UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTITUDES HACIA LA SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA, 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORAS:

Bach. Arévalo García, Brenda Elizabeth

Bach. Diaz Casas, Lesly Galy

ASESOR:

Dr. Carcausto Calla, Wilfredo Humberto

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis padres, Juan Arévalo y Gladys García, sin su apoyo no hubiera llegado hasta este momento importante de mi formación profesional.

A mi hermano Jhon, que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo y por ser un gran amigo.

A mis profesores, gracias por su tiempo, dedicación y entrega como también su sabiduría que me trasmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Brenda Elizabeth

A mis padres, Edilberto Diaz y Doris Casas, por darme la vida, por su amor, trabajo y sacrificio durante todos estos años. Gracias a ellos he logrado a ser lo que soy.

A mi hermana Anny, por ser el gran ejemplo de hermana mayor, por ser mi apoyo incondicional y por todos los consejos brindados a lo largo de mi vida.

A mi pequeño de cuatro patas, el más engreído de la familia por ser mi felicidad y alegría de todos los días, el gran Hércules.

Lesly Galy

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por habernos permitido llegar hasta este punto; por habernos dado salud y fortaleza para así lograr nuestros objetivos; y, hacer que todo esto sea posible.

A todos nuestros amigos y compañeras de la universidad, por sus palabras de aliento en los momentos de dificultad, por las buenas y malas experiencias que vivimos.

A nuestro estimado asesor, el Dr. Wilfredo Humberto Carcausto Calla; por su paciencia, confianza, orientación, seguimiento y supervisión desde el momento de las revisiones hasta lo largo del desarrollo de tesis.

Finalmente, a nuestros queridos profesores, a quienes debemos gran parte de nuestros conocimientos. A las Obstetras de prácticas, de externado e internado, por prepararnos para tener un futuro competitivo; no solo como profesionales, si no para ser mejores cada día; y, así poder ejercer con amor esta hermosa carrera.

Las autoras

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotras: Brenda Elizabeth Arévalo García y Lesly Galy Diaz Casas, bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza con DNI: 47882253 y 47169701 respectivamente, con la tesis titulada: “Actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017”. Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas Vancouver de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada total, ni parcial.
3. La tesis no ha sido auto plagiad; es decir, no ha sido publicada, ni presentada anteriormente para obtener algún título profesional o grado académico previo.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no ha sido falseados, duplicados, ni copiados; y, por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirá en aportes a la realidad investigada.

De incumplir el juramento, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestras acciones se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

Lima, 20 de febrero del 2018

Arévalo García, Brenda Elizabeth Diaz Casas, Lesly Galy

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Dando cumplimiento al Título IV, Capítulo III del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, presento el trabajo de investigación denominado: “Actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017”

Línea de investigación: Salud sexual y reproductiva.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
Introducción	xv

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	2
1.2 Formulación del problema	7
1.2.1 Problema general	7
1.2.2 Problemas específicos	7
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo general	8
1.3.2 Objetivos específicos	8
1.4 Justificación	9

1.5 Limitaciones 9

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de las investigación 11

2.1.1 Antecedentes internacionales 11

2.1.2 Antecedentes nacionales 16

2.2 Bases teóricas 17

2.3 Definición de términos básicos 37

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Formulación e hipótesis 41

3.2 Variables 41

3.2.1 Definición conceptual 41

3.2.2 Definición operacional 41

3.2.3 Operacionalización de variables 42

3.3 Tipo de estudio 43

3.4 Diseño de estudio 43

3.5 Población, muestra y muestreo 43

3.5.1 Población 43

3.5.2 Criterios de selección 44

3.5.3 Muestra y muestreo 44

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 48

3.6.1 Técnicas de recolección de datos 48

3.6.2 Instrumento de recolección de datos 48

3.6.3 Validez y confiabilidad de los instrumentos 50

3.7 Procedimiento de recolección de datos 51

3.8 Técnicas para el procedimiento y recolección de datos 52

3.9 Consideraciones éticas 52

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados 55

4.2 Discusión de resultados 69

CONCLUSIONES 73

SUGERENCIAS 74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 75

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Carta de autorización para realizar el resultado

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Certificado de validez del instrumento

Anexo 5: Instrumento de recolección de datos

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable: Actitudes hacia la salud sexual	42
Tabla 2	Distribución de estratos de los estudiantes de la Escuela Profesional d Obstetricia	47
Tabla 3	Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la Salud Sexual	49
Tabla 4	Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la Planificación Familiar	49
Tabla 5	Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la Sexualidad	50
Tabla 6	Rangos de puntuación de las Actitudes hacia el rechazo de la violencia basada en género	50
Tabla 7	Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	50
Tabla 8	Validación del instrumento por expertos	51
Tabla 9	Confiabilidad del instrumento	51
Tabla 10	Datos sociodemográficos de los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Arzobispo Loayza	55
Tabla 11	Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la salud sexual en la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	57
Tabla 12	Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la planificación familiar	58

Tabla 13	Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la sexualidad	59
Tabla 14	Distribución de los estudiantes según actitudes hacia el rechazo de la violencia basada en género	60
Tabla 15	Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la prevención de las Infecciones de transmisión sexual y VIH - SIDA	61
Tabla 16a	Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según la tasa de respuesta de cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	62
Tabla 16b	Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según la tasa de respuesta de cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	63
Tabla 16c	Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según la tasa de respuesta de cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	64

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Distribución porcentual de las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	57
Figura 2	Distribución porcentual de los estudiantes según las actitudes hacia la planificación familiar	58
Figura 3	Distribución porcentual de los estudiantes según las actitudes hacia la sexualidad	59
Figura 4	Distribución porcentual de los estudiantes según las actitudes hacia el rechazo de la violencia basada en género	60
Figura 5	Distribución porcentual de los estudiantes según las actitudes hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	61
Figura 6a	Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	65
Figura 6b	Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	66
Figura 6c	Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza	67

RESUMEN

Objetivo: determinar las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017. **Tipo y diseño:** se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, durante la primera semana del mes de octubre del 2017; participaron 231 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento una escala de actitudes, con 30 ítems; por las investigadoras. En el procesamiento y análisis de datos, se empleó el programa estadístico SSPS versión 23 y Excel. **Resultados**: el promedio de edad fue 20.38 ± 3.176, con una edad mínima de 16 y una máxima de 36 años, así mismo pudimos conocer que el 73.6% son sexualmente activos, 26.4% iniciaron su vida a los 17 años y 0.6% a los 12 años, el 19.4% tuvo de tres a más compañeros sexuales, solo el 60.6% a usado algún método anticonceptivo y se observó que el 6.9% de encuestados ha sufrido de violencia. Con respecto a la actitud de los estudiantes hacia la salud sexual global, 86.6 % tienen una actitud favorable y 0.4% desfavorable; de en las actitudes hacia la planificación familiar el 94.4%, son favorables, 4.8% indiferentes y desfavorables un 0.9%; las actitudes hacia la sexualidad el 79.2%, son favorables y 1.3% desfavorables; en cuanto a las actitudes hacia el rechazo de la violencia basada en género y prevención de las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA son favorables con un 83.1% y 70.6%, indiferentes 16.5% y 29%, por último tenemos las actitudes desfavorables en ambas con un 0.4% correspondientemente. En **conclusión**: Las actitudes hacia la salud sexual de los estudiantes de obstetricia durante el año 2017 – II fueron favorables.

Palabras clave: actitud, salud sexual, estudiante.

ABSTRACT

Objective: to determine the attitudes towards sexual health in students of the Professional School of Obstetrics of the Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017. **Type and design of the study**: a descriptive quantitative cross-sectional study was carried out, during the first week of October of 2017; 231 students participated who met the inclusion criteria. For the data collection, an Attitudes Scale was used as an instrument, with 30 items through an attitude scale prepared by the researchers. In the processing and analysis of data, the statistical program SSPS version 23 and Excel were used. **Results:** the average age was 20.38 ± 3.176, with a minimum age of 16 and a maximum of 36 years, likewise we could know that 73.6% are sexually active, 26.4% started their life at age 17 and 0.6% at age 12, 19.4% had three to more sexual partners, only 60.6% used a contraceptive method and it was observed that 6.9% of respondents have suffered violence. With regard to the attitude of students towards global sexual health, 86.6% have a favorable attitude and 0.4% unfavorable; Of the attitudes toward family planning 94.4%, are favorable, 4.8% indifferent and unfavorable 0.9%; attitudes towards sexuality 79.2%, are favorable and 1.3% unfavorable; In terms of attitudes of gender-based violence and HIV / AIDS sexually transmitted infections, 0.4% are favorable in both, 16.5% and 29% indifferent, and finally we have unfavorable attitudes with 83.1% and 70.6% correspondingly. In **conclusion:** Attitudes towards sexual health of obstetrics students during the year 2017 - II were favorable.

Keywords: Attitude, Sexual health, student.

INTRODUCCIÓN

Los problemas que la adolescencia y la juventud enfrentan hoy en día en relación con su salud sexual son variados y complejos. Estos incluyen a conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. Además, los jóvenes deben lidiar con barreras culturales que son resultado de políticas, leyes discriminatorias y opresivas que limitan; por ejemplo, el conocimiento de sus derechos y la exigencia de los mismos, especialmente los derechos sexuales y reproductivos, así como la equidad de género en el ámbito de la prevención del VIH [(1)].

El presente trabajo tiene el objetivo de determinar las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el periodo 2017 – II. El estudio se realizó en la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el año 2017-II con una muestra de 231 estudiantes del I - VIII ciclo.

A continuación, se describe el contenido y la estructura que comprende la tesis:

Capítulo I describe el planteamiento del problema, donde se presenta lo que viene ocurriendo respecto al tema de investigación: actitudes hacia la salud sexual, además se indica la formulación del problema, los objetivos de la investigación: general y específicos, justificación y limitaciones del estudio.

El Capítulo II presenta el marco teórico de la investigación, en el cual se expone los antecedentes de la investigación: internacional como nacional, bases teóricas de la variable y la definición de términos básicos.

El Capítulo III se refiere al marco metodológico, en el que se conceptualiza la variable para definirla operacionalmente, asimismo se escribe y explica el tipo y diseño de estudio, además de la población y muestra del estudio. En los criterios de

selección se menciona las características de los estudiantes y aquellos que no cumplan con los criterios mencionados. En la técnica e instrumento de recolección de datos, se indica el procedimiento a seguir para la recopilación de los datos, en el procesamiento para el análisis de los datos se expone las técnicas estadísticas que corresponden según el tipo y el nivel de medición de la variable, finalmente se incluye algunas consideraciones éticas.

El capítulo IV describe los resultados de la investigación, presenta el análisis descriptivo y la discusión de los resultados. Para finalizar se presentan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad el cual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia [(2)].

La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas ya que las vivencias por las que pasa el adolescente requiere de una asimilación y comprensión de los cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales para favorecer la construcción de su nueva identidad pero también el consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores e incluso la salud de sus futuros hijos [(3)].

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud [(4)], el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en el año 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%. El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización. La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 23.2% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia, regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 10.9% y un 10.4%, respectivamente [(4)]. Se estima que en Latinoamérica existen más de

130 millones de mujeres en edad fértil, de las cuales menos de la mitad utiliza métodos anticonceptivos. En México solo el 53% de las mujeres no utiliza ningún método anticonceptivo, mientras que el 68% de las mujeres venezolanas utiliza métodos naturales o no usa ninguno. En Argentina, los métodos naturales son los preferidos por el 64% de las mujeres en edad fértil, y 61% en Colombia [5].

En el Perú, la planificación familiar está asociada a la reducción de las muertes maternas ya que las mujeres sí planifican su familia usando eficazmente la anticoncepción, podrán reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a su salud, economía y educación [6].

El Ministerio de Salud nos habla que en el año 2013, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) registró que en nuestro país 13 de cada 100 adolescentes mujeres entre 15 y 19 años de edad ya son madres o están embarazadas por primera vez. Se sabe que el 9.01% de las mujeres en el país, presentaron necesidad insatisfecha de planificación familiar, siendo esta mayor en Loreto con un 14.2%, Madre de Dios con 14.1%, seguido de Amazonas con 13.03%, Ayacucho y Huancavelica con 13.0% cada uno. En promedio la necesidad de servicios de planificación familiar de las mujeres en zona rural es de 10.1 % y en la zona urbana es de 8.6 % [6].

En cuanto a la infección de transmisión sexual se estima que anualmente unos 500 millones de personas contraen alguna de cuatro curables ITS: Clamidiasis 105,7 millones de casos, gonorrea 106,1 millones de casos, sífilis 10,6 millones de casos y tricomoniasis vaginal 276,4 millones de casos. Esas cuatro enfermedades curables se distribuyen como casos nuevos anuales: 92,6 millones en África, 125,7 millones en las Américas, 78,5 millones en Sudeste Asiático, 46,8 millones en Europa, 26,4 millones en Mediterráneo Este, 128,2 millones en Pacífico Oeste. Se estiman que 536 millones de personas están viviendo con el incurable virus Herpes genital tipo 2 y 291 millones de mujeres están infectadas por el virus del papiloma humano [7].

Por otro lado, la sífilis durante el embarazo provoca 305 000 muertes fetales y neonatales, y la infección de VPH provoca 530 000 casos de cáncer cervicouterino y 275 000 defunciones; la gonorrea y la clamidiasis son las causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis ocasionando más

del 85% de infertilidad en las mujeres [7].

En África un estudio publicado en el 2014 evaluó la prevalencia de ITS en 2,293 mujeres jóvenes de comunidades de Sudáfrica , encontrando que la incidencia es de 20 por cada 100 mujeres por año, siendo las mujeres más jóvenes menores de 25 años, solteras quienes tenían más alto riesgo de ITS en zonas donde también existe epidemia de VIH [7].

Mientras que en Perú, según el decreto supremo del Ministerio de Salud, en el 2012 la prevalencia de ITS, ulcera genital o flujo vaginal en el último año fue de 13,7% en mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas. De ellas, la mayor proporción de casos de observó en los grupos de 15 a 19 y de 15 a 24 años de edad con un 18% y 16.4% respectivamente, y en solteras un 15,7%. Así mismo, en el año 2002 se estimó que en mujeres sexualmente activas la prevalencia de gonorrea fue 0.13%, sífilis 0.35%, tricomoniasis 5.7%, clamidia 7.7% y virus de herpes simple 17.4% mientras que varones la prevalencia de gonorrea fue 1.6%, sífilis 1.3%, tricomoniasis 1.8%, virus del herpes simple 10% [8].

El VIH es considerado a nivel mundial un problema de salud pública de mayor importancia, es un daño asociado principalmente a los comportamientos sexuales de riesgo y se extiende en gran medida entre los varones y personas más jóvenes de zonas urbanas de las grandes ciudades del país, principalmente en la costa y selva. El mayor número de casos de SIDA registrados en el Sistema Nacional de Salud entre 1983 y noviembre de 2014 se reportaron en Lima y Callao un 70%. La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual con 97% de casos, seguido por la vertical con 2% y la parenteral con 1%. En el mismo periodo, el MINSA ha registrado 32 491 personas con SIDA y 55 62 personas con VIH. De las personas con SIDA, 4 450 son adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad, 788 son menores de 14 años de edad, 525 menores de 5 años de edad [8].

Con lo que respecta a la violencia basada en género las estimaciones más precisas relativas a la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual se derivan de las encuestas poblacionales basadas en los testimonios de las víctimas. Se observó que, en todo el mundo, una de cada tres mujeres o el 35% había sido objeto de violencia física o violencia sexual bien dentro o fuera de la pareja, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe

a la violencia conyugal, una cifra muy alarmante [9].

Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal, y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal [9].

Casi un tercio de todas las mujeres que han tenido una relación ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja. Las estimaciones de prevalencia de la violencia de pareja oscilan entre el 23,2% en los países de ingresos altos y el 24,6% en la región del Pacífico Occidental, al 37% en la región del Mediterráneo Oriental y el 37,7% en la región de Asia Sudoriental [10].

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, según el Informe de la Relatora de Naciones Unidas aportó datos sobre El Salvador y Argelia, que daban cuenta que un 44% y más del 30% de las mujeres con pareja habían sido víctimas de violencia psicológica en esos países, respectivamente. Asimismo, el 24% de mujeres de El Salvador habían sufrido de violencia física y en cuanto a violencia sexual, un 12% de mujeres en El Salvador y un 10.9% en Argelia habían sido afectadas [11].

El Perú presenta índices de prevalencia de la violencia contra la mujer muy altos en comparación con lo que ocurre en otros países. Así mismo el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, nos dice que, según el estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud sobre violencia contra la mujer en el cual participaron 10 países del mundo, el departamento de Cusco se ubicó en el primer lugar en violencia física contra la mujer de parte de su pareja con 61%, mientras que Lima Metropolitana compartió junto con la zona rural de Etiopía el segundo lugar con 49%. Por otro lado, la violencia psicológica contra las mujeres muestra también un alto nivel de prevalencia de toda la vida: el 69,4% de mujeres manifestó que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas según ENDES en el año 2014, principalmente experimentando situaciones de violencia verbal a

través de expresiones humillantes delante de los demás o había sido amenazada por su esposo o compañero con irse de casa, quitarle los hijos(as) o la ayuda económica [(11)].

En cuanto a los feminicidios la situación es realmente grave. En Colombia, se registró un promedio de 115 casos por mes entre los años 2010 y 2011 y en Guatemala hubo 512 feminicidios entre el 1º de enero y el 16 de octubre del 2012 (53 casos por mes). En México, en el periodo que fue entre enero de 2011 y julio de 2012, se registraron 529 feminicidios (35 casos por mes). En el Salvador fueron 33 asesinatos de mujeres en promedio por mes y en Chile, durante los años 2011 y 2012, se registraron un total de 63 casos (2.6 por mes). Cabe señalar que en Ecuador, Bolivia, Venezuela, Brasil se registra la escalofriante cifra de dos mujeres asesinadas por hora, feminicidios en su mayor parte. 11 Mientras tanto, en Paraguay, Uruguay, Argentina, Cuba y Haití, no se cuenta aún con registros oficiales del feminicidios. Por último en el Perú se registraron 174 casos de feminicidio o tentativa de feminicidio, en el 2015 la cifra aumentó a 293 casos y solo en lo que va de este año se han registrado 172. [(11)].

Por lo descrito, el presente estudio pretende conocer las actitudes hacia la salud sexual de los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

1.2. Formulación del problema

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta para la investigación:

2.1.2. Problema general

¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017?

2.1.2. Problemas específicos

1) ¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza 2017?

2) ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de planificación familiar en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza 2017?

3) ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de sexualidad en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017?

4) ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de violencia basada en género en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017?

5) ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de ITS y VIH/SIDA en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017?

6) ¿Cuál es la proporción de conocimiento correcto?

1.3. Objetivo

1.3.1. Objetivo general

Determinar cuáles son las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

1) Conocer los aspectos sociodemográficos en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

2) Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de planificación familiar en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

3) Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de sexualidad en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

4) Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de violencia basada de género en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

5) Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de ITS y VIH/SIDA en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

6) Identificar la tasa de respuesta por ítem.

1.4. Justificación de la investigación

En relación a los resultados del presente estudio, se pretende brindar información actualizada, para que sea de utilidad a los directivos de la Escuela Profesional de Obstetricia en la Universidad Privada Arzobispo Loayza, además de ello al realizar la presente investigación con jóvenes estudiantes va a permitir saber cuáles son sus actitudes hacia la salud sexual, y saber en qué indicadores se necesita una mayor intervención.

Los métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos empleados en nuestra investigación, una vez demostrada su validez y confiabilidad podrán ser utilizados en otras investigaciones. Aportará material para estudios posteriores relacionados las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de obstetricia y otras poblaciones.

1.5. Limitaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos, el estudio no puede extrapolarse a toda la población de los centros de estudios universitarios, ya que se ha limitado a estudiar solo a los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia que acudieron a las aulas de la Universidad Arzobispo Loayza.

Otra limitación que se pudo encontrar fue la escasa bibliografía referente a nuestro trabajo de investigación, el cual nos generó una demanda de tiempo.

.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.2. Ámbito internacional

Gómez C, Ochoa D, Canchila B, Ramos C, Salguedo M, Malambo G: En el 2014, realizaron una investigación "Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una Institución Educativa Superior en Colombia". El cual fue un estudio con diseño transversal, tipo encuesta y se seleccionaron estudiantes matriculados en el segundo período de 2014. En los resultados; la población tenía alrededor de 20 años de edad, provenía de la zona urbana un 57,9 %, predominantemente heterosexual un 89,7 %, edad de inicio de vida sexual antes de los 18 años con 11,8 %, con promiscuidad que usaba principalmente el preservativo como Método de Planificación Familiar un 55 %. Aunque poseían información previa sobre salud sexual, MPF y ETS, no se comportaban acorde con ello, por la desinformación sobre formas de transmisión del VIH, bajo nivel de realización de pruebas serológicas para ETS, así como conductas de riesgo (sexo/alcohol/drogas). El 12,3 % tuvo antecedente de embarazo, violencia física con un 21,6 % y sexual con 4,6 %, con un predominante silencio de las víctimas de abuso sexual un 61,8 %. En conclusión la muestra refleja la población universitaria de esta región del país. Se planea organizar un programa con apoyo médico y psicológico que permita disminuir los índices de ETS, embarazos no planificados, preparando al adolescente en esta importante etapa de su vida, sirviendo de modelo para otras universidades latinoamericanas (12).

Díaz C, Arrieta V, De la Parra H, Muñoz M, Ordoñez O: En el año 2013, realizaron la investigación "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en estudiantes de

Odontología". El cual fue un estudio con diseño descriptivo que incluyo a 191 estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. Teniendo como resultado que la media de edad de los estudiantes evaluados en el presente estudio fue de 20,04 años y el estrato socioeconómico más prevalente fue el bajo (81,2%) se observó mayor prevalencia del sexo femenino. Respecto a las prácticas quienes presentaron resultados más favorables fueron las mujeres; No obstante, el 80,5% de los individuos con vida sexual activa independientemente del género, aseguró no emplear nunca preservativo durante el sexo oral; por otro lado, se observó que, en términos generales, la población estudiada asume actitudes adecuadas con respecto a la salud sexual y reproductiva, deduciéndose además que las mujeres son quienes presentan actitudes relativamente más acertadas que los hombres. En conclusión, la mayoría de los estudiantes encuestados adoptan actitudes y prácticas acertadas en salud sexual y reproductiva (13).

Ureta U, Martínez J, Aguilar L, Agámez C: En el año 2015, realizaron la investigación "Actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la facultad de la Salud de una Universidad Pública del distrito de Santa María, Colombia". El cual fue un estudio de tipo descriptivo y cuantitativo, con un diseño trasversal, con una muestra de 254 participantes con edad media de 20 años, para la recolección de la información se utilizó un instrumento donde se incluyeron 9 preguntas con la finalidad de evaluar las actitudes en torno a las prácticas anticonceptivas; como resultado se puede observar que la mayoría presenta una actitud favorable hacia los métodos anticonceptivos a pesar que solo el 46% de los estudiantes encuestados usan métodos de planificación (14).

Casas G, Alzas G, Casas G: En el año 2015, realizaron la investigación "Actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de Enfermería: Un análisis con diferencial semántico y redes asociativas Pathfinder". Los Informes INJUVE (2008a, 2008b, 2010, 2012) describen datos acerca de la sexualidad de los jóvenes españoles, y entre ellos la existencia de un 10%, en los estudios más recientes, que se niega a hablar de algunas de estas cuestiones. Para resolver esta limitación, el objetivo del trabajo fue utilizar un método de investigación que permitiese obtener datos de una forma "no invasiva" para los sujetos, una muestra de 53 estudiantes de Enfermería. Fueron empleadas técnicas de Diferencial Semántico y Redes Asociativas Pathfinder. El análisis estadístico incluyó t-Student para contrastar diferencias según sexo, y Anova para contrastar diferencias según fuentes de educación sexual. Mediante Redes Asociativas Pathfinder, se obtuvo además una representación gráfica de la estructura cognitiva de los sujetos de la muestra. Se concluyó que hay actitudes positivas o negativas, hacia distintos aspectos de la sexualidad en razón del sexo y fuentes de aprendizaje. Igualmente, que existen ideas arraigadas en la estructura cognitiva que, aunque equivocadas, no han cambiado a pesar de las campañas educativas (15).

Zambrano P, Toscano M, Gil M: En el año 2015, realizaron una investigación "Actitudes sexuales en estudiantes universitarios". El cual fue un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo. La muestra estuvo constituida por 375 estudiantes universitarios. La selección de los sujetos se realizó mediante un muestreo polietápico estratificado. La información se recolectó a través del instrumento Actitudes Sexuales. En cuanto a los resultados los participantes tenían en promedio 19 años, predominio de género masculino, religión católica, procedencia de familias nucleares y orientación heterosexual. Las actitudes

sexuales fueron liberales en el 68% de los encuestados. Este porcentaje aumentó respecto a la actitud hacia las relaciones sexuales donde el 75% mantuvo una postura liberal, mientras que al analizar la actitud hacia las diferentes formas de practicar el sexo se encontró un 53% con actitud conservadora y este porcentaje aumento cuando se analizó la actitud hacia la libre expresión de la sexualidad con el 60% de estudiantes con postura conservadora. Respecto a la relación de algunas variables con las posturas liberales frente a la sexualidad, se encontró relación estadísticamente significativa entre esta y el ser hombre, tener edad superior o igual a 19 años, pertenecer a semestres superiores, ser agnóstico o ateo, asistir poco o nunca al templo y ser bisexual. En conclusiones, el liberalismo sexual en las actitudes de los universitarios es más discursivo que práctico, ya que esta postura cambia de acuerdo al contexto (16).

Hurtado D, Olvera M: En el año 2013, realizaron la investigación "Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios". El objetivo del presente trabajo fue describir el nivel de conocimientos y actitudes que poseen los jóvenes universitarios sobre el contagio de infecciones de transmisión sexual y las prácticas sexuales de riesgo. En el estudio participaron 990 estudiantes de la universidad Nacional Autonoma de Mexico. Se aplicó una encuesta anónima, en la cual evaluaron, actitudes hacia la sexualidad, conocimientos generales acerca de infecciones de transmisión sexual y sobre prácticas sexuales riesgosas. Los datos obtenidos permitieron identificar que a pesar de los conocimientos e información con que cuentan los jóvenes universitarios aún siguen teniendo algunas prácticas sexuales de riesgo (17).

Hernando G, García R, Montilla C: En el año 2012, realizaron la investigación “Exploración de las actitudes y conductas de los jóvenes universitarios ante la violencia en las relaciones de pareja”. En el presente artículo se muestran los resultados de una investigación sobre los conocimientos, actitudes y conductas de los jóvenes ante la violencia en las relaciones de pareja. El alumnado de la Universidad de Huelva ha sido la población objeto de estudio, concretamente de las titulaciones de Educación Social, Psicología y Magisterio (Infantil). Para el estudio se elaboró un instrumento de evaluación y se desarrollaron dos grupos de discusión. Cabe destacar de los datos obtenidos, algunos resultados significativos con respecto al sexo de los participantes y al tener o no pareja en la actualidad. Asimismo, indican la evidencia de la necesidad de informar y formar para la prevención en violencia de género a los/as jóvenes (18).

Calero P, Cardoza D, Pilarte R: En el año 2016, realizaron la investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del I año de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas”. El cual fue un estudio descriptivo, observacional y transversal, tipo CAP. Realizado con 101 estudiantes de I año de medicina. Muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando únicamente a los estudiantes que cumplieron con los criterios de selección. Como resultados, el promedio de edad de los encuestados es menor de 20 años (59.4%), se guido de 20-24 años (30.7%), de los cuales el (58.4%) pertenece al área urbana, el (79.5%) únicamente estudia el (20.8%) estudia y trabaja, el (87.1%) de la muestra es soltera, con predominio de la religión católica con un (69.3%), el (57.4%) de la muestra es sexualmente activa las cuales iniciaron vida sexual activa ente 15-19 años de los cuales han utilizado en su primera relación sexual como método anticonceptivo la PPMS en

un (38.7%), los que tienen relación sexual actualmente utilizan como método la inyección en un(33.3%), de los cuales el (60.2%) lo está usando correctamente. De los que usan algún método anticonceptivo el (43.0%) lo hace por decisión propia. Del total de la muestra el (81.2%) tiene buen conocimiento sobre MAC. De ellos el (66.3%) tiene una actitud favorable hacia los MAC. El (36.6%) tiene mala práctica al usar anticonceptivos. En conclusión, el (81.2%) tiene buen conocimiento sobre MAC. De estos el (66.3%) tiene una actitud favorable hacia los MAC (19).

2.1.2. Ámbito nacional

Leyva A y Rojas B: En el 2017, realizaron una investigación "Conocimientos y actitudes hacia la prevención de las ITS/ VIH-SIDA, en estudiantes del I y II ciclo de la escuela académico profesional de enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener". El cual fue un estudio de investigación cuantitativo, tipo descriptivo correlacional de corte transversal, la población estuvo conformada por 316 alumnos y la muestra por conveniencia de 30 estudiantes. Se realizó el muestreo probabilístico aleatorio simple. En los resultados se observa que el 23% de los estudiantes tiene una actitud mala, el 60% de los estudiantes tiene una actitud regular y el 17% de los estudiantes tiene una actitud buena. En conclusión demostraron que hay una relación estadísticamente significativa del nivel de conocimientos y las actitudes en los estudiantes de enfermería de 1° y 2° Ciclo de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener, sobre las -VIH/SIDA, una correlación positiva moderada R Spearman 0,802 y valor p 0,003 [(20)].

2.2. Bases teóricas

2.1.2. Actitudes

Se tiene diversas definiciones acerca de la actitud humana, es por ese motivo que para tener un mejor conocimiento de la misma hemos citado algunas definiciones de diferentes autores:

Según Sánchez M, Ramos, Marset, en su libro “Actitud participativa en Salud” [(26)] cita a dos a autores; Allport, quien define la actitud como un estado mental y neural de preparación para la respuesta, organizado a través de la experiencia y que ejerce influencia direccional y/o dinámica sobre la conducta del individuo hacia todos los objetos y situaciones con que se relaciona. De forma similar para Krech una actitud es un sistema más o menos duradero de valoraciones positivas o negativas, estados emotivos y tendencias a actuar en pro y contra, con respecto a un objeto dado [(21)].

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular [(22)].

Con este marco general de conceptuación sobre las actitudes, en esta investigación se entenderá por actitud, debido a que brinda una definición que incluye los aspectos anteriormente mencionados, la

suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de las personas acerca de cualquier asunto específico [22].

Componentes de las actitudes

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son [23]:

Componente cognitivo: Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto que genera la actitud. Para la determinación de este componente tiene mucha participación el proceso perceptivo y creencias como mecanismo de categorización de los objetos-conceptos que entran en el campo cognitivo. En el caso que se hable de modelos actitudinales de expectativa por valor, los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; y cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto. [23].

Componente afectivo: Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social, es decir se refiere a la corriente emocional o afectiva que vincula al individuo con el objeto de actitud Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto los cuales pueden ser positivos como de agrado, simpatía y

hasta de amor por el objeto; o negativos es decir el tono será de desagrado, antipatía, y hasta odio. [23].

Componente conductual: Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud en base a las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto; es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es decir, que el componente reaccional nos indica la disposición a actuar y, de alguna manera, puede ser anticipada esa disposición por el conocimiento que se tenga de los otros dos componentes. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación. [23].

Características de las Actitudes

Las actitudes se caracterizan de forma general a través de los siguientes rasgos distintivos [24]:

La dirección: también llamada valencia, refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo. En tal sentido la dirección se subdivide en :

El componente cognoscitivo intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección [24].

El conativo adoptara, en congruencia, la dirección ya prevista hacia el acto [24].

La intensidad: Se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección, ya que se puede ser más o menos hostil o favorable a algo; y se puede estar más o menos de acuerdo con algo. Por eso la intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada [24].

La consistencia: Es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes están acordes la consistencia de la actitud será máxima. Si lo que se sabe, se siente y se hace o presumiblemente se haría, están de acuerdo, la actitud adquiere categoría máxima de consistencia [24].

Funciones de las actitudes

Las actitudes están en la base de los procesos cognitivo-emotivos antepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente, es así que las actitudes pueden tener las siguientes funciones [25]:

De conocimiento: Las actitudes pueden actuar como esquemas o filtros cognitivos [25].

De adaptación: Las actitudes nos permiten la adaptación e integración de las personas en los grupos sociales [25].

Ego-defensivo: Se puede desarrollar actitudes para defensa ante determinados objetos, a los que se percibe como amenazantes y ante los cuales se desarrolla actitudes negativas para preservar el yo [25].

Formación de las actitudes

Se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son [26]:

Teoría del aprendizaje: Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables [26].

Teoría de la consistencia cognitiva: Esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con

alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí [26].

Teoría de la disonancia cognitiva: Esta teoría se creó en 1962 por Leon Festinger; consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes [26].

Factores que influyen en la formación de las Actitudes

Con respecto a los factores que influyen de manera directa en la formación de cada individuo tenemos [24]:

Factores personales: Se refiere a los aspectos inherentes a las personas o partes de estas. Ejemplo: La edad, la educación, la personalidad, las habilidades la capacidad o aptitudes hacia algo [24].

Factores institucionales: Relacionados con el contexto social, cultural y político. Ejemplo: La familia, los padres, el ambiente en que uno desempeña sus labores, ya sea trabajo o estudio y la comunicación que puede ser formal o informal [24].

Clasificación de las Actitudes

Las actitudes pueden ser clasificadas, medidas o valoradas de la siguiente manera [27]:

Favorable: Consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto,

generalmente está unido con el sentimiento de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone la comunicación y la interacción humana [27].

Medidamente favorable: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo [27].

Desfavorable: Es cuando el sujeto evita el objeto, como motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante [27].

Escala Likert

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes [28].

La escala de Likert, es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30 [28].

A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide [28].

Inconvenientes y ventajas de la escala de Likert:

Puede obtenerse una misma puntuación con diferentes combinaciones de ítems, lo que demuestra que la misma puntuación puede tener significados distintos. No obstante, la consistencia interna tiende a evitarlo [28].

En cambio, la escala es de fácil construcción y aplicación.

Puede utilizar ítems no relacionados manifiestamente con el tema pero sí de forma latente [28].

A pesar de la ausencia de teoría justificativa para la "escalabilidad", en la práctica, las puntuaciones del cuestionario Likert proporcionan con frecuencia la base para una primera ordenación de la gente en la característica que se mide [28].

El problema está en determinar cuándo tiene consecuencias para el significado de una misma puntuación el hecho de poder ser alcanzada por distintos medios y cuando no las tiene [28].

Actitud hacia la Salud Sexual

Es la predisposición aprendida que tiene el individuo hacia la salud sexual en relación con su sexualidad mantenida en el tiempo, que incluirá una valoración positiva, negativa o neutral de su vida sexual y quedará como experiencia a lo largo de ella [21, 29].

2.1.2. Salud sexual

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [35], nos habla sobre los inicios de la salud sexual y reproductiva el cual tiene su origen y queda definida como tal, en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) que tuvo lugar en el Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuño por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por

salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Hubo que recorrer un largo camino para así ser concebido en el año 1995 [30].

El largo camino que recorre la salud sexual y reproductiva se inicia en París, el 10 de diciembre de 1948 cuando en la declaración de los derechos humanos, además de reconocerse el derecho a todo ser humano a la salud, se hace, por primera vez una alusión más directa a la salud materna e infantil en el artículo 25, punto 2, en la cual se señala que la maternidad y la infancia tienen derecho a cualidades y asistencias especiales [30, 31].

Tuvieron que pasar 30 largos años para que este concepto se ampliara, fue durante la "Conferencia de Alma Ata" [32], realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978 es cuando se incluye a la planificación familiar como un componente importante más de la salud materna e infantil [30].

Por fin en el año 1994 en la "Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas" que se llevó a cabo en el Cairo, Egipto del 5 al 13 de septiembre, que se deja de lado el termino de salud materna e infantil para así acuñar el termino de salud sexual y reproductiva. [33].

Un año más tarde en Beijing, tuvo lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas en el cual se insiste en los derechos de las mujeres y en donde se perfila y refuerza el concepto de salud sexual y reproductiva. Se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción que son una guía a seguir por los gobiernos y entidades en todo el mundo [30].

Desglosando sus dos componentes, la salud sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho” [34].

Salud Sexual Para El Milenio

Salud Sexual para el Milenio conceptualiza a la salud sexual como multidimensional e identifica y examina específicamente ocho metas concretas que en conjunto comprenden un enfoque integrado e integral de promoción de la salud sexual. Por último, este documento técnico describe las acciones necesarias específicas que son especiales para cada una de las ocho metas de la declaración [35].

Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos [35].

Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género La salud sexual exige igualdad, equidad y respeto, independientemente del género [35].

Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad [35].

Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad [35].

Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual [35].

Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual [35].

Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales [35].

Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total La salud sexual es más que la ausencia de enfermedades [35].

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas 8 son infecciones, 4 son actualmente curables como la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras 4 son hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad [36].

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, como las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto [36].

Sífilis: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, es una infección sistémica y crónica, causada por el Treponema pallidum; generalmente se trasmite por contacto sexual, por contacto con una lesión en los genitales, el ano, el recto, los labios o la boca, o de madre

a hijo durante el embarazo. Clínicamente se caracteriza por episodios de enfermedad activa, interrumpidos por lapsos de latencia [37].

Para curar la sífilis, las nuevas directrices de la OMS recomiendan vivamente una única dosis de penicilina benzatínica, que es un antibiótico inyectado por un médico u obstetra en el músculo de las nalgas o el muslo del paciente infectado [38].

Gonorrea: La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual provocada por la Neisseria gonorrhoeae que puede infectar tanto a los hombres como a las mujeres. Puede causar infecciones en los genitales, el recto y la garganta. Es una infección muy común, especialmente en las personas jóvenes de 15 a 24 años [39].

La resistencia a los antimicrobianos ha aparecido y se ha expandido tras la puesta en circulación de cada una de las nuevas clases de antibióticos contra la gonorrea. Debido a esta resistencia generalizada, los antibióticos más antiguos y más baratos han perdido su eficacia terapéutica contra la infección [38].

Clamidia: La infección por clamidia es una ETS común que puede infectar tanto a los hombres como a las mujeres. Puede causar daños graves y permanentes en el aparato reproductor de una mujer y hacer más difícil o imposible que quede embarazada en el futuro. La infección por clamidia también puede provocar un embarazo ectópico (embarazo que ocurre fuera del útero) que puede ser mortal [40].

La clamidia es la ITS bacteriana más frecuente y las personas infectadas suelen padecer también gonorrea. Los síntomas de la clamidia incluyen la exudación y la sensación de ardor al orinar, aunque la mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas. Incluso

en su forma asintomática, la clamidias puede dañar el sistema reproductor [38].

Virus del papiloma humano: El virus del papiloma humano es un virus de transmisión sexual, que se transmite por contacto genital (como el contacto sexual vaginal y anal). También se transmite por contacto cutáneo. Como mínimo, un 50% de las personas que han tenido relaciones sexuales se infectará con el VPH en algún momento de su vida [41].

Actualmente se comercializan dos vacunas contra el VPH en muchos países de todas partes del mundo; una vacuna bivalente y una vacuna tetravalente. Ambas vacunas son altamente eficaces para prevenir la infección por los tipos 16 y 18 del virus, que son los causantes de aproximadamente el 70% de los cánceres de cuello de útero a nivel mundial. La vacuna tetravalente también es altamente eficaz para prevenir las verrugas anogenitales, una enfermedad genital común que prácticamente es siempre causada por la infección por los tipos 6 y 11 del VPH [42].

El grupo objetivo primario en la mayoría de los países que recomiendan la vacunación contra el VPH está formado por niñas adolescentes de 9 a 14 años de edad. Para las dos vacunas contra el VPH, el calendario de vacunación depende de la edad del destinatario de la vacuna [42].

Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para el uso de la vacuna contra el VPH

La vacunación rutinaria contra el HPV para mujeres y hombres debe iniciar a la edad de 11 o 12 años. Las series de vacunas se pueden iniciar tan pronto como a los 9 años de edad [43].

También se recomienda la vacunación contra el VPH para las jóvenes de 13 a 26 años y para los chicos de 13 a 21 años de edad que no las haya aún recibido, así como a quienes ya las comenzaron, pero que no han completado las series. Los hombres de 22 a 26 años de edad también pueden ser vacunados [43].

Las vacunas contra el VPH no están aprobadas ni se recomiendan después de 26 años de edad. Aunque las vacunas son seguras, no ofrecerán mucho beneficio, si es que llega a ofrecer alguno [43].

Virus de la inmunodeficiencia adquirida - VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH [44].

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia [44].

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) representa las fases más avanzadas de la infección por el VIH. Se define por la

aparición de alguna de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH [45].

El periodo de transición de VIH a SIDA, puede variar mucho de una persona a otra. Si no se da tratamiento, la mayoría de los infectados por el VIH presentan signos de enfermedad al cabo de 5 a 10 años, aunque el periodo puede ser más breve. El tiempo que transcurre entre la infección por el VIH y el diagnóstico de sida puede variar entre 10 y 15 años, a veces más. El tratamiento con antirretrovíricos puede hacer más lenta la evolución porque evita la multiplicación del virus y, en consecuencia, disminuye la cantidad de virus presente en la sangre del individuo infectado la llamada «carga vírica». En la actualidad, no existe cura para la infección por el VIH. Pero un buen tratamiento con antirretrovíricos seguido al pie de la letra disminuye la evolución de la infección hasta casi detenerla [45].

Violencia basada en género

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada» [46].

Es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mujeres [47].

La violencia contra las mujeres está presente en los más diversos ámbitos, reviste múltiples formas con distintos grados de intensidad y supone, como toda violencia, la violación a los derechos humanos. Es la más extendida, oculta e impune y constituye no sólo un problema

privado, sino público. Es probablemente la violación de los derechos humanos más habitual y que afecta a un mayor número de personas. Millones de mujeres y niñas en el mundo son víctimas de violencia por razón de su sexo [47].

En la familia y en la comunidad, en tiempos de guerra y de paz. “Gran parte de la violencia contra las mujeres la cometen una amplia gama de personas y entidades, como la pareja y otros miembros de la familia; los conocidos ocasionales y extraños; las instituciones del barrio y la comunidad; las bandas delictivas, como así también las organizaciones y las empresas comerciales”. No existe una causa única que explique la violencia contra las mujeres, así lo han explicado las investigaciones realizadas desde el feminismo, la criminología, los derechos humanos, la sociología, la salud pública [47].

Existen factores que pueden incrementar el riesgo de violencia contra las mujeres:

A nivel individual: Que están asociados tanto a los agresores como a las víctimas/sobrevivientes. Entre ellos, figurarían los siguientes: haber vivido abusos durante la infancia y/o haber sido testigos de violencia en el hogar; el uso frecuente de alcohol y drogas de la violencia; pertenecer a una comunidad marginada o excluida; ser de baja condición educacional o económica [47].

En la pareja y la familia: Historia de conflictos conyugales, el control masculino de la riqueza y la autoridad para tomar decisiones conyugales, y la existencia de importantes disparidades interpersonales en materia de condición económica, educacional o de empleo [47].

En la comunidad: El aislamiento de las mujeres y la falta de apoyo social; las actitudes comunitarias que toleren y legitimen la violencia

masculina; y la existencia de niveles elevados de carencia de empoderamiento social y económico, en particular la pobreza [47].

En la sociedad: Los roles de género que abroquelan la dominación masculina y la subordinación femenina, y la tolerancia de la violencia como medio de resolución de conflictos. e) A nivel del Estado: la inadecuación de las leyes y políticas de prevención y castigo de la violencia y el bajo nivel de conciencia y sensibilidad de los agentes de la ley, los tribunales y los encargados de la prestación de los servicios sociales [47].

Violencia obstétrica

Para comprender esta forma de violencia es preciso tener en cuenta el proceso por el cual la maternidad, y el parto en particular, se convirtieron en objetos de regulación por parte del sistema biomédico moderno y del aparato sanitario estatal [11].

Esta forma de violencia ha sido invisibilidad y responde a condicionamientos de género. La legislación argentina propone la siguiente definición de violencia obstétrica: “aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Y se agrega que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas [11].

Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer [11].

Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer [11].

Sexualidad

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” [48].

Etapas del desarrollo psicosexual

Etapa oral: La etapa oral ocupa aproximadamente los primeros 18 meses de vida, y en ella aparecen los primeros intentos por satisfacer las demandas promovidas por la libido. También es la boca una de las principales zonas del cuerpo a la hora de explorar el entorno y sus elementos, y esto explicaría la propensión de los más pequeños a intentar "morderlo" todo [49].

Etapa anal: Esta etapa se produciría desde el fin de la etapa oral y hasta los 3 años de edad. Se trapa de la fase en la que se empiezan a controlar el esfínter en la defecación. Para Freud, esta actividad está vinculada al placer y la sexualidad [49].

Etapa fálica: Esta fase pulsional duraría entre los 3 y los 6 años, y su zona erógena asociada es la de los genitales. De este modo, la principal sensación placentera sería la de orinar, pero también se originaría en esta fase el inicio de la curiosidad por las diferencias entre hombres y mujeres, niños y niñas, empezando por las evidentes disimilitudes en la forma de los genitales y terminando en intereses, modos de ser y de vestir, etc. [49].

Etapa de latencia: Esta fase empieza hacia los 7 años y se extiende hasta el inicio de la pubertad. La etapa de latencia se caracteriza por no tener una zona erógena concreta asociada y, en general, por representar una congelación de las experimentaciones en materia de sexualidad por parte de los niños, en parte a causa de todos los castigos y amonestaciones recibidas [49].

Etapa genital: La etapa genital aparece con la pubertad y se prolonga en adelante. Está relacionada con los cambios físicos que acompañan a la adolescencia. Además, en esta fase del desarrollo psicosexual el deseo relacionado con lo sexual se vuelve tan intenso que no se puede reprimir con la misma eficacia que en etapas anteriores [49].

Dimensiones de la sexualidad

Las cuatro dimensiones más importantes son:

Dimensión biológica (sexo). Es el conjunto de características anatómicas, fisiológicas y endocrinas que diferencian a hombres y mujeres [49].

Dimensión psicoafectiva. Es la dimensión humana que afecta a las emociones y sentimientos, y está relacionada con las creencias y valores de cada persona [49].

Dimensión sociocultural y ética. Cada sociedad establece unos valores y normas para justificar los comportamientos sexuales. En función de esos valores y normas se establece lo que es normal y anormal en el comportamiento sexual. Los antropólogos consideran la ley del incesto como la primera regla básica para el comienzo de la civilización [49].

Dimensión clínica. Es la que trata de solucionar las disfunciones sexuales o la adicción al sexo, tanto si se deben a razones fisiológicas como psicológicas. Algunos problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, pueden originar problemas de convivencia, que repercuten en la vida sexual [49].

Planificación familiar

La planificación familiar es definida por la Organización Panamericana de la salud, como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia [50].

Existen varios métodos de planificación familiar; su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada el método que la persona o pareja desea utilizar [51]. Entre ellas tenemos:

Métodos de barrera

Los métodos de barrera son aquellos métodos que por un mecanismo físico evitan la fecundación, al impedir el acceso de los espermatozoides al útero. Son métodos de barrera los preservativos de

uso masculino, los preservativos de uso femenino y el diafragma. Los preservativos femenino y masculino, además, protegen contra las infecciones de transmisión sexual [52].

Clasificación según usuario/a:

- Preservativo.
- Preservativo femenino
- Diafragma vaginal
- Espermicidas

Métodos hormonales

Los anticonceptivos hormonales, desarrollados en la década de 1960, representan uno de los MAC más utilizados en todo el mundo. Están compuestos por derivados de las hormonas femeninas: estrógeno y progesterona. Existe una gran variedad de anticonceptivos combinados que presentan diferentes combinaciones y concentraciones de los derivados de estas dos hormonas.Los anticonceptivos sólo de progestágenos son anticonceptivos hormonales compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer [52].

- Anticonceptivos orales combinados
- Anticonceptivos orales de solo progestageno
- Inyectable combinados
- Inyectable de solo progesterona
- Implante
- Dispositivo Intrauterino

Métodos de dispositivos intrauterinos

- Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con cobre.
- Dispositivo intrauterino medicado con progestágeno (levonorgestrel). También se lo denomina Sistema de liberación intrauterino o SIU.

Métodos naturales

Los métodos naturales requieren el conocimiento por parte de la mujer de sus días fértiles, y que tanto la usuaria del método como la pareja tengan la convicción y la voluntad de abstenerse del coito vaginal durante esos días [52].

- Método del ritmo o del calendario (Ogino-Knaus)
- Método de la temperatura basal
- Método de las secreciones cervicales o Método de Billings
- Método de la lactancia materna exclusiva (MELA)

Métodos definitivos - Esterilización

La esterilización es una forma permanente de control de la natalidad que impide que una mujer quede embarazada o que un hombre libere esperma. El procedimiento de esterilización, que suele requerir una cirugía, debe ser realizado por un profesional de la salud. Estos procedimientos no suelen ser reversibles [52].

- Vasectomía
- Ligadura de trompas

2.3. Definición de términos básicos

Actitud

Es un estado mental y neural de preparación para la respuesta, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia direccional y/o dinámica sobre la conducta del individuo hacia todos los objetos y situaciones con que se relaciona [21].

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos [53].

Anticonceptivo

Se aplica a los métodos y sustancias que impiden la fecundación de la mujer [54].

Bacteria

Microorganismo unicelular sin núcleo diferenciado, algunas de cuyasespeci es descomponen la materia orgánica, mientras que otras producen enfermedades [55].

Cáncer

Enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, quepro liferan de manera anormal e incontrolada [56]**.**

Comunidad

Conjunto de las personas de un pueblo, región o nación. Conjunto de naciones unidas de acuerdos políticos y económicos [57].

Estudiante

La Real Academia Española define al estudiante como la persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza [58].

Juventud

Período de la vida humana que precede inmediatamente a la madurez [59].

Planificación

Acción y efecto de planificar. Plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud para obtener un objetivo determinado. Conjunto de medios empleados para establecer el número de hijos [60].

Salud

La Organización mundial de la salud define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [61].

Sexo

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra dentro de una mis ma especie. Conjunto de los individuos de una u otra de estas condiciones orgánicas [62].

Sexualidad

Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo [63].

Violencia

Acción que se realiza con brusquedad o fuerza excesivas con la finalidad d e causar daño [64].

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Formulación de hipótesis

El presente estudio no requiere de hipótesis, por ser de carácter descriptivo, porque se recogió información de manera independiente, sobre cada variable, además los datos fueron sometidos a un análisis estadístico [27].

3.2. Variable

Actitudes hacia la salud sexual

3.2.1. Definición conceptual

Es la predisposición aprendida que tiene el individuo hacia la salud sexual en relación con su sexualidad mantenida en el tiempo, que incluirá una valoración positiva, negativa o neutral de su vida sexual y quedará como experiencia a lo largo de ella [21, 29].

3.2.2. Definición operacional

Para medir las actitudes hacia la salud sexual en los estudiantes se elaboró una escala de actitudes con cuatro indicadores: Planificación familiar, sexualidad, violencia basada en género e Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA. De los cuales, cada indicador cuenta de 7 a 8 ítems, haciendo un total de 30 ítems.

3.2.3. Operacionalización de la variable: Actitudes hacia la Salud Sexual

Tabla 1. Operacionalización de la variable actitudes hacia la Salud Sexual en estudiantes de obstetricia.

VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	TIPO DE VARIABLE	VALORES FINALES	ESCALA	INSTRUMENTO
Actitudes hacia la Salud Sexual	Planificación Familiar	1 – 7	Cuantitativa	Favorable Indiferente Desfavorable	Ordinal	Escala de actitudes hacia la salud sexual
	Sexualidad	8 – 15	Cuantitativa		Ordinal	
	Violencia basada en género	16 - 23	Cuantitativa		Ordinal	
	ITS VIH/SIDA	24 – 30	Cuantitativa		Ordinal	

Fuente: Elaboración propia

3.3. Tipo de estudio

El presente trabajo es una investigación de tipo cuantitativo, porque se recogió y se analizó datos cuantitativos sobre la variable: Actitudes hacia la salud sexual.

Según Sampieri, H. R; Collado FC; Lucio B. P., un estudio cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y confía en la medición numérica, en el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población [27].

3.4. Diseño de estudio

El diseño del presente estudio fue no experimental, descriptivo de corte transversal; ya que no se manipuló la variable, en los que sólo se observó el fenómeno en su ambiente natural para después analizarlos.

Es no experimental porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional [27].

Es transversal porque se recolectó los datos en un solo momento, en un momento único [27].

3.5. Población y muestra

3.5.1 Población

La población estuvo constituida por 580 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia matriculados en el periodo 2017 – II de la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

La población se determinó tomando como referencia los datos proporcionados por la Oficina Social de Recursos Académicos (OSAR) de la Universidad Arzobispo Loayza durante el periodo 2017–II.

Criterios de selección

a) Inclusión

- Estudiantes matriculados en el periodo 2017- II de la Universidad Arzobispo Loayza.
- Estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia.
- Estudiantes elegidos que tengan la voluntad e interés para participar en la investigación.

b) Exclusión

- Estudiante que no asista el día de la aplicación del instrumento.
- Estudiantes elegidos que no decidan ser parte del estudio.

3.5.2 Muestra y muestreo

Unidad de estudio: Estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia que acuden a la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

3.5.3.1. Tamaño de muestra

El cálculo del tamaño de muestra se obtuvo aplicando la siguiente Fórmula

Fórmula:

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{(N-1)E^2 + Z^2p(1-p)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población: 580

Z = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = Proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

q = 1 – p (en este caso 1 – 0.5 = 0.5)

e = Error de estimación entre la proporción real y la proporción de la muestra: 0.5^2

Reemplazando:

$$n = \frac{580 * 196^2 * 0.5 * 0.5}{579 * 0.5^2 + 196^2 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{580 * 3.84 * 0.5 * 0.5}{579 * 0.0025 + 3.84 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{556.8}{2.4075}$$

$$n = 231$$

∴ Tamaño de la muestra es 231 estudiantes

La muestra estuvo constituida por 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia durante el periodo 2017 – II de la Universidad Privada Arzobispo Loayza durante la primera semana del mes de octubre.

3.5.3.2. Selección de la muestra o muestreo

Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado proporcional; ya que los alumnos a encuestar pertenecen a diferentes ciclos. Los participantes del estudio se escogieron de modo aleatorio, tomando una cantidad proporcional de alumnos de cada ciclo de la Escuela Profesional de obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza. Para lograr lo anteriormente mencionado, se obtuvo un listado del total de alumnos(as) inscritos en el semestre 2017 – II y el total de alumnos de cada ciclo con lo que se calculó el porcentaje que representa cada una de estas partes, una vez obtenida esta cantidad se procedió a escoger aleatoriamente a los alumnos(as) de cada uno de los ciclos respectivos que serán encuestados.

Tabla 2. Distribución según los estratos en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

Ciclos Académicos	Total de Estudiantes	Aulas	%	Estudiantes por Aulas	%	Muestra	%	Muestras de estudiantes	%
I CICLO	70	A	12,06	36	6,21	28	11,96	14	6,07
		B		34	5,86			14	6.07
II CICLO	142	A	24,48	40	6,90	56	24,46	16	6,93
		B		40	6,90			16	6,93
		C		37	6,38			15	6.49
		D		25	4,31			9	3.89
III CICLO	75	A	12.94	39	6,72	30	13,03	16	6,93
		B		36	6,21			14	6,07
IV CICLO	85	A	14,66	29	5.00	34	14,62	12	5.19
		B		26	4,48			10	4.32
		C		30	5,17			12	5.19
V CICLO	41	A	7,07	41	7,07	16	7,18	16	6.93
VI CICLO	75	A	12,93	43	7,41	30	12,76	17	7.35
		B		32	5,51			13	5.62
VIII CICLO	92	A	15,86	44	7,59	60	15,95	18	7.79
		B		48	8,27			19	8.22
PERIODO 2017 – II	580	100%		580	100	231	100	231	100

Fuente. Elaboración propia

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas de recolección de datos

En el presente estudio se aplicó la técnica de la encuesta mediante el instrumento aplicado de Escala de actitudes, el cual constó de un total de 30 ítems y se llevó a cabo en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza durante la primera semana del mes de octubre, que fue llenado en un tiempo de 15 minutos aproximadamente.

3.6.2 Instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación del instrumento Escala de actitudes hacia la salud sexual, el cual permitió conocer las actitudes que tienen los estudiantes en cuanto a la salud sexual.

Ficha técnica

Nombre: Escala de actitudes hacia la salud sexual.

Autoras: Arévalo García Brenda y Diaz Casas Lesly

Informantes: Estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza

Duración: 15 minutos.

Aplicación: Individual.

Descripción: La encuesta constó de 30 ítems de actitudes hacia la salud sexual, del ítem 1 al 7 planificación familiar, del ítem 8 al 15 sexualidad, del ítem 16 al 23 violencia basada en género, del ítem 24 a las 30 infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Se aplicó a la muestra para así poder conocer las actitudes hacia la salud sexual. Se construyó siguiendo la escala de Likert: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Criterios de evaluación

La mayoría de los ítems fueron formulados positivamente a excepción de los ítems: 4, 11, 18, 19, 26 y 27 que fueron redactados de forma negativa, al cual el estudiante tuvo que marcar con: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo, para lo cual se procesó los resultados del 1 al 5 pero en el caso de los ítems negativos estos valores fueron invertidos.

Para la medición de las actitudes se empleó la escala Likert considerando 5 alternativas: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo; con un total de 30 ítems.

Tabla 3. Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la Salud Sexual

Categorías de las Actitudes hacia la Salud Sexual	**Rango de Puntuación**
Favorable	111 – 150
Indiferente	70 – 110
Desfavorable	30– 69

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la Planificación familiar

Actitudes hacia la planificación familiar	**Rango de Puntuación**
Favorable	26 – 35
Indiferente	17 – 25
Desfavorable	07– 16

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la Sexualidad.

Actitudes hacia la sexualidad	Rango de Puntuación
Favorable	30 – 40
Indiferente	19 – 29
Desfavorable	08 – 18

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Rangos de puntuación de las Actitudes hacia la Violencia Basada en Género.

Actitudes hacia la violencia basada en género	Rango de Puntuación
Favorable	26 – 35
Indiferente	17 – 25
Desfavorable	07– 16

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Rangos de puntuación de las Actitudes hacia las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

Actitudes hacia las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	Rango de Puntuación
Favorable	30 – 40
Indiferente	19 – 29
Desfavorable	08– 18

Fuente: Elaboración propia

3.6.3 Validez del instrumento

Validez de contenido

Cabe precisar, que el instrumento se sometió a juicio de expertos para determinar su validez de contenido. La participación de expertos en la evaluación del instrumento correspondió a profesionales elegidos por sus conocimientos, experiencias en investigaciones y en la temática para que juzgaran en forma independiente la bondad de los ítems del instrumento; en base a la relevancia o congruencia de contenido y la claridad de la redacción, obteniéndose de todos ellos una decisión de aplicabilidad.

Tabla 8. Validación del instrumento por expertos.

N	Nombres y Apellidos	Grado Académico	Puntuación
1	Ruiz Castillo, Julio C.	Lic. En Psicología	**Aplicable**
2	Franchini Calderón, Susanne.	Lic. En Obstetricia	**Aplicable**
3	Fernández Ledesma Scarlete	Mg. En Obstetricia	**Aplicable**
4	Espinoza Arzapalo Karinna G.	Mg. En Obstetricia	**Aplicable**
5	Vargas Granados, Luzmila	Mg. En Obstetricia	**Aplicable**

Fuente. Certificados de validación de los expertos

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante la aplicación de una prueba piloto que se realizó a 23 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia durante el periodo 2017 – II en la Universidad Arzobispo Loayza durante el mes de octubre, los cuales no fueron partícipes de la recolección propiamente. La información obtenida fue analizada para verificar la confiabilidad del instrumento mediante el cálculo de Alfa de Cronbach, el cuál fue de 0.692 (mayor de 0.5) por tanto el instrumento es confiable.

Tabla 9. Confiabilidad del instrumento

Alpha de Cronbach	N° de elmentos
0.692	30

Fuente: Elaboración con el programa de SPSS Statisticcs 22

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

1) Se presentó una carta de autorización a la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia y Rector de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, con la finalidad de obtener la autorización y

también las facilidades de poder realizar la investigación.

2) Luego de obtener la autorización, se aplicó los instrumentos de recolección de datos a los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza que cumplieran con los criterios de inclusión.

3) Posteriormente se informó a los estudiantes sobre el propósito de la investigación, los estudiantes que decidieron participan de manera voluntaria tuvieron que firmar un consentimiento informado.

4) El llenado del cuestionario duro aproximadamente 15 minutos cada una.

3.8. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Para realizar el procesamiento y análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico informático denominado SPSS (Statistical Packageforthe Social Sciences) versión 23, la cual se analizó los datos obtenidos en forma numérica y porcentual, las cuales son presentadas a través de tablas. También se usó el programa Excel para realizar las figuras de acuerdo a los objetivos que se plantearon, esperando que los resultados obtenidos puedan ser tomados en cuenta en futuras investigaciones.

3.9. Consideraciones éticas

Se buscó que el presente estudio cuantitativo cumpla con los principios básicos de la bioética:

Autonomía: Los participantes de la investigación fueron informados sobre los objetivos de la investigación y la manera en la que apoyarían en el estudio, fueron consultados sobre sus deseos de participar en éste mediante el consentimiento informado que se les presentó de forma verbal, al cual ellos accedieron favorablemente.

Beneficencia y no maleficencia: El estudio no presentó ningún riesgo para los estudiantes, sin embargo; pudo causar algún tipo de incomodidad, pues se indagó sobre su sexualidad. La evaluación de los resultados permitió determinar las actitudes en cuanto a la salud sexual; con el fin de identificar la manera de pensar y actuar de los estudiantes para que puedan fortalecer y mejorar esas carencias en cuanto a este tema muy importante en nuestra profesión y así poder ser capaces de brindar una

mejor atención a nuestra población

Justicia: La participación de cada estudiante en el estudio fue completamente voluntaria, y ella tuvo el derecho de abstenerse a participar.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

La presente investigación fue aplicada a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el año académico 2017- II durante la primera semana del mes de octubre.

Tabla 10. Datos sociodemográficos de los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

Datos sociodemográficos	Media	Desviación estándar
Edad (años)	20.38	3.1
Edad de Inicio de relaciones sexuales	**Media**	**Desviación Estándar**
	17.08	1.81
Número de parejas sexuales	**Media**	**Desviación Estándar**
	1.92	1.11
Sexo	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Femenino	220	97.8
Masculino	5	2.2
Estado civil	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Soltero	212	91.8
Casado	10	4.3
Viudo	1	0.4
Divorciado	1	0.4
Conviviente	7	3.0
Religión	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Cristiano	40	17.3
Católico	169	73.2
Evangélico	14	6.1
Agnóstico	8	3.5
Lugar de Procedencia	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Lima	195	84.4’
Provincia	36	15.6
Sexualmente activos	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Si	170	73.6
No	61	26.4
Método anticonceptivo	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Si	103	60.6
No	128	39.4
Violencia	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Si	16	6.9
No	215	93.1
Total	231	100.0

Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

En la tabla 10, podemos apreciar las distribución de media, desviacion estandar, frecuencias y porcentajes de los datos sociodemograficas de los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza. Se puede observar que la edad promedio de los estudiantes fue de 20.38 ± 3.17 años, con una edad mínima de 16 y una máxima de 36; asi mismo, se evidencia que el 97.8% es de sexo femenino; respecto al estado civil, se determinó que el 91.8% de estudiantes esta soltero, el 73.2% profesan la religión católica, el 84.4% nació en Lima. Por otra parte, el 73.6% de estudiantes son sexualmente activos, de este grupo , la edad promedio del inicio de relaciones sexuales de los estudiantes fue a los 17 años y tuvo un compañero sexual; por otro lado, en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, solo el 60.6% de los estudiantes sexualmente activos ha usado algún método anticonceptivo. Por último, se encontró que de toda la muestra, el 6.9% de estudiantes a sufrido de violencia por parte de sus parejas.

Tabla 11. Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la Salud Sexual.

Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	200	86,6
Indiferente	30	13,0
Desfavorable	1	,4
Total	231	100,0

Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.

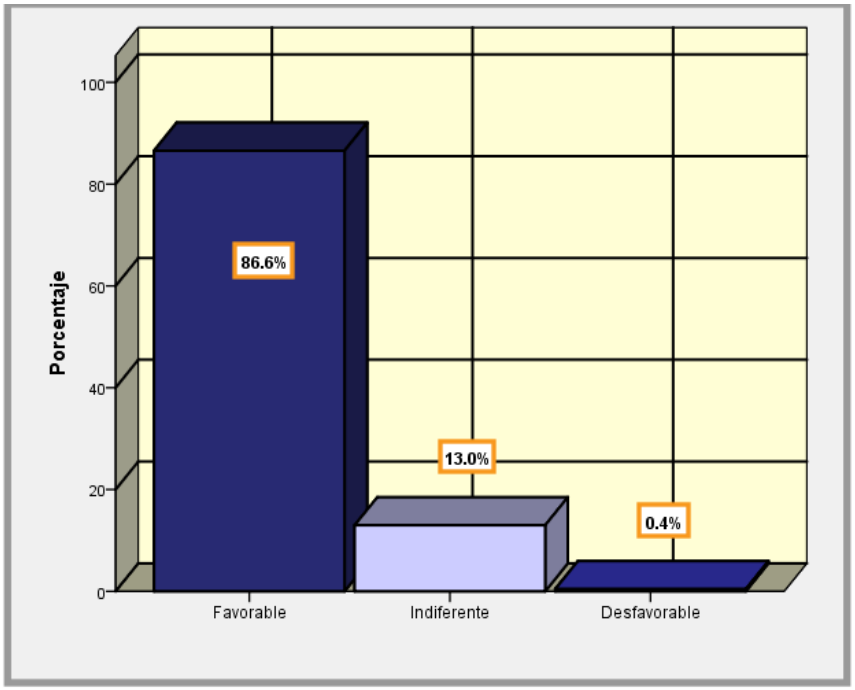


Figura 1. Distribución porcentual de los estudiantes según actitudes hacia la Salud Sexual

En la tabla 11 y figura 1, se puede observar respecto de la actitud hacia la salud sexual en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia hacia la salud sexual de que del 100% de los estudiantes; el 86.6 % tienen una actitud favorable, el 13.0% tiene una actitud indiferente, mientras que un sólo el 0.4% posee una actitud desfavorable.

Tabla 12. Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la planificación familiar

Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	218	94,4
Indiferente	11	4,8
Desfavorable	2	,9
Total	231	100,0

Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

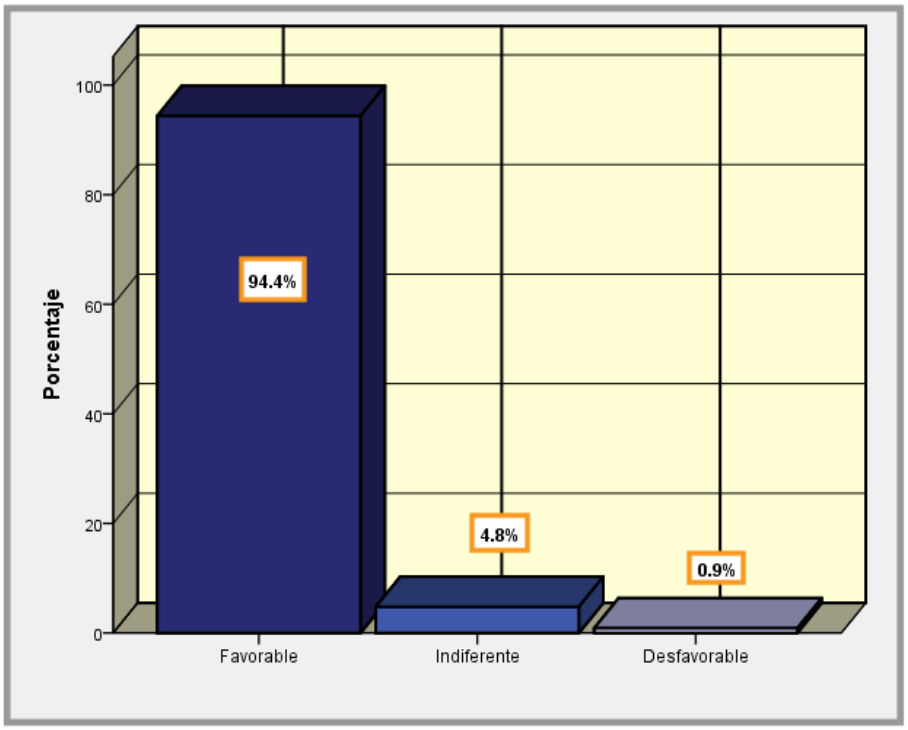


Figura 2. Distribución porcentual de los estudiantes según actitudes hacia la planificación familiar

En la tabla 12 y figura 2, acerca de las actitudes hacia la planificación familiar se puede observar que del 100% de los estudiantes, el 94.4% tiene una actitud favorable, el 0.9% tiene una actitud desfavorable y el 4.8% una actitud indiferente

.

Tabla 13. Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la sexualidad

Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	183	79,2
Indiferente	45	19,5
Desfavorable	3	1,3
Total	231	100,0

Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

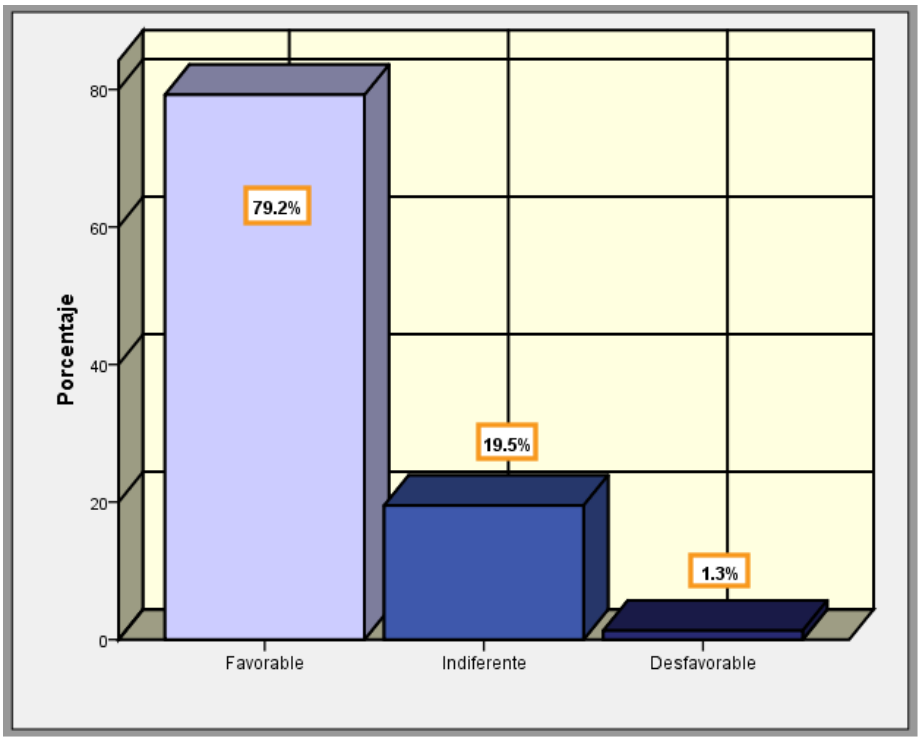


Figura 3. Distribución porcentual de los estudiantes según las actitudes hacia la sexualidad

En la tabla 13 y figura 3, acerca de las actitudes hacia la sexualidad se puede observar que del 100% de los estudiantes, el 79.2% tiene una actitud favorable, el 1.3% tiene una actitud desfavorable y el 19.5% una actitud indiferente.

Tabla 14. Distribución de los estudiantes según las actitudes hacia el rechazo de la violencia basada en género

Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	192	83,1
Indiferente	38	16,5
Desfavorable	1	0,4
Total	231	100,0

Fuente.Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

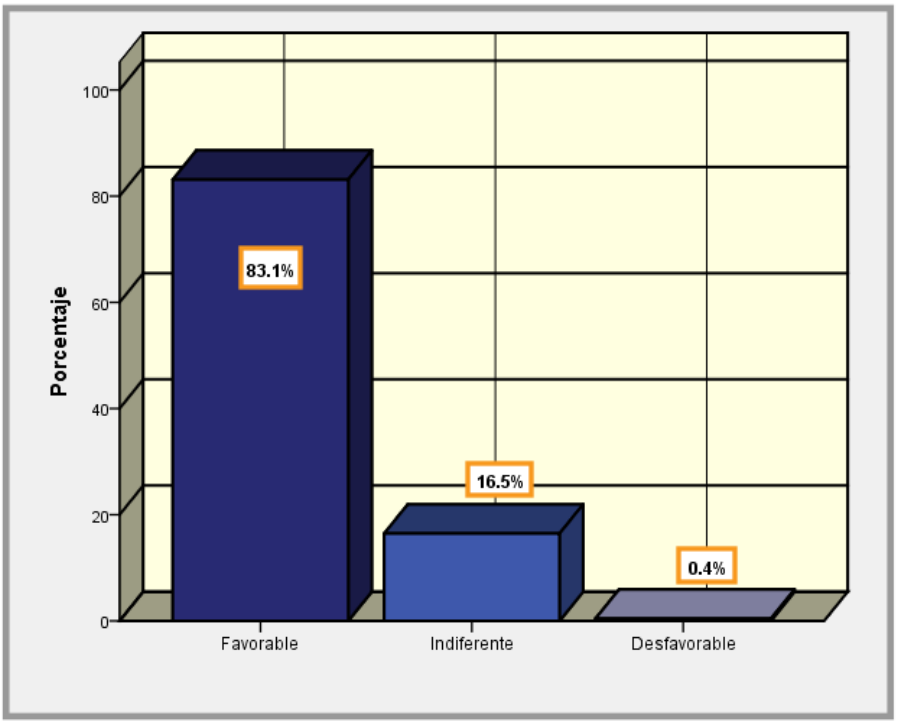


Figura 4. Distribución porcentual de los estudiantes según las actitudes hacia el rechazo de la violencia basada en género

En la tabla 14 y figura 4, acerca de las actitudes hacia la violencia basada en género se puede observar que del 100% de los estudiantes, el 0.4% tiene una actitud desfavorable sobre el rechazo de la violencia basada en género, el 83.1%% tiene una actitud favorable y el 16.5% una actitud indiferente en cuanto este indicador.

Tabla 15. Distribución de los estudiantes según actitudes hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	163	70,6
Indiferente	67	29,0
Desfavorable	1	0,4
Total	231	100,0

Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

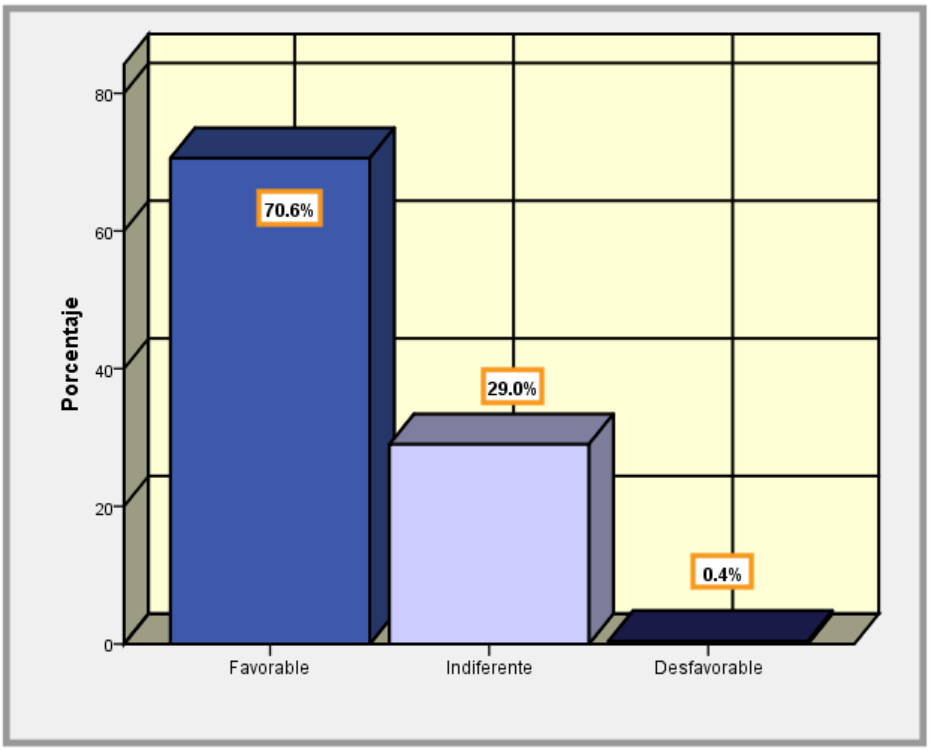


Figura 5. Distribución porcentual de los estudiantes según actitudes hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

En la tabla 15 y figura 5, acerca de las actitudes hacia la prevención de las Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA se puede observar que del 100% de los estudiantes, el 70.6% tiene una actitud favorable, el 29% una actitud indiferente y el 0.4% tiene una actitud desfavorable.

Tabla 16a. Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según la tasa de respuesta de cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza

Valores		Ítem 1		Ítem 2		Ítem 3		Ítem 4		Ítem 5		Ítem 6		Ítem 7		Ítem 8		Ítem 9		Ítem 10	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	**TMED**	13	6%	55	3%	6	3%	2	1%	2	1%	9	4%	8	4%	7	3%	10	4%	8	4%
2	**ED**	5	2%	41	18%	7	3%	16	7%	6	3%	11	5%	1	1%	7	0%	0	6%	12	5%
3	**NDANED**	12	5%	65	3%	24	10%	7	3%	11	5%	59	25%	45	20 %	27	11%	80	35%	24	10%
4	**D**	76	33%	38	24%	91	36%	52	22 %	64	28%	98	42%	79	34 %	72	31%	68	29%	84	36%
5	**TMDA**	125	54%	32	69%	99	47%	169	73 %	154	66%	59	26%	87	37 %	118	52%	57	25%	109	47%

Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Ocubre del 2017.

Tabla 16b. Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según la tasa de respuesta de cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza

Valores		Ítem 11		Ítem 12		Ítem 13		Ítem 14		Ítem 15		Ítem 16		Ítem 17		Ítem 18		Ítem 19		Ítem 20	
		N	%	N	%	N	%	%	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	**TMED**	65	28%	4	2%	4	2%	3	1%	4	2%	6	2%	34	14%	123	53%	175	76%	5	2%
2	**ED**	37	16%	0	0%	1	1%	5	2%	12	5%	13	6%	35	15%	45	20%	37	3%	11	5%
3	**NDANED**	71	31%	15	6%	10	4%	25	11%	52	22%	34	15%	62	27%	45	20%	8	3%	13	5%
4	**D**	36	16%	65	28%	61	26%	71	31%	78	34%	74	32%	50	22%	13	5%	6	3%	64	28%
5	**TMDA**	22	9%	147	64%	155	67%	127	55%	85	37%	104	45%	50	22%	5	52%	5	2%	138	60%

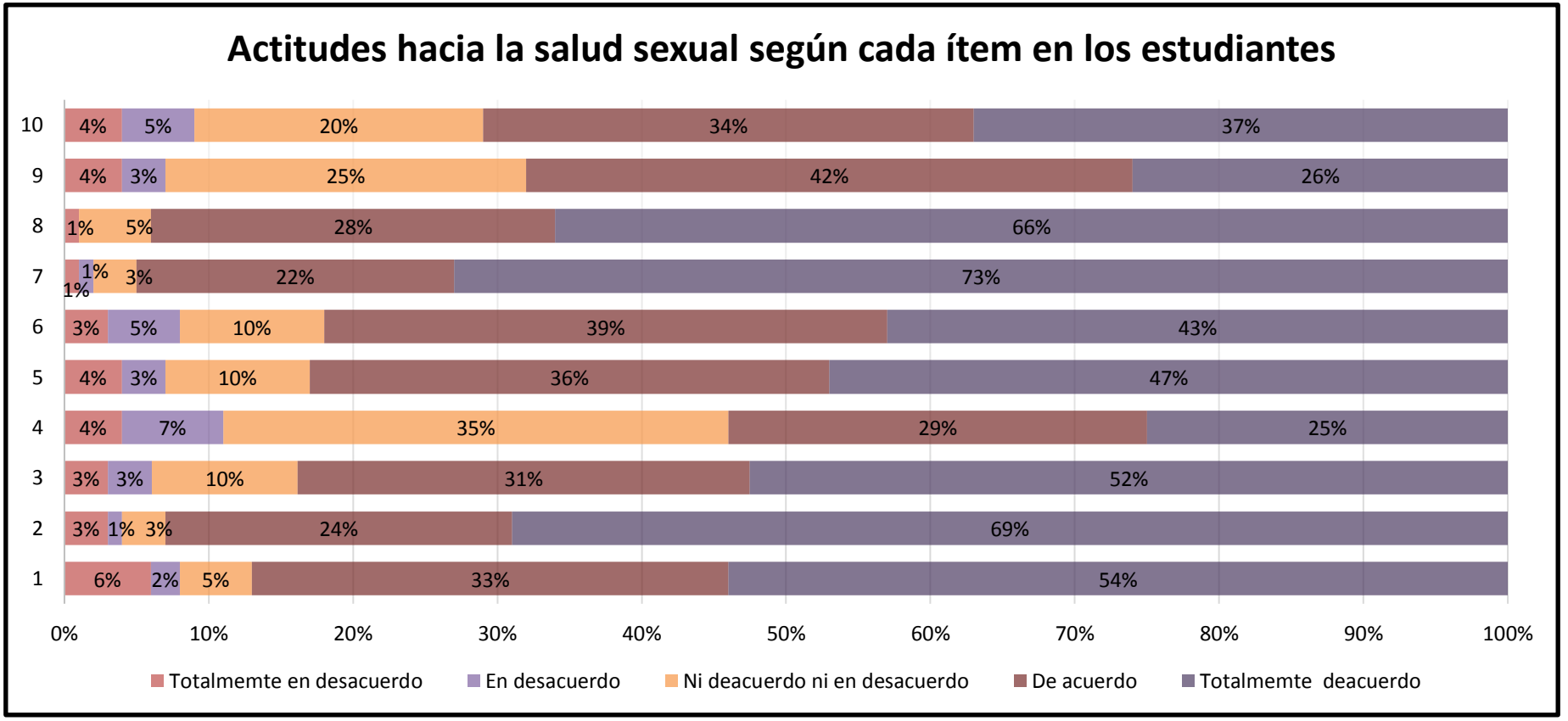
Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Ocubre del 2017.

Tabla 16c. Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según la tasa de respuesta de cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza

Valores		Ítem 21		Ítem 22		Ítem 23		Ítem 24		Ítem 25		Ítem 26		Ítem 27		Ítem 28		Ítem 29		Ítem 30	
		N	%	N	%	N	%	%	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	TMED	9	4%	9	4%	3	1%	2	1%	2	1%	42	18%	9	4%	12	5%	8	4%	55	24%
2	ED	7	3%	4	2%	4	1%	1	1%	2	1%	25	10%	12	5%	7	3%	4	2%	41	18%
3	NDANED	17	7%	21	7%	31	14%	12	5%	9	4%	54	24%	36	16%	49	21%	18	8%	65	28%
4	D	90	39%	88	39%	113	49%	61	26%	65	28%	62	27%	76	38%	66	29%	77	33%	38	16%
5	TMDA	108	47%	109	47%	80	35%	155	67%	153	66%	48	21%	98	42%	97	42%	124	53%	32	14%

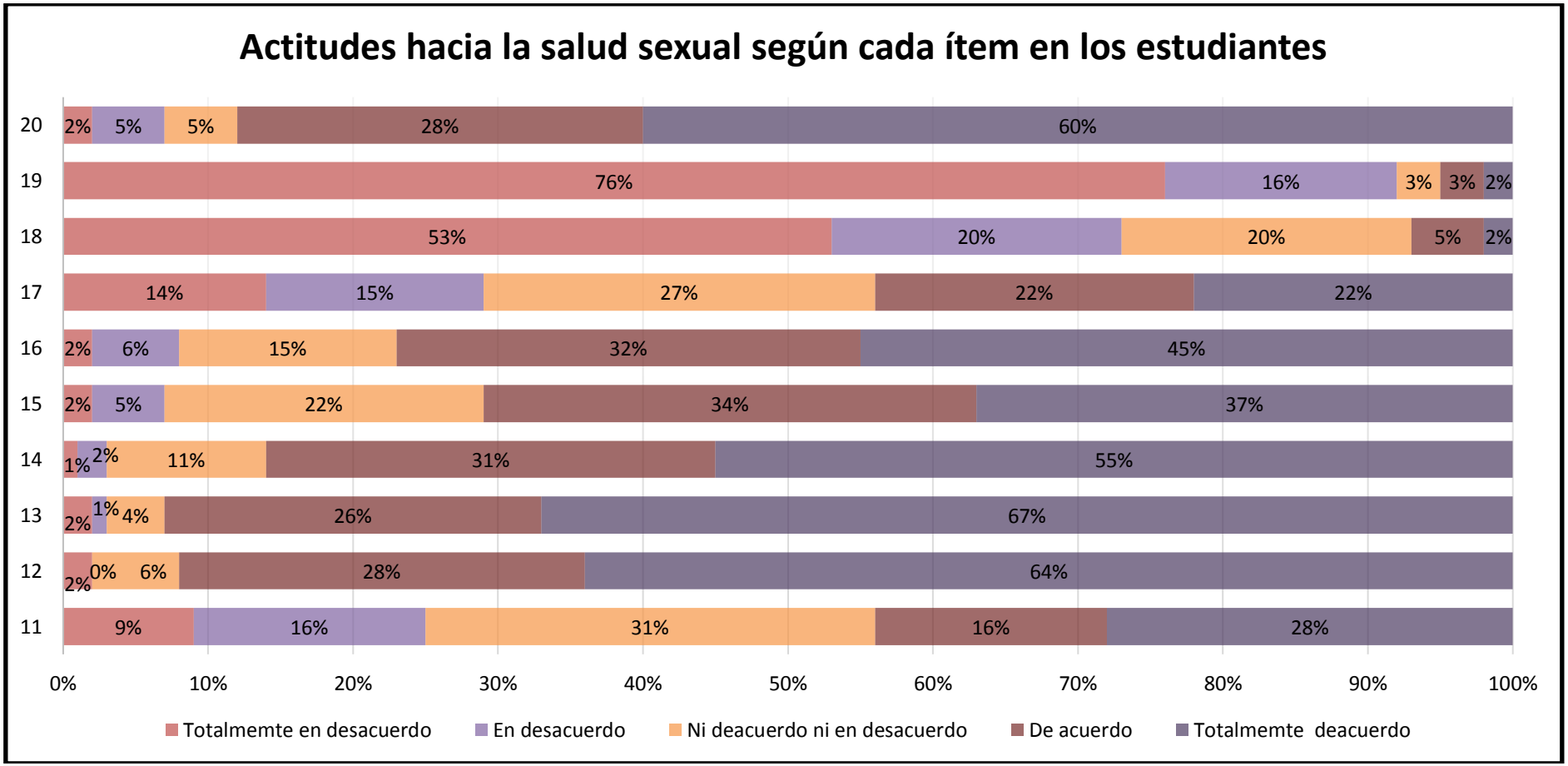
Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Ocubre del 2017.

Figura 6. Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017



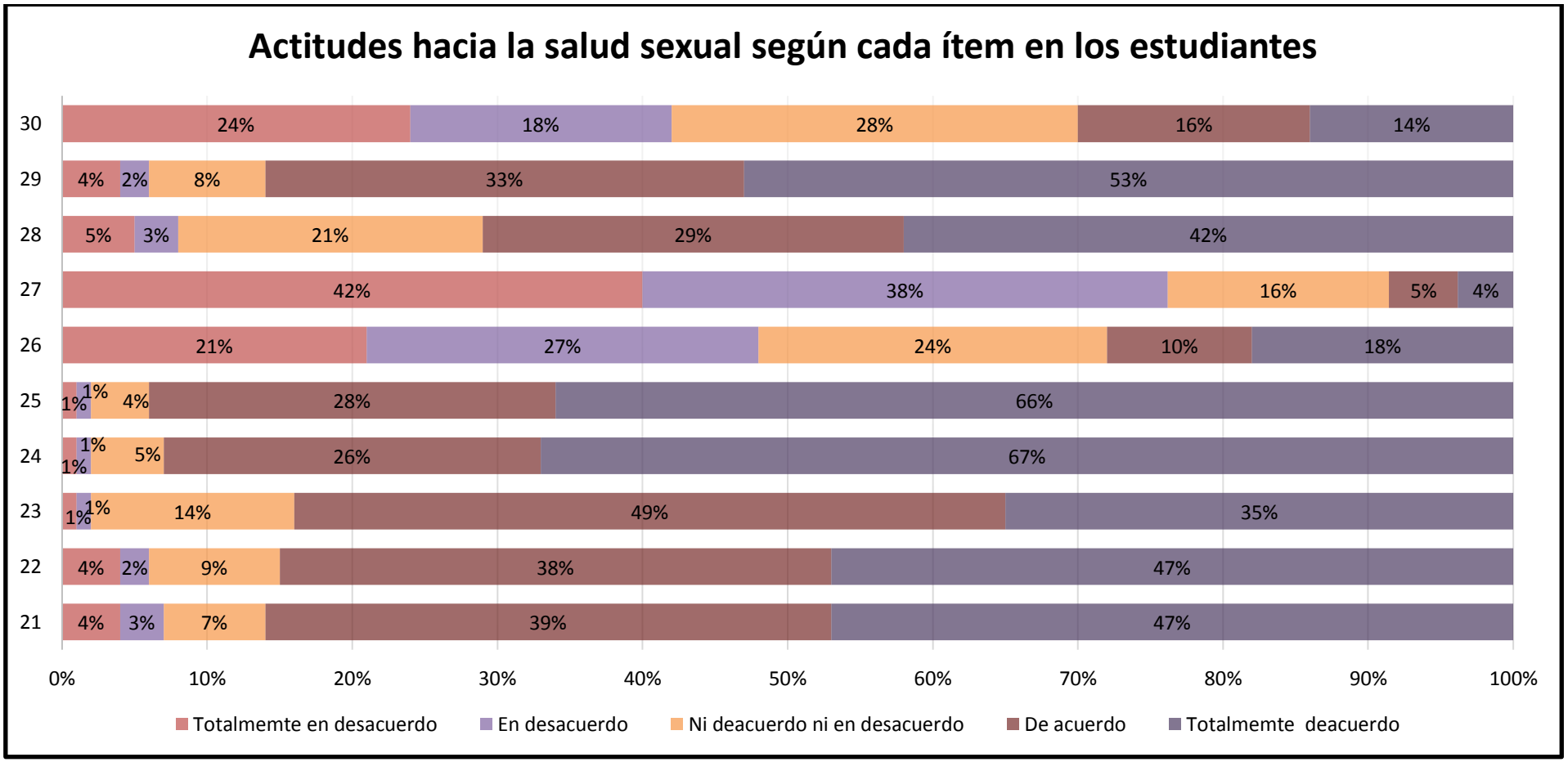
Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

Figura 6b. Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017



Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

Figura 6c. Proporción de las actitudes hacia la salud sexual según cada ítem en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017



Fuente. Instrumento aplicado a 231 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza en el mes de Octubre del 2017.

En la tabla 16 y figura 6, se observa la percepción de los resultados de las actitudes hacia la salud sexual, donde el ítem con mayor valoración de, totalmente en desacuerdo fue el ítem 19 considerada como alta en el 76% de los estudiantes, ubicada en la dimensión de rechazo para la violencia basada en género y los ítems con mayor valoración para totalmente de acuerdo, fueron el ítem 13 y 24 con 67%, ubicadas en las dimensiones de sexualidad y prevención de las infecciones de trasmisión sexual respectivamente.

4.2. Discusión de resultados

En el Perú, hoy más que nunca la salud sexual representa un gran desafío, muchos adolescentes y jóvenes aún no cuentan con todas las facilidades para acceder a información y servicios que les permitan hacer ejercicio de este derecho como a la planificación familiar, la educación sexual integral, la prevención de infecciones de transmisión sexual, la prevención y atención de la violencia basada en género, y la difusión y defensa de los derechos sexuales, los cuales no permite que se logren desarrollar satisfactoriamente.

De acuerdo a la investigación realizada, se observa que los estudiantes universitarios a quienes se les aplicó la encuesta, en casi su totalidad predomina una actitud favorable hacia la salud sexual global con un 86.6%, indiferente de 13% y desfavorable de 0.4%; así mismo, en un estudio realizado por Díaz C, Arrieta V, De la Parra, Muñoz M, Ordoñez O [13], la población estudiada asume actitudes adecuadas con respecto a la salud sexual y reproductiva con un 63.9%, deduciéndose además que las mujeres son quienes presentan actitudes relativamente más acertadas que los hombres. Ambos estudios demuestran tener actitudes favorables hacia la salud sexual, en ambos estudios, el sexo predomínate es el femenino al igual que existe ciertas similitudes en cuanto a la edad que es de 20 años, por lo que deducimos que gran parte de los jóvenes universitarios poseen un pensamiento responsable sobre salud sexual.

En nuestro estudio, pudimos observar que, la edad promedio de los estudiantes fue de 20.3 con una edad minima de 16 y una maxima de 36; asi mismo, se evidencia que el 97.8% es de sexo femenino, el 73.2% profesan la religión cátolica, el 84.4% nació en Lima. Por otra parte, el 73.6% de estudiantes son sexualmente activos, de este grupo la edad promedio del inicio de relaciones sexuales fue a los 17 años con un 26.4% y 0.6% fue a los 12 años; en cuanto al uso de métodos anticonceptivos,

solo el 60.6% de los estudiantes sexualmente activos ha usado algún método anticonceptivo. En el estudio realizado por Gómez C, Ochoa D, Canchila B, Ramos C, Salguedo M, Malambo G [12], las poblaciones estudiadas tenían una edad promedio de 20 años de edad, con un inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años un 11,8%. En el estudio de Hurtado Z, Olvera M [17], la edad promedio fue de 19 años con una media de edad de inicio de relaciones sexuales a los 17.3 años, y la edad menor de inicio de relaciones sexuales fue de 8 años. Calero P Cardoza D, Pilarte R [19], en su investigación refiere que la edad de los encuestados es de 20 años con un 59.4%; el 87.1% de los estudiantes son solteros, con predominio de la religión católica un 69.3%. El 57.4% de la muestra es sexualmente activa, tuvieron un inicio de vida sexual entre los 15 y 19 años; de los que usan algún método anticonceptivo el 43.0% lo hace por decisión propia. De todos los datos antes mencionados, se puede resaltar que el inicio precoz de relaciones sexuales fue de 8 años según el estudio Hurtado Z, Olvera M [17], y en nuestro estudio fue de 12 años, por ello, podríamos decir que en la actualidad el inicio de relaciones sexuales empieza desde la adolescencia y es allí en donde nosotros como profesionales debemos de actuar para orientarlos y prevenir no solo los embarazos adolescentes, la transmisión de alguna infección de transmisión sexual o en algún caso extremo como el VIH/SIDA, sino también evitar algún tipo de violencia.

En nuestro trabajo de investigación logramos comprobar que, las actitudes hacia la planificación familiar fueron favorables con un 94.4%, teniendo en cuenta que el 73.6% son sexualmente activos y un 44.6% de este grupo actualmente utilizan un método anticonceptivo; en la investigación realizada por Calero P Cardoza D, Pilarte R, del total de la muestra el 81.2% tiene buen conocimiento sobre MAC, de ellos el 66.3% tiene una actitud favorable hacia los MAC. El 36.6% tiene mala práctica al usar anticonceptivos; para los investigadores, Urueta U, Martínez J, Aguilar L, Agámez C [14], la mayoría presenta una actitud favorable hacia los métodos anticonceptivos a pesar que solo el 46% de los estudiantes encuestados usan métodos de planificación. . Si la mujer con el apoyo de su pareja planifica su familia utilizando eficazmente la anticoncepción, podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación.

En cuanto al segundo indicador sobre actitudes hacia la sexualidad, en la investigación realizada por Casas G, Alzás G y Casas G [15], como resultados más destacados, podemos señalar que existen actitudes positivas ante las relaciones sexuales en general, el uso del preservativo y

las campañas gubernamentales de educación sexual, mientras que las actitudes más negativas son las relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado o la interrupción voluntaria del embarazo; para Zambrano P, Toscano M, Gil M [16], las actitudes sexuales fueron liberales en el 68% de los encuestados. Este porcentaje aumentó respecto a la actitud hacia las relaciones sexuales donde el 75% mantuvo una postura liberal, mientras que al analizar la actitud hacia las diferentes formas de practicar el sexo se encontró un 53% con actitud conservadora. En nuestro estudio pudimos comprobar que del 100% de los estudiantes, el 79.2% tiene una actitud favorable, el 1.3% tiene una actitud desfavorable y el 19.5% una actitud indiferente. La sexualidad es parte esencial de la salud sexual, en la cual se involucra sensaciones, emociones, sentimientos, de los cuales se toman decisiones que condicionan nuestro comportamiento, todo esto puede ser afectado por diversos factores tales como a la sobrexposición de los medios de comunicación, la presión de amistades, sumado a esto a una inadecuada o inexistente educación sexual en muchos centros educativos y hogares.

Las actitudes frente al rechazo de la violencia basada en género en nuestra investigación, se pudo observar que del 100% de los estudiantes, el 83.1% tiene una actitud favorable, el 0.4% tiene una actitud desfavorable y el 16.5% una actitud indiferente, teniendo en cuenta que el 6.9% de nuestra población encuestada ha sufrido de algún tipo de maltrato por parte de sus parejas. Para los investigadores Hernando G, García R, Montilla C [18], las actitudes y posturas que mantienen los participantes ante el maltrato son manifiestamente unitarias en cuanto a la condena y al endurecimiento de las penas. Según los estudios antes mencionados podemos decir que, en la actualidad muchos jóvenes se valoran de forma positiva y entienden que actualmente la violencia basada en género es un problema social, el cual rechazan completamente.

En cuanto a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, en el estudio realizado por Leyva A, Rojas B [20], del total de los estudiantes encuestados. , se observa que el 23% de los estudiantes tiene una actitud mala, el 60% tiene una actitud regular y el 17% poseen una actitud buena; mientras que en nuestros resultados pudimos observar que, 70.6% tiene una actitud favorable, el 0.4% tiene una actitud desfavorable y el 29.0% una actitud indiferente hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Al comparar ambos estudios pudimos observar una variación notable en cuanto a los resultados, esto se puede deber a las características de las poblaciones encuestadas y al tamaño de muestra empleado.

CONCLUSIONES

Al culminar la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

Primera. Las actitudes en general, hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, fueron favorables en su mayoría.

Segunda. Los estudiantes tienen una edad media de 20 años, con un inicio de relaciones sexuales de 17 años y 1 pareja sexual; la mayoría son de sexo femenino, soltero(a), de religión católico(a), procedentes de Lima, son sexualmente activos, utilizan algún método anticonceptivo y la mayoría de estudiantes no ha sufrido de violencia.

Tercera. Las actitudes hacia la planificación familiar en la mayoría de los estudiantes fueron favorables.

Cuarta. Las actitudes hacia la sexualidad en la mayoría de los estudiantes fueron favorables.

Quinta. Las actitudes hacia el rechazo de la violencia basada en género la mayoría de los estudiantes poseen una actitud favorable.

Sexta. Las actitudes hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA de los estudiantes fueron en su mayoría favorables, aunque también existió un porcentaje notable de indiferencia.

Séptima. La proporción resultados de las actitudes hacia la salud sexual, donde el ítem con la mayor valoración de, totalmente en desacuerdo fue el ítem 19 ubicada en la dimensión del rechazo de la violencia basada en género y los ítems con la mayor valoración para totalmente de acuerdo fueron el ítem 13 y 24, ubicados en las dimensiones de sexualidad y prevención de las infecciones de transmisión sexual respectivamente.

SUGERENCIAS

Primero: A la Universidad Privada Arzobispo Loayza, realizar un diseño de estrategia educativa que conduzca a fomentar actitudes favorables sobre salud sexual en los estudiantes.

Segundo: A la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, continuar con la formación académica que hasta ahora han tenido en cuanto a la salud sexual, para que así los estudiantes mantengan sus actitudes favorables y así se pueda implementar nuevas estrategias preventivas para que sean aplicadas en sus instituciones educativas y/o puestos de salud.

Tercero: A los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, acudir a cursos de actualización, para optimar sus conocimientos, y por ende sus actitudes hacia la salud sexual, asimismo se les recomienda seguir realizando nuevas investigaciones sobre actitudes hacia la salud sexual, no solo en la Universidad Arzobispo Loayza, si no haciendo estudios comparativos con otras universidades o trabajar también con poblaciones, para así tener en cuenta la realidad de nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Para Talleres de Capacitación sobre adolescencia y juventud, Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva y derechos Reproductivos, con énfasis en la prevención del VIH y la equidad de Género. UNU-SIDA, UNFA. El Salvador. 2016 [Consultado 2016 Diciembre 30]. Disponible en: http://bit.ly/2A9WCtM
2. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. [En línea]. Perú: OMS; 2016. [Consultado 2017 enero 28]. Disponible en: http://bit.ly/2hKCSr2
3. Organización Mundial de la Salud. Adolescente: Riesgo para la salud y soluciones. [En línea]. Perú: OMS; 2016. [Consultado 2017 enero 28]. Disponible en: http://bit.ly/1B9NMX3
4. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. [En línea]. Perú: OMS; 2016. [Consultado 2017 enero 28]. Disponible en: http://bit.ly/1fCZzRz
5. Centro Latinoamericano de la Salud y la Mujer. Anticoncepción en cifras de América Latina. [En línea]. México: CELSAM; 2017. [Consultado 2017 diciembre 09]. Disponible en: http://bit.ly/2B3UeaV
6. Ministerio de Salud. Planifica tu Familia. [En línea]. Perú: Minsa; 2017. [Consultado 2017 diciembre 09]. Disponible en: http://bit.ly/2B7LEYH
7. Soto C. Infecciones de transmisión sexual: Epidemiología y prevención. RevExpMed. [En línea]. 2015; 1(2): 61-65. Chiclayo. [Consultado 2017 diciembre 10]. Disponible en: http://bit.ly/2yk3Nxo
8. Ministerio de Salud. Decreto Supremo - Aprueban el plan estratégico multisectorial para la prevención y control de las Infecciones de Transmisión sexual y el VIH 2015 – 2019. [En línea]. Perú: MINSA; 2015. [Consultado 2017 diciembre 10]. Disponible en: http://bit.ly/2fyIbbO
9. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. [En línea]. Perú: OMS; 2013. [Consultado 2017 diciembre 10]. Disponible en: http://bit.ly/2ijDpkY

10. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [En línea]. Perú: OMS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 10]. Disponible en: http://bit.ly/VNwSyz

11. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia Basada en Género marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado. [En línea]. Perú: MIMP; 2016. [Consultado 2017 diciembre 10]. Disponible en: http://bit.ly/2iSHp95

12. Gómez C, Ochoa D, Canchila B, Ramos C, Salguedo M, Malambo G. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una Institución Educativa Superior en Colombia. RevSalud Pública. [En línea]. 2014; 16(5): 660-672. Cartagena. [Consultado 2017 enero 29]. Disponible en: http://bit.ly/2z6bBEX

13. Díaz C, Arrieta V, De la Parra H, Muñoz M, Ordoñez O. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología. Colombia. Universidad de Cartagena: 2013. [Consultado 2016 diciembre 31]. Disponible en: http://bit.ly/2z7eSnv

14. Ureta U, Martínez J, Aguilar L, Agámez C. Actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la Facultad de la Salud de una Universidad Pública del Distrito de Santa María, Colombia. Rev CSV. [En línea]. 2015; 7 (2): 9 – 11. [Consultado 2018 febrero 01]. Disponible en: http://bit.ly/2nNR9Dp

15. Casas G, Alzas G, Casas G. Actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de enfermería: Un análisis con diferencial semántico y redes asociativas Pathfinder. Revista psicología y educación. [En línea]. 2015; 10 (1): 33- 54. [Consultado 2018 febrero 02]. Disponible en: http://bit.ly/2EKnUto

16. Zambrano P. Toscano M, Gil M. Actitudes sexuales en estudiantes universitarios. Rev Cienc Cuidad. [en línea]. 2015; 12 (1): 93 – 104. [Consultado 2018 enero 31]. Disponible en: http://bit.ly/2BcHHC3

17. Hurtado D, Olvera M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. Revista Electrónica de psicología Iztacala. [En línea]

2013; 16 (1): 258 – 268. [Consultado 2018 enero 31]. Disponible en: http://bit.ly/2FPYha3

18. Hernando G, García R, Montilla C. Exploración de las actitudes y conductas de los jóvenes universitarios ante la violencia en las relaciones de pareja. Rev Complutense de Educación. 2012; 23 (2): 427 – 441.

19. Calero P, Cardoza D, Pilarte R: En el año 2016. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del I año de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. [Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía General]. Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. [Consultado 2018 febrero 2] Disponible en: http://bit.ly/2EI4tkQ

20. Leyva A, Rojas B. Conocimientos y actitudes hacia la prevención de las ITS/ VIH-SIDA, en estudiantes del I y II ciclo de la escuela académico profesional de enfermería. [Tesis profesional para optar el título de licenciado en enfermería]. Lima. Universidad Privada Norbert Wiener. 2017.

21. Sánchez M, Ramos G, Marset C. La actitud participativa en salud, entre la teoría y la práctica. 4ta edición. Murcia; 1994.

22. Eiser J. Psicología social: Actitudes, cognición y conducta social. 1ra ed. USA: Pirámide S.A.; 1989.

23. Rodríguez K. Psicología de las actitudes y estructuras cognitivas. Colección universitaria. Argentina: 1987.

24. Ovejero Bernal A. Las relaciones humanas, Psicología Social Teórica y aplicada. 2 da ed. Madrid: Almagro; 2007.

25. Ibáñez G, Botella I, Feliu I, Martínez M, Pallí M, Tirado S. Introducción a la Psicología Social. [En línea]. 1ra ed. Barcelona: Editorial UOC; 2004.

26. Baron R, Byrne D. Psicología Social. 10ª ed. Madrid: Pearson Educación, S.A.; 2005.

27. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 5ta edición. México: Interamericana; 2010.

28. Ministerio del Trabajo y asuntos sociales España. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. [En línea]. España: MintraEsp; 1982. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/1Ga3ySl

29. Ministerio de Salud. Planifica tu futuro. [En línea]. Perú: Minsa; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2AG79AU

30. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Módulo 12: Salud sexual y reproductiva. [En línea]. España: MSC; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2AHwMB9

31. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [En línea]. Perú: ONU; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2j1w6eP

32. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de ALMA-ATA. [En línea]. Perú: OPS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 31]. Disponible en: http://bit.ly/2yxDOnt

33. Naciones Unidas. Conferencia sobre la Población y el Desarrollo. [En línea]. Perú: ONU; 2017. [Consultado 2017 diciembre 31]. Disponible en: http://bit.ly/2mT2QsX

34. Word Association forma Sexual Health. Dia mundial de la Salud Sexual. [En línea]. Perú: WAS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/1nyU3Ul

35. Organización Panamericana de la Salud. Salud Sexual para el Milenio. [En línea]. Perú; OPS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2AZ63ND

36. Ministerio de Salud. Iniciar las relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de contagio del VIH. [En línea]. Perú: Minsa; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2AYN45q

37. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Sífilis. [En línea] Estados Unidos: CDC; 2017. [Consultado 2017 febrero 01]. Disponible en: http://bit.ly/2ni2fT7

38. Organización Mundial de la Salud. La creciente resistencia a los antibióticos obliga a actualizar las recomendaciones sobre el tratamiento de

las infecciones de transmisión sexual. [En línea]. Perú: OMS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2bCv16R

39. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Gonorrea. [En línea] Estados Unidos: CDC; 2017. [Consultado 2017 febrero 01]. Disponible en: http://bit.ly/2sIBLK7

40. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Clamidia. [En línea] Estados Unidos: CDC; 2017. [Consultado 2017 febrero 01]. Disponible en: http://bit.ly/2sNmgDA

41. Administración de Alimentos y Medicamentos. Virus del papiloma humano. [En línea]. Estados Unidos: FDA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2ApMBbL

42. Organización Mundial de la Salud. Virus del papiloma humano. [En línea]. Perú: OMS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2krWRNr

43. American Cancer Society. Vacunas contra el VPH. [En línea]. Estados Unidos: ACS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2oJf8XL

44. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. [En línea]. Perú: OMS; 2017. [Consultados 2017 diciembre 12] Disponible en: http://bit.ly/1B6GxBW

45. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre VIH/SIDA. [En línea]. Perú: OMS; 2017. [Consultados 2017 diciembre 12] Disponible en: http://bit.ly/1mNOq96

46. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer. [En línea]. Perú: ONU; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/1ETAZyb

47. Organización de las Naciones Unidas. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. [En línea]. Perú: ONU; 2006. [Consultado 2017 febrero 01]. Disponible en: http://bit.ly/2fR9qfi

48. Organización Mundial de la Salud. Sexualidad. [En línea]. Perú: OMS; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2o5SEQL

49. McCary J, McCary S. Sexualidad Humana. 5ta ed. Mexico: Manual modeno. 2000.

50. Organización Panamericana de la Salud. Planificación familiar. Perú: OPS; 2017.

51. Ministerio de Salud. Planificación familiar. [En línea] Lima: Minsa; 2017. [Consultado 2017 febrero 01]. Disponible en: http://bit.ly/2hxppAO

52. National Institutes of Health. ¿Cuáles son los diferentes tipos de anticonceptivos?. [En línea]. Estados Unidos: NIH; 2017. [Consultado 2017 diciembre 12]. Disponible en: http://bit.ly/2ktC1tc

53. Organización Mundial de la Salud. Adolescencia. [En línea]. Perú: OMS; 2016. [Consultado 2017 enero 10]. Disponible en: http://bit.ly/1WIdmmP

54. The Free Dictionary. Anticonceptivo. [En línea]. Perú: TFD; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: https://es.thefreedictionary.com/anticonceptivo

55. Real Academia Española. Bacteria. [En línea]. Perú: REA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=4l0hfLH

56. Real Academia Española. Cáncer. [En línea]. Perú: REA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=742bRjf

57. Real Academia Española. Comunidad. [En línea]. Perú: REA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://bit.ly/2hCJfbu

58. Real Academia Española. Estudiante. [En línea]. Perú: REA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Perú: RAE; 2017. Disponible en: http://bit.ly/2coTEZX

59. Real Academia Española. Juventud. [En línea]. Perú: REA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://bit.ly/2C7D4WX

60. Real Academia Española. Planificación. [En línea] Perú: REA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 31]. Disponible en: http://bit.ly/2riWOqf

61. Organización Mundial de la Salud. Salud. [En línea]. Perú: OMS; 2017.

[Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://bit.ly/1o0QeaC

62. The Free Dictionary. Sexo. [En línea]. Perú: TFD; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://bit.ly/2C7vewt

63. Real Academia Española. Sexualidad. [En línea]. Perú: REA; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://bit.ly/2o7ATkf

64. The Free Dictionary. Violencia. [En línea]. Perú: TFD; 2017. [Consultado 2017 diciembre 05]. Disponible en: http://bit.ly/2jTLmuY

A N E X O S

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título. Actitudes de la salud sexual en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLE	MARCO METODOLÓGICO
¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017?	Determinar cuáles son las actitudes hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.	Actitudes hacia la salud sexual.	TIPO DE ESTUDIO Cuantitativa DISEÑO DE ESTUDIO No experimental, descriptivo y de corte transversal. POBLACIÓN Corresponden 580 estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza. MUESTRA Se trabajó con una muestra equivalente a 231 estudiantes MUESREO. Muestreo Aleatorio Estratificado Proporcional TÉCNICA E INSTRUMENTO Técnica: Encuesta. Instrumento: Escala de actitudes hacia a salud sexual ANALISIS DE DATOS. SPSS22
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**	**INDICADORES**	
¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia en la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017? ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de planificación familiar en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017? ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de sexualidad en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017? ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador del rechazo de la violencia basada de género en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017? ¿Cuáles son las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de prevención de las ITS y VIH/SIDA en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017? ¿Cuál es la proporción de resultado según ítems hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017?	Conocer los aspectos sociodemográficos en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada arzobispo Loayza, 2017. Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de planificación familiar en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017. Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de sexualidad en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017. Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador del rechazo de la violencia basada de género en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017 Conocer las actitudes hacia la salud sexual, según el indicador de prevención de las ITS y VIH/SIDA en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017 Conocer la proporción de resultado según ítems hacia la salud sexual en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2017.	✓ Planificación familiar ✓ Sexualidad ✓ Rechazo para la violencia basada en género ✓ Prevención de las ITS y VIH/SIDA	

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZACION PARA REALIZAR EL ESTUDIO

Lima, 13 de setiembre 2017

OFICIO N° 210A-2017-UAL/R

Señora
Dra. Giovanini María Martinez Asmad
Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia
Universidad Privada Arzobispo Loayza

Presente.-

Asunto: Aprobación para desarrollo de recolección de datos

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, asimismo, en respuesta al Oficio N° 208-2017-EPO/UAL remitido por su despacho el pasado 12 de setiembre 2017, le manifiesto que se otorga permiso a las señoritas AREVALO GARCÍA BRENDA ELIZABETH y DIAZ CASAS LESLY GALY para que encuesten a los alumnos de Obstetricia, en la primera semana de octubre 2017, a fin de que recolecten datos para el desarrollo de su proyecto de tesis.

Es propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD ARZOBISPO LOAYZA
RECTOR
U.A.L.

Dr. Alberto Silva Del Águila
Rector
Universidad Privada Arzobispo Loayza

UNIVERSIDAD PRIVADA
"ARZOBISPO LOAYZA"
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
RECEPCION
Lima 13 de 09 del 20 17
Firma

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante este documento, autorizo participar en forma voluntaria en el estudio titulado

“ACTITUDES HACIA LA SALUD SEXUAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA, 2017”.

Por lo que la encuesta se me aplicará dentro de la Universidad Arzobispo Loayza correspondiente a cada ciclo en su propia aula, además de respetar mi privacidad y buscar mi comodidad. La encuesta aplicada será de forma voluntaria y que aun después de iniciada la encuesta, yo puedo rehusarme a responder preguntas específicas y decidir terminar en cualquier momento.

Comprendiendo que los resultados obtenidos de esta investigación buscan obtener información real sobre de las actitudes hacia la salud sexual, ya que como futuros profesionales de la salud brindaremos información a diferentes tipos de usuarias; buscando la promoción y prevención, en las diferentes ramas de la salud. Una vez leído este documento autorizo a que se me realice la encuesta mediante mi firma.

_____ _____

Firma de la participante Firma del encuestador

ANEXO 4. CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE VARIABLE SALUD SEXUAL

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
		si	No	si	No	si	No	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR								
1	Se debería considerar la planificación familiar si se desea iniciar la actividad sexual.	**X**		**X**		**X**		
2	Una adecuada y oportuna planificación familiar reduciría considerablemente las cifras de aborto	**X**		**X**		**X**		
3	Al iniciar la actividad sexual, se debe utiliza un método de planificación familiar	**X**		**X**		**X**		
4	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual.	**X**		**X**		**X**		
5	La planificación familiar fue dada para prevenir los embarazos no deseados.	**X**		**X**		**X**		
6	Una adecuada planificación permite que los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes crezcan laboral y económicamente.	**X**		**X**		**X**		
7	Las relaciones sexuales deben asumirse con responsabilidad.	**X**		**X**		**X**		
SEXUALIDAD								
8	La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela.	**X**		**X**		**X**		
9	Los colegios mixtos son beneficiosos para una mejor relación entre los sexos.	**X**		**X**		**X**		
10	Una mujer “decente” puede hablar de sexo con los hombres.	**X**		**X**		**X**		
11	La virginidad de una mujer soltera es su mayor tesoro.	**X**		**X**		**X**		
12	Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo	**X**		**X**		**X**		
13	Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona	**X**		**X**		**X**		
14	No tiene nada de malo que una mujer/hombre mire sus genitales en un espejo.	**X**		**X**		**X**		

15	Para la mujer las relaciones sexuales son igual de importantes que para el hombres.	**X**		**X**		**X**		
VIOLENCIA BASADA EN GENERO								
16	El papel del hombre y la mujer es igual en el hogar y en la sociedad.	**X**		**X**		**X**		
17	Los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por eso.	**X**		**X**		**X**		
18	El hombre es el responsable de la familia, por la cual esta le deberá de obedecer.	**X**		**X**		**X**		
19	Si una mujer no tiene dinero, tiene que soportar una relación en la cual exista violencia.	**X**		**X**		**X**		
20	La violencia contra la mujer se ha convertido en un grave problema de salud pública.	**X**		**X**		**X**		
21	Actualmente aún tenemos una sociedad machista.	**X**		**X**		**X**		
22	La violencia doméstica puede pasarle a cualquiera persona sin importar su raza, edad, orientación sexual, religión o género.	**X**		**X**		**X**		
23	Piensas que los hombres también sufren violencia de género.	**X**		**X**		**X**		
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL /VIH SIDA								
24	A la sospecha de tener una ITS, es necesario acudir a un servicio de salud.	**X**		**X**		**X**		
25	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba.	**X**		**X**		**X**		
26	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH.	**X**		**X**		**X**		
27	Solo las trabajadoras sexuales y homosexuales pueden transmitir las ITS VIH/SIDA.	**X**		**X**		**X**		
28	El ser promiscuo y no tener un control recurrente incrementa el riesgo de contraer VPH	**X**		**X**		**X**		
29	Se debería de vacunar tanto a hombres como mujeres contra el VPH.	**X**		**X**		**X**		
30	Puedo tener relaciones coitales con una persona infectada con VIH usando protección (Preservativo).	**X**		**X**		**X**		

Fuente: Elaboración propia.

Observaciones (precisar si hay suficiencias): Si desea redactar los ítems solo que estén en sugerencias. Es opcional.

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mgr/ Lic:Lic. Obsta.Susanne Nelly Franchini CalderónDNI: 41852615

Especialidad del validador: En salud sexual y reproductiva del adolescente

14 de julio de 2017

[1]**Pertinecia:** El ítem corresponde al concepto técnico formulado
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especifica del constructo.
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para la medición.



Firma del Experto Informante
Especialidad

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide variable salud sexual

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
		si	No	si	No	Si	No	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR								
1	Se debería considerar la planificación familiar si se desea iniciar la actividad sexual.	**X**		**X**		**X**		
2	Una adecuada y oportuna planificación familiar reduciría considerablemente las cifras de aborto	**X**		**X**		**X**		
3	Al iniciar la actividad sexual, se debe utiliza un método de planificación familiar	**X**		**X**		**X**		
4	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual.	**X**		**X**		**X**		
5	La planificación familiar fue dada para prevenir los embarazos no deseados.	**X**		**X**		**X**		
6	Una adecuada planificación permite que los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes crezcan laboral y económicamente.	**X**		**X**		**X**		
7	Las relaciones sexuales deben asumirse con responsabilidad.	**X**		**X**		**X**		
SEXUALIDAD								
8	La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela.	**X**		**X**		**X**		
9	Los colegios mixtos son beneficiosos para una mejor relación entre los sexos.	**X**		**X**		**X**		
10	Una mujer “decente” puede hablar de sexo con los hombres.	**X**		**X**		**X**		
11	La virginidad de una mujer soltera es su mayor tesoro.	**X**		**X**		**X**		
12	Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo	**X**		**X**		**X**		
13	Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona	**X**		**X**		**X**		
14	No tiene nada de malo que una mujer/hombre mire sus genitales en un espejo.	**X**		**X**		**X**		
15	Para la mujer las relaciones sexuales son igual de importantes que para el hombres.	**X**		**X**		**X**		

VIOLENCIA BASADA EN GENERO								
16	El papel del hombre y la mujer es igual en el hogar y en la sociedad.	**X**		**X**		**X**		
17	Los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por eso.	**X**		**X**		**X**		
18	El hombre es el responsable de la familia, por la cual esta le deberá de obedecer.	**X**		**X**		**X**		
19	Si una mujer no tiene dinero, tiene que soportar una relación en la cual exista violencia.	**X**		**X**		**X**		
20	La violencia contra la mujer se ha convertido en un grave problema de salud pública.	**X**		**X**		**X**		
21	Actualmente aún tenemos una sociedad machista.	**X**		**X**		**X**		
22	La violencia doméstica puede pasarle a cualquiera persona sin importar su raza, edad, orientación sexual, religión o género.	**X**		**X**		**X**		
23	Piensas que los hombres también sufren violencia de género.	**X**		**X**		**X**		
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL /VIH SIDA								
24	A la sospecha de tener una ITS, es necesario acudir a un servicio de salud.	**X**		**X**		**X**		
25	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba.	**X**		**X**		**X**		
26	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH.	**X**		**X**		**X**		
27	Solo las trabajadoras sexuales y homosexuales pueden transmitir las ITS VIH/SIDA.	**X**		**X**		**X**		
28	El ser promiscuo y no tener un control recurrente incrementa el riesgo de contraer VPH	**X**		**X**		**X**		
29	Se debería de vacunar tanto a hombres como mujeres contra el VPH.	**X**		**X**		**X**		
30	Puedo tener relaciones coitales con una persona infectada con VIH usando protección (Preservativo).	**X**		**X**		**X**		

Fuente: Elaboración propia.

Observaciones (precisar si hay suficiencias):_____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [ ] Aplicable después de corregir [X] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mgr/ Lic: Vargas Granados Luzmila DNI: 10618473

Especialidad del validador: Obstetra

30 de junio del 2017

[1]**Pertinecia:** El ítem corresponde al concepto técnico formulado
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especifica del constructo.
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para la medición.

.....
Firma del Experto Informante
Especialidad

Luzmila Vargas Granados
OBSTETRIZ
COP 19113
HOSP NAC. D.A.C. CALLAO

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide variable salud sexual

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
		si	No	si	No	si	No	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR								
1	Se debería considerar la planificación familiar si se desea iniciar la actividad sexual.	**X**		**X**		**X**		
2	Una adecuada y oportuna planificación familiar reduciría considerablemente las cifras de aborto	**X**		**X**		**X**		
3	Al iniciar la actividad sexual, se debe utiliza un método de planificación familiar	**X**		**X**		**X**		
4	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual.	**X**		**X**		**X**		
5	La planificación familiar fue dada para prevenir los embarazos no deseados.	**X**		**X**		**X**		
6	Una adecuada planificación permite que los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes crezcan laboral y económicamente.	**X**		**X**		**X**		
7	Las relaciones sexuales deben asumirse con responsabilidad.	**X**		**X**		**X**		
SEXUALIDAD								
8	La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela.	**X**		**X**		**X**		
9	Los colegios mixtos son beneficiosos para una mejor relación entre los sexos.	**X**		**X**		**X**		
10	Una mujer “decente” puede hablar de sexo con los hombres.	**X**		**X**		**X**		
11	La virginidad de una mujer soltera es su mayor tesoro.	**X**		**X**		**X**		
12	Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo	**X**		**X**		**X**		
13	Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona	**X**		**X**		**X**		
14	No tiene nada de malo que una mujer/hombre mire sus genitales en un espejo.	**X**		**X**		**X**		
15	Para la mujer las relaciones sexuales son igual de importantes que para el hombres.	**X**		**X**		**X**		

VIOLENCIA BASADA EN GENERO								
16	El papel del hombre y la mujer es igual en el hogar y en la sociedad.	**X**		**X**		**X**		
17	Los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por eso.	**X**		**X**		**X**		
18	El hombre es el responsable de la familia, por la cual esta le deberá de obedecer.	**X**		**X**		**X**		
19	Si una mujer no tiene dinero, tiene que soportar una relación en la cual exista violencia.	**X**		**X**		**X**		
20	La violencia contra la mujer se ha convertido en un grave problema de salud pública.	**X**		**X**		**X**		
21	Actualmente aún tenemos una sociedad machista.	**X**		**X**		**X**		
22	La violencia doméstica puede pasarle a cualquiera persona sin importar su raza, edad, orientación sexual, religión o género.	**X**		**X**		**X**		
23	Piensas que los hombres también sufren violencia de género.	**X**		**X**		**X**		
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL /VIH SIDA								
24	A la sospecha de tener una ITS, es necesario acudir a un servicio de salud.	**X**		**X**		**X**		
25	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba.	**X**		**X**		**X**		
26	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH.	**X**		**X**		**X**		
27	Solo las trabajadoras sexuales y homosexuales pueden transmitir las ITS VIH/SIDA.	**X**		**X**		**X**		
28	El ser promiscuo y no tener un control recurrente incrementa el riesgo de contraer VPH	**X**		**X**		**X**		
29	Se debería de vacunar tanto a hombres como mujeres contra el VPH.	**X**		**X**		**X**		
30	Puedo tener relaciones coitales con una persona infectada con VIH usando protección (Preservativo).	**X**		**X**		**X**		

Fuente: Elàboración propia.

Observaciones (precisar si hay suficiencias):_____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mgr/ Lic: ..MG. Scarlett E. FERNANDEZ L. DNI:...43179664.

Especialidad del validador: .....AHO RIESGO OBSTETRICO.....

..30.... de junio del 2017

[1]**Pertinecia:** El ítem corresponde al concepto técnico formulado
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especifica del constructo.
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para la medición.

PERU MINISTERIO DE SALUD IGSS RED DE SALUD HMAC - SMP - LO
CENTRO MATERNO INFANTIL "JUAN PABLO II"
MG. SCARLET E. FERNANDEZ LEDESMA
OBSTETRA
COP.26408 RNE. 1350 E.01

.....
Firma del Experto Informante
Especialidad

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide variable salud sexual

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
		si	No	si	No	si	No	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR								
1	Se debería considerar la planificación familiar si se desea iniciar la actividad sexual.	**X**		**X**		**X**		
2	Una adecuada y oportuna planificación familiar reduciría considerablemente las cifras de aborto	**X**		**X**		**X**		
3	Al iniciar la actividad sexual, se debe utiliza un método de planificación familiar	**X**		**X**		**X**		
4	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual.	**X**		**X**		**X**		
5	La planificación familiar fue dada para prevenir los embarazos no deseados.	**X**		**X**		**X**		
6	Una adecuada planificación permite que los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes crezcan laboral y económicamente.	**X**		**X**		**X**		
7	Las relaciones sexuales deben asumirse con responsabilidad.	**X**		**X**		**X**		
SEXUALIDAD								
8	La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela.	**X**		**X**		**X**		
9	Los colegios mixtos son beneficiosos para una mejor relación entre los sexos.	**X**		**X**		**X**		
10	Una mujer “decente” puede hablar de sexo con los hombres.	**X**		**X**		**X**		
11	La virginidad de una mujer soltera es su mayor tesoro.	**X**		**X**		**X**		
12	Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo	**X**		**X**		**X**		
13	Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona	**X**		**X**		**X**		
14	No tiene nada de malo que una mujer/hombre mire sus genitales en un espejo.	**X**		**X**		**X**		
15	Para la mujer las relaciones sexuales son igual de importantes que para el hombres.	**X**		**X**		**X**		

VIOLENCIA BASADA EN GENERO								
16	El papel del hombre y la mujer es igual en el hogar y en la sociedad.	**X**		**X**		**X**		
17	Los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por eso.	**X**		**X**		**X**		
18	El hombre es el responsable de la familia, por la cual esta le deberá de obedecer.	**X**		**X**		**X**		
19	Si una mujer no tiene dinero, tiene que soportar una relación en la cual exista violencia.	**X**		**X**		**X**		
20	La violencia contra la mujer se ha convertido en un grave problema de salud pública.	**X**		**X**		**X**		
21	Actualmente aún tenemos una sociedad machista.	**X**		**X**		**X**		
22	La violencia doméstica puede pasarle a cualquiera persona sin importar su raza, edad, orientación sexual, religión o género.	**X**		**X**		**X**		
23	Piensas que los hombres también sufren violencia de género.	**X**		**X**		**X**		
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL /VIH SIDA								
24	A la sospecha de tener una ITS, es necesario acudir a un servicio de salud.	**X**		**X**		**X**		
25	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba.	**X**		**X**		**X**		
26	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH.	**X**		**X**		**X**		
27	Solo las trabajadoras sexuales y homosexuales pueden transmitir las ITS VIH/SIDA.	**X**		**X**		**X**		
28	El ser promiscuo y no tener un control recurrente incrementa el riesgo de contraer VPH	**X**		**X**		**X**		
29	Se debería de vacunar tanto a hombres como mujeres contra el VPH.	**X**		**X**		**X**		
30	Puedo tener relaciones coitales con una persona infectada con VIH usando protección (Preservativo).	**X**		**X**		**X**		

Fuente: Elaboración propia.

Observaciones (precisar si hay suficiencias):_____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mgr/ Lic: Ruiz Castillo, Julio C. DNI: 17974487.

Especialidad del validador: Lic. Psicología.

30 de junio del 2017

[1]**Pertinecia:** El ítem corresponde al concepto técnico formulado
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especifica del constructo.
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para la medición.

MINISTERIO DE SALUD
DISA V LC/RED DE SALUD R. S.M.P-LO
C.M.I. - CONFRATERNIDAD

Firma del Experto Informante
Especialidad

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la variable salud sexual

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
		si	No	si	No	si	No	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR								
1	Se debería considerar la planificación familiar si se desea iniciar la actividad sexual.	**X**		**X**		**X**		
2	Una adecuada y oportuna planificación familiar reduciría considerablemente las cifras de aborto	**X**		**X**		**X**		
3	Al iniciar la actividad sexual, se debe utiliza un método de planificación familiar	**X**		**X**		**X**		
4	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual.	**X**		**X**		**X**		
5	La planificación familiar fue dada para prevenir los embarazos no deseados.	**X**		**X**		**X**		
6	Una adecuada planificación permite que los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes crezcan laboral y económicamente.	**X**		**X**		**X**		
7	Las relaciones sexuales deben asumirse con responsabilidad.	**X**		**X**		**X**		
SEXUALIDAD								
8	La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela.	**X**		**X**		**X**		
9	Los colegios mixtos son beneficiosos para una mejor relación entre los sexos.	**X**		**X**		**X**		
10	Una mujer “decente” puede hablar de sexo con los hombres.	**X**		**X**		**X**		
11	La virginidad de una mujer soltera es su mayor tesoro.	**X**		**X**		**X**		
12	Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo	**X**		**X**		**X**		
13	Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona	**X**		**X**		**X**		
14	No tiene nada de malo que una mujer/hombre mire sus genitales en un espejo.	**X**		**X**		**X**		
15	Para la mujer las relaciones sexuales son igual de importantes que para el hombres.	**X**		**X**		**X**		

VIOLENCIA BASADA EN GENERO								
16	El papel del hombre y la mujer es igual en el hogar y en la sociedad.	**X**		**X**		**X**		
17	Los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por eso.	**X**		**X**		**X**		
18	El hombre es el responsable de la familia, por la cual esta le deberá de obedecer.	**X**		**X**		**X**		
19	Si una mujer no tiene dinero, tiene que soportar una relación en la cual exista violencia.	**X**		**X**		**X**		
20	La violencia contra la mujer se ha convertido en un grave problema de salud pública.	**X**		**X**		**X**		
21	Actualmente aún tenemos una sociedad machista.	**X**		**X**		**X**		
22	La violencia doméstica puede pasarle a cualquiera persona sin importar su raza, edad, orientación sexual, religión o género.	**X**		**X**		**X**		
23	Piensas que los hombres también sufren violencia de género.	**X**		**X**		**X**		
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL /VIH SIDA								
24	A la sospecha de tener una ITS, es necesario acudir a un servicio de salud.	**X**		**X**		**X**		
25	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba.	**X**		**X**		**X**		
26	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH.	**X**		**X**		**X**		
27	Solo las trabajadoras sexuales y homosexuales pueden transmitir las ITS VIH/SIDA.	**X**		**X**		**X**		
28	El ser promiscuo y no tener un control recurrente incrementa el riesgo de contraer VPH	**X**		**X**		**X**		
29	Se debería de vacunar tanto a hombres como mujeres contra el VPH.	**X**		**X**		**X**		
30	Puedo tener relaciones coitales con una persona infectada con VIH usando protección (Preservativo).	**X**		**X**		**X**		

Fuente: Elaboración propia.

Observaciones (precisar si hay suficiencias): _____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mgr/ Lic: Karina Giannina Espinoza Arzapalo DNI: 41393079

Especialidad del validador: Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulación Prenatal

26 de julio del 2017.

[1]**Pertinecia:** El ítem corresponde al concepto técnico formulado
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especifica del constructo.
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para la medición.

PERÚ MINISTERIO DE SALUD IGSS RED DE SALUD PIMAC - SMP - LO
CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II
KARINA G. ESPINOZA ARZAPALO
OBSTETRA
COP: 25140

Firma del Experto Informante
Especialidad

ANEXO 5: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA SALUD SEXUAL

Joven estudiante, esperamos su colaboración, respondiendo con sinceridad la presente encuesta, la cual es completamente anónima.

Lea usted con atención y conteste marcando con "X" en una sola alternativa.

DATOS PERSONALES:

Edad**:** …….. Inicio de relaciones sexuales:……

Sexo: (f) (m)……..

N° de parejas sexuales:…….

Estado civil: (s) (c) (v) (d) (cv)

Método anticonceptivo: (si) (no)

Religión: (ca) (cr) (ev) (a)

Violencia: (si) (no)

Lugar procedencia:……

LEYENDA*

1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

ACTITUDES		1	2	3	4	5
1	Se debería de considerar la planificación familiar si se desea iniciar la actividad sexual.					
2	Una adecuada y oportuna planificación familiar, reduciría considerablemente las cifras de aborto.					
3	Al iniciar la actividad sexual, se debe utilizar un método de planificación familiar.					
4	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual.					
5	La planificación familiar, fue dada para prevenir los embarazos no deseados.					
6	Una adecuada planificación familiar, permite que los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes crezcan laboral y económicamente.					
7	Las relaciones sexuales deben asumirse con responsabilidad.					
8	La educación sexual, es necesaria tanto en la familia como en la escuela.					
9	Los colegios mixtos, son beneficiosos para una mejor relación entre los sexos.					
10	Una mujer decente, puede hablar de sexo con los hombres.					
11	La virginidad de una mujer soltera es su mayor tesoro.					
12	Ser mutuamente fieles, es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
13	Tener relaciones sexuales, es una decisión individual y voluntaria de la persona.					
14	No tiene nada, de malo que una mujer/hombre mire sus genitales en un espejo.					
15	Para la mujer, las relaciones sexuales son igual de importante que para el hombre.					
16	El papel del hombre y la mujer es igual en el hogar y en la sociedad.					
17	Las personas que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y					

	culpables por eso.					
18	El hombre es el responsable de la familia, por la cual se le debería de obedecer.					
19	Si una mujer no tiene dinero, tiene que soportar una relación en la cual exista violencia.					
20	La violencia contra la mujer, se ha convertido en un grave problema de salud pública.					
21	Actualmente, aún tenemos una sociedad machista.					
22	La violencia doméstica, puede pasarle a cualquiera persona sin importar su raza, edad, orientación sexual, religión o género.					
23	Los hombres también sufren violencia de género.					
24	A la sospecha de tener una ITS, es necesario acudir a un servicio de salud.					
25	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH, me haría la prueba.					
26	Es mejor, no tener ninguna clase de contacto, con una persona infectada con el VIH.					
27	Solo las trabajadoras sexuales y homosexuales, pueden transmitir las ITS VIH/SIDA.					
28	El ser promiscuo y no tener un control recurrente incrementa el riesgo de contraer VPH.					
29	Se debería de vacunar, tanto a hombres como mujeres contra el VPH.					
30	Puedo tener relaciones coitales con una persona infectada con VIH, usando protección (Preservativo).					

MUCHAS GRACIAS