR= 5,71$ IC 1,05-31,07 para actuar como factor de riesgo en este caso.

Este acto viene a ser cualquier omisión o acción que cause daño psicológico, físico, maltrato con lesión o sin lesión inclusive la coacción grave o amenaza que se produzcan entre los miembros de la familia Berger (2010).

Nuestro estudio muestra resultados similares a los encontrados por Rengifo (2014) quien afirma que la presencia de maltrato de algún familiar y violencia sexual contra un adolescente fue mayor en aquellos que iniciaron tempranamente sus relaciones sexuales. Así mismo Miranda, (2017) quien afirma según resultados de su investigación que el 20,6 % de mujeres presentaron violencia de género. Así mismo los adolescentes que iniciaron su relación sexual tienen (IC=95%, $OR= 6,8$ veces la probabilidad de presentar el riesgo de violencia de género.

En cuanto a la adicción al alcohol y drogas tabla 13 y figura 11. Observamos que del 100% de adolescentes estudiadas el (12) 27,3% existe adicción en su familia, mientras que en el (32) 72,7% no existe consumo o adicción; de las que si hay adicción (08) 18,2% presentaron sexualidad precoz y (04) 09,1% no lo presentaron, mientras de las que no hay adicción el (14) 31,8 % tuvieron sexualidad precoz y el (18 9 40,9%) no tuvieron sexualidad precoz. Estas cifras según el Chi cuadrado no alcanzan significancia para afirmar que la adicción o consumo de drogas o alcohol incidan en la sexualidad precoz ($p=0,176>0,05$). Así mismo no es factor de riesgo para sexualidad precoz $OR=2,57$ IC 0,64-10,41.

Nuestros resultados discrepan de Apaza (2017) quien afirma según su investigación que el consumo de bebidas con alcohol es factor de riesgo para inicio de relaciones sexuales, así mismo el tener miembros en la familia con algún tipo de adicción a drogas. Así también Campo (2016) quien reporta que el fumar y el consumo de sustancias nocivas en la familia se relacionaron con inicio temprano de relaciones sexuales ($P=0,0001$).

En cuanto al factor *educación sexual* tabla 14 y figura 12. Observamos que del 100% de adolescentes estudiadas el (29) 66,0% no recibió educación sexual y el (15) 34,0% si recibió. De las que no recibieron educación sexual en su hogar el (19) 43,2% tuvieron sexualidad precoz y el (10) 02,3% no lo tuvieron; de las que recibieron educación sexual (03) 06,8% tuvieron sexualidad precoz y (12) 27,3% presentaron sexualidad precoz, según estas cifras podemos afirmar que a más educación sexual en la familia menos inicio temprano de sexualidad sobre todo de relaciones sexuales. Así mismo se alcanza significancia estadística para afirmar que la educación sexual incide en la sexualidad precoz ($p=0,004<0,05$) y que el no recibir educación sexual es un factor de riesgo para sexualidad precoz pues $OR= 7,60$ IC 1,73-33,3. Se sabe que la deficiencia en la entrega de una adecuada información y formación, en el campo de la reproducción y sexualidad humana. Universidad Nacional de Chile, (sf) es causa de inicio prematuro de la sexualidad en adolescentes. Estos resultados también indican que, en Paita, los adolescentes no reciben una educación sexual en sus hogares que les dará competencias y argumentos para que el momento que la adolescente decida comenzar su vida sexual, tenga pleno conocimiento que se puede embarazar, o contraer una infección de transmisión sexual.

Nuestros resultados son similares a Morales (2014), quien afirma que la poca educación sexual en el hogar es factor influyente en la práctica temprana de relaciones sexuales. Así también Vega (2016) quien afirma que la educación sexual en la familia es un factor protector para el inicio de relaciones sexuales.

Después de evaluar todos los factores sociofamiliares tomados en cuenta en esta investigación podemos apreciar que solo el factor social: edad actúa como protector de la sexualidad precoz, quizá sea porque a menos edad hay más cuidado de los padres o porque aún están en un periodo de transición más cercano a la niñez, mayormente las niñas de 10 a 12 años con sexualidad precoz (embarazadas) fueron abusadas sexualmente. Mientras que el factor social de riesgo fue: medios de comunicación como el celular con internet que en la actualidad es el más usado por la mayoría de adolescentes, pero el poco o ningún control de los padres hace que en vez de ser de utilidad para complementar sus estudios se ha convertido en un factor de riesgo para sexualidad precoz. Se sabe que en el año 2012 el 45,9 % de los que contaban con internet conoció personas mayores por esta vía y el 24,3 % tuvo un romance o idilio con estas personas y un 8,6% tuvo relaciones sexuales con alguien que conoció en internet.

Por otro lado, dentro de los factores familiares investigados encontramos que la funcionalidad familiar, violencia familiar y educación sexual en la familia son de riesgo para de sexualidad precoz en las adolescentes menores de 15 en este distrito.

Paita es el segundo puerto internacional más importante del Perú, por lo tanto, existe mucha migración de la costa y la sierra en busca de trabajo ya que cuenta con actividades económicas como la pesca y la industria pesquera; las familias que migran viven en asentamientos humanos donde priman bares, cantinas y otros centros de diversión, donde los hombres de mar cuando llegan a tierra pasan algún tiempo bebiendo alcohol y algunas veces consumiendo algunas drogas. Debido a estas actitudes de los padres los hogares son en su mayoría disfuncionales ciertas veces con presencia de violencia intrafamiliar y abuso sexual a mujeres y niñas. Lo cual hace que las adolescentes escapen de sus hogares ya sea por maltrato hacia ella o a

algún miembro de su familia y la mayoría de veces lo hacen con una pareja mayor que ellas que les brinda amor y protección.

Por otro lado en las familias monoparental muchas madres de familia debido a las necesidades económicas para solventar gastos en el hogar trabajan todo el día o toda la noche dejando a las adolescentes solas o en compañía de sus hermanos menores, saliendo ellas con grupos de amigas o enamorado en busca de diversión donde son convencidas para tener relaciones sexuales o algunas veces son víctimas de abuso sexual bajo efectos de alcohol o drogas.

La educación sexual también es un factor de riesgo para sexualidad precoz en adolescentes del distrito de Paita según nuestros resultados. Esto indica que las adolescentes no están siendo orientadas o recibiendo una educación sobre sexualidad en sus hogares y cuando tienen que enfrentarse al momento de aceptar o rechazar inicio de relaciones sexuales no tienen ni la menor idea de las consecuencias que esto acarrea. Los adultos con quienes viven las adolescentes menores de 15 no están educando a sus hijas en sexualidad, ya sea por vergüenza a hablar del tema, el nivel de instrucción o los pocos conocimientos de los padres sobre sexualidad, desinterés por el futuro de sus hijas o porque están tan ocupados en su trabajo que se olvidan que las adolescentes necesitan saber que hacer o como enfrentarse ante el momento tan decisivo de inicio de su sexualidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Los factores sociales que inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita en el año 2017 son: edad, el cual incide como factor protector ($p=0,21<0,05$), ($OR= 0,18$ IC $0,043 - 0,84$) y medios de comunicación como factor de riesgo ($p=0,007<0,05$) ($OR=5,71$ IC $1,56-20,92$)
- Los factores familiares que inciden en la sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita en el año 2017 son: funcionalidad familiar como factor de riesgo ($p=0,03<0,05$) ($OR=4,08$ IC $1,10-15,0$), violencia intrafamiliar como factor de riesgo ($p=0,031<0,05$) ($OR=5,71$ IC $1,05-31,07$) y educación sexual como factor de riesgo ($p=0,004<0,05$) ($OR=5,71$ IC $1,73-33,3$)

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda a la Dirección General del Hospital las Mercedes de Paita socializar los resultados de esta investigación con los profesionales encargados de la atención de las adolescentes y se realicen trabajos de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva para este grupo etario, como charlas informativas que aborden diferentes temas concernientes a la sexualidad, así mismo talleres o escuela de padres para aquellos que acuden con sus hijos adolescentes al hospital.
- Se recomienda a la dirección del Hospital las Mercedes de Paita Implementar servicios especializados como: consultorios de medicina, psicología y planificación familiar diferenciados para la atención de adolescentes con programas que faciliten la prevención de inicio precoz de la sexualidad en adolescentes menores de 15 años y en general a todos los adolescentes para lo cual se debe contar con personal capacitado en la atención primaria capaz de prevenir los embarazos inesperados en esta edad.
- Se recomienda a la oficina de soporte social del Hospital las Mercedes de Paita el trabajo arduo en la identificación de familias o adolescentes con factores de riesgo de acuerdo a nuestros resultados y transferirlos a las áreas correspondientes para prevención de sexualidad precoz y así disminuir la morbilidad materna infantil por los embarazos y abortos en adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abortar. Org. (21 de Noviembre de 2018). *El aborto en menores: Causas del aborto en la adolescencia*. Obtenido de <http://www.abortar.org/adolescente/>
- Alegre Y, Y., & Suarez, M. (21 de Noviembre de 2018). *Instrumento de atención de familia: El familiograma y el APGAR familiar*. Obtenido de http://www.academia.edu/8519643/FASCICULO_CADEC_Instrumentos_de_Atención_a_la_Familia_El_Familiograma_y_el_APGAR_Familiar_RAM_PA_FAMILIOGRAMA_AN
- Alicia. (22 de Noviembre de 2018). *Historia de la sexualidad*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/camors/historia-de-la-sexualidad-3692902>
- Angie. (19 de Noviembre de 2012). *Causas del aborto adolescente en el Perú*. Obtenido de causasdelabortoadolescente.blogspot.com/
- Apaza, L. (20 de Noviembre de 2018). *Factores individuales y familiares para el inicio de la actividad sexual coital en estudiantes de la Fundación Educativa N°1178 Javier Heraud de San Juan De Lurigancho*. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5587>
- Benancio, R. (17 de Noviembre de 2015). *Factores de Riesgo Relacionado a la presencia de aborto en el Hospital II-1 Nuestra Señora de Las Mercedes de Paíta, año 2014*. Lima: Universidad cesar Vallejo, Perú.
- Bolaños, O. (2016). *Conocimiento sobre Salud Sexual y la Conducta sexual de riesgo de os adolescentes del 5to*. Lima: Minsa.
- Bustamante, R. (20 de Noviembre de 2018). *Concepto de los Medios de Comunicación*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/91363450/CONCEPTO-DE-LOS-MEDIOS-DE-COMUNICACION>
- Campo, A., Silva, J., Meneses, M., & Castillo, M. (2004). *Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga*. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Carmona, G., Beltrán, J., Calderón, M., & Piazza, M. (2017). *Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos*. Lima : Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.
- Casas, R. (2006). *Conceptos esenciales de la adolescencia*. Lima : Rodas.
- Chávez, R. (12 de Mayo de 2016). *En su estudio: Relación entre funcionalidad familiar*

y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero del 2016. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_m.pdf?sequence=1

Choque , E. (16 de Mayo de 2016). *Edad de inicio sexual y funcionamiento familiar en estudiantes del 3° a 5° grado de educación secundaria de una institución educativa pública de Lima este, 2.* Obtenido de repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/.../Edith_Tesis_bachiller_2016.pdf

Chore , C. (20 de Junio de 2012). *Madres Adolescentes.* Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos93/las-madres-adolescentes/las-madres-adolescentes.shtml>

Dirección General de Servicios Médicos. (12 de Mayo de 2008). *Definición de Sexualidad Humana.* Obtenido de http://www.pve.unam.mx/eventos/capsulasInf/capsulasInf2_2.pdf

García, D., & Atehortua, M. (10 de Junio de 2017). *niñas entre ocho y 12 años del sector Calle Vieja, barrio la Gabriela.* Obtenido de <https://prezi.com/fc87z7nay-xi/factores-socio-familiares/>

Hernández, , & Fernández , B. (2010). *Metodología de la investigación.* Mexico : McGraw-Hill.

Iglesias, J. (15 de Mayo de 2017). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales.* Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

INEI. (11 de Mayo de 2018). *Síntesis estadística 2015.* Lima : Inei.

Lavielle, P., Jiménez, F., Vázquez, A., & Aguirre, M. (23 de Junio de 2017). *Impacto Infogen . (20 de Noviembre de 2014). El embarazo de la adolescente y los problemas familiares.* Obtenido de <http://infogen.org.mx/el-embarazo-de-la-adolescente-y-los-problemas-familiares/de-la-familia-en-las-conductas-sexuales-de-riesgo-de-los-adolescentes>. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im141j.pdf>

Leyva, Z. (23 de Junio de 2017). *Medios de comunicación.* Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/91363450/CONCEPTO-DE-LOS-MEDIOS-DE-COMUNICACION>

Mendoza, K. (12 de Mayo de 2017). *Violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima asociado con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en adolescente de las instituciones educativas de Pocollay de Tacna en el 2015.* Obtenido de

- http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/1068/TM221_Mendoza_Mamani_KG%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mendoza, L., Claros, D., & Peñaranda, O. (03 de Mayo de 2017). *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- Milka. (15 de junio de 2018). *Sexualidad a temprana edad*. Obtenido de <http://hhdhdf.blogspot.pe/>
- Ministerio de salud. (26 de Agosto de 2017). *Documento técnico de la situación de los adolescentes en el Perú*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Ministerio de Salud. (5 de Mayo de 2018). *Mortalidad en adolescentes durante el parto y embarazo*. Obtenido de <http://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/infografia-madre-15anos-2016.pdf>
- Minsa. (13 de Agosto de 2017). *Iniciar las relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de contagio de VIH*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22354>
- MINSA, Argentina. (1 de Febrero de 2018). *Embarazo y maternidad en menores de 15 años*. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Embarazos%20en%20adolescentes%20menores%20de%2015%20en%20pa%C3%ADses%20seleccionados%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina>
- Miranda, K. (10 de Noviembre de 2017). *Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión pos parto en Centro de atención primaria*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6032/Miranda_ck.pdf
- Miranda, S. (1 de Mayo de 2017). *Violencia de género asociado al inicio de las relaciones sexuales en los estudiantes adolescentes de la institución educativa María Parado de Bellido Santoyo, el Agustino, junio 2016. (Tesis de grado)*. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1066/1/SandraMiranda_2017_pdf.pdf
- Morales, E. (12 de Mayo de 2017). *Factores que influyen en la práctica temprana de relaciones sexo genitales en los adolescentes del instituto de educación básica de Chinautla*. Obtenido de [http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/67/Morales-](http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/67/Morales-106)

Elsa.pdf

- Oliva, E., & Villa, V. (12 de Mayo de 2012). 2016, *Jóvenes peruanos tienen una de las tasas de analfabetismo más bajas de la región*. Obtenido de <https://peru21.pe/lima/jovenes-peruanos-tasas-analfabetismo-bajas-region-213285>
- OMS. (s.f.). *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Herramientas_GUIA_3.pdf
- Pérez, J., & Gardey, A. (30 de Abril de 2010). *Procedencia*. Obtenido de <https://definicion.de/procedencia/>
- Ponce, O., & Rivera, C. (13 de Mayo de 2015). *Conocimientos y Conductas sobre Sexualidad en Adolescentes de la Institución Educativa Ramón Castilla-Huancayo, 2015*. Obtenido de http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1062/TENF_04.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rengifo, F. (2014). *Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica*. Ica: Rev, Medica Panacea.
- Rodríguez, K. (9 de Mayo de 2017). *mbarazo Precoz. Violencia familiar es causa del embarazo*. Obtenido de <http://kathyrodriguezav.blogspot.pe/2013/05/violencia-intrafamiliar-es-causa-el.html>
- Rojas, L. (10 de Mayo de 2011). *Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat. Lima (tesis de grado)*. Obtenido de dile.rae.es/srv/search?m=30&w=sexualidad
- Royuela, L., Marugán, M., & Carbajosa, V. (17 de Mayo de 2015). *Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescente. Pediatría en Atención Primaria*. Obtenido de [https://www.google.com.pe/search?q=Royuela%2C+et+al+\(2015\).+En+su](https://www.google.com.pe/search?q=Royuela%2C+et+al+(2015).+En+su)
- Sancho, L. (9 de Mayo de 2018). *La familia*. Obtenido de <http://www.lafamilia.info/adolescencia/familia-adolescentes-y-consumo-de-droga>
- Sausa, M. (9 de Mayo de 2018). *El 85% de escolares aprende sobre sexualidad por internet*. Obtenido de https://fapar.org/escuela_padres/ayuda_padres_madres/EDUCACION_SEXUAL_ADOLESCENCIA.htm
- Sausa, M. (17 de Mayo de 2018). *Factores sociofamiliares que influyen en el bajo*

- rendimiento académico de niños.* Obtenido de https://fapar.org/escuela_padres/ayuda_padres_madres/EDUCACION_SEXUAL_ADOLESCENCIA.htm
- Sepulveda, p. (15 de Julio de 2015). *¿Sexualidad Precoz, jugando a ser mayor?* Obtenido de <http://elfindelainocencia.blogspot.pe/2007/10/sexualidad-precoz.html>
- Serrato, V. (14 de Noviembre de 2016). *Educación sexual entre padres e hijos adolescentes: frecuencia contenido y dificultades.* Obtenido de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/130213/1/TFG_CerQuiV_Educacionsexual.pdf
- Sorli, N. (2009). *Breve reseña histórica de la sexualidad.* Obtenido de WWW.Historia de la sexualidad
- Unesco. (20 de Noviembre de 2014). *Educación Integral de la Sexualidad. Conceptos, enfoques y competencias.* Obtenido de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>
- Unfra. (19 de Noviembre de 2016). *Sexualidad prematura en adolescentes: Causas y consecuencias.* Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/informografia-madre-15anos-2016.pdf>
- Unicef. (15 de Setiembre de 2005). *Sociedad Uruguaya de sexología. (sf) Historia y evolución de la sexología clínica.* Obtenido de <http://www.susuruguay.org/index.php/articulos/91-historia-y-evolucion-de-la-sexologia-clinica-en-latinoamerica-i>
- Unicef. (14 de Noviembre de 2006). *Salud y participación Adolescente. Palabras y juegos.* Obtenido de https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Herramientas_GUIA_3.pdf
- Unicef. (20 de Mayo de 2015). *Vida.* Obtenido de https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html
- Valle, I. (18 de Noviembre de 2008). *Medicina Familiar. Funcionalidad familiar. Recuperado 20 de abril 2018.* Obtenido de <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.pe/2008/12/funcionalidad-familiar.html>
- Vargas, G. (18 de Noviembre de 2009). *La familia.* Obtenido de <https://escuelaserpadres.wordpress.com/2016/05/25/definicion-de-familia/>
- Vega, B. (14 de Noviembre de 2016). *Factores familiares, individuales y socio-*

demográficos, asociados a la primiparidad adolescente y no adolescente, en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26210/4/tesis.pdf>

Vera, L. (17 de Noviembre de 2018). *Historia de la sexualidad. Revista Biomédica.* Obtenido de www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb98927.pdf

Villa, J., & Gómez , E. (2013). *acia un concepto interdisciplinario de familia en la globalización. (tesis posgrado).* Mexico : Universidad autónoma del estado de Morelos. México.

ANEXOS



**FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE INCIDEN EN LA SEXUALIDAD
PRECOZ DE ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL LAS MERCEDES, 2017.**

Encuesta N⁰Caso

I. DATOS GENERALES

Edad..... Número de HC.

Seudónimo.....

II. FACTORES SOCIALES

1. EDAD

¿Qué edad exactamente tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?

a. 10 a 12

b. 13 a 15

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

¿Qué grado de instrucción terminado tenías cuando tuviste la primera relación sexual?

a. Sin estudios o algún grado de primaria

b. Secundaria

3. PROCEDENCIA

¿Dónde vivías cuando tuviste la primera relación sexual?

a. Urbano Marginal

b. Urbano

4. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

¿Con que medios de comunicación contabas en tu hogar cuando antes de tener tu primera relación sexual?

a. Celular con internet y otros

b. Televisión, radio, teléfono fijo

5. OCUPACIÓN

¿Cuál era tu ocupación antes de tener la primera relación sexual?

- a. Sin ocupación
- b. Estudia o trabaja

III. FACTORES FAMILIARES

6. DISFUNCION FAMILIAR

¿Cómo era la funcionalidad de tu familia antes de tu primera relación sexual?

(Llenar el test de Apgar familiar)

- a. Familia disfuncional
- b. Familia funcional

7. TIPO DE FAMILIA

¿,Cuál era el tipo de tu familia antes de tu primera relación sexual?

- a. Monoparental, otros (papa solo o mama sola más hijos o también tíos primos abuelos, amigos)
- b. Nuclear (mama, papa e hijos)

8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

¿Existía algún tipo de agresiones físicas, insultos, humillaciones, abuso sexual hacia ti o algún miembro de tu familia de parte de otro miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?

- a. Presencia de violencia
- b. Sin presencia de violencia

9. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

¿Qué grado de educación terminada tenía tu madre antes de tu primera relación sexual?

- a. Sin estudios o primaria
- b. Secundaria o superior

10. GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE

¿Qué grado de instrucción tenía tu padre antes de tu primera relación sexual?

- a. Sin estudios o primaria
- b. Secundaria o superior

11. ADICCIÓN ALCOHOL O DROGAS

- a. ¿Existía consumo de alcohol o drogas en algún miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?

12. EDUCACION SEXUAL

¿Recibiste educación sexual (enamoramiento, metodología anticonceptiva, orientación sexual, cambios físicos y psicológicos en la adolescencia, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual VIH Y SIDA) de parte de tus padres o algún miembro de tu familia antes de iniciar tu primera relación sexual?

- a. No recibió educación sexual
- b. Si recibió educación sexual



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

**FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE INCIDEN EN LA SEXUALIDAD
PRECOZ DE ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL LAS MERCEDES, 2017.**

Encuesta N⁰ **Control**

I. DATOS GENERALES:

Edad Número de HC..... Seudónimo.....

II. FACTORES SOCIALES

1 EDAD

¿Qué edad exactamente tenías hasta el 31 de diciembre del 2017?

- a. 10 a 12
- b. 13 a 15

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

¿Qué grado de instrucción terminado tenías al 31 de diciembre del año 2017?

- a. Sin estudios o algún grado de primaria
- b. Secundaria o algún grado de superior

3. PROCEDENCIA

¿Dónde vivías en el año 2017?

- a. Urbano marginal (asentamientos humanos, centros poblados y distritos
- b. Urbano (Paita baja, urbanizaciones de Paita alta)

4. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

¿Con que medios de comunicación contabas en tu hogar hasta el 31 de diciembre del 2017?

- a. celular con internet y otros.
- b. Televisión, radio, teléfono fijo.

5. OCUPACIÓN

¿Cuál era tu ocupación hasta el 31 de diciembre del 2017?

- a. Sin ocupación
- b. Trabaja o estudia

III. FACTORES FAMILIARES

6. DISFUNCION FAMILIAR

¿Cómo era la funcionalidad de tu familia antes de tu primera relación sexual?

(Llenar el test de Apgar familiar)

- a. Familia disfuncional
- b. Familia funcional

7. TIPO DE FAMILIA

¿Cuál era el tipo de tu familia durante el año 2017?

- a. Monoparental, otros (papá solo o mamá sola más hijos o también tíos primos abuelos, amigos)
- b. Nuclear (mamá, papá e hijos)

8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

¿Existía algún tipo de agresiones físicas, insultos, humillaciones, abuso sexual hacia ti o algún miembro de tu familia de parte de otro miembro de tu familia hasta el 31 de diciembre del 2017?

- a. Presencia de violencia
- b. Sin presencia de violencia

9. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

¿Qué grado de educación terminada tenía tu madre hasta el 31 de enero 2017?

- a. Sin estudios o primaria
- b. Secundaria o superior

10. GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE

¿Qué grado de instrucción tenía tu padre hasta el 31 de diciembre del 2017?

- a. Sin estudios o primaria
- b. Secundaria o superior

11. ADICCIÓN A ALCOHOL O DROGAS

¿Existía consumo de tabaco, consumo de alcohol o drogas en algún miembro de tu familia en el año 2017?

- a. Presencia de adicción
- b. sin presencia de adicción

12. EDUCACIÓN SEXUAL

¿Recibiste educación sexual (enamoramiento, metodología anticonceptiva, orientación sexual, cambios físicos y psicológicos en la adolescencia, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual VIH Y SIDA) de parte de tus padres o algún miembro de tu familia durante el año 2017?

- c. no recibió educación sexual b. si recibió educación sexual

Anexo 3



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FUNCIONALIDAD FAMILIAR- TEST DE APGAR

ÓN	FUNCI	NUN	CA	ALGUN	CA	SIEMP
	CA	SI NUNCA	AS VECES	SI	RE	
	0	02	03	SIEMPRE	04	05
	puntos	puntos	puntos	puntos	puntos	puntos
Estas						
satisfecho con la						
ayuda que						
recibes de tu						
familia cuando						
tienes algún						
problema y/o						
necesidad						
Convers						
an entre ustedes						
los problemas						
que ocurres en la						
cas						
Te						
satisface como						
tu familia acepta						
y apoya tus						
deseos de						
emprender						
nuevas						
actividades o						
decisiones						
importantes						
Sientes						
que tu familia						
expresa afectos y						
responde a tus						
emociones como						
rabia, tristeza,						
amor						
Estas						
satisfecho como						
compartes con tu						
familia el tiempo						
para estar juntos						

a. Nunca= 0 Casi nunca= 1 Algunas veces= 2 Casi siempre= 3 Siempre= 4

Puntajes:

- a. Familia funcional: 7 a 10 puntos
- b. Disfunción leve : 0 a 03 puntos
- c. disfunción moderada de 0 a 4 puntos

Anexo 4



Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE INCIDEN EN LA SEXUALIDAD PRECOZ DE ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES, 2017".

DATOS DE EVALUADOR

Apellidos y nombres *CHUNEA CAMPOS LELIA MARDALENA*

Nº de Colegiatura *3462*

Profesión *TRABAJADORA SOCIAL*

Centro laboral *HOSPITAL LAS MERCEDES - PAITA*

Cargo que desempeña *TRABAJADORA SOCIAL* Área *SERVICIO SOCIAL*

ITEM Y/O PREGUNTAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ESCALA EVALUATIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
I. DATOS GENERALES seudónimo edad			✓		
II. Factores de riesgo sociales: grado de instrucción, ocupación, medios de comunicación. 1. EDAD ¿Qué edad exactamente tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? c. 10 a 12 d. 13 a 15 2. GRADO DE INSTRUCCIÓN ¿Qué grado de instrucción terminado tenías cuando tuviste la primera relación sexual? a. Sin estudios a algún grado de primaria b. Secundaria o algún grado de superior 3. PROCEDENCIA ¿Dónde vivías antes de tener tu primera relación sexual? a. Urbano marginal (asentamientos	Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.	✓ ✓		✓	

<p>¿Dónde vivías antes de tener tu primera relación sexual?</p> <p>a. Urbano marginal (asentamientos humanos, y centros poblados)</p> <p>b. Urbano(Paita baja, urbanizaciones de Paita alta)</p> <p>4. OCUPACIÓN ¿Cuál era tu ocupación antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Trabaja o estudia</p> <p>b. Sin ocupación</p> <p>5. MEDIOS DDE COMUNICACIÓN ¿Con qué medios de comunicación contabas en tu hogar antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. TV, radio, periódico, teléfono fijo</p> <p>b. Internet, celular</p>	<p>✓</p> <p>✓</p>				
<p>III. FACTORES FAMILIARES</p> <p>6. DISFUNCION FAMILIAR</p> <p>¿Cómo era la funcionalidad de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>(Llenar el test de Apgar familiar)</p> <p>a. Familia funcional</p> <p>b. Familia disfuncional</p> <p>7. TIPO DE FAMILIA ¿,Cuál era el tipo de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Monoparental , otros (papa solo o mama sola más hijos o también tíos primos abuelos , amigos)</p> <p>b. Nuclear (mama, papa e hijos)</p> <p>8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ¿Existía algún tipo de agresiones físicas, insultos, humillaciones, abuso sexual hacia ti o algún miembro de tu familia de parte de otro miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Presencia de violencia</p> <p>b. Sin presencia de violencia</p> <p>9. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE</p> <p>a. Sin estudios o primaria</p> <p>b. Secundaria o superior</p>	<p>✓</p> <p>Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p>			

ANEXO 5



Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE INCIDEN EN LA SEXUALIDAD PRECOZ DE ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES, 2017".

DATOS DE EVALUADOR

Apellidos y nombres Sedén Laura, Cristina Paola.

Nº de Colegiatura 20971

Profesión Psicóloga.

Centro laboral Centro de Salud Comunitario Catacaos - Piura

Cargo que desempeña Psicóloga.

Área Unidad del Adolescente

ITEM Y/O PREGUNTAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ESCALA EVALUATIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
I. DATOS GENERALES seudónimo edad		✓			
II. Factores de riesgo sociales: grado de instrucción, ocupación, medios de comunicación.	Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.	✓			
1. EDAD ¿Qué edad exactamente tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? c. 10 a 12 d. 13 a 15		✓			
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN ¿Qué grado de instrucción terminado tenías cuando tuviste la primera relación sexual a. Sin estudios a algún grado de primaria b. Secundaria o algún grado de superior		✓			
3. PROCEDENCIA		✓			

<p>¿Dónde vivías antes de tener tu primera relación sexual?</p> <p>a. Urbano marginal (asentamientos humanos, y centros poblados)</p> <p>b. Urbano(Paita baja, urbanizaciones de Paita alta)</p> <p>4. OCUPACIÓN ¿Cuál era tu ocupación antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Trabaja o estudia</p> <p>b. Sin ocupación</p> <p>5. MEDIOS DDE COMUNICACIÓN ¿Con qué medios de comunicación contabas en tu hogar antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. TV, radio, periódico, teléfono fijo</p> <p>b. Internet, celular</p>	<p>✓</p> <p>✓</p>				
<p>III. FACTORES FAMILIARES</p> <p>6. DISFUNCION FAMILIAR</p> <p>¿Cómo era la funcionalidad de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>(Llenar el test de Apgar familiar)</p> <p>a. Familia funcional</p> <p>b. Familia disfuncional</p> <p>7. TIPO DE FAMILIA ¿,Cuál era el tipo de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Monoparental , otros (papa solo o mama sola más hijos o también tíos primos abuelos , amigos)</p> <p>b. Nuclear (mama, papa e hijos)</p> <p>8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ¿Existía algún tipo de agresiones físicas, insultos, humillaciones, abuso sexual hacia ti o algún miembro de tu familia de parte de otro miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Presencia de violencia</p> <p>b. Sin presencia de violencia</p> <p>9. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE</p> <p>a. Sin estudios o primaria</p> <p>b. Secundaria o superior</p>	<p>✓</p> <p>Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p>			

<p>10. GRADO DE DISTRUCCION DEL PADRE</p> <p>a. Sin estudios o primaria b, Secundaria o superior</p> <p>11. ADICCIÓN AL TABACO, ALCOHOLO DROGAS</p> <p>¿Existía consumo de tabaco, consumo de alcohol o drogas en algún miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Si se consumía b. No se consumía</p> <p>12. EDUCACION SEXUAL</p> <p>¿Recibiste educación sexual (enamoramiento, metodología anticonceptiva, orientación sexual, cambios físicos y psicológicos en la adolescencia, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual VIH Y SIDA) de parte de tus padres o algún miembro de tu familia antes de Iniciar tu primera relación sexual?</p> <p>a. Si recibió educación sexual b. No recibió educación sexual</p>					
--	--	--	--	--	--

Escala evaluativa:

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Desacuerdo


Ps. C. Paola Seclén Laura
 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

LICENCIADA EN PSICOLOGIA
 C.Ps,P. 20971

ANEXO 6



Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE INCIDEN EN LA SEXUALIDAD PRECOZ DE ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES, 2017".

DATOS DE EVALUADOR

Apellidos y nombres PARRA SOTO OSIELNº de Colegiatura 289.57Profesión MEDICO ESPECIALISTA GINECOLOGOCentro laboral HOSPITAL LAS MERCEDES PAITACargo que desempeña JEFATURAÁrea GINECO-OBSTETRICIA

ITEM Y/O PREGUNTAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ESCALA EVALUATIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
I. DATOS GENERALES seudónimo edad		✓			
II. Factores de riesgo sociales: grado de instrucción, ocupación, medios de comunicación. 1. EDAD ¿Qué edad exactamente tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? c. 10 a 12 d. 13 a 15 2. GRADO DE INSTRUCCIÓN ¿Qué grado de instrucción terminado tenías cuando tuviste la primera relación sexual? a. Sin estudios a algún grado de primaria b. Secundaria o algún grado de superior 3. PROCEDENCIA ¿Dónde vivías antes de tener tu primera relación sexual? a. Urbano marginal (asentamientos	Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.	✓	✓		

<p>humanos y centros poblados)</p> <p>b. Urbano(Paita baja, urbanizaciones de Paita alta)</p> <p>4. OCUPACIÓN ¿Cuál era tu ocupación antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Trabaja o estudia b. Sin ocupación</p> <p>5. MEDIOS DDE COMUNICACIÓN ¿Con qué medios de comunicación contabas en tu hogar antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. TV, radio, periódico, teléfono fijo b. Internet, celular</p>		✓	✓		
<p>III. FACTORES FAMILIARES</p> <p>6. DISFUNCION FAMILIAR</p> <p>¿Cómo era la funcionalidad de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>(Llenar el test de Apgar familiar)</p> <p>a. Familia funcional b. Familia disfuncional</p> <p>7. TIPO DE FAMILIA ¿Cuál era el tipo de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Monoparental , otros (papa solo o mama sola más hijos o también tíos primos abuelos , amigos) b. Nuclear (mama, papa e hijos)</p> <p>8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ¿Existía algún tipo de agresiones físicas, insultos, humillaciones, abuso sexual hacia ti o algún miembro de tu familia de parte de otro miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Presencia de violencia b. Sin presencia de violencia</p> <p>9. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE</p> <p>a. Sin estudios o primaria b. Secundaria o superior</p> <p>10. GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE</p>	<p>Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.</p>	✓	✓	✓	

<p>a. Sin estudios o primaria</p> <p>b. Secundaria o superior</p>					
<p>11. ADICCIÓN AL TABACO, ALCOHOL O DROGAS</p> <p>¿Existía consumo de tabaco, consumo de alcohol o drogas en algún miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Si se consumía</p> <p>b. No se consumía</p>		✓			
<p>12. EDUCACION SEXUAL</p> <p>¿Recibiste educación sexual (enamoramiento, metodología anticonceptiva, orientación sexual, cambios físicos y psicológicos en la adolescencia, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual VIH Y SIDA) de parte de tus padres o algún miembro de tu familia antes de iniciar tu primera relación sexual?</p> <p>a. Si recibió educación sexual</p> <p>b. No recibió educación sexual</p>		✓			

Escala evaluativa:

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Desacuerdo


MINISTERIO DE SALUD
 GOBIERNO REGIONAL PIURA
 SUB REGION DE SALUD L.C.C
 HOSPITAL DE APOYO I
 CTRA SRA DE LAS MERCEDES PAITA


Osler Parra Soto
 GINECO OBSTETRA
 C.M.P. 28957



Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: «FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE
INCIDEN EN LA SEXUALIDAD PRECOZ DE ADOLESCENTES MENORES
DE 15 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES, 2017»**

DATOS DE EVALUADOR

Apellidos y nombres COBBA HOYOS NANCY LUY
 N° de Colegiatura 8550 Profesión Trochadora Sociol.
 Centro laboral Universidad Garcilaso de la Vega - E.T.S
 Cargo que desempeña Docente Área

ITEM Y/O PREGUNTAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ESCALA EVALUATIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
I. DATOS GENERALES seudónimo edad		✓			
II. Factores de riesgo sociales: grado de instrucción, ocupación, medios de comunicación.					
1. EDAD ¿Qué edad exactamente tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? c. 10 a 12 d. 13 a 15	Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.	✓			
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN ¿Qué grado de instrucción terminado tenías cuando tuviste la primera relación sexual a. Sin estudios a algún grado de primaria b. Secundaria o algún grado de superior		✓			
3. PROCEDENCIA					

<p>¿Dónde vivías antes de tener tu primera relación sexual?</p> <p>a. Urbano marginal (asentamientos humanos, y centros poblados)</p> <p>b. Urbano(Paita baja, urbanizaciones de Paita alta)</p> <p>4. OCUPACIÓN ¿Cuál era tu ocupación antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Trabaja o estudia</p> <p>b. Sin ocupación</p> <p>5. MEDIOS DDE COMUNICACIÓN ¿Con qué medios de comunicación contabas en tu hogar antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. TV, radio, periódico, teléfono fijo</p> <p>b. Internet, celular</p>		✓	✓		
<p>III. FACTORES FAMILIARES</p> <p>6. DISFUNCION FAMILIAR</p> <p>¿Cómo era la funcionalidad de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>(Llenar el test de Apgar familiar)</p> <p>a. Familia funcional</p> <p>b. Familia disfuncional</p> <p>7. TIPO DE FAMILIA ¿,Cuál era el tipo de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Monoparental , otros (papa solo o mama sola más hijos o también tíos primos abuelos , amigos)</p> <p>b. Nuclear (mama, papa e hijos)</p> <p>8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ¿Existía algún tipo de agresiones físicas, insultos, humillaciones, abuso sexual hacia ti o algún miembro de tu familia de parte de otro miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Presencia de violencia</p> <p>b. Sin presencia de violencia</p> <p>9. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE</p> <p>a. Sin estudios o primaria</p> <p>b. Secundaria o superior</p>	<p>Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación medios de comunicación inciden con la sexualidad precoz en madres adolescentes de un centro hospitalario del distrito de Paita, Piura 2017.</p>	✓	✓	✓	

<p>10. GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE</p> <p>a. Sin estudios o primaria b. Secundaria o superior</p> <p>11. ADICCIÓN AL TABACO, ALCOHOL O DROGAS ¿Existía consumo de tabaco, consumo de alcohol o drogas en algún miembro de tu familia antes de tu primera relación sexual?</p> <p>a. Si se consumía b. No se consumía</p> <p>12. EDUCACION SEXUAL ¿Recibiste educación sexual (enamoramiento, metodología anticonceptiva, orientación sexual, cambios físicos y psicológicos en la adolescencia, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual VIH Y SIDA) de parte de tus padres o algún miembro de tu familia antes de iniciar tu primera relación sexual?</p> <p>a. Si recibió educación sexual b. No recibió educación sexual</p>		✓			
		✓			
		✓			

Escala evaluativa:

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Desacuerdo

Lic. Trobop Socio.
Nancy L. Cobba/Hepo
E.T.S.P.
8550.



PRUEBA DE CONFIABILIDAD: MÉTODO DE KUDER-RICHARSON 20

Permite obtener la confiabilidad a partir de los datos obtenidos en una sola aplicación del test. Coeficiente de consistencia interna. Puede ser usada en cuestionarios de ítems dicotómicos y cuando existen alternativas dicotómicas con respuestas correctas e incorrectas. Es una variante de alfa de Crombach.

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} [S_t^2 - \sum pq / S_t^2]$$

Donde:

n: número total de ítems

s^2_t : varianza de las puntuaciones totales

p: proporción de sujetos que pasaron un ítem sobre el total de sujetos

$$q = 1 - p$$

Puntuación:

Mayor a 0,9: excelente

De 0,8 a 0,9: bueno

De 0,7 a 0,8: regular

De 0,5 a 0,7: aceptable

Menor de 0,5: inaceptable



PRUEBA DE CONFIABILIDAD: MÉTODO DE KUDER-RICHARSON 20

Para obtener los resultados se usó el Software SPSS 23

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,942	,944	11



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo----- Identificada con
DNI..... en pleno uso de mis facultades mentales acepto participar en el
estudio: **FACTORES SOCIOFAMILIARES QUE INCIDEN EN LA SEXUALIDAD
PRECOZ DE ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL LAS MERCEDES, 2017.**

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar de forma
voluntaria en el estudio. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación
que se enfoca a determinar los si factores familiares se constituyen factores de
riesgo para embarazo en adolescentes menores de 15 años atendidas en el
Hospital Las Mercedes de Paita en el año 2017. Este estudio proveerá
información básica que pueda ayudar a tomar medidas electivas de prevención en
búsqueda de la posible solución a este problema.

Nombre y apellido:

Firma o huella digital

DNI:

Piura, enero 2018

Anexo 11

" AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

Piura, 12 de noviembre 2017

SOLICITUD: Facilidades para realizar trabajo de Investigación.

Señor:

Dr. Arturo Adanaqué zapata.

Director del Hospital Las Mercedes.

Paita.



GUILIANA FARFAN RUIZ, identifica con DNI 03491079, Bachiller en Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que por motivo de mi trabajo de investigación denominado " Factores socio familiares que inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita – 2017", teniendo como fuente de información la institución que usted dirige pido facilidades para aplicar las pruebas correspondientes que me van a permitir elaborar mi investigación y de esta manera optar el título profesional

Por lo expuesto, solicito a usted proceder conforme a lo solicitado.

Atentamente.

Guiliána Farfán Ruiz

DNI 03491079

Anexo 12



GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES PAITA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"
"Año del 183° Aniversario del nacimiento de Miguel Grau, Piurano del Milenio"

MEMORANDO N° 35-2017-GRP-DSRSP-HLMP-DG.

A : Sra. Guiliانا Farfan Ruiz

DE : Mg. Arturo Adanaqué Zapata
Director Ejecutivo del Hospital las Mercedes de Paíta

ASUNTO : bridar facilidades a trabajo de investigación

REFERENCIA : documento s/n de fecha 12/11/2017

De acuerdo al documento de la referencia, autorizo a la Sra . Guiliانا Farfan Ruiz , para que realice su trabajo de investigación denominado " factores socio familiares que indican en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el hospital las mercedes de paíta-2017.

Atentamente,

C.c.: Archivo
AAZ/agca.

Anexo 13

Matriz de consistencia: Factores socio familiares que inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años, atendidas en el Hospital de Paita, año 2017.

PROBLEMA	OBJETIVO.	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADO-RES	UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUMENTO	ESTADISTICA
<p>Problema general</p> <p>¿Qué factores sociofamiliares inciden en la sexualidad precoz de las adolescentes menores de 15 años atendidas en el hospital Las Mercedes de Paita, durante el año 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Qué incidencia de adolescentes menores de 15 años con sexualidad precoz son atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita en el año 2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar qué factores sociofamiliares inciden en la sexualidad precoz en adolescentes atendidas en el hospital de Paita durante el año 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la incidencia adolescente menores de 15 años atendidas en el hospital las mercedes de Paita durante el año 2017.</p> <p>Determinar si los factores sociales como: edad, grado de instrucción, ocupación, y medios de comunicación y procedencia inciden en la sexualidad precoz de adolescentes</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existen factores socio familiares que inciden en la sexualidad precoz de adolescentes atendidas en el Hospital las Mercedes de Paita, durante el año 2017.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>La incidencia de sexualidad precoz en adolescentes menores de 15 es alta.</p> <p>Los factores sociales como: edad, grado de instrucción, ocupación, y medios de comunicación y procedencia si inciden en la sexualidad precoz de adolescentes</p>	<p>Edad: 10 a 12 13 a 14</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Sin estudios o algún grado de primaria</p> <p>Secundaria o superior</p> <p>Ocupación: trabaja, sin ocupación estudiante</p> <p>Medios de comunicación:</p> <p>Celular, internet</p> <p>TV, radio, teléfono fijo, periódico</p> <p>Procedencia:</p> <p>Urbano marginal Urbano</p> <p>grado de instrucción de la madre</p> <p>sin estudio/primaria</p>	<p>Universo:</p> <p>Todas las adolescentes del distrito de Paita</p> <p>Población</p> <p>Todas las adolescentes menores de 15 años que se atendieron en el Hospital las Mercedes de Paita del año 2017.</p> <p>Muestra:</p> <p>La obtención de la muestra será según fórmula cuando el diseño de investigación es casos y controles basado en estudio hecho en Ecuador ,2016 por Crespo Vega. Odds ratio a detectar 2,72</p> <p>Donde al aplicar la formula la muestra serán 22 casos y 22 controles</p>	<p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario</p> <p>Técnica de recolección de datos:</p> <p>encuesta</p>	<p>para el procesamiento de resultados se usará el software SPSS 23</p> <p>Los analizadores estadísticos fueron:</p> <p>Chi cuadrado donde la asociación será significativa si la posibilidad de equivocarse fuera menor al 5% ($p < 0.05$)</p> <p>Dado que el estudio evaluara asociación a través de un diseño de casos y controles entre las cualitativas se calculará el Odds ratio (OR) de cada factor de riesgo sociofamiliar en relación al inicio de sexualidad precoz donde se interpretará de la siguiente manera:</p> <p>OR= 1 sin asociación</p> <p>De riesgo</p>

<p>¿Qué factores sociales inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita en el año 2017?</p> <p>¿Qué factores familiares inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las Mercedes de Paita en el año 2017?</p>	<p>sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendida en el Hospital Las Mercedes de Paita durante el año 2017.</p> <p>¿Determinar qué factores familiares inciden en la sexualidad precoz en adolescentes atendidas el Hospital Las Mercedes Paita, 2017?</p>	<p>menores de 15 años atendidas en el hospital las mercedes de Paita 2017.</p> <p>Los factores familiares como: funcionalidad familiar, grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, violencia intrafamiliar, tipo de familia, adicción tabaco, alcohol o drogas en la familia, educación sexual inciden en la sexualidad precoz de adolescentes menores de 15 años atendidas en el hospital Las Mercedes de Paita, año 2017.</p>	<p>secundaria/superior de instrucción del padre</p> <p>sin estudio/primaria secundaria/superior</p> <p>Disfunción familiar Familia disfuncional Familia funcional</p> <p>Violencia intrafamiliar Presencia de violencia Sin presencia de violencia.</p> <p>Familia Monoparental y otros nuclear</p> <p>adicción al tabaco, alcohol o drogas</p> <p>Si No</p> <p>Educación sexual</p> <p>No recibió educación sexual en el hogar</p> <p>Si recibió educación sexual en el hogar</p> <p>Sexualidad precoz en adolescentes sexualidad sin presencia de precoz con presencia de sexualidad precoz</p>	<p>Muestreo:</p> <p>Será aleatorio simple</p>	<p>OR <1 actúa como factor protector</p> <p>OR> de 1 actúa como factor de riesgo.</p>
---	---	--	--	--	---



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Guiliana Farfán Ruiz
Título del ejercicio: Revision 1
Título de la entrega: Factores socio familiares que incid...
Nombre del archivo: 22-11-19_GUILIANA.docx
Tamaño del archivo: 4.44M
Total páginas: 137
Total de palabras: 27,357
Total de caracteres: 147,706
Fecha de entrega: 22-nov-2018 03:39p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1043621130





UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Tesis

Factores socio familiares que inciden en la sexualidad precoz en
adolescentes menores de 15 años atendidas en el Hospital Las
Mercedes de Paíta 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autora: Bachiller Guiliana Farfán Ruiz

Asesora: Lic. Nancy Cobba Hoyos

Lima - Perú

2018



9



Resumen de coincidencias

9 %

< >

1 repositorio.uncp.edu.pe 3 % >
Fuente de Internet

2 cybertesis.urp.edu.pe 1 % >
Fuente de Internet

3 repositorio.upao.edu.pe 1 % >
Fuente de Internet

4 Entregado a Universida... 1 % >
Trabajo del estudiante

5 cybertesis.unmsm.edu.... 1 % >
Fuente de Internet

6 repositorio.upeu.edu.pe 1 % >
Fuente de Internet

7 promsex.org 1 % >
Fuente de Internet

8 zullichombaa.blogspot... 1 % >
Fuente de Internet