

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
INSTITUTO CENTRAL DE INVESTIGACIÓN



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia en la Institución Educativa Estatal “Ángela Moreno de Gálvez” Tarma – 2018

Línea: Salud pública, epidemias, recursos medicinales

Sub línea: Salud sexual y reproductiva

Responsable: Mg. PAITA HUATA Elsa Lourdes

Integrantes: Mg. Obsta. TUMIALAN HILARIO Raquel Flor de María
Mg. BALDEON DIEGO Jheysen Luis
Lic. RIVERA LEON Jhonny Gilberto
Mg. ROJAS CHIPANA Samuel Eusebio
Ing. SIUCE BONIFACIO Encarnación
Dra. RICRA ECHEVARRIA Carmen Rocío
Mg. MOYA MALAGA Elda Nelly

Tarma – Perú

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
INSTITUTO CENTRAL DE INVESTIGACIÓN**



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia en la Institución Educativa Estatal “Ángela Moreno de Gálvez” Tarma – 2018

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado de la jornada científica

**Dra. Nelly Marleni HINOSTROZA ROBLES
PRESIDENTE**

**Dra. Elisabet Sara SANTOS LÓPEZ
MIEMBRO**

EQUIPO INVESTIGADOR:

RESPONSABLE: Mg. Obsta. PAITA HUATA Elsa Lourdes

INTEGRANTES:

Mg. Obsta. TUMIALAN HILARIO Raquel Flor De María

Mg. BALDEON DIEGO Jheysen Luis

Lic. RIVERA LEON Jhonny Gilberto

Mg. ROJAS CHIPANA Samuel Eusebio

Ing. SIUCE BONIFACIO Encarnación

Dra. RICRA ECHEVARRIA Carmen Rocío

Mg. MOYA MALAGA Eida Nelly

COLABORADORES:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. ARTICA SOTO Katherine Fátima | VII - VIII Semestre |
| 2. ARROYO LLANOS Misshel Jessica | VII - VIII Semestre |
| 3. BALDEON INGA Rosmery | VII - VIII Semestre |
| 4. CALDERÓN MEZA, Andrea Estefany | VII - VIII Semestre |
| 5. CCACCYA TAIPE Rocío Pilar | VII - VIII Semestre |
| 6. CENTENO HUAQUI Yesica | VII - VIII Semestre |
| 7. CHIPANA CERRPON Calixta Maritza | VII - VIII Semestre |
| 8. CRISPIN CHAVEZ Carla | VII - VIII Semestre |
| 9. GONZALES MARTINEZ, Liliana Sandra | VII - VIII Semestre |
| 10. GONZÁLES RAFAEL, Emeli Roseli | VII - VIII Semestre |
| 11. NIÑO PALOMINO, Lidiana Yolanda | VII - VIII Semestre |
| 12. PANDURO CHAVEZ Judith | VII - VIII Semestre |
| 13. PÉREZ GONZÁLES, Evelin Lizbeth | VII - VIII Semestre |
| 14. REYES HUARIPATA Franklin | VII - VIII Semestre |
| 15. RUIZ HUATUCO Estefane | VII - VIII Semestre |
| 16. SANTIAGO SEGURA, Lucero Keiko | VII - VIII Semestre |
| 17. TEJEDA CONDOR, Elida | VII - VIII Semestre |
| 18. TORRES HUAMAN Rosa | VII - VIII Semestre |
| 19. VELASQUEZ INGA Isabel | VII - VIII Semestre |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado: “EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA” aplicado en la I.E.E. “Ángela Moreno de Gálvez” del distrito de Tarma, provincia de Tarma, región Junín, es una alternativa viable para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia. Como objetivos específicos planteados se tuvo: 1. Determinar la influencia del uso del programa de educación sexual a nivel del conocimiento para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018. 2. Determinar la influencia del uso del programa de educación sexual en la actitud para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018. 3. Determinar la influencia del uso del programa de educación sexual en las prácticas sexuales para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.

Para el logro de los objetivos presentados se ha seguido una metodología científica, en base al diseño cuasi experimental, con un grupo experimental, se han elaborado test con confiabilidad aceptable y validez fuerte, que fueron puestos en práctica en la muestra seleccionada y que nos permitió recabar información para presentarlos mediante la técnica de la frecuencia porcentual y que nos permitió llegar a las siguientes conclusiones: 1. Se determinó la

influencia de la aplicación del programa de educación sexual que mejora significativamente la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes. 2. Se determinó que mediante la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente los conocimientos en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes. 3. Se determinó que mediante la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las actitudes en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes. 4. Se determinó que mediante la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las prácticas de la sexualidad en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.

PALABRAS CLAVE: Programa Educativo, Educación Sexual, Infecciones de Transmisión Sexual, Prevención de Embarazo no Deseado, Adolescentes.

ABSTRACT

The present research work called: "EVALUATION OF A SEXUAL EDUCATION PROGRAM TO PREVENT SEXUAL TRANSMISSION INFECTIONS AND UNWANTED PREGNANCY IN ADOLESCENCE" applied in the I.E.E. "Angela Moreno de Gálvez" from Tarma district, province of Tarma, Junín region, is a viable alternative to prevent sexually transmitted infections and unwanted pregnancy in adolescence. The specific objectives set out were: 1. To determine the influence of the use of the sexual education program at the knowledge level to prevent sexually transmitted infections and unwanted pregnancy in adolescents of the I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018. 2. Determine the influence of the use of the sex education program on the attitude to prevent sexually transmitted infections and unwanted pregnancy in adolescents of the I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018. 3. Determine the influence of the use of the sexual education program on sexual practices to prevent sexually transmitted infections and unwanted pregnancy in adolescents of the I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.

For the achievement of the presented objectives, a scientific methodology has been followed, based on the quasi-experimental design, with an experimental group, tests have been developed with acceptable reliability and strong validity, which were put into practice in the selected sample and which allowed us to gather information to present them using the technique of percentage frequency and that allowed us to reach the following conclusions:

1. The influence of the application of the sexual education program was determined that significantly improves the prevention of sexually transmitted infections and unwanted pregnancy in the teenagers 2. It was determined that through the application of the sex education program significantly improves knowledge in the prevention of Sexually Transmitted Infections and unwanted pregnancy in adolescents. 3. It was determined that by applying the sex education program significantly improves attitudes in the prevention of Sexually Transmitted Infections and Unwanted Pregnancy in adolescents. 4. It was determined that by applying the sex education program significantly improves the practices of sexuality in the prevention of Sexually Transmitted Infections and unwanted pregnancy in adolescents of the I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.

KEY WORDS: Educational Program, Sexual Education, Sexually Transmitted Infections, Prevention of Unwanted Pregnancy, Adolescents.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación denominado: “EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA” aplicado en la I.E.E. “Ángela Moreno de Gálvez” del distrito de Tarma, provincia de Tarma, región Junín, es un aporte a las Innovaciones preventivo promocionales en salud, con la aplicación del programa de Educación Sexual para Prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no Deseado en la Adolescencia a través del uso de medios y materiales educativos, de allí que es necesario hacer uso de estos recursos y materiales educativos del programa, al mismo tiempo el uso de la tecnología y comunicación social en nuestro medio se presenta como una oportunidad en el mundo de la educación y prevención, con el propósito de fortalecer las acciones de prevención y atención en salud sexual y reproductiva y la promoción de derechos sexuales de los adolescentes beneficiarios del programa institucional, para ello el trabajo lo hemos organizado de la siguiente manera:

PRIMERA PARTE: bajo el título de “Marco Teórico”, en donde encontramos los antecedentes del estudio, las bases teóricas -científicas, la definición de términos básicos, el sistema de hipótesis y el sistema de variables de investigación.

SEGUNDA PARTE: bajo el título “Materiales y Métodos”, aquí consideramos, el tipo de investigación, el diseño de investigación, la

población y muestra, los métodos de la investigación, las técnicas e instrumentos de recolección, las técnicas de procesamiento de datos, la selección y validación de los instrumentos de investigación.

TERCERA PARTE, denominado trabajo de campo o práctico constituido por; “Resultados y Discusión”, donde se considera; el tratamiento estadístico e interpretación de cuadros, presentación de resultados: tablas, gráficos y la interpretación de ellos, prueba de hipótesis y la discusión de los resultados de investigación. Finalizando con las Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y el Anexo.

Esperando que el presente aporte sea una contribución al servicio de la Educación en la Región y el país.

LOS AUTORES

ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	viii
ÍNDICE.....	x
MARCO TEÓRICO	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	83
RESULTADOS	89
DISCUSIÓN	120
CONCLUSIONES	122
RECOMENDACIONES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
EVIDENCIAS DEL TRABAJO DESARROLLADO	126

MARCO TEÓRICO

Antecedentes del estudio:

A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo (2013) diseñaron una estrategia educativa dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios en Cuba, se realizó con 332 de estudiantes de la Escuela de Enfermería y 260 estudiantes de la Facultad de "Tecnología de la Salud", ambas instituciones ubicadas en La Habana; La investigación se desarrolló en dos etapas: 1) Diagnóstico sobre el nivel de conocimientos y comportamientos de los estudiantes en relación con la Salud Sexual Reproductiva (SSR), para identificar las necesidades de aprendizaje revisaron los diferentes modelos y teorías referidos a la comunicación en salud se aplicó un cuestionario auto administrado, para identificar conocimientos y comportamientos sobre SSR y 2) Diseño de la estrategia educativa en correspondencia con sus necesidades previamente identificadas, la cual consistió en modificar los conocimientos acerca de: percepciones sobre qué es la sexualidad, Conductas sexuales y reproductivas que deben asumir los jóvenes y adolescentes, Comportamiento placentero y actitudes sexuales responsables; para estos temas se realizaron campañas de comunicación, talleres de sensibilización para capacitar. Posteriormente se hizo la evaluación de estructura, proceso y resultado estará presente desde inicio de la propuesta de la estrategia hasta el final de la misma por lo que se llegó a la conclusión de que implementarla ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes.

Castro, Rizo, Reyes & Vázquez (2012) realizaron una intervención educativa en adolescentes de secundaria básica en Cuba, con el fin de determinar y modificar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual para desarrollar una conducta sexual adecuada en estos estudiantes. La muestra estuvo compuesta por 180 estudiantes de ambos sexos con edades que oscilan entre los 13 y 15 años de edad; para la identificación de las necesidades de aprendizaje se utilizó un cuestionario escrito anónimo que ha sido utilizado en otras investigaciones, por lo que no necesitó de su validación; una vez identificado las necesidades en conocimientos de los adolescentes se implementó un programa educativo con la aplicación de técnicas participativas para lograr una mejor asimilación de estas. Fueron 5 sesiones las que se realizaron con 45 minutos de duración cada una, estas fueron impartidas una vez por semana en cada grupo en áreas de la propia escuela, por un médico y enfermera de la familia, entrenados en este tema. Las sesiones del programa educativo incluyeron los siguientes temas: 1) Qué son las ITS, grupos vulnerables y modo de transmisión. 2) Tipos más frecuentes de ITS y cómo reconocerlas. 3) Conductas sexuales riesgosas y complicaciones de las ITS. 4) Formas de prevención y control de las ITS. Y 5) Reafirmación de los contenidos de la estrategia educativa con juegos didácticos. Para la evaluación de los resultados de la intervención se aplicó el mismo cuestionario dos meses después del programa educativo, con iguales características; se analizaron las modificaciones de conocimientos antes y después. En los resultados se encontró que hubo un incremento en cuanto a conocimientos ya que antes de la intervención los alumnos mostraron déficit

en cuanto a los temas y después de la intervención mejoro el nivel de conocimientos, así como las conductas sexuales.

Sarmiento, Gómez, Ordaz, García & Casanova (2012), elaboraron un estudio descriptivo transversal en Cuba con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual para después diseñar una estrategia de intervención educativa en ITSVIH/SIDA; el universo estuvo constituido por 136 personas se trabajó con hombres y mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años. La información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario y a partir de los resultados obtenidos se diseñó la estrategia de intervención con acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución o desarrollo e impacto. En los resultados encontraron que 84% si saben cuáles son las formas de transmisión de las ITS, y 58% saben cómo protegerse de estas infecciones mediante el uso del condón. Dentro de las personas que ya tuvieron relaciones sexuales, 32% dijo utilizar condón en sus relaciones sexuales. Para los factores de riesgo de contraer una ITS encontraron que las personas de mayor riesgo de infectarse son aquellas que cambian con frecuencia de pareja y no se protegen.

Badía-Saiz, Calderón-Badía & Martínez (2013) llevaron a cabo una intervención educativa sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Guatemala, con el objetivo de incrementar los conocimientos en un grupo de adolescentes sobre el SIDA. Los participantes oscilan entre 15 y 18 años. Se utilizó un cuestionario donde se analizaron los conocimientos de los participantes en la investigación. Después de la aplicación del instrumento se

diseñó el programa educativo a partir de los resultados obtenidos con el cuestionario. Las actividades se realizaron en grupos de 20, una vez por semana durante 6 semanas utilizando como técnicas la discusión de grupo, lluvias de ideas y el Juego de Roles. Una vez realizada la intervención los resultados arrojaron que 96.25% de los estudiantes que participaron en la investigación mostraron tener conocimientos sobre la enfermedad. Al culminar la intervención educativa los jóvenes lograron altos niveles de satisfacción de 98%.

Gil, Rodríguez & Rivero (2012) hicieron una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en 80 adolescentes de 12 a 20 años de Cuba. La investigación se desarrolló en 3 etapas 1) diagnóstica en esta etapa se diagnosticaron las necesidades de aprendizaje y el nivel de los conocimientos del tema a tratar mediante la aplicación a cada adolescente de un cuestionario el cual contenía preguntas como canales de comunicación por los que ha recibido la información: medios de difusión masiva (radio, televisión, prensa escrita), personal de la salud (médico, enfermeras, brigadistas sanitarias), literatura (libros, revistas), por sus padres, por sus profesores y otras vías(amigos, vecinos),no ha recibido información y utilización de métodos anticonceptivos 2) etapa de intervención: se llevó a cabo la estrategia de intervención educativa, se organizaron ocho subgrupos de capacitación con diez adolescentes cada uno, los cuales recibieron cinco sesiones de trabajo, de dos horas de duración con dos frecuencias semanales. Los temas impartidos fueron: anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, características de

los diferentes métodos anticonceptivos, utilización correcta del condón, efectos indeseables más frecuentes detectados con el uso de los anticonceptivos y anticoncepción en la adolescencia.3) evaluación: después de la intervención se compararon los resultados de la primer encuesta se encontró que mayor por ciento de los adolescentes logró reconocer que deben emplearse los métodos anticonceptivos, para evitar el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Hernández (2012) realizó un estudio pre experimental al desarrollar una estrategia educativa de información, educación y comunicación para contribuir a aumentar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes, sobre embarazo en la adolescencia en Cuba; la muestra estuvo conformada por 482 adolescentes, se aplicó un cuestionario para identificar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia y después se desarrolló e implementó la estrategia educativa donde se elaboraron mensajes, plegables para incrementar la información de los adolescentes sobre los riesgos y las formas de prevenir el embarazo en la adolescencia, impartiendo talleres, charlas, dinámicas grupales en centros priorizados de educación. Para valorar el nivel de conocimientos después de la implementación de la estrategia educativa se aplicó una encuesta donde al preguntar qué tipo de métodos anticonceptivos han utilizado con mayor frecuencia se encontró que 24.9% utilizaron el condón, 18.91% el DIU, también se encontró que el 66.32% conocen los riesgos del embarazo precoz; con la descripción realizada del instrumento aplicado se pudo constatar que a pesar de no existir un avance significativo si se ha incrementado el nivel de

conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia y su prevención.

Fonseca, Gutiérrez, Peña & Ortiz (2012) llevaron a cabo un estudio de intervención educativa donde el universo y muestra del trabajo estuvo constituido por 53 adolescentes en Venezuela, con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento en adolescentes sobre las repercusiones biopsicosociales del embarazo precoz. Para la realización de este se aplicó una encuesta, la cual permitió conocer el nivel de conocimientos sobre las repercusiones biopsicosociales del embarazo precoz. Después se realizaron las actividades educativas por medio de varios talleres utilizando medios de reproducción audiovisual educativos y se entregaron folletos educativos acerca de las repercusiones el embarazo precoz y la importancia de los métodos anticonceptivos. Se aplicó nuevamente la encuesta al final de la investigación para reevaluar el conocimiento de los adolescentes. En los resultados se encontró que antes de la intervención 28.3% tenían un conocimiento adecuado y después de la implementación de esta 84.9% lograron un conocimiento adecuado. Por lo anterior se llegó a la conclusión de que después de la intervención educativa las adolescentes adquirieron mayor conocimiento sobre los problemas de salud relacionados con el embarazo precoz. Los autores recomiendan elevar las actividades de promoción y prevención educativas sobre el embarazo precoz en la adolescencia en los diferentes centros de formación y en la comunidad., aumentar la divulgación a través de los medios de difusión masiva sobre el embarazo precoz en la adolescencia y fomentar la diversidad de actividades educativas y participativas en los círculos de adolescentes.

Leyva, Sosa, Guerra, Mojena y Gómez (2011) hicieron una intervención educativa sobre salud sexual, dirigida a 30 adolescentes con riesgo reproductivo preconcepcional en Cuba, con el fin de modificar sus conocimientos sobre salud sexual; la investigación se dividió en 3 etapas: 1) diagnóstico: en esta etapa se identificaron las necesidades de aprendizaje y se aplicó el cuestionario con variables categorizadas como adecuadas o inadecuadas: conocimientos sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, de los riesgos del embarazo en la adolescencia y del aborto provocado, así como también sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. 2) intervención: se trabajó con dos grupos de 15 integrantes cada uno y las sesiones de trabajo fueron 8 horas al mes; se utilizaron técnicas participativas, tales como: tormentas de ideas, clases de grupo, pancartas, laminarias y videos relacionados con el tema; el programa impartido contenía los siguientes aspectos: anatomía y fisiología del aparato genital, sexualidad y concepción, embarazo y adolescencia, aborto provocado, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, así como negociación para el uso del condón, curiosidades e inquietudes y 3) evaluación: durante esta etapa se continuó el seguimiento de las adolescentes a través de la consulta para valorar la aplicación de todo lo aprendido, luego se repitió la encuesta inicial y finalmente se evaluaron las modificaciones de los conocimientos antes y después de la intervención. Se utilizaron el porcentaje como medida de resumen y la prueba de McNemar para precisar las diferencias entre los cambios ocurridos. En los resultados se observó 90% del aprendizaje adquirido después de la intervención, también se observó que el

mayor número de adolescentes 70,0 % no utilizaba métodos como el preservativo en sus relaciones sexuales, de manera que no se protegían contra las enfermedades e infecciones de transmisión sexual; pero después de recibir las orientaciones precisas, comprendieron la importancia de usar algún tipo de barrera contra ese gran riesgo de enfermar, las que sumadas a las 9 que sí poseían preliminarmente nociones adecuadas al respecto, representaron la totalidad.

Fernández, Torrecilla, Morales & Báez (2011) elaboraron un estudio cuasi-experimental con el objetivo de valorar la eficacia de la intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo en edades de 11 a 19 años en Cuba, la muestra la constituyeron 46 adolescentes, se confeccionó y aplicó una encuesta según bibliografía revisada, las variables a estudiar fueron edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención de embarazo. La investigación se realizó en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. Al evaluar los conocimientos antes y después de la intervención, se observa al inicio una evaluación de regular en (50,0%), seguido de bien con (41.3%) y regular en (23.9%); el conocimiento acerca del embarazo en la adolescencia antes de la intervención era superficial e insuficiente, con la intervención se logró que los adolescentes ganaran en conocimientos y habilidades para evitar embarazos en edades tempranas por lo que se demostró la eficacia de la intervención educativa.

B. ANTECEDENTES NACIONALES

Arellano & Cabrera (2016) elaboraron un estudio que tuvo como objetivo evaluar el efecto de la intervención educativa sobre salud sexual y

reproductiva en el conocimiento de los adolescentes del Caserío San Francisco-Belén. Metodología: La muestra estuvo constituida por 35 adolescentes. El instrumento utilizado fue el cuestionario sobre conocimiento en salud sexual y reproductiva. Resultados: Según la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas los valores t calculado y la significación bilateral (pvalor) fueron: antes y 7 días después de la intervención de $t_c = -11.863$ (pvalor = 0.000), Antes y después de 15 días de la intervención de $t_c = -19,192$ (p-valor = 0.000) y después de 7 y 15 días de la intervención $t_c = -14.346$ (pvalor = 0.000), valores de significancias menores de 0.05 (p-valor = 0.000), indicando diferencia significativa a favor de los puntajes obtenidos después de la intervención educativa, por lo que se aprueba la hipótesis planteada: “La intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva tiene efecto positivo en el conocimiento de los adolescentes del Caserío San Francisco - Belén, 2016”. Conclusión: Estos resultados contribuyen a mejorar la atención en los adolescentes en aspectos de salud sexual y reproductiva; es un aporte valioso para otras investigaciones, tanto como en el sector educativo y de salud, se logró incrementar conocimientos con referente a la salud sexual y reproductiva, prácticas sexuales, sexo seguro, derechos sexuales, infección de transmisión sexual a los adolescentes del Caserío San Francisco.

PAREJA & SANCHEZ (2016) El presente estudios tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria 19 de abril de Chupaca, periodo 2016. Se realizó un estudio de tipo descriptivo con diseño no experimental, transversal. La población estuvo constituida por los

adolescentes de 14 a 17 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para el estudio se utilizó un muestreo no probabilístico con una muestra de 465 adolescentes. Se aplicaron encuestas tipo cuestionarios para la evaluación de ambas variables, para medir el nivel de conocimientos se aplicó una encuesta con respuestas mutuamente excluyentes dividida en 4 secciones de 9 ítems; y para medir las actitudes se aplicó un test tipo Likert modificado. Los resultados fueron que el 36,6% de los adolescentes encuestados tienen conocimientos altos sobre sexualidad, 14,6% tiene conocimiento medio y 48,8% bajo; en cuanto a la actitud sobre sexualidad el 96.8 % tiene actitud favorable y un 3,2% actitud desfavorable. Se concluye que la mayoría de adolescentes de dicha institución educativa tienen conceptos limitados de sexualidad sobre las dimensiones Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, Ciclo de respuesta sexual, Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA y Métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo y que también tienen actitudes ideales frente a la misma.

Silvia E. (Lima, 2014), realizó un estudio preexperimental, prospectivo, longitudinal con una muestra de 95 adolescentes; con el objetivo de determinar la eficacia de una intervención educativa para elevar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes del tercer año de educación secundaria del colegio “Los jazmines del naranjal”. Al inicio se verificó con un pretest teniendo un inadecuado conocimiento, sobre infecciones de transmisión sexual. Se implementó 6 sesiones educativas con estrategia de aprendizaje activo con un

post test al finalizar esta. De la muestra, 56% y 44% son de sexo femenino y masculino respectivamente. Con edades entre 12- 17 años, como resultado de la intervención educativa el porcentaje de adolescentes que obtuvieron un alto nivel de conocimiento sobre ITS. Incrementándose en las 4 dimensiones (definición: 91%, transmisión 100%, signos y síntomas 98%, prevención 100%).

Ramírez K. (Lambayeque, 2012), realizó una investigación con el objetivo de identificar la influencia de la aplicación de un programa educativo sobre el nivel de conocimiento de las infecciones de Transmisión sexual –VIH-SIDA y conductas sexuales de riesgo de los adolescentes El nivel de conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA de los alumnos antes de aplicar el programa educativo fue malo en un 64% y regular en el 32%, mientras que después de la aplicación del programa educativo fue regular en el 52% y bueno en el 32% respectivamente. Las conductas sexuales antes de aplicado el programa educativo fueron con riesgo en el 90%, mientras que después de aplicado el programa educativo estas descendieron al 78%

Carrera F. (2011) en su estudio “Relación de las habilidades sociales y sexualidad saludable en adolescentes de las Instituciones Educativas de Educación Secundaria de la Región de Junín - 2011”, plantea como objetivo de estudio determinar la relación que existe entre habilidades sociales y sexualidad saludable en adolescentes de las instituciones educativas de educación secundaria, donde se demuestra que existe una relación positiva con un coeficiente de correlación de 0.04 entre las habilidad sociales y la sexualidad saludable en los adolescentes estudiados.

Rojas, Rocío (2010) El presente estudio, lleva por título: “Relación entre Conocimientos sobre Salud Sexual y las Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes de Secundaria I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat Lima 2010”; teniendo como objetivo principal: Determinar la relación que existe entre los conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del 5to de secundaria de la Institución Educativa Ntra. Sra. de Montserrat. El presente estudio es de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal; la población estuvo conformada por 152 adolescentes; se utilizó un cuestionario auto administrado validado por juicio de expertos. Las conclusiones a las que se llegó fueron: Estadísticamente no existe relación entre los conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, consideramos importante destacar algunos puntos críticos en los conocimientos y en las conductas: como la diferencia entre libertad sexual y libertinaje. Entre las principales conductas de riesgo se evidenció: inicio precoz de relaciones sexuales, no uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales sin planificación.

Alberto Salazar, Arturo Santa María, Isabel Solano, Katherine Lázaro, Silvana Arrollo y Virginia Araujo, (Lima 2007) en la investigación titulada: “Conocimientos de Sexualidad, Inicio de Relaciones Sexuales y Comunicación Familiar, en Adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del Distrito del el Agustino”, cuyo objetivo fue explorar los conocimientos generales sobre sexualidad, inicio de relación sexuales y la comunicación familiar en adolescentes de Instituciones Educativas

Nacionales del Distrito de El Agustino. Investigación de tipo cuantitativa. El método utilizado fue el descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por una muestra conformada por 1109 adolescentes entre 10 y 19 años de ambos sexos una distribución equitativa 50% femenino (554) y 50% masculino (555). El instrumento utilizado fue un cuestionario, evidenciando los siguientes resultados: “El conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino es deficiente. Comunicación familiar deficiente entre progenitores y adolescentes presento una relación de adolescentes con conocimientos deficientes sobre sexualidad. Comunicación familiar deficiente entre progenitores y adolescentes presento una relación de adolescentes con inicio de relaciones sexuales de riesgo. El grado de conocimientos deficientes de sexualidad de los adolescentes presento una relación con el inicio de relaciones sexuales de riesgo”.

C. ANTECEDENTES LOCALES: No Existe

Bases teóricas – científicas

3.2.1 Adolescencia

La OMS define como adolescencia al periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio – económica, de acuerdo con la OMS, esta se fija entre los 10 y 19 años. Adolescencia vocablo que viene del latín *adolescere*, crecer, se trata de la etapa de la vida del individuo que se inicia con la pubertad, culmina en la aptitud fisiológica para la

reproducción y termina cuando se está preparado física, emocional y socialmente. Una definición más dinámica incluye en esta etapa de la vida que hay cambios rápidos en la esfera biológica, psicológica y social, estos cambios que son parte del proceso de la madurez hacen al adolescente vulnerable, por lo que se encuentra expuesto a numerosos riesgos.

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo y crecimiento en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individualización adulta. Esta etapa tiene 3 características fundamentales: la adolescencia como duelo por el mundo infantil, como renovación de la problemática psíquica establecida en la infancia y su resolución y finalmente por ser una etapa llena de nuevas expectativas, ilusiones y descubrimientos vitales. La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo, un período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente. De acuerdo con las características y los cambios que se van experimentando en la adolescencia se debe de evaluar el nivel de adaptación que los adolescentes logran en las diferentes esferas de su vida. Debido a la inestabilidad emocional, búsqueda de identidad y planeación de proyectos de vida, el interés por lo prohibido, la

influencia de los amigos, para ellos y la revelación en contra de los padres, los medios de comunicación y el deseo o curiosidad de experimentar cosas nuevas son los principales determinantes que van a exponer al adolescente a situaciones poco favorables para su salud (Lillo, 2004).

Aragón & Bosques (2012) sugieren la incrementación de factores positivos que influyan en una buena adaptación del adolescente. Estos factores positivos son en cuanto a la relación con los padres, la comunicación familiar respetuosa, afectiva en las familias, así como los padres tienen el deber de estar pendiente de las actividades de sus hijos, de sus amigos y brindarles aceptación, cariño, respeto, comprensión y apoyo. Todos estos factores determinarán la adaptación del adolescente que va a influir de manera positiva en su desarrollo físico y emocional previniendo problemas psicológicos que lo conlleven a riesgos o peligros.

3.2.2 Características

La adolescencia es principalmente una época de cambios, es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad psicológica, identidad sexual, así como la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer, hasta

entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. En la adolescencia temprana y para ambos sexos, suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo

cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente. (17)

Según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: Adolescencia temprana, media y tardía.

a) Adolescencia temprana cuando una persona tiene entre 10 a 13 años. Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b) Adolescencia media (14 a 16 años), es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

c) Adolescencia tardía (17 a 19 años), casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de padres va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

3.2.3 Cambios en la adolescencia

Durante el inicio de la pubertad aparecen los caracteres sexuales primarios y secundarios en hombre y mujeres. En las niñas es en edad más temprana y el primer signo de la iniciación de maduración sexual es el desarrollo de los senos; poco después aparece el vello púbico, axilar y entra la menarquia (primera menstruación). En el niño, por el contrario, el primer carácter sexual secundario es el vello púbico, puesto que ya ha comenzado a aumentar el tamaño del órgano genital; después aparece el vello axilar y facial (Cartaxo, Rolim & De Abreu, 2013).

Las etapas del desarrollo del adolescente se dividen en tres y cada una tienen sus cambios en el desarrollo físico, cognitivo y social-emocional (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2008):

La adolescencia temprana aproximadamente de 10-13 años:

Desarrollo físico:

Pubertad: crecimiento del vello corporal, aumento de la transpiración y de la producción de aceite en el cabello y la piel,

Mujeres: el desarrollo de la cadera, el inicio de la menstruación

Hombres: crecimiento de los testículos y el pene, los sueños húmedos, engrosamiento de la voz.

Crecimiento físico: el aumento de la altura y el peso.

Mayor interés sexual.

Desarrollo cognitivo:

Mayor capacidad para el pensamiento abstracto.

Los intereses intelectuales se expanden y se vuelven más importantes.

Desarrollo social-emocional:

Sentirse incómodo acerca de uno mismo y el propio cuerpo; preocuparse por ser normal.

Aumento de los conflictos con los padres.

El aumento de la influencia del grupo de amigos.

El deseo por la independencia.

Tendencia que volver al comportamiento "infantil", sobre todo cuando está estresado.

Mal humor.

Mayor interés en la intimidad

2) Adolescencia media de 14 – 16 años aproximadamente:

Desarrollo físico:

La pubertad se completa.

El crecimiento físico se ralentiza para las niñas, continúa para los niños.

Desarrollo cognitivo:

Continuo crecimiento de la capacidad para el pensamiento abstracto.

Una mayor capacidad de fijación de metas.

Interés en el razonamiento moral.

Pensar en el sentido de la vida.

Desarrollo social-emocional:

Ajuste continuo de los cambios del cuerpo, se preocupa por ser normal

Tendencia por distanciarse de los padres.

Obligados a hacer amigos y la mayor dependencia de ellos, la popularidad puede ser un problema importante.

Los sentimientos de amor y pasión.

Adolescencia tardía de aproximadamente 17 - 19 años:

Desarrollo físico:

Las mujeres jóvenes, por lo general, están completamente desarrolladas.

Los jóvenes siguen ganando altura, el peso, la masa muscular y del vello corporal.

Desarrollo cognitivo:

Capacidad para pensar

Examen de experiencias internas

Aumento de la preocupación por el futuro

Interés continuo en el razonamiento moral.

Desarrollo social emocional:

Firme el sentido de identidad.

El aumento de la estabilidad emocional.

El aumento de la preocupación por los demás.

El aumento de la independencia y la autosuficiencia.

Las relaciones entre compañeros siguen siendo importantes.

Desarrollo de relaciones más serias.

3.2.4 Educación sexual en la adolescencia

De acuerdo con la Pan American Health Organization PAHO (2001) en el documento Sexual health promotion. Recommendations for action; definen a la sexualidad como dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basado en el sexo, incluye género, las identidades de sexo, orientación sexual, erotismo, vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas roles y relaciones.

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional que varía de una cultura a otra y en el contexto sociohistórico en que se desarrolle. En los años 60 aproximadamente aparece la llamada revolución sexual, con la cual la sexualidad humana adquirió un nuevo significado y se acepta ya como un instinto natural que debe ser entendido en todas sus dimensiones y desde un prisma de igualdad entre el hombre y la mujer. Tradicionalmente se inculcaba la idea de que en el sexo existía una forma como debe ser, un ideal de

expresión sexual cuya prioridad era como norma una expresión de conducta heterosexual, coital y con fines meramente reproductivos. Lo que era considerado normal o anormal estaba influenciado por la cultura, las costumbres, la moral, las religiones, el país y variaba con el paso del tiempo (Castillo, 2002; Vera, 1998).

La educación sexual se define como educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales de la sexualidad, como parte de la formación integral de quien se está educando. Su objetivo es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarle para que cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de manera sana, consciente y responsable dentro de su cultura, época y sociedad. Consiste en impartir información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad (Alvizar, 2006; Garzo & Quintero, 2009).

En base a sexualidad se debe educar de manera que el individuo vaya dando sentido, valor y trascendencia a todos los actos que realiza con y ante sus semejantes, para que viva con plenitud cada momento de su vida en su contexto histórico, económico y cultural. La sexualidad se inicia desde que nace el individuo, todo intento de mejorar la educación sexual debe enfocarse inicialmente hacia los padres, pues casi siempre los niños tienen problemas en las mismas áreas que los padres que los educaron. El primer canal de

socialización, proceso mediante el cual el individuo adquiere normas, pautas de conducta, creencias y valores de su grupo sociocultural, está constituido por la familia (Higashida, 2007).

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes de distintos sexos. (Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo, 2013).

La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Por tanto, se hace necesaria una educación sexual de carácter alternativo que ofrezca a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre. La adolescencia y la juventud son edades aún tempranas, que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Los jóvenes en ocasiones carecen de los medios y la preparación para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no

protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados (Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo, 2013). La educación de la sexualidad forma parte del proceso de educación de la personalidad. En concordancia con estos criterios se encuentran que las doctoras Alicia González y Beatriz Castellanos, quienes se refieren a la familia como el primer agente de socialización de la sexualidad, que forma parte de la personalidad, y como el grupo de referencia más estable a lo largo de la vida en cuanto a formación de valores, convicciones, normas de comportamiento y actitudes sexuales. La función educativa se centra en la influencia que ejerce la familia en sus miembros, esta contribuye junto a la escuela y otras instituciones sociales, al proceso de formación y desarrollo de la personalidad individual. De ahí la importancia de que la familia juegue un rol de avanzada en la educación sexual para la prevención de ITS embarazo en la adolescencia (Barbón, 2011).

La OMS ha establecido que la salud sexual es una integración de los aspectos biológicos, emocionales e intelectuales del ser sexual, que enriquece la personalidad para la comunicación y el amor y para lograrlo se necesitan 3 aspectos (Higashida, 2007):

- a) La capacidad de disfrutar las conductas sexuales y reproductivas, de acuerdo con una ética social y personal.
- b) Estar libre de temores, vergüenza y culpa; de factores psicológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones socio-sexuales.
- c) Estar libre de perturbaciones, enfermedades y deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexual y reproductiva.

3.2.5 Conductas y prácticas sexuales de riesgo en la adolescencia

Las conductas sexuales de riesgo son definidas por Garduño (2012) como acciones pasivas o activas que involucran peligro para el desarrollo de los adolescentes pues traen consecuencias negativas para su salud, su educación y desarrollo comprometiendo el plan de vida de los adolescentes.

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. En una comunidad se fomentan los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas (Secretaría de Educación Pública, 2012).

La adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos, por otra parte, es en esta etapa donde se van definiendo la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustentan el autoconstrucción de la salud (Rodríguez, Ramos, Contreras & Perdomo, 2013).

El comportamiento es la conducta asumida por el adolescente respecto a su salud sexual y reproductiva y está muy vinculada con los conocimientos que en este sentido posee. Sin embargo, esto no significa, necesariamente que un

buen conocimiento sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida. En los adolescentes los cambios profundos en su vida, como su acercamiento a otras personas para establecer amistad y el inicio de relaciones amorosas. Los hacen verse a sí mismos como un ser sexual, capaz de adaptarse a las emociones sexuales y establecer una relación amorosa, cuestiones estas que valoran como elementos importantes para el logro de la identidad sexual. Por su parte en relación con el comportamiento que asumen en la práctica de su sexualidad, en aspectos tales como protegerse en la relación sexual para evitar un embarazo o una enfermedad, en los adolescentes está mediada por variables muy ligadas a la conducta y al contexto social. (7)

Los embarazos precoces, los abortos y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, son resultados de conductas de riesgos, que en los adolescentes limitan sus oportunidades para el desarrollo de un proyecto de vida adecuado y proporcionan afectaciones a su salud que en ocasiones varía según el enfoque de género (Rodríguez & Álvarez, 2006).

3.2.6 Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales, son causadas por las prácticas sexuales sin protección; estas infecciones van en aumento cada año, lo cual constituye un problema de salud pública en todo el mundo. Las ITS forman parte de un grupo mayor de infecciones conocido como infecciones del tracto reproductivo (ITR). Las ITR abarcan todas las infecciones del tracto reproductivo, incluso las infecciones no causadas por

contacto sexual. Estas últimas pueden ser consecuencia de procedimientos médicos no asépticos (infecciones nosocomiales) o de la proliferación de organismos que normalmente habitan en el tracto reproductivo (infecciones endógenas), como la vaginosis bacteriana (VB) y la candidiasis. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual (Secretaría de Educación Pública, 2012; WHO, 2011).

Antecedentes de infecciones de transmisión sexual. - Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son conocidas también como enfermedades venéreas (en honor a la diosa romana Venus que es el equivalente a la diosa griega del amor y la belleza Afrodita) y su definición obedece al modo de transmisión de las mismas ya que se adquieren mediante el contacto sexual: vaginal, anal u oral. Esta diosa era la imagen de fuente carnal de los romanos de obtener placer, por lo que luego se le consideró a las prostitutas como la fuente de dicho placer y por tanto, también la obtención de todo tipo de infecciones, por tanto, los infectados también debían ser castigados por sus pecados. A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de infecciones de transmisión sexual que fueron consideradas como un castigo celestial por excesos sexuales (Díaz, 2010; Domínguez & Díaz, 2008; Vera, 1998).

Papalia, Wendkos & Duskin (2002) mencionan que desde los primeros años de 1920 hasta 2002 se ha observado una evolución en las actitudes y el comportamiento sexual. Agregan que, a mediados de 1950, una de cada 2 mujeres tenía experiencias sexuales a los 18 años y que para 2002 una de cada 3 mujeres y tres de 4 hombres tuvieron relaciones sexuales a esa edad. A partir

de los años 60 y como consecuencia de profundos cambios socioculturales, se produjo un notable incremento de las infecciones de transmisión sexual. De acuerdo con las estadísticas de 2008 la población con mayor riesgo de enfermar de cualquiera de las ITS son los adolescentes y jóvenes adultos heterosexuales entre 14 y 24 años (Ríos, Yera & Guerrero, 2009).

Formas de transmisión

Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto sexual sin protección cuando existe penetración, ya sea por sexo vaginal (pene-vagina) o anal (pene-ano), aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral (contacto de la boca con los órganos sexuales) u otras vías como la sanguínea o perinatal (Fundación Mexicana para la Salud, 2011; SEP, 2012). De acuerdo con la Fundación Mexicana para la Salud (2011) las infecciones de transmisión sexual se transmiten generalmente mediante el contacto con: Fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B).

A través de la contigüidad de la piel por medio de heridas micro o macro o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una úlcera en la boca, pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios.

Juguetes sexuales contaminados. (8)

Signos y síntomas: Son varios los problemas que puede presentarse si no son diagnosticadas a tiempo y entre los más graves se encuentran: afectar la fertilidad de una persona y hacerle difícil o imposible concebir hijos en el

futuro. Si una mujer contrae una ITS durante el embarazo puede provocar defectos o infecciones en su bebé (SEP, 2012).

La mayoría de las ITS pueden curarse si se les detecta a tiempo y se les trata adecuadamente, de acuerdo con la Secretaría de Salud (2002), algunas de las señales o síntomas más comunes de las ITS tanto en hombres como en mujeres son:

Ardor o dolor al orinar.

Secreción u olor extraño en la vagina o en el pene.

Escoriaciones, ampollas, irritación, hinchazón o crecimiento de bultos alrededor de los genitales (que pueden o no doler).

Comezón, ardor o dolor en los genitales o cerca de ellos.

Dolor al tener relaciones sexuales.

Dolor en la parte baja del abdomen.

Úlceras en los genitales.

Factores de riesgo de las ITS. - Para la Fundación Mexicana para la Salud (2011) agrupa en 3 categorías los factores que incrementan el riesgo de contagio de ITS.

1) Factores biológicos:

Edad. Las y los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerable a las ITS.

Estado inmunológico. El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS. Las ITS aumentan el

riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de estas, ya que debilita el sistema inmunológico.

Tipo de relación sexual. Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse.

Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede durante los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual, el uso de hormonas o ante la presencia de hemorroides en el recto u otra patología ano rectal.

Circuncisión. Estudios recientes sobre prevención del VIH han demostrado una eficacia del 68% cuando la pareja sexual se encuentra circuncidada. El tener prepucio, es considerado como riesgo en la adquisición de las ITS.

2) Factores conductuales:

Las conductas que aumentan el riesgo de infección incluyen:

Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas

Tener varias parejas sexuales simultáneas.

Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.

Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.

Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.

Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección.

Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.

Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

3) Factores sociales:

Diferencias de poder. En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas, las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.

Contextos de mayor riesgo. Existen grupos de personas especialmente vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de estas, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual o social o de estigma y discriminación, menor acceso a

información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas.

Estos grupos incluyen:

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Mujeres transgéneros.

Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.

Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.

Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados.

Personas privadas de la libertad.

Mujeres y hombres que viven violencia sexual.

Jóvenes sin información y servicios adecuados.

Poblaciones indígenas o marginadas.

Población migrante.

Mujeres embarazadas.

El Instituto Nacional de Salud Pública INSP (2006), por medio de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2006), que es un diagnóstico actualizado que ofrece las condiciones de salud de los mexicanos, en su sección de adolescentes reportan que 14.4% de 25,056 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad reportó tener relaciones sexuales, y, de estos, 56.6% de las mujeres y 29.6% de los hombres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; (el no utilizar condón durante las relaciones sexuales son factores de riesgo para adquirir una ITS o embarazarse sin planearlo) **promover el uso correcto del condón** es la

conducta preventiva central de los programas de intervención relacionados con la salud sexual de los jóvenes; sobre todo si se considera su uso en la primera relación sexual hace más probable que los jóvenes se protejan en encuentros sexuales posteriores (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

Castro (2010) realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal a un grupo de adolescentes de una escuela Secundaria en Cuba, con el fin de determinar conocimientos y factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes. La muestra correspondió a 228 alumnos pertenecientes a la escuela Secundaria que cursaban 7mo, 8vo y 9no grados, en edades comprendidas entre 11 y 16 años de edad; Los datos se recogieron de una fuente primaria, el procedimiento fue el interrogatorio y el método para recolectar los datos fue una encuesta anónima con preguntas semi abiertas, la que comprendió tres bloques de preguntas relacionadas con datos de caracterización general, nivel de conocimiento y factores de riesgos, aparte se investigaron algunas variables como: inicio de las relaciones sexuales, edad de inicio de las relaciones sexuales, motivación para la primera relación sexual, uso de condón y número de compañeros sexuales. En los resultados se encontró que las mujeres presentaron una mejor preparación en cuanto a tipos de ITS y formas de prevención, con una valoración de buenos conocimientos mientras que, en relación con las manifestaciones clínicas de las ITS, ambos sexos presentaron resultados entre regulares y malos en su gran mayoría. En lo que corresponde a factores de riesgo se identificó que 27.1%, ya tienen vida sexual activa de los cuales la mayoría son hombres entre 13 y 14 años de edad, al explorar los motivos más fuertes por los que

iniciaban las relaciones sexuales obtuvieron en primer lugar la curiosidad con 53.2%; en segundo lugar, la búsqueda de compañía, apoyo y afecto con 50%, seguida de experimentar placer con 40.3%, al analizar el número de parejas sexuales que han tenido los adolescentes se obtuvo, que del total de estudiantes con relaciones sexuales, 51.6 % había tenido de 1 a 3 parejas sexuales, en cuanto al uso del condón 80.7% a veces lo utiliza.(9)

Consecuencias de las ITS

Medicas:

Las ITS pueden causar enfermedades graves y acarrear importantes consecuencias para la salud a largo plazo y, en ciertos casos, llevar a la muerte. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) puede producir una afección aguda y/o dolor pélvico crónico. En los países en vías de desarrollo, se ha informado que uno de cada siete hombres presenta estenosis (estrechamiento) uretral como consecuencia de alguna ITS. Las ITS también se vinculan con el desarrollo del cáncer de pene, cuello uterino, vagina y ano (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

La esterilidad también es una consecuencia potencial de las ITS tanto en hombres como en mujeres. Alrededor de una de cada cinco mujeres con EPI resultan estériles. Entre las mujeres de África, se estima que la EPI es la causante de entre el 50% y el 80% de los casos de infertilidad (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

Las consecuencias de una ITS para el feto durante el embarazo o el recién nacido en el parto pueden ser graves. Las ITS pueden provocar embarazos ectópicos, abortos espontáneos, rotura prematura de las membranas, trabajo

de parto prematuro y poco peso al nacer. Por ejemplo, la sífilis durante el embarazo puede provocar la pérdida del bebé en un tercio de los casos y malformaciones congénitas en otro tercio. Los datos recogidos en Sudáfrica sobre la sífilis durante el embarazo indicaron una probabilidad 19 veces mayor de que se produjeran muertes perinatales si no se recibía un tratamiento o bien, si era incompleto. Las infecciones en los recién nacidos, como la neumonía, las infecciones oculares y la meningitis también pueden ser consecuencia de haber padecido una ITS durante el embarazo o en el alumbramiento. Se estima que alrededor del 3% de los recién nacidos con infecciones gonocócicas oculares padecerán ceguera total de no ser tratados y el 20% padecerá algún tipo de lesión en la córnea. Otras consecuencias que pueden tener las ITS en el feto incluyen las lesiones neurológicas y las malformaciones congénitas como la ceguera y la sordera. Algunas de las consecuencias de las ITS pueden resultar evidentes en el nacimiento, pero otras pueden no ser detectadas hasta unos meses o años más tarde (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

Emocionales y sociales:

La preocupación por las consecuencias para la salud y la culpa de infectar a la pareja o a un niño pueden provocar mucha tensión. Por otra parte, las ITS también se relacionan con un considerable nivel de estigma social. La esterilidad puede causar un gran impacto emocional en los individuos y conlleva la aparición del estigma, en especial para las mujeres en sociedades en las que se otorga gran valor a la capacidad de una mujer de procrear. Entre los impactos sociales que producen las ITS y la esterilidad pueden

mencionarse los problemas de relaciones, la violencia en el hogar, el divorcio y el abandono (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

Medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2002) existen diversas maneras para protegerse de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH:

Usar un condón correctamente cada vez que se tenga un contacto sexual. Los condones pueden a la vez reducir el riesgo de contraer una ITS y prevenir un embarazo no planeado.

Tener relaciones sexuales protegidas. En la medida que la pareja tenga la comunicación necesaria, hablen de lo que les preocupa y negocien el uso del condón, entonces no corren el riesgo de una infección de transmisión sexual, en consecuencia, disfrutarán de una sexualidad placentera y responsable.

No compartir agujas o jeringas. Es conveniente que las personas pongan atención en no compartir agujas o jeringas que no estén esterilizadas.

Hablar con la pareja respecto a la sexualidad y las ITS. Antes de involucrarse sexualmente con alguien, es importante hablar sobre las expectativas de la pareja, el momento más oportuno para las relaciones sexuales y la necesidad de prevenir las ITS.

No mezclar el sexo con el alcohol o con otras drogas. Las drogas y el alcohol influyen en las conductas y prácticas sexuales. Pueden llevar a las personas a hacer cosas que no harían si no estuvieran alcoholizados o drogados y correr riesgos innecesarios. Por ejemplo, alguien puede olvidarse de usar un condón y tener relaciones sexuales sin protección. (10)

3.2.7. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia según la OMS (2009) es aquel que ocurre dentro de los dos años ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen, es decir, que se produce entre los 11 y 19 años.

Menéndez & Navas (2012) definen el embarazo adolescente como aquel embarazo que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. También se suele designar como embarazo precoz en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad (Secretaría de Educación Pública, 2012).

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones donde se hace posible el descubrimiento en uno, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y a la falta de educación en el orden sexual, posibilita que los adolescentes se crean aptos para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y paternidad precoz (González, Hernández, Conde, Hernández & Brizuela, 2010).

Datos epidemiológicos

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional (León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008).

La OMS (2009) estima que 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, de los cuales el 95% de los nacimientos ocurren en países de desarrollo. (11)

Es necesario destacar adicionalmente, que, a menor edad de la mujer en su primer embarazo, es mayor la probabilidad de que tenga más hijos a lo largo de su vida. En efecto, la información del INEGI muestra que de los 11,521 partos en mujeres de hasta 15 años registrados en 2011, en 1,038 casos son mujeres que ya tienen 2 hijos; 470 tienen 3 hijos; 212 tienen 4 hijos, 121 tienen 5 hijos, mientras que 66 niñas en esa edad tienen 6 hijos (Fuentes, 2013).

Por otra parte, en el grupo de las mujeres de 15 a 19 años, entre quienes se registraron 461,466 partos en 2011, en 354,326 casos fueron madres por primera vez; en 84,375 casos es ya su segundo hijo; en 16,165 casos son mujeres con ya tres hijos; en 3,674 casos se trata de mujeres con ya cuatro hijos; en 1,304 casos con cinco hijos; y en 630 casos con seis hijos.

De acuerdo con los datos del INEGI, las muertes maternas de las niñas y adolescentes representan, en promedio, el 13% del total de las contabilizadas en las últimas dos décadas, es decir, entre 1990 y el año 2010; el dato es digno de ser destacado porque la mortalidad materna en este grupo de edad se ha

mantenido constante a lo largo de los últimos 20 años, lo cual implica que los riesgos asociados a los embarazos a corta edad no han logrado reducirse. Al respecto, quizá el dato a destacarse es que en 2011 se llegó precisamente al récord en el porcentaje de muertes maternas en la edad adolescente, pues en ese año estos fallecimientos representaron el 14% del total de las defunciones de mujeres durante o a consecuencia del parto (Fuentes, 2013).

En números absolutos, lo anterior significa que de los 28,580 casos de muertes maternas que ha habido en el país, en 3,659 de ellos quienes perdieron la vida eran niñas y adolescentes menores de 19 años (Fuentes, 2013).

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050 (Secretaría de Salud, 2002).

Factores de riesgo de embarazo adolescente

Indudablemente los factores asociados a embarazo en adolescentes son multivariados, pero se resalta la escuela ya que es un espacio importante en la vida de las y los adolescentes y donde actualmente conviven y encuentran a sus amigos de toda la vida, viven su primer amor e incluso su primer compañero sexual (Trillo, Loreto & Figueroa, 2010).

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente León, Minassian, Borgoño & Bustamante (2008), los agrupan en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, baja autoestima, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (12)

Para Armendáriz y Medel (2010) las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazada son: Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.

Bajo nivel educativo.

Pensamientos mágicos: propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres, derivado de una nueva libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos.

Los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos; más aparte el embarazo adolescente se deriva del no utilizar anticonceptivos debido al acceso limitado a servicios, carencia de métodos, limitación de recursos económicos, creencias personales, objeciones familiares y/o temores por la salud, ya que los adolescentes son particularmente susceptibles al embarazo no deseado y a los riesgos de una actividad sexual temprana y sin protección debido a la falta de información y servicios (Armendáriz & Medel, 2010; Hernández, 2009).

Montalvo (2007) hizo un estudio descriptivo con estudiantes que comprenden las edades de 15 a 20 años. Con la finalidad de determinar los factores que predisponen a un embarazo adolescente; en primer lugar, identifiqué el conocimiento que tienen las adolescentes con un embarazo a temprana edad y después los factores de riesgo de un embarazo. En los resultados encontré que 20% de los adolescentes ya tuvieron relaciones sexuales, 98% saben cómo prevenir un embarazo, 98% de estudiantes recibe información de sexualidad por medio de las escuelas, y 20% dijo que los embarazos se dan por no utilizar métodos anticonceptivos, 38% dicen que los embarazos se dan por falta de información.

Consecuencias de embarazo adolescente

El embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción cefalopélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas. Las

consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre salud de la madre y su hijo son variables debido a que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social (Secretaría de Salud, 2002).

El aumento de embarazo no deseado en las adolescentes, lo que ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales (León et al; 2008):

1) Complicaciones somáticas

Para la madre: La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro (León et al; 2008).

Para el hijo: El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (León et al; 2008).

Los hijos no planeados ni deseados de las adolescentes frecuentemente son niños rechazados (consciente o inconscientemente) por la madre y la sociedad. Están más propensos a sufrir trastornos emocionales, golpes, abandono, carencias económicas, afectivas y educativas; o aun de carecer de un hogar por haber sido abandonados (Secretaría de Salud, 2002).

Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hija(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja.

Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos (Secretaría de Salud, 2002).

2) Hernández (2009) establece que los aspectos psicológicos del embarazo adolescentes son:

Ambivalencia hacia el embarazo.

Temor por morir o sufrir durante el embarazo.

Temor y fantasías por posible malformación.

Rechazo hacia el embarazo.

Preocupaciones obsesivas por el bienestar del feto.

Problemas de pareja.

Interferencia de la familia externa.

Dependencia marcada de las familias de origen.

Asesoría a familiares de pacientes embarazadas con retraso mental.

Culpas por desatender a la pareja.

Enojo por asumir la maternidad, el cual a veces se ve como limitante.

Problemática durante la infancia o con la familia de origen, lo que hace cuestionarse qué tan buenas madres podrán ser.

Resentimiento con la figura materna.

Sentimiento de culpa de “fallar” a los padres.

Sentimiento de culpa por separarse de los padres.

Problemas relacionados con el abuso sexual e incesto.

3) Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social; el rendimiento escolar de estas

adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente (León et al; 2008). Un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar; una deserción escolar muy costosa para las adolescentes y jóvenes por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y aun universitaria (Secretaría de Salud, 2002).

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto, se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio (Secretaría de Salud, 2002).

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia (León et al; 2008). En nuestro país es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre. El nacimiento del nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a) (Secretaría de Salud, 2002).

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la

movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante (León et al; 2008).

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones “las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes” (León et al; 2008).

Algunas de las adolescentes embarazadas contemplan como alternativa el aborto. De llevarlo a la práctica enfrentarán problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se hacen en condiciones insalubres) e ilegales (está penado por la ley). A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar. Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad.

Algunas veces la tensión se ve incrementada por exigencias del compañero para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar (Secretaría de Salud, 2002).

En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación (Secretaría de Salud, 2002).

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aun en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse (Secretaría de Salud, 2002). Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real, debido al gran cariño que se tienen mantienen vida sexual activa. Sin embargo, por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos, actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán involucrados en una paternidad y maternidad temprana no deseada, y en matrimonios precipitados que súbitamente los enfrenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar (Secretaría de Salud, 2002).

Por lo que la Secretaría de Salud (2002) establece que también un embarazo en la adolescencia trae repercusiones en la pareja como:

La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares (Secretaría de Salud, 2002).

El embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estos jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse (Secretaría de Salud, 2002).

Para el varón, la situación se presenta diferente. Injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”. Otros, en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte, debido a la falta de responsabilidad y el tener miedo a un compromiso mayor. Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja son los novios que previo al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable (Secretaría de Salud, 2002).

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta (León et al; 2008).

Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo (Secretaría de Salud, 2002).

Medidas de prevención de embarazo en la adolescencia

Noguera & Alvarado (2012) mencionan las siguientes medidas para prevenir el embarazo adolescente:

Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables.

Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.

Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos

culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.

Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.

A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.

Contar con profesionales especializados en el tema, lo cual permite cualificar el cuidado que se brinda a la población adolescente y por ende impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.

Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente, buscando lograr personal altamente calificado y capacitado para brindar atención integral a este grupo poblacional.

Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.

Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de esta, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos.

Ofrecer servicios amigables a la población adolescente, servicios donde predomine la confianza, donde los jóvenes se sientan escuchados y sientan que su intimidad está siendo protegida.

3.2.8 Métodos anticonceptivos

La planificación familiar es el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Maiztegui, 2006).

Los métodos anticonceptivos se definen como cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo pueden ser temporales y/o permanentes (Maiztegui, 2006).

Higashida (2007) menciona que los métodos anticonceptivos permiten a la pareja tener relaciones sexuales con un riesgo mínimo de embarazo y deben reunir las siguientes características:

1. Aceptabilidad: un método puede ser muy efectivo; sin embargo, debe ser aceptado por la pareja de acuerdo con sus características raciales, culturales y socioeconómicas.
2. Inocuidad: no debe atentar contra la salud tanto de la pareja como del hijo, en caso de que se produzca el embarazo.
3. Reversibilidad: debe permitir a la pareja tener hijos cuando lo desee.

4. Eficacia: es la capacidad para evitar el embarazo por el lapso deseado por la pareja; pueden ser desde temporales hasta definitivos e irreversibles.

5. Facilidad de aplicación: un método difícil de aplicar no sería utilizado por la población

6. Bajo costo.

Descripción de los métodos anticonceptivos

Anticonceptivos orales (Pastillas)

Descripción: Pastillas hechas a base de hormonas sintéticas (estrógenos y progesterona). Su función es modificar la composición hormonal del organismo evitando que ocurra la ovulación, así como la composición del moco cervical, haciendo difícil el movimiento de los espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado. Existen en presentación de 21 comprimidos y 28, en éstas las últimas siete contienen únicamente hierro y sirven para no perder la continuidad.

Efectividad: 97%

Ventajas:

No interfieren en las relaciones sexuales.

Ofrecen protección continua y efectiva.

Pueden regular el ciclo menstrual y eliminar los cólicos.

Pueden suspender por tiempo indefinido la menstruación

Al dejarlas de usar se recupera la fertilidad de la mujer, aunque para ello pueden pasar de dos a cuatro meses.

Desventajas

No es conveniente para mujeres que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia. - Se necesita motivación diaria y disciplina para tomar la píldora y evitar los olvidos, que pueden afectar su efectividad.

No ofrece protección contra las ITS o el VIH-sida.

Requiere consulta médica para su empleo.

Puede tener efectos molestos como náusea, dolores de cabeza, sangrado a la mitad del ciclo, aumento de peso o dolor en los pechos.

Se desconocen sus efectos a largo plazo.

Inyecciones

Descripción: su mecanismo de acción es igual al de las pastillas, sin embargo, tiene la ventaja de que viene en presentaciones para uno, dos, y tres meses.

Efectividad: 97% Ventajas:

Muy efectivo y seguro.

Privacidad

No interviene en el coito.

No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla.

Desventajas:

Probables cambios en el sangrado. Sobre todo, al inicio.

La fertilidad demora en retornar hasta 4 meses.

Se pueden presentar dolor de cabeza, aumento en la sensibilidad de senos.

No protege contra ITS y VIH/SIDA

Anillo anticonceptivo vaginal

Descripción: Es un pequeño dispositivo flexible, en forma de anillo, transparente y flexible que se coloca en la vagina, durante tres semanas,

tiempo durante el cual va liberando hormonas (estrógenos y progesterona).

De esta manera se impide la ovulación y se engrosa el moco cervical.

Efectividad: 98%

Ventajas:

Muy efectivo

Privacidad

No interviene en el coito.

No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla.

Desventajas:

Se pueden presentar: flujo o irritación vaginal, dolor de cabeza, aumento de peso, náuseas, sangrados irregulares

No protege contra ITS y VIH/SIDA

Empieza a tener efecto más o menos a los 7 días posteriores a su inserción.

Hormonal subdérmico o implantes

Descripción: Se inserta en el antebrazo de la mujer, está formado por 6 cápsulas flexibles que contienen sólo progestágenos y se insertan en forma de abanico en el brazo de la mujer. Dicho procedimiento lo debe realizar un médico capacitado. Una vez insertados duran 5 años; actúan deteniendo la ovulación y alterando el moco cervical.

Efectividad: 98%

Ventajas:

Muy efectivos.

Luego de la implantación, protege de un embarazo por un mínimo de cinco años.

No interfiere con la relación sexual.

La fertilidad regresa inmediatamente después de que las cápsulas se retiran.

Desventajas:

No protege de ITS

Goteo entre menstruaciones

Amenorrea.

Dolores de cabeza, mareos, nerviosismo, náuseas, entre otras.

Hormonal Transdérmico o Parche anticonceptivo

Descripción: Consiste en un parche de plástico fino, de color beige, que se adhiere a la piel. A través de la corriente sanguínea va liberando cierta cantidad de hormonas que impiden el embarazo con los mismos mecanismos que las pastillas anticonceptivas. Un parche por semana por tres semanas y la cuarta se descansa. Y se recomienda que se vaya rotando de ubicación (brazo, nalga, cintura etc.).

Efectividad: 99%

Ventajas:

No interfiere con la relación sexual.

No implica tanta atención como con las pastillas que son diarias.

Desventajas:

No protege contra las ITS.

Si se olvida cambiarlo a la semana, puede haber un embarazo.

Puede haber reacción en la piel sobre la que se coloca.

Dolor menstrual o abdominal.

Se debe consultar al médico antes de usarlo.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Descripción: Objeto plástico (polietileno) que mide aproximadamente 4 cm; los más comunes son la T de cobre y los que contienen hormonas. Tiene dos hilos que luego de ser colocados quedan colgando a través de la apertura del cuello de la matriz, los cuales la mujer debe revisar periódicamente para cerciorarse de que el DIU está bien colocado. Este método altera las condiciones del útero para evitar el paso de los espermatozoides y evitar que lleguen al óvulo. Posiblemente también impida el implante del óvulo fecundado

Efectividad: 95 a 99%

Ventajas:

Muy efectivo y poco que recordar.

Tiene una duración de hasta 10 años.

La fertilidad regresa con relativa facilidad una vez que se retira.

No interfiere con las relaciones sexuales.

Desventajas:

No protege contra las ITS.

Durante los primeros tres meses luego de la colocación puede haber sangrado abundante o goteo entre periodos, así como cólicos y dolor durante los periodos.

Requiere ser colocado y retirado por un especialista.

Calendario (Ritmo)

Descripción: Para poner en práctica este método de prevención de embarazo, la mujer debe tener un perfecto conocimiento de su ciclo menstrual y de sus días fértiles. Durante los días fértiles puede optar por:

Abstenerse completamente de tener relaciones sexuales.

Usar otro método como condón.

El método requiere un mínimo de 6 meses de registro del ciclo menstrual.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

No tiene efectos colaterales.

Sin costo.

Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.

Aceptable para algunos grupos religiosos.

Sin efecto durante la lactancia

Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

Medianamente efectivo.

Se requiere tiempo para conocer el funcionamiento del cuerpo.

Requiere llevar un registro del ciclo.

Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja.

Requiere largos periodos sin penetración vaginal.

La mujer debe tener ciclos regulares.

Moco cervical

Descripción: La mujer debe revisar diariamente sus secreciones cervicales. Cuando está en su periodo fértil la secreción se torna resbalosa, húmeda y se puede estirar entre los dedos. En este momento es cuando el coito se debe evitar. La pareja podrá tener relaciones cuando no haya secreción o cuando esta sea pegajosa o pastosa.

Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

No tiene efectos colaterales.

Sin costo.

Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.

Aceptable para algunos grupos religiosos.

Sin efecto durante la lactancia

Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

Medianamente efectivo.

Se requiere y conocimiento del cuerpo.

Requiere llevar un registro del ciclo.

Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja.

Requiere largos periodos sin penetración vaginal.

La mujer debe tener ciclos regulares.

Temperatura Basal

Descripción: La mujer se debe tomar la temperatura, ya sea vía oral, rectal o vaginal todas las mañanas antes de levantarse de la cama. La temperatura de la mujer sube de .2 a .5 °C cerca del tiempo de ovulación. (Ver ciclo menstrual). En este momento la pareja debe evitar el coito o utilizar métodos de barrera. Efectividad: Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.

Ventajas:

Sin efectos colaterales y costo.

Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.

Aceptable para algunos grupos religiosos.

Sin efecto durante la lactancia.

Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

Medianamente efectivo.

Requiere tiempo y conocimiento del cuerpo.

Requiere llevar un registro durante el ciclo.

Requiere cooperación y compromiso de ambos miembros de la pareja.

Requiere largos periodos sin penetración vaginal.

La mujer debe tener ciclos regulares.

Coito interrumpido

Descripción: Durante el acto sexual, el pene se retira de la vagina antes de producirse la eyaculación. Efectividad: Poco confiable

Ventajas:

Sin efectos colaterales y costo.

Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen.

Aceptable para algunos grupos religiosos.

Sin efecto durante la lactancia.

Involucran al hombre en la planificación familiar.

Desventajas:

Requiere mucho compromiso.

Puede haber espermatozoides en el líquido preeyaculatorio.

Condón Masculino o preservativo.

Descripción: Es una funda o cubierta generalmente hecha de látex para cubrir el pene erecto del hombre. Algunos están revestidos de lubricante o espermaticidas. Se hallan disponibles en diferentes tamaños, formas colores, sabores y texturas. Retienen el semen dentro del condón, impidiendo así la entrada de los espermatozoides y otros microorganismos a la vagina.

Efectividad: De 85% a 97%

Ventajas:

Contribuye a la prevención de ITS y SIDA cuando se usan correcta y consistentemente.

Previene los embarazos.

Disponible ampliamente.

Fáciles de mantener a la mano para cuando se requieren.

No tienen ningún efecto colateral.

Pueden usarse por hombres de todas las edades.

No requiere supervisión médica.

Permite al hombre asumir un rol activo en la prevención de embarazos e ITS.

Ayudan a que el hombre no eyacule prematuramente.

Desventajas:

Protegen con poca eficacia, contra el herpes, el virus de la verruga genital (HPV) y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en la piel no cubierta por el condón.

Pueden causar irritación en las personas alérgicas al látex.

Algunos hombres refieren reducción en la sensibilidad.

Aunque mínima existe la posibilidad de que se rompa.

Condón Femenino.

Es una funda transparente y delgada hecha de un plástico suave (poliuretano).

Tiene un anillo flexible y al interior otro movable, que sirve para fijarlo al fondo de la vagina. Antes de tener relaciones la mujer lo coloca dentro de la vagina. Durante el coito el pene se introduce en la vagina recubierta por el condón femenino. (15)

Efectividad: De 95%

Ventajas:

Método controlado por la mujer.

Contribuye a la prevención de ITS y SIDA y embarazos cuando se usan correcta y consistentemente.

No tienen ningún efecto colateral.

No requiere supervisión médica.

Desventajas:

Actualmente es un método costoso.

Requiere la participación de la pareja.

Salpingoclasia (Ligadura de trompas)

Descripción: Método quirúrgico simple. A través de una leve incisión en el abdomen de la mujer para bloquear o cortar las trompas de Falopio, impidiendo la unión del espermatozoide con el óvulo. La mujer sigue teniendo sus periodos menstruales.

Efectividad: 99%

Ventajas:

Muy efectiva cuando ya no se desea tener hijos.

No interfiere en la relación sexual.

Sin efectos a la Salud.

Puede realizarse inmediatamente después de dar a luz. Desventajas:

Método quirúrgico que conlleva riesgos.

Doloroso al principio.

Difícilmente reversible.

No protege de ITS

Vasectomía

Descripción: Método quirúrgico seguro, simple y rápido para hombres. Se realiza una pequeña incisión en el escroto y se cortan los conductos que llevan los espermatozoides. Con este procedimiento se logra que el semen no contenga espermatozoides. Luego del procedimiento deberán pasar 20 eyaculaciones o tres meses para garantizar que no haya espermatozoides.

Efectividad: 99%

Ventajas:

Método muy efectivo para cuando ya no se desea tener hijos.

No hay que recordar nada. Sólo utilizar condones para prevenir ITS.

No interfiere con la relación sexual

Desventajas:

No protege de ITS.

Leves molestias durante 2 o 3 días luego del procedimiento.

Sólo lo puede realizar personal capacitado.

No es efectivo de manera inmediata.

Los métodos anticonceptivos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva recomendados para adolescentes según la Secretaria de Salud (2002); son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU.

Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una ITS, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo. En los adolescentes no es recomendable la promoción de los métodos “naturales” o de abstinencia periódica ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto (Secretaria de Salud, 2002) Es importante el uso de métodos anticonceptivos porque permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud (Secretaria de Salud, 2002)

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección. Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes (Secretaria de Salud, 2002):

Vida sexual activa

Número de parejas sexuales

Planeación de las relaciones sexuales

Prácticas sexuales de riesgo

Frecuencia de relaciones sexuales

Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal)

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto

Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Con esta información el prestador de servicios informará al adolescente, a través de la consejería, sobre la gama completa de métodos, efectividad, forma y uso adecuado, contraindicaciones y posibles efectos colaterales (Secretaría de Salud, 2002).

3.2.9 Modelos y teorías educativas

Teoría del aprendizaje significativo. -

O' Connor (2000) define el aprendizaje como la adquisición y modificación de conocimientos, habilidades, estrategias, destrezas, actitudes y conductas por medio del estudio, la experiencia o la formación.

Las teorías del aprendizaje son un conjunto de estrategias, tácticas y técnicas de instrucción verificadas, que explican cómo se da el aprendizaje en los seres humanos (Ertmer & Newby, 1993).

La teoría del aprendizaje significativo propuesta por Ausubel (1983), esta teoría aborda todos y cada uno de los elementos, factores y condiciones que garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que la

escuela ofrece al alumnado, de modo que adquiriera significado para el mismo alumno.

Durante mucho tiempo se consideró que el aprendizaje era sinónimo de cambio de conducta, esto, porque dominó una perspectiva conductista de la labor educativa; sin embargo, se puede afirmar con certeza que el aprendizaje humano va más allá de un simple cambio de conducta, conduce a un cambio en el significado de la experiencia. La experiencia humana no solo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia (Ausubel, 1983).

Para entender la labor educativa, es necesario tener en consideración otros tres elementos del proceso educativo: los profesores y su manera de enseñar; la estructura de los conocimientos que conforman el currículo y el modo en que éste se produce y el entramado social en el que se desarrolla el proceso educativo. En este sentido una "teoría del aprendizaje" ofrece una explicación sistemática, coherente y unitaria del ¿cómo se aprende?, ¿Cuáles son los límites del aprendizaje?, ¿Por qué se olvida lo aprendido?, y complementando a las teorías del aprendizaje encontramos a los "principios del aprendizaje", ya que se ocupan de estudiar a los factores que contribuyen a que ocurra el aprendizaje, en los que se fundamentará la labor educativa; en este sentido, si el docente desempeña su labor fundamentándola en principios de aprendizaje bien establecidos, podrá racionalmente elegir nuevas técnicas de enseñanza y mejorar la efectividad de su labor (Ausubel, 1983).

Ausubel (1983) plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por "estructura cognitiva", al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización. Un aprendizaje es significativo cuando los contenidos: Son relacionados de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe. Por relación sustancial y no arbitraria se debe entender que las ideas se relacionan con algún aspecto existente específicamente relevante de la estructura cognoscitiva del alumno, como una imagen, un símbolo ya significativo, un concepto o una proposición; lo cual quiere decir que, en el proceso educativo, es importante considerar lo que el individuo ya sabe de tal manera que establezca una relación con aquello que debe aprender. Este proceso tiene lugar si el educando tiene en su estructura cognitiva conceptos, estos son: ideas, proposiciones, estables y definidos, con los cuales la nueva información puede interactuar (Ausubel, 1983).

La característica más importante del aprendizaje significativo es que, produce una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones (no es una simple asociación), de tal modo que éstas adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria y sustancial, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los subsensores pre existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

Requisitos para el aprendizaje significativo

Al respecto Ausubel dice: “El alumno debe manifestar una disposición para relacionar sustancial y no arbitrariamente el nuevo material con su estructura cognoscitiva, como que el material que aprende es potencialmente significativo para él, es decir, relacionable con su estructura de conocimiento sobre una base no arbitraria” (Ausubel, 1983).

Lo anterior presupone:

Que el material sea potencialmente significativo, esto implica que el material de aprendizaje pueda relacionarse de manera no arbitraria y sustancial con alguna estructura cognoscitiva específica del alumno, la misma que debe poseer "significado lógico" es decir, ser relacionable de forma intencional y sustancial con las ideas correspondientes y pertinentes que se hallan disponibles en la estructura cognitiva del alumno, este significado se refiere a las características inherentes del material que se va aprender y a su naturaleza (Ausubel, 1983).

Cuando el significado potencial se convierte en contenido cognoscitivo nuevo, diferenciado e idiosincrático dentro de un individuo en particular como resultado del aprendizaje significativo, se puede decir que ha adquirido un "significado psicológico" de esta forma el emerger del significado psicológico no solo depende de la representación que el alumno haga del material lógicamente significativo, "sino también que tal alumno posea realmente los antecedentes ideativos necesarios" en su estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

Tipos de aprendizaje significativo

Es importante recalcar que el aprendizaje significativo no es la "simple conexión" de la información nueva con la ya existente en la estructura cognoscitiva del que aprende, por el contrario, sólo el aprendizaje mecánico es la "simple conexión", arbitraria y no sustantiva; el aprendizaje significativo involucra la modificación y evolución de la nueva información, así como de la estructura cognoscitiva envuelta en el aprendizaje.

Ausubel distingue tres tipos de aprendizaje significativo: de representaciones, de conceptos y de proposiciones (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de representaciones:

Es el aprendizaje más elemental del cual dependen los demás tipos de aprendizaje. Consiste en la atribución de significados a determinados símbolos, al respecto Ausubel dice: "Ocurre cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y significan para el alumno cualquier significado al que sus referentes aludan" (Ausubel, 1983). Este tipo de aprendizaje se presenta generalmente en los niños, por ejemplo, el aprendizaje de la palabra "pelota", ocurre cuando el significado de esa palabra pasa a representar, o se convierte en equivalente para la pelota que el niño está percibiendo en ese momento, por consiguiente, significan la misma cosa para él; no se trata de una simple asociación entre el símbolo y el objeto sino que el niño los relaciona de manera relativamente sustantiva y no arbitraria, como una equivalencia representacional con los contenidos relevantes existentes en su estructura cognitiva (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de conceptos:

Los conceptos se definen como "objetos, eventos, situaciones o propiedades de que posee atributos de criterios comunes y que se designan mediante algún símbolo o signos" partiendo de ello podemos afirmar que en cierta forma también es un aprendizaje de representaciones. Los conceptos son adquiridos a través de dos procesos. Formación y asimilación. En la formación de conceptos, los atributos de criterio (características) del concepto se adquieren a través de la experiencia directa, en sucesivas etapas de formulación y prueba de hipótesis, del ejemplo anterior podemos decir que el niño adquiere el significado genérico de la palabra "pelota", ese símbolo sirve también como significante para el concepto cultural "pelota", en este caso se establece una equivalencia entre el símbolo y sus atributos de criterios comunes. De allí que los niños aprendan el concepto de "pelota" a través de varios encuentros con su pelota y las de otros niños. El aprendizaje de conceptos por asimilación se produce a medida que el niño amplía su vocabulario, pues los atributos de criterio de los conceptos se pueden definir usando las combinaciones disponibles en la estructura cognitiva por ello el niño podrá distinguir distintos colores, tamaños y afirmar que se trata de una "pelota", cuando vea otras en cualquier momento (Ausubel, 1983).

Aprendizaje de proposiciones:

Este tipo de aprendizaje va más allá de la simple asimilación de lo que representan las palabras, combinadas o aisladas, puesto que exige captar el significado de las ideas expresadas en forma de proposiciones. El aprendizaje de proposiciones implica la combinación y relación de varias palabras cada una de las cuales constituye un referente unitario, luego estas se combinan de

tal forma que la idea resultante es más que la simple suma de los significados de las palabras componentes individuales, produciendo un nuevo significado que es asimilado a la estructura cognoscitiva. Es decir, que una proposición potencialmente significativa, expresada verbalmente, como una declaración que posee significado denotativo (las características evocadas al oír los conceptos) y connotativo (la carga emotiva, actitudinal provocada por los conceptos) de los conceptos involucrados, interactúa con las ideas relevantes ya establecidas en la estructura cognoscitiva y, de esa interacción, surgen los significados de la nueva proposición (Ausubel, 1983).

3.2.10 Intervenciones preventivas

Intervención educativa: Es un campo en el que se construyen patrones conceptuales y de acciones que permiten establecer que la intervención produzca cambios en quienes fue dirigido resolviendo una situación o conflicto, se puede intervenir en la comunidad, familia, escuela, religión cultura, en hospitales; por medio de un interventor que ayuda a cambiar formas de pensar y actuar de una persona (Sañudo, 2005).

De acuerdo con Barraza (2010) la intervención educativa es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes educativos tomar el control de su propia práctica profesional mediante un proceso de indagación-solución constituido por las siguientes fases y momentos:

a) La fase de planeación. Comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución. Esta fase tiene como producto el proyecto de intervención Educativa; en ese sentido, es necesario aclarar que

si la elaboración de la solución no implica necesariamente su aplicación entonces se le denomina proyecto.

b) La fase de implementación. Comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la propuesta de intervención educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario. Bajo esa lógica es necesario recordar que la solución parte de una hipótesis de acción que puede o no, ser la alternativa más adecuada de solución, por lo que solamente en su aplicación se podrá tener certeza de su idoneidad.

c) La fase de evaluación. Comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general. Esta fase adquiere una gran relevancia si se parte del hecho de que no es posible realizar simplemente una evaluación final que se circunscriba a los resultados sin tener en cuenta el proceso y las eventualidades propias de toda puesta en marcha de un proyecto de intervención educativa. Una vez cerrada esta fase de trabajo es cuando, en términos estrictos, se puede denominar propuesta de intervención educativa.

(14)

d) La fase de socialización-difusión. Comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación. Esta fase debe conducir al receptor a la toma de conciencia del problema origen de la propuesta, despertar su interés por la utilización de la propuesta, invitarlo a su ensayo y promover la adopción-recreación de la solución diseñada.

Prevención:

Prevención se define como aquellas acciones o prácticas que permiten el mantenimiento de la salud o evitan la alteración del equilibrio físico, psíquico o social que conducen a la enfermedad; la prevención para mantener la salud es individual y social, cada persona debe participar en la prevención de las principales enfermedades para protegerse a sí mismo y a los demás (Parra, 2008).

Clasificación de prevención según la OMS

Los niveles de prevención son el conjunto de acciones preventivas para evitar la aparición de enfermedades, situaciones o accidentes que ponen en peligro la salud; dentro de cada uno existen medidas generales que sirven para cualquier enfermedad y medidas preventivas específicas; estas medidas de prevención se aplican antes del inicio de la enfermedad y las medidas de control se aplican durante el curso de la enfermedad (Parra, 2008).

De acuerdo con la OMS los niveles de prevención son:

Prevención primaria: Comprende todas aquellas acciones destinadas a proteger a las personas de los agentes que causan la enfermedades; se lleva a cabo durante el periodo de génesis (pre patogénico), con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad impidiendo que las enfermedades se manifiesten, para lo cual centra su acción en reducir las conductas de riesgo de los individuos y factores predisponentes a la enfermedad, este tipo de prevención también consiste en adoptar ciertas medidas, hábitos, medicamentos y comportamientos que se deben de seguir para prevenir el comienzo de una enfermedad (Parra, 2008). Se subdivide en:

Promoción de la salud: comprende acciones dirigidas a la población, tales como educación higiénica, educación sexual, planificación familiar, saneamiento ambiental, provisión de agua potable, eliminación de basura, control de fauna nociva, saneamiento de la vivienda, atención materno infantil, entre otras (Parra, 2008).

Protección específica: comprende actividades específicas o particulares de atención como programa de educación para la salud, cartillas nacionales de salud, inmunizaciones especiales (vacunas), promoción de dietas equilibrantes y alimentación adecuada, ejercicio físico, programa de detección de enfermedades entre otras (Parra, 2008).

Prevención secundaria: consiste en medidas, hábitos, conductas, controles y tratamientos médicos en individuos que ya presentan factores de riesgo conocidos que lo constituyen en candidatos para padecer ciertas enfermedades o bien enfermedades cuya evolución se puede modificar favorablemente con medidas preventivas; este nivel de prevención supone la existencia de un programa de detección temprana de enfermedades, de ciertos auxiliares de diagnóstico y de un tratamiento, también considera la atención médica oportuna y las actividades específicas de educación higiénica. Su principal propósito es la detección temprana de enfermedades para evitar que se agraven (Parra, 2008).

Prevención terciaria: es el conjunto de intervenciones que se realizan cuando una enfermedad se ha desarrollado o una lesión se ha producido y busca evitar las complicaciones e incluso la muerte, abarca las medidas a disminuir los

efectos de la enfermedad a medida que esta avanza, busca atenuar las secuelas que produce la enfermedad, limitar la incapacidad que provoca en el paciente y lograr su rehabilitación. Comprende toda acción dirigida a la recuperación y rehabilitación del enfermo; la recuperación contempla la intervención sobre el enfermo para disminuir el periodo de enfermedad, tratando de que esta tenga el menor efecto posible sobre el paciente hasta llegar a su curación; la rehabilitación tendrá lugar si después de padecer una enfermedad, han quedado secuelas o minusvalías ya sean transitorias o definitivas, para reducir el daño de modo que el individuo alcance una reintegración psíquica, física y social (Parra, 2008).

Definición de términos

Adolescencia

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases, la adolescencia temprana 10 a 13 años, adolescencia intermedia de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años.

Programa Educativo

El programa de educación es un conjunto de actividades, información, comunicación y educación a desarrollar en un periodo de tiempo determinado. Contribuye al cumplimiento de los objetivos de salud al estimular cambios de conducta de las personas y/o comunidad donde está

inserto el problema, frente a situaciones específicas que los afectan; la noción de programa lleva implícito un tipo de intervención comprensiva que atiende tanto a la prevención y a tratamiento remedial o terapéutico de las situaciones problemáticas o crisis, como el desarrollo de situaciones educativas (Cata, 2004 & Bausela, 2005).

Educación sexual

La educación sexual es establecer y llevar a la práctica la educación formal, considerando diversas disciplinas que interviene para dar información objetiva y científica, proporcionando todos los elementos necesarios para la toma de decisiones en cuanto a sus conductas, actitudes y comportamientos sexuales (Secretaría de Educación Pública, 2012).

Conocimiento

Para Pérez (2010) el conocimiento es todo lo que se adquiere mediante la interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona.

Embarazo

Periodo comprendido entre la fecundación del óvulo y el parto, durante el cual tiene lugar el desarrollo embrionario.

Embarazo en la Adolescencia

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. Es aquel embarazo que ocurre durante

los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10-13 años aproximadamente).(17)

Métodos Anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se definen como cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo pueden ser temporales y/o permanentes (Maiztegui, 2006).

Planificación Familiar

La planificación familiar es el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Maiztegui, 2006).

Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales, son causadas por las prácticas sexuales sin protección; estas infecciones van en aumento cada año, lo cual constituye un problema de salud pública en todo el mundo. Las ITS forman parte de un grupo mayor de infecciones conocido como infecciones del tracto reproductivo (ITR). Las ITR abarcan todas las infecciones del tracto reproductivo, incluso las infecciones no causadas por contacto sexual. Estas últimas pueden ser consecuencia de procedimientos médicos no asépticos (infecciones nosocomiales) o de la proliferación de organismos que normalmente habitan en el tracto reproductivo (infecciones endógenas), como la vaginosis bacteriana (VB) y la candidiasis. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual (Secretaría de Educación Pública, 2012; WHO, 2011).

Formulación de Hipótesis:

Hipótesis General:

Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.

Hipótesis Específicos:

- Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente los conocimientos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.
- Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las actitudes de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.
- Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las prácticas de la sexualidad en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.

Variables e indicadores:

Variable independiente:

Programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia.

Definición conceptual

El programa de educación es un conjunto de actividades, información, comunicación y educación a desarrollar en un periodo de tiempo determinado. Contribuye al cumplimiento de los objetivos de salud al estimular cambios de conducta de las personas y/o comunidad donde está inserto el problema, frente a situaciones específicas que los afectan; la noción de programa lleva implícito un tipo de intervención comprehensiva que atiende tanto a la prevención y a tratamiento remedial o terapéutico de las situaciones problemáticas o crisis, como el desarrollo de situaciones educativas (Cata, 2004 & Bausela, 2005). La educación sexual es establecer y llevar a la practica la educación formal, considerando diversas disciplinas que interviene para dar información objetiva y científica, proporcionando todos los elementos necesarios para la toma de decisiones en cuanto a su conductas, actitudes y comportamientos (Secretaría de Educación Pública, 2012).

Definición operacional

-Presencia es cuando los participantes forman parte de la intervención cuando se aplicó el programa.

-Ausencia es cuando no participan en la intervención. No se aplicó el programa.

Variable dependiente:

Conocimientos acerca de ITS y embarazo no deseado en la adolescencia.

Definición conceptual

Para Pérez (2010) el conocimiento es todo lo que se adquiere mediante la interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona.

Definición operacional

En este estudio los conocimientos serán evaluados a través del cuestionario “conocimientos, actitudes y practicas sobre sexualidad en jóvenes” en la cual: Los conocimientos se evalúan mediante la escala de puntuaciones, donde a cada pregunta se le asigna un punto por respuesta correcta, de esta manera, la puntuación de 16 a 20 se toma como excelente, de 11 a 15 como bueno, de 6 a 10 como regular y de 0 a 5 como deficiente.

Para las actitudes se empleó la escala de Likert como método de medición y para identificar las prácticas sexuales el instrumento contiene 2 preguntas cerradas y 3 preguntas abiertas.

TABLA N° 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Variable X Programa De Educación Sexual	Sexualidad (Conocimiento)	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo, sexualidad y Genero - El aparato reproductor - Mitos y realidades - Relaciones Sexuales. - Menstruación, fecundación, embarazo - Embarazo en adolescentes y aborto - Infecciones de Transmisión Sexual. - Cultura Preventiva - Toma de decisiones 	Ficha de evaluación de experto
	Estrategia	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición - Interrogantes - Diapositiva - Predicciones - Palabras claves 	
Variable Y Prevenir Infecciones De Transmisión Sexual Y Embarazo No Deseado	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Bueno - Regular - Deficiente 	Cuestionario (Pre y Post)
	Actitud	<ul style="list-style-type: none"> - Favorable - Desfavorable 	Escala de Lickert (Pre y Post)
	Prácticas de la Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de relaciones sexuales Número de parejas sexuales Uso de Métodos Anticonceptivos 	Cuestionario (Pre y Post)

Fuente: Elaboración propia

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación:

Aplicada.

Según Zoila Rosa Vargas Cordero (2008) La investigación aplicada es el tipo de investigación en la cual el problema está establecido y es conocido por el investigador, por lo que utiliza la investigación para dar respuesta a preguntas específicas. En este tipo de investigación el énfasis del estudio está en la resolución práctica de problemas. Se centra específicamente en cómo se pueden llevar a la práctica las teorías generales. Su motivación va hacia la resolución de los problemas que se plantean en un momento dado.

Diseño de investigación:

Latorre (1996, p.54), considera que el diseño, describe con detalle qué se debe hacer y cómo realizarlo, plasma las actividades, incluye los grupos de sujetos, las variables implicadas. Tiene gran valor como clarificador y especificador de las ideas y tareas que hay que realizar.

Tipo de diseño es Cuasi experimental Pretest y Post test

Es decir, con medidas antes y después de aplicar el Programa de Educación Sexual para Prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en la Adolescencia. La simbolización es la siguiente:

GE: T₁ x -----X-----T₂

GE: Grupo experimental

X: Variable independiente

T₁: Pre Test (medición antes de aplicar el programa)

T₂: Post Test (medición después de aplicar el programa)

X: programa de educación sexual

El diseño de la investigación es cuasi experimental, porque se utilizará un grupo control y otro experimental; se aplicará el instrumento “conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en jóvenes” a ambos grupos y el programa de educación sexual solo se implementará en el grupo experimental al finalizar este se evaluará con el mismo cuestionario para conocer el impacto del programa. (pretest- postest)

Población y muestra:

La Población:

La población estuvo constituida por los estudiantes de educación básica de nivel secundaria del tercer grado de la Institución Educativa Estatal “Ángela Moreno de Gálvez”

Muestra:

La muestra es no probabilística intencional constituida por 120 estudiantes de nivel secundaria del tercer grado de la Institución Educativa Estatal “Ángela Moreno de Gálvez” cuyas edades oscilan entre 13 y 16 años.

Métodos de investigación:

En la presente investigación, se utilizó el método científico y cuantitativo. Según Hugo Sánchez Carlessi (1998:25), “Es el camino para seguir mediante una serie operaciones y reglas prefijadas, que nos permite alcanzar un resultado propuesto. En tal sentido toda labor de procesamiento humano de información requiere asumir el camino más educado y viable para lograr el objetivo trazado. También puede considerarse el método como un procedimiento de indagación para tratar un conjunto de problemas desconocidos, procedimiento en el cual se hace uso fundamental del pensamiento lógico. Es decir, el método es la manera sistematizada en que se efectúa el pensamiento reflexivo que nos

permite llevar a cabo un proceso de investigación científica”. Analizaremos las características de las variables de estudio.

Procedimientos de la ejecución del proyecto:

Se considera los siguientes:

Contacto con las autoridades de la Institución Educativa secundaria para obtener el permiso de llevar a cabo la intervención educativa.

Solicitud del consentimiento informado de los padres de familia de los estudiantes, ya que son menores de edad.

Aplicación del pretest el cual es un cuestionario de “conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en los adolescentes”.

Aplicación del programa de intervención de educación sexual, que abarcara los temas principales de la salud sexual en la adolescencia y este programa se implementó en 10 sesiones (una sesión cada semana), al finalizar la implementación del programa se aplicó el post test para identificar los conocimientos aprendidos en los estudiantes.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- **Técnicas**

Registro de datos: Se recogió los datos de los alumnos de 3ro, de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal “Ángela Moreno de Gálvez” de la provincia de Tarma cuya técnica a utilizar fue la encuesta.

- **Instrumentos**

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario de “conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en jóvenes” elaborado por (Godoy et al., 2008); con la finalidad de determinar

conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en adolescentes que asisten a instituciones educativas. La validez del contenido del instrumento se verificó a través de la opinión de expertos en las áreas de obstetricia, orientación sexual, y metodología de la investigación, posteriormente para determinar la confiabilidad del instrumento, se realizó la aplicación de una Prueba Piloto a estudiantes con las mismas características de la muestra en la misma Institución Educativa. El Instrumento consta de tres partes: La I parte consta de 3 preguntas como son: grado y grupo, sexo de los estudiantes y edad.

La II parte contiene 20 preguntas de selección única y respuestas cerradas mediante las cuales se evalúa el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre sexualidad. Estos datos fueron evaluados mediante la escala de puntuaciones, donde a cada pregunta se le asigna un punto por respuesta correcta, de esta manera, la puntuación de 16 a 20 se toma como excelente, de 11 a 15 como bueno, de 6 a 10 como regular y de 0 a 5 como deficiente.

La III parte consta de 10 preguntas de selección única con respuestas cerradas, para lo cual se emplea la escala de Likert como método de medición, donde las categorías son: definitivamente sí, probablemente sí, indeciso, probablemente no, definitivamente no; que evalúan las actitudes, otorgándoles una puntuación, con respecto a la prevención de las ITS (favorable de 12 a 20 puntos, y desfavorable de 4 a 12 puntos), métodos anticonceptivos (favorable de 2 a 6 puntos, y desfavorable de 6 a 10 puntos) y embarazo (favorable de 12 a 20 puntos, y desfavorable de 4 a 12 puntos).

La última parte del instrumentó contiene 2 preguntas cerradas y 3 abiertas, cabe mencionar que este apartado sirve para identificar las prácticas sexuales como son: relaciones sexuales, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, número de parejas sexuales, y uso de métodos anticonceptivos en relaciones sexuales. Uribe, Amador, Zacarías, & Villareal (2012) plantean que son diversos factores que se asocian a las conductas sexuales de riesgo entre los que se encuentran el inicio de vida sexual a temprana edad, mayor cantidad de parejas sexuales durante la adolescencia, el no utilizar el condón en las relaciones sexuales y la inadecuada información que se tiene acerca de sexualidad son determinantes para adquirir infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia.

- Programa de intervención “protégete es tu responsabilidad”

El programa de educación sexual llamado “protégete es tu responsabilidad” fue elaborado por el Instituto Aguascalentense de las Mujeres (IAM), este tiene como objetivo difundir información adecuada sobre la sexualidad que incremente y/o fortalezca los conocimientos que tiene los adolescentes, promover una cultura de autocuidado y sensibilización mediante estrategias de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia.

Con la ejecución del programa se pretende lograr un cambio de comportamiento y sensibilización en la población de 10 a 19 años a quienes va dirigido. El programa consta de 10 sesiones con una duración de 60 minutos cada una.

Los temas para las sesiones que debe cubrir el programa de intervención son:

1. Conceptos básicos: sexo, sexualidad y género

2. Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino
3. Mitos y realidades en sexualidad
4. Vinculación afectiva e inicio de las relaciones sexuales
5. Ciclo menstrual, fecundación y embarazo adolescente
6. Consecuencias del embarazo adolescente y aborto
7. Infecciones de Transmisión Sexual
8. Cultura preventiva: Métodos anticonceptivos
9. Toma de decisiones

Técnica de procesamiento y análisis de datos:

Para el análisis de datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés); después de aplicar el instrumento en los adolescentes con ayuda del programa mencionado anteriormente se capturó y analizó los datos de manera estadística se utilizaron las pruebas de análisis de medidas repetidas para conocer el efecto del programa de educación sexual ya implementado.

RESULTADOS

Descripción del trabajo de campo:

En este acápite con los cuadros y gráficos que a continuación se muestran reflejan los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del Programa de Educación Sexual para Prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo No Deseado en la Adolescencia aplicado en la I.E.E. “Ángela Moreno de Gálvez” del distrito de Tarma, provincia de Tarma, región Junín,, investigación realizado en el periodo académico 2018 según cronograma del plan de trabajo, dando la situación concluyente en el aprendizaje de: (1) la cantidad (2) de regularidad, equivalencia y cambio (3) de gestión de datos e incertidumbre (4) de forma, movimiento y localización.

La validez de los instrumentos: El programa de educación sexual llamado “protégete es tu responsabilidad” fue elaborado por el Instituto Aguascalentense de las Mujeres (IAM), este tiene como objetivo difundir información adecuada sobre la sexualidad que incremente y/o fortalezca los conocimientos que tiene los adolescentes, promover una cultura de autocuidado y sensibilización mediante estrategias de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia. Los mismo que se encuentran validados.

Para la interpretación del coeficiente

ESCALA	CATEGORÍA
$\alpha = 1$	Confiabilidad perfecta
$0,90 \leq \alpha \leq 0,99$	Confiabilidad muy alta
$0,70 \leq \alpha \leq 0,89$	Confiabilidad alta
$0,60 \leq \alpha \leq 0,69$	Confiabilidad aceptable
$0,40 \leq \alpha \leq 0,59$	Confiabilidad moderada
$0,30 \leq \alpha \leq 0,39$	Confiabilidad baja
$0,10 \leq \alpha \leq 0,29$	Confiabilidad muy baja
$0,01 \leq \alpha \leq 0,09$	Confiabilidad despreciable
$\alpha = 0$	Confiabilidad nula

Para establecer las inferencias estadísticas y la contrastación de hipótesis, se eligió un nivel de significación de 99% ($\alpha = 0.01$) por tratarse de una investigación social. Y para la comprobación de estos se aplicó la prueba Z, ya que la nuestra muestra de estudio supera a más de 30 estudiantes.

Presentación e interpretación del pre test.

TABLA N° 01 NIVEL DE CONOCIMIENTOS PRETEST

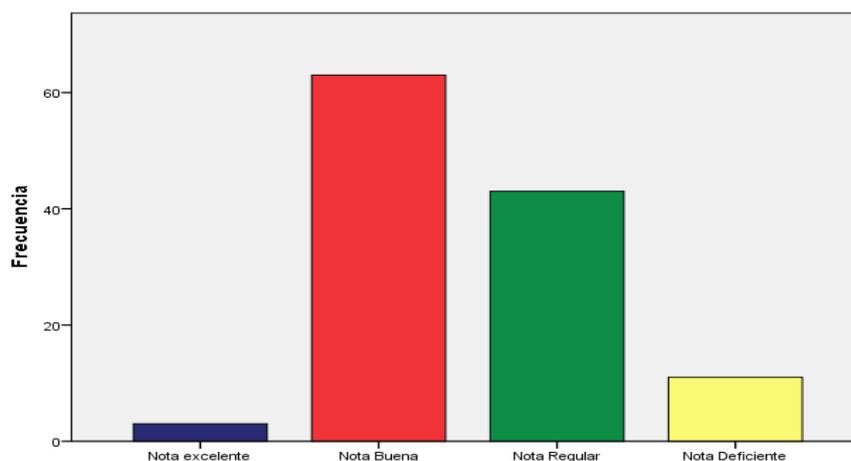
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nota excelente	3	2.5	2.5	2.5
	Nota Buena	63	52.5	52.5	55.0
	Nota Regular	43	35.8	35.8	90.8
	Nota Deficiente	11	9.2	9.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

Fuente: Resumen de promedios de la evaluación del pre test

Estadísticos
NIVEL DE CONOCIMIENTOS
APLICACIÓN DEL PRE-TEST A LAS ALUMNAS DE LA I.E.E.
ANGELA MORENO DE GALVEZ, PERIODO 2018

		Grado y Sección	Nota de conocimientos
N	Válido	120	120
	Perdidos	0	0
Media			106.21
Error estándar de la media			,064
Mediana			2,00
Moda			2
Desviación estándar			17,774
Varianza			,487
Rango			3
Mínimo			1
Máximo			4
Suma			302

GRAFICO N° 01 NIVEL DE CONOCIMIENTOS
APLICACIÓN DEL PRE-TEST A LAS ALUMNAS DE LA I.E.E. ANGELA MORENO
DE GALVEZ, PERIODO 2018



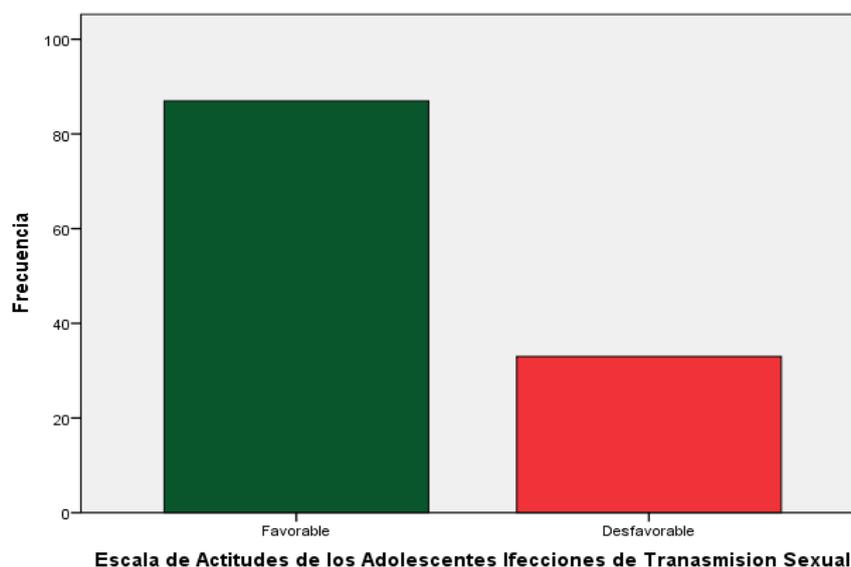
Descripción e interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 01, de los resultados obtenidos en relación al nivel de conocimientos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados al conocimiento, actitudes y prácticas sexuales, así lo evidencia la media de 106.21 puntos y el rendimiento de los participantes es más o menos homogéneo entre regular y bueno siendo muy bajo la nota excelente que es lo idóneo.

TABLA N° 02 PRETEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Favorable	87	72.5	72.5	72.5
	Desfavorable	33	27.5	27.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 02 PRETEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación con las Infecciones de Transmisión Sexual

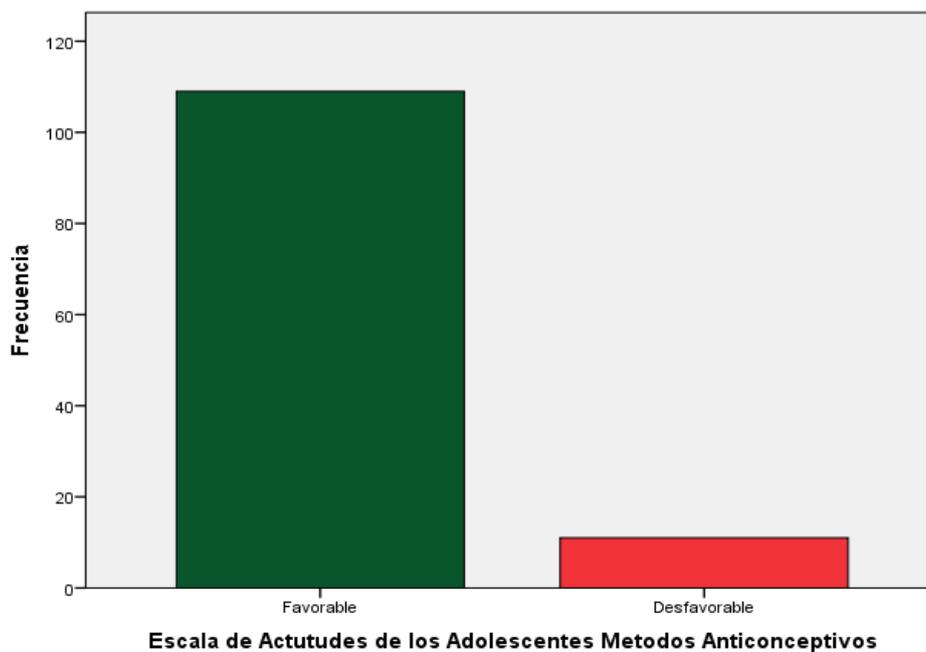


En la Tabla y Gráfico N.º 02, de los resultados obtenidos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a las infecciones de transmisión sexual en el que observamos favorable con una frecuencia de 87 (72.5%) y desfavorable con una frecuencia de 33 (27.5%).

TABLA N° 03 PRETEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación a los Métodos Anticonceptivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Favorable	109	90.8	90.8	90.8
	Desfavorable	11	9.2	9.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 03 PRETEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación con los Métodos Anticonceptivos

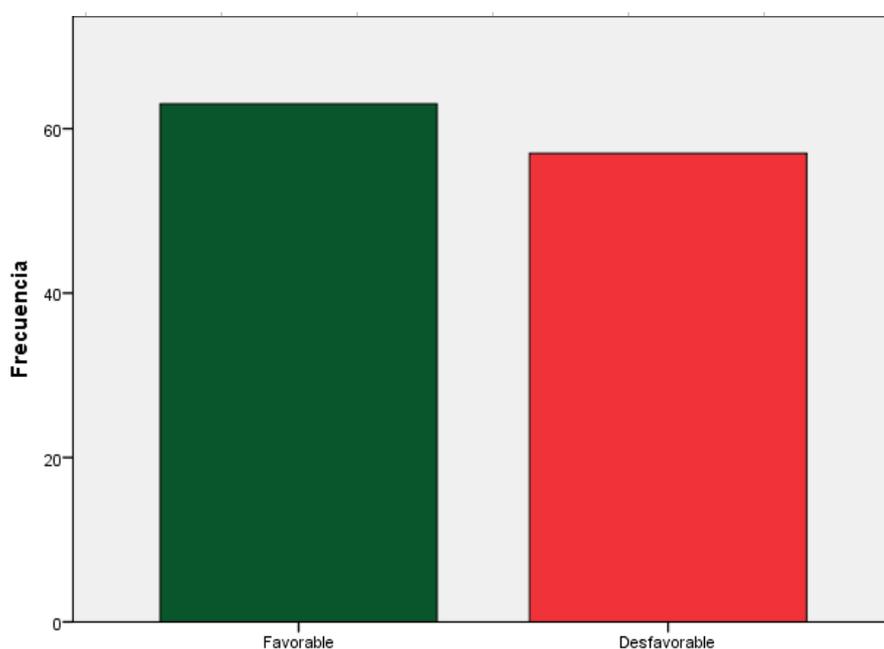


En la Tabla y Gráfico N.º 03, de los resultados obtenidos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a los métodos anticonceptivos en el que observamos favorable con una frecuencia de 109 (90.8%) y desfavorable con una frecuencia de 11 (9.2%).

TABLA N° 04 PRETEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación al Embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Favorable	63	52.5	52.5	52.5
	Desfavorable	57	47.5	47.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 04 PRE TEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación al Embarazo

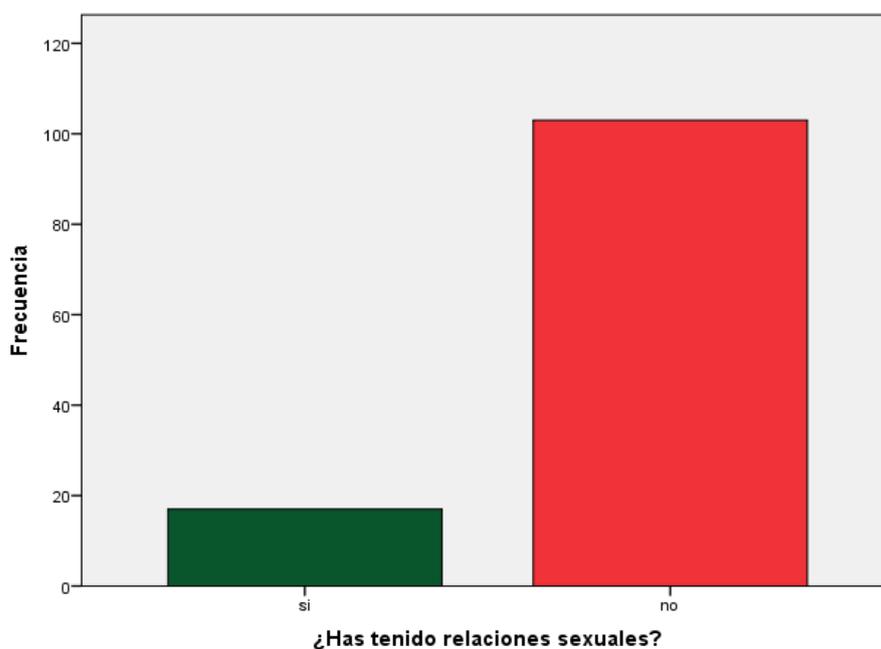


En la Tabla y Gráfico N.º 04, de los resultados obtenidos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación al embarazo en el que observamos favorable con una frecuencia de 63 (52.5%) y desfavorable con una frecuencia de 57 (47.5%).

TABLA N° 05 PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Has tenido relaciones sexuales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	17	14.2	14.2	14.2
	no	103	85.8	85.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 05 PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Has tenido relaciones sexuales?

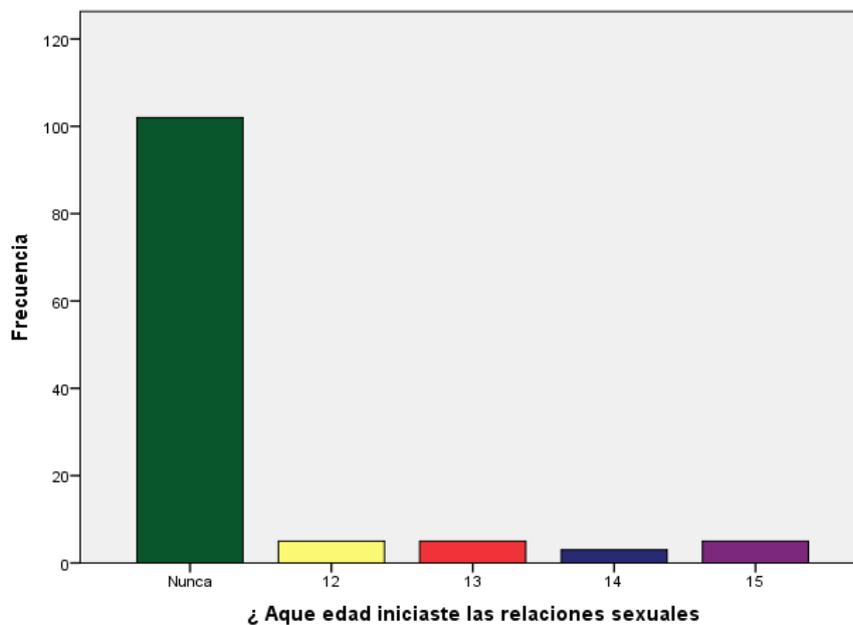


En la Tabla y Gráfico N.º 05, de los resultados obtenidos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿Has tenido relaciones sexuales? en el que observamos si con una frecuencia de 17 (14.2%) y no con una frecuencia de 103 (85.8%).

TABLA N° 06 PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿ A qué edad iniciaste las relaciones sexuales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	102	85.0	85.0	85.0
	12	5	4.2	4.2	89.2
	13	5	4.2	4.2	93.3
	14	3	2.5	2.5	95.8
	15	5	4.2	4.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

**GRAFICO N° 06
PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA
¿A qué edad iniciaste las relaciones sexuales?**

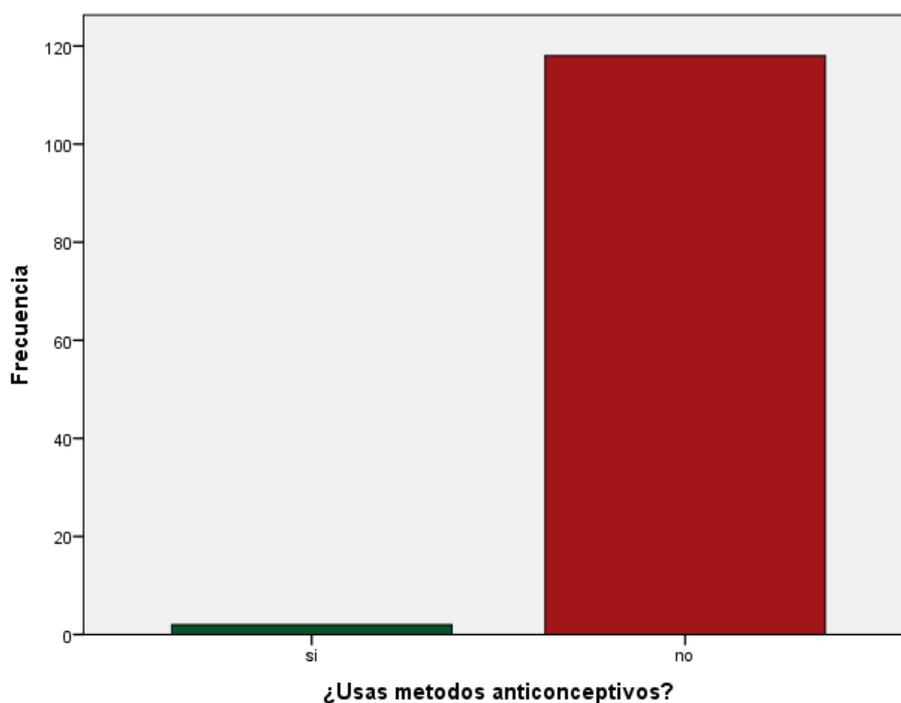


En la Tabla y Gráfico N.º 06, de los resultados obtenidos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿A qué edad iniciaste las relaciones sexuales? en el que observamos nunca con una frecuencia de 102 (85%) y si con una frecuencia de 18 (15%) entre 12 y 15 años de edad.

TABLA N° 07 PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Usas metodos anticonceptivos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	2	1.7	1.7	1.7
	no	118	98.3	98.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

**GRAFICO N° 07
PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA
¿Usas métodos anticonceptivos?**

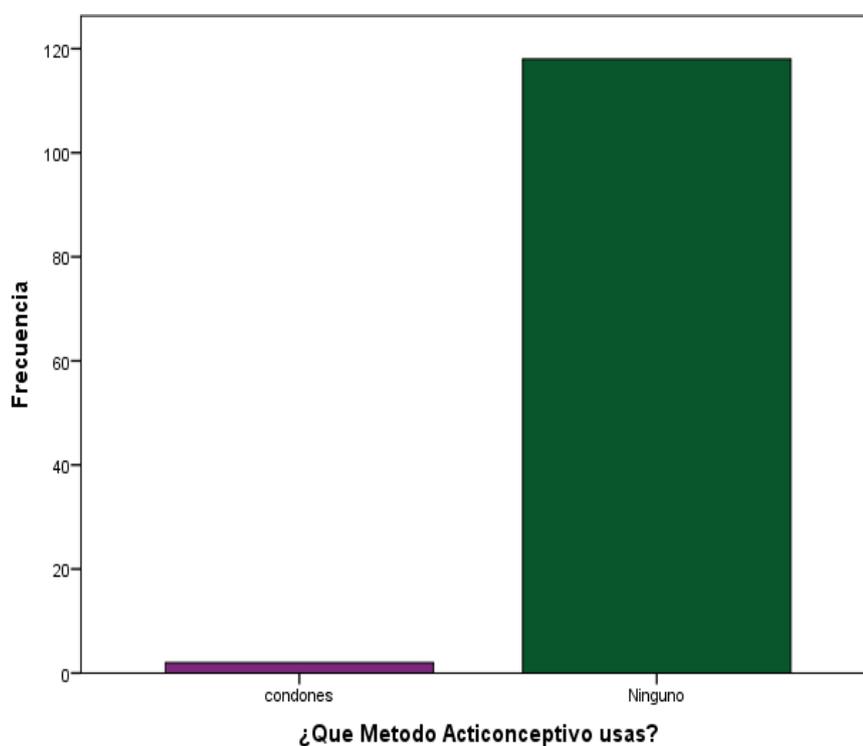


En la Tabla y Gráfico N.º 07, de los resultados obtenidos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿Usas métodos anticonceptivos? en el que observamos no con una frecuencia de 118 (98.3%) y si con una frecuencia de 2 (1.7%).

TABLA N° 08 PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Que Metodo Acticonceptivo usas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	condones	2	1.7	1.7	1.7
	Ninguno	118	98.3	98.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

**GRAFICO N° 08
PRETEST FRENTE A LA PREGUNTA
¿Qué Método Anticonceptivo usas?**



En la Tabla y Gráfico N.º 08, de los resultados obtenidos del pre test nos muestran que los participantes están en la etapa de inicio y en proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿Qué Método Anticonceptivo usas? en el que observamos ninguno con una frecuencia de 118 (98.3%) y si con una frecuencia de 2 (1.7%) usan preservativos.

Procedimiento del taller.

TALLER SEXUALIDAD

Descripción sesión 1: conceptos básicos: sexo sexualidad y género

Objetivo: Identificar las diferencias entre los conceptos sexo, género y sexualidad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
Exposición	-Se exponen los conceptos: sexo, sexualidad y género.	10 minutos	Humanos: 1 Educador para la salud.
Diferenciando conceptos.	-Se colocan en la pared una silueta de hombre y otra de mujer.		Materiales: Siluetas Letreros (hojas de colores) Marcadores.
	-Se forman equipos y a cada uno se le reparte cierta cantidad de letreros con características, actividades, atributos o emociones que distingan a hombres y mujeres	20 minutos	
	-Cada equipo debe discutir cuales características le corresponden a los hombres y cuales a la mujer y pegar los letreros en la silueta correspondiente y justificar por qué las colocaron en ese lugar.	20 minutos	

Descripción sesión 2: anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.

Objetivo: conocer e identificar los órganos sexuales masculinos y femeninos y su función de cada uno.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
Exposición	-El educador para la salud expone la anatomía y fisiología de los genitales masculinos y femeninos	15 minutos	Humanos: 1 Educador para la salud.
	-Se colocan en la pared dos dibujos, uno del aparato reproductor masculino y uno del femenino sin nombres		Materiales: Dibujos del aparato reproductor masculino y femenino sin nombres.
¡Conoce tu cuerpo!	-El educador para la salud escogerá al azar a los participantes, a cada uno de los participantes se les dará una tarjeta con el nombre de un órgano genital que deberán colocar en el dibujo y parte correspondiente.	20 minutos	Tarjetas con el nombre de los órganos genitales (hojas de colores). Marcadores.
	-Después de colocar la tarjeta en el dibujo, el participante comentara cual es la función del órgano según el que le haya tocado.	15 minutos	

Descripción sesión 3: mitos y realidades de la sexualidad

Objetivo: Identificar cuáles son los mitos, tabúes y realidades que tienen los adolescentes sobre temas de sexualidad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
adolescentes dijeron	-El educador para la salud formará dos equipos, un integrante de cada equipo se pondrá de frente.	5 minutos	Humanos: 1 educador para la salud.
	-El educador para la salud dirá un enunciado y quien apriete primero el botón contestará falso o cierto según corresponda el enunciado. Los participantes tienen que justificar su respuesta. Después el educador para la salud dará la respuesta correcta	45 minutos	Materiales: - Multimedia, diapositivas en power point para el concurso -una bola de unicel roja partida a la mitad

Descripción sesión 4: vinculación afectiva e inicio de las relaciones sexuales

Objetivo: Reflexionar sobre la importancia de los vínculos afectivos y el inicio de relaciones sexuales durante la adolescencia.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
¿Enamoramiento, amor o curiosidad el porqué de las relaciones sexuales?	-El educador para la salud formará 5 equipos les dará 1 historia de caso a cada equipo.	3 minutos	Humanos: 1 educador para la salud.
	- El equipo analizará la historia correspondiente y contestaran las preguntas.	15 minutos	Materiales: Fotocopias
	- El educador para la salud hará hincapié en la importancia que tiene la autoestima y el auto adolescentes y como estos influyen en las decisiones de los adolescentes.	12 minutos	
	- Para finalizar 3 integrantes de cada equipo escogidos al azar darán su opinión de los casos leídos.	20 minutos	

Descripción sesión 5: ciclo menstrual, fecundación y embarazo

Objetivo: conocer el proceso del ciclo menstrual y la fecundación, identificar los factores de riesgo que predisponen para un embarazo adolescente.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
¿Por qué es importante el ciclo menstrual?	-El educador para la salud explicara el ciclo menstrual y el proceso de fecundación (ver anexo 4.5) por medio de imágenes en diapositivas.	15 minutos	Humanos: 1 educador para la salud.
El sketch!!	-El educador para la salud formara 5 equipos al azar, a cada equipo proporcionara un papelito con un caso diferente (caso de embarazo adolescente y deserción escolar, embarazo adolescente con apoyo de la pareja y familia, caso de embarazo adolescente con madre soltera, caso de embarazo adolescente con aborto y caso de embarazo adolescente con aborto y muerte).	5 minutos	Materiales: Multimedia Presentación en power point Hojas blancas
	-Cada equipo tendrá 5 minutos para organizarse y pasará frente al grupo a presentar su sociodrama	40 minutos	
	-Después se analizará cada caso y todos los equipos darán su comentario.	5 minutos	

Descripción sesión 6: consecuencias del embarazo adolescente y aborto**Objetivo:** sensibilizar a los adolescentes sobre las consecuencias que trae consigo el embarazarse a temprana edad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
Cine debate!!!	-El educador para la salud proyectará la película mexicana llamada “punto y aparte”, pedirá a los alumnos tomar nota acerca de la película. -Al terminar la película se hará un debate acerca del aborto, donde los adolescentes discutirán sus puntos de vista y opiniones.	60 minutos 10 minutos	Humanos: 1 educador para la salud. Materiales Proyector Película “punto y aparte” Hojas blancas

Descripción sesión 7: Infecciones de transmisión sexual**Objetivo:** sensibilizar a los adolescentes acerca de las ITS y su modo de contagio.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
¡La fiesta!!! Informando acerca de las ITS¡!;	-El educador para la salud repartirá una hoja a cada participante, en 5 hojas llevará en la parte inferior izquierda la letra C que significa condón. -El educador para la salud les pedirá a los participantes que se levanten de su lugar y junten firmas de sus compañeros de clase. -Posteriormente se les pedirá que cuenten sus firmas y que el número de firmas significa el número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales y las hojas con la letra C no están contagiadas por que se previnieron. -El educador para la salud hará una exposición acerca de las ITS más comunes, el modo de contagio, signos y síntomas.	2 minutos 5 minutos 10 minutos 35 minutos	Humanos: 1 educador para la salud Materiales: - Hojas de color y blancas -Plumas y colores -Cañón -diapositivas power point

Descripción sesión 8: cultura preventiva (métodos anticonceptivos)

Objetivo: conocer los métodos anticonceptivos e identificar las ventajas y desventajas de estos.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
Exposición “cuadro comparativo”	-El educador para la salud dará la explicación de los métodos anticonceptivos mediante un cuadro comparativo con las ventajas y desventajas, de los métodos anticonceptivos, así como el uso correcto de cada uno.	40 minutos	Humanos: 1 educador para la salud Materiales: Presentación en power point Maqueta de métodos anticonceptivos
Colocando el condón	-El educador para la salud escogerá 3 hombres al azar para que coloquen el condón femenino y 3 mujeres al azar para que coloquen el condón masculino.	15 minutos	3 condones masculinos 1 condón femenino

Descripción sesión 9: toma de decisiones

Objetivo: conocer las metas de los adolescentes y planear un proyecto de vida a futuro.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
¡Si para mí, no para mí!!	-El educador para la salud pegará 2 letreros (los letreros deben estar separados a un metro de distancia) en el piso uno con la oración ¡!si para mi¡¡ y otro que diga ¡!no para mi¡¡	5 minutos	Humanos: 1 educador para la salud Materiales: -2 letreros hechos en cartulina -marcadores de colores
	-El educador para la salud formará a los adolescentes en una fila en medio de los 2 letreros.	5 minutos	
	-Posteriormente el educador para la salud, mencionara oraciones que tienen que ver con las actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes; de acuerdo con las oraciones el adolescente se moverá y formará en el letrero que corresponda según la oración (el adolescente debe justificar el porqué de su respuesta). Las oraciones son: -Si mi pareja me obliga a tener relaciones sexuales con el ¿lo hago? -Al tener relaciones sexuales con mi novio(a) quede (o) embarazada ¿tenemos al bebe? -si yo o mi pareja quedo (a) embarazada me caso? -discriminó a las personas que tienen otra identidad sexual -discriminó a las personas con VIH o alguna otra ITS - ¿tendría relaciones sexuales con protección?	40 minutos	

Descripción sesión 9.1: toma de decisiones (plan de vida)

Objetivo: sensibilizar a los adolescentes sobre las consecuencias que trae consigo el embarazarse a temprana edad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	RECURSOS
¿Qué caminos tomar?	-El educador para la salud pedirá que elaboren un plan de vida: metas a corto, mediano y largo plazo. -Posteriormente se escogen 3 alumnos al azar, comentarán su proyecto de vida con el salón de clase. -Para finalizar se dará el cierre del programa se les pedirá a los alumnos que comenten acerca del programa ¿Qué les gusto? ¿Que no les gusto? ¿Les sirvió el programa para su formación académica y personal? ¿Qué cambiarían? ¿Qué sugerencias aportan para mejorar el programa?	10 minutos	Humanos: 1 educador para la salud
		20 minutos	Materiales Hojas de colores y blancas
Cierre del programa		20 minutos	

Presentación e interpretación del post test.

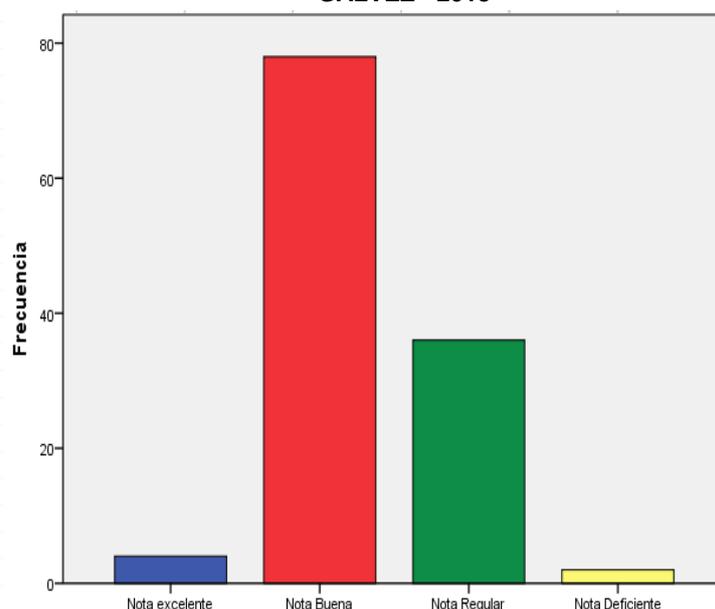
TABLA N° 01 NIVEL DE CONOCIMIENTOS POSTEST

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nota excelente	4	3.3	3.3	3.3
	Nota Buena	78	65.0	65.0	68.3
	Nota Regular	36	30.0	30.0	98.3
	Nota Deficiente	2	1.7	1.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

ESTADÍSTICOS
APLICACIÓN DEL POST TEST I.E.E. ÁNGELA MORENO DE
GÁLVEZ, PERIODO 2018

		Grado y Sección	Nota de conocimientos
N	Válido	120	120
	Perdidos	0	0
Media			158.2
Error estándar de la media			,051
Mediana			2,00
Moda			2
Desviación estándar			23,077
Varianza			,313
Rango			3
Mínimo			1
Máximo			4
Suma			276

**GRAFICO N° 01 NIVEL DE CONOCIMIENTOS
APLICACIÓN DEL POST-TEST A LAS ALUMNAS DE LA I.E.E. ANGELA MORENO DE
GALVEZ - 2018**



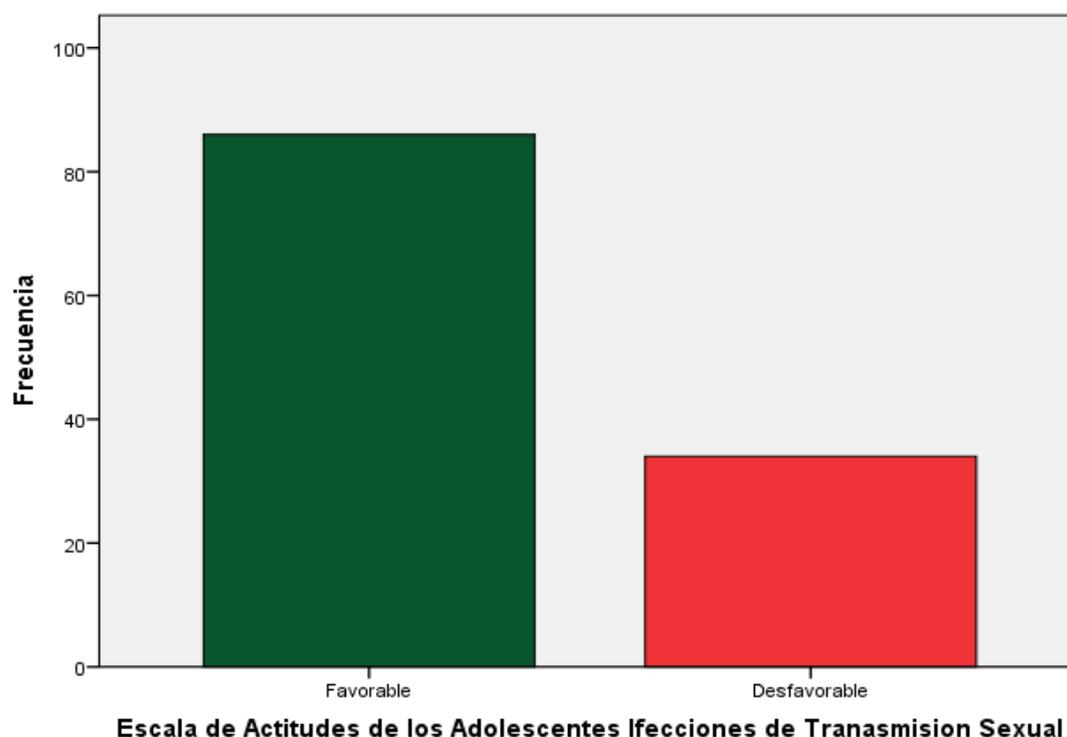
Descripción e interpretación:

En la Tabla N° 01, Estadísticos y Gráfico N° 01 los resultados obtenidos nos muestran que los participantes están en la etapa de proceso de logro y logro de los aprendizajes relacionados **al conocimiento, actitudes y prácticas sexuales**, así lo evidencia la media de 3.00 puntos. Como se puede evidenciar existe diferencias significativas de los resultados del grupo experimental antes de la experiencia frente a después de la experiencia. Este hecho da fe de la viabilidad de la propuesta establecida en la hipótesis de investigación.

TABLA N° 02 POSTEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relacion a las Infecciones de Transmision Sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Favorable	86	71.7	71.7	71.7
	Desfavorable	34	28.3	28.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 02 POSTEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación con las Infecciones de Transmisión Sexual

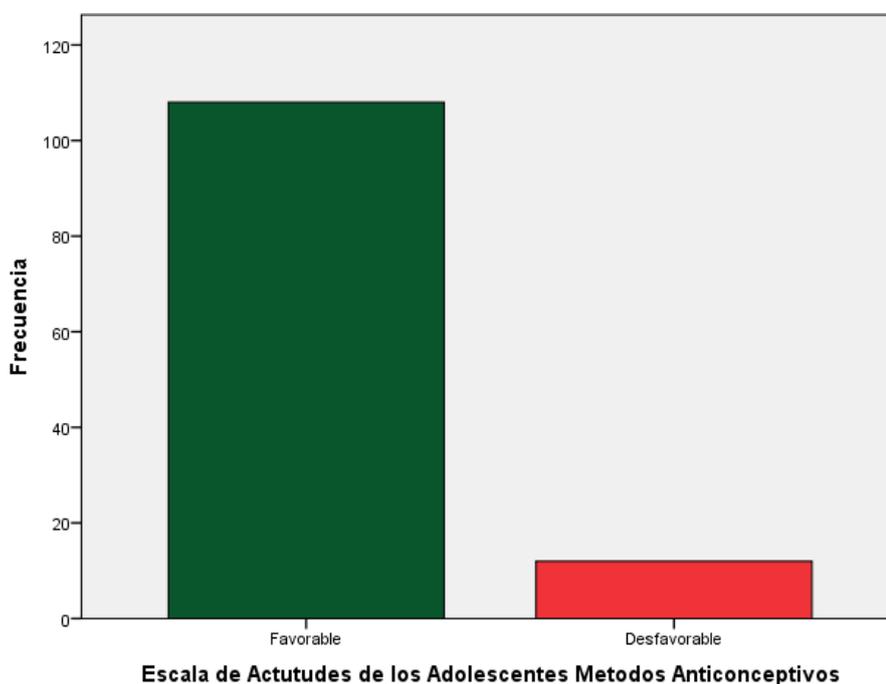


En la Tabla y Gráfico N.º 02, de los resultados obtenidos del post test nos muestran que los participantes están en la etapa del proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a las infecciones de transmisión sexual en el que observamos favorable con una frecuencia de 86 (71.7%) y desfavorable con una frecuencia de 34 (28.3%). En el que podemos mencionar que hubo un incremento en relación a los resultados obtenidos en el pre test.

TABLA N° 03 POSTEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación a los Metodos Anticonceptivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Favorable	108	90.0	90.0	90.0
	Desfavorable	12	10.0	10.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 03 POSTEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación con los Métodos Anticonceptivos

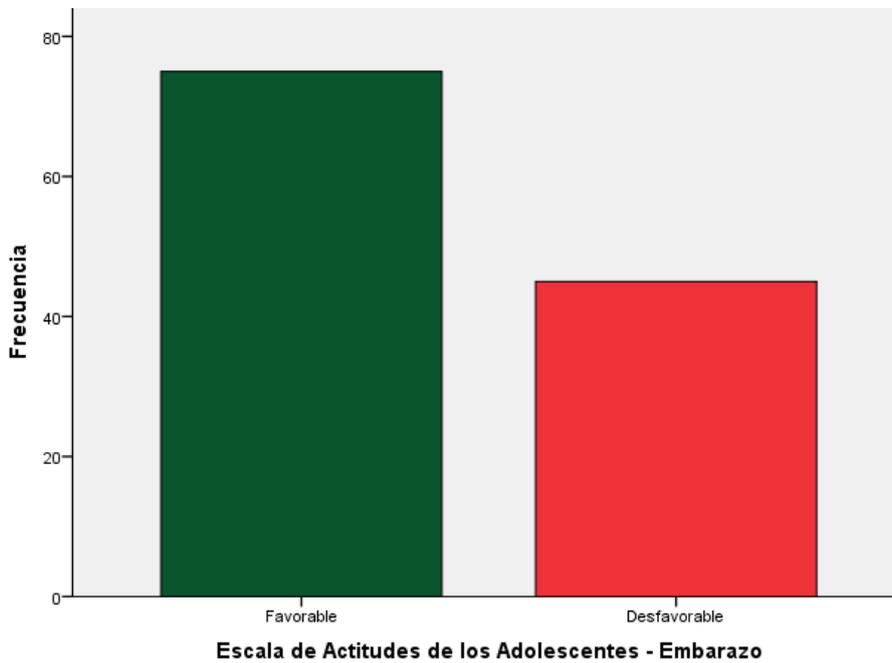


En la Tabla y Gráfico N.º 03, de los resultados obtenidos en el post test nos muestran que los participantes están en la etapa del proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a los métodos anticonceptivos en el que observamos favorable con una frecuencia de 108 (90.0%) y desfavorable con una frecuencia de 12 (10.0%). En el que podemos resaltar que hubo un incremento en relación a los resultados obtenidos en el pre test.

TABLA N° 04 POSTEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación al Embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Favorable	75	62.5	62.5	62.5
	Desfavorable	45	37.5	37.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 04 POSTEST Escala de Actitudes de los Adolescentes en relación al Embarazo

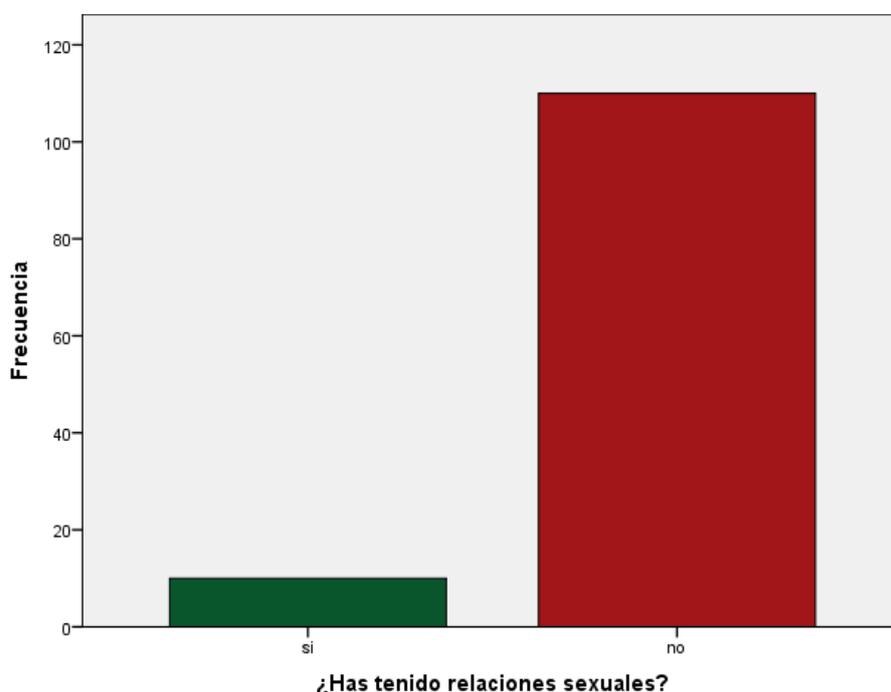


En la Tabla y Gráfico N.º 04, de los resultados obtenidos en el post test nos muestran que los participantes están en la etapa del proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación al embarazo en el que observamos favorable con una frecuencia de 75 (62.5%) y desfavorable con una frecuencia de 45 (37.5%). Evidenciando hubo un incremento en relación a los resultados obtenidos en el pre test.

TABLA N° 05 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Has tenido relaciones sexuales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	10	8.3	8.3	8.3
	no	110	91.7	91.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 05 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Has tenido relaciones sexuales?

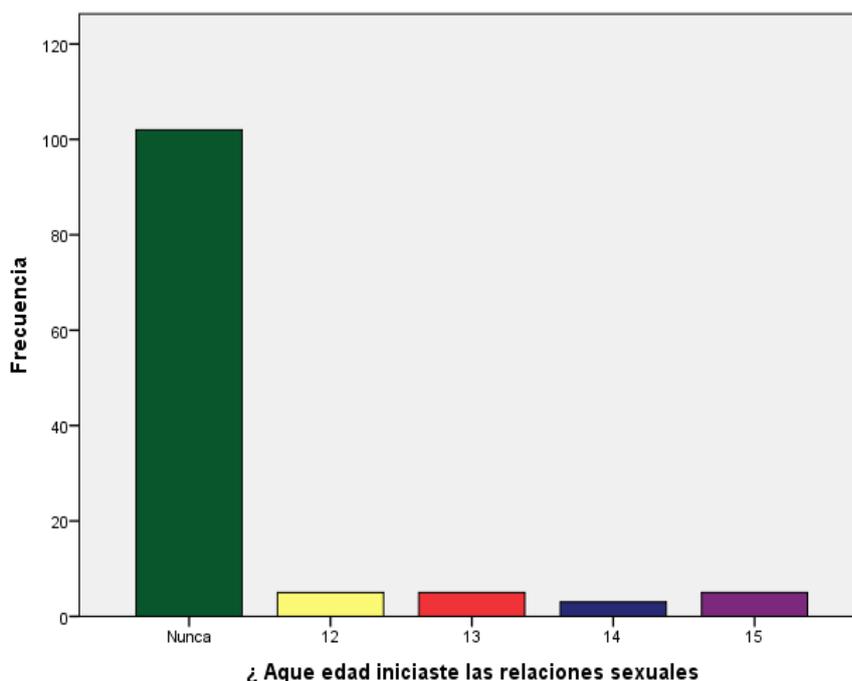


En la Tabla y Gráfico N.º 05, de los resultados obtenidos en el post test nos muestran que los participantes están en la etapa del proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿Has tenido relaciones sexuales? en el que observamos si con una frecuencia de 10 (8.3%) y no con una frecuencia de 110 (91.7%). Evidenciando que disminuyo en relación a los resultados obtenidos en el pre test.

TABLA N° 06 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿ Aque edad iniciaste las relaciones sexuales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12	2	1.7	22.2	22.2
	14	5	4.2	55.6	77.8
	15	1	.8	11.1	88.9
	16	1	.8	11.1	100.0
	Total	9	7.5	100.0	
Perdidos	Sistema	111	92.5		
Total		120	100.0		

GRAFICO N° 06 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿ A qué edad iniciaste las relaciones sexuales

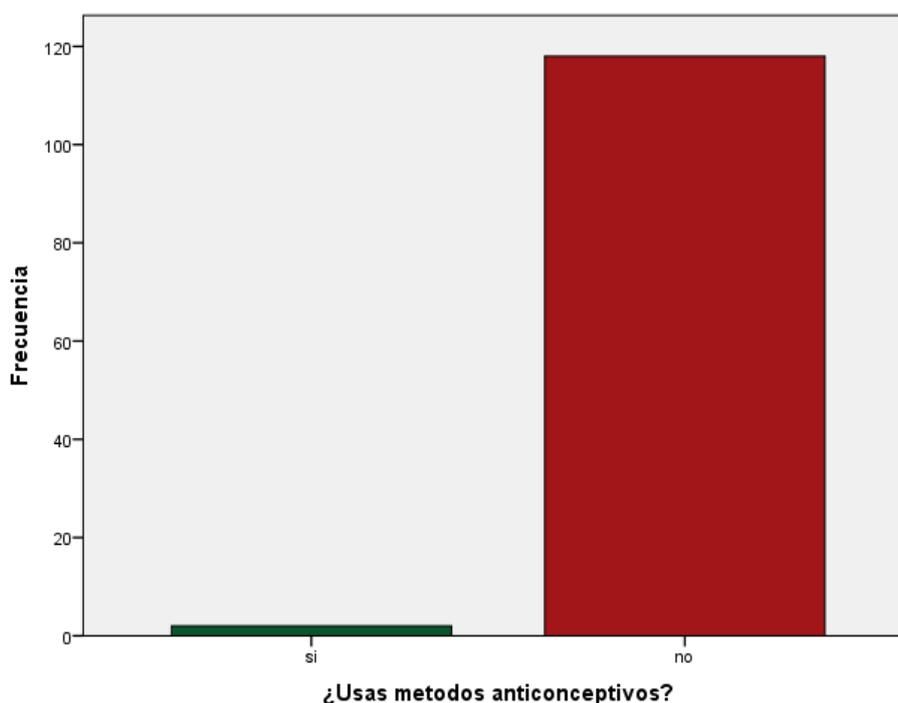


En la Tabla y Gráfico N.º 06, de los resultados obtenidos en el post test nos muestran que los participantes están en la etapa del proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿A qué edad iniciaste las relaciones sexuales? en el que observamos nunca con una frecuencia de 102 (85%) y si con una frecuencia de 18 (15%) entre 12 y 15 años de edad. En relación al pre test se mantiene igual.

TABLA N° 07 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Usas metodos anticonceptivos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	1	.8	.8	.8
	no	119	99.2	99.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 07 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Usas métodos anticonceptivos?

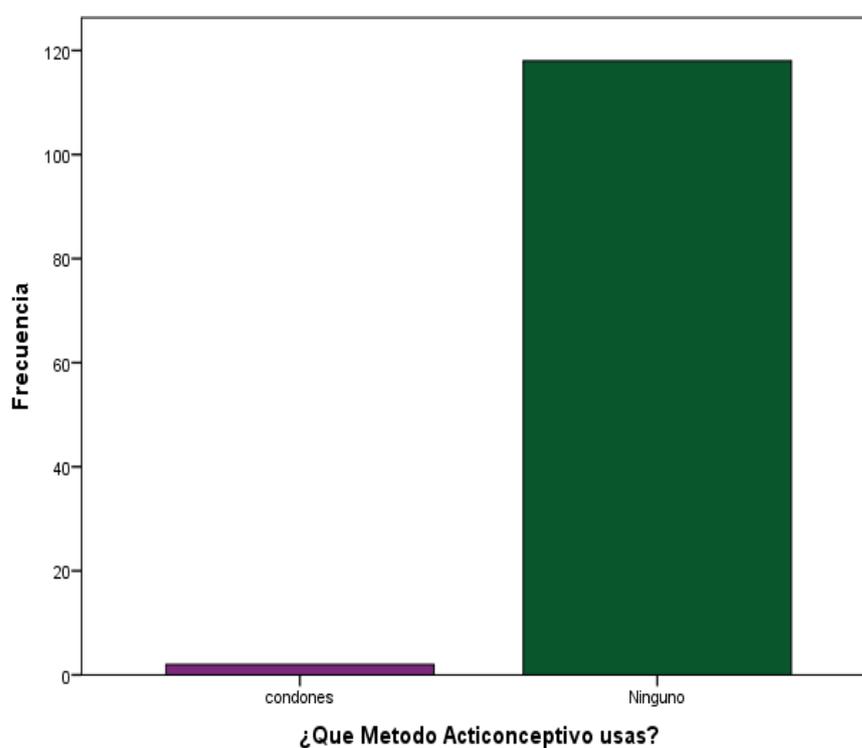


En la Tabla y Gráfico N.º 07, de los resultados obtenidos en el post test nos muestran que los participantes están en la etapa del proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿Usas métodos anticonceptivos? en el que observamos no con una frecuencia de 118 (98.3%) y si con una frecuencia de 2 (1.7%). Resaltando en relación al pre test se mantiene igual.

TABLA N° 08 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Que Metodo Acticonceptivo usas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Coitus interruptus	1	.8	.8	.8
	condones	1	.8	.8	1.7
	Ninguno	117	97.5	97.5	99.2
	Otro	1	.8	.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

GRAFICO N° 08 POSTEST FRENTE A LA PREGUNTA ¿Que Método Anticonceptivo usas?



En la Tabla y Gráfico N.º 08, de los resultados obtenidos en el post test nos muestran que los participantes están en la etapa del proceso de logro de los aprendizajes relacionados a las actitudes en relación a la pregunta ¿Qué Método Anticonceptivo usas? en el que observamos ninguno con una frecuencia de 118 (98.3%) y si con una frecuencia de 2 (1.7%) usan condones. Resaltando en relación al pre test se mantiene igual.

Prueba de hipótesis

Para realizar la prueba de hipótesis seguimos los pasos indicados por Córdova M. (2010).

Para ello resumimos los datos del pre test y post test respectivamente:

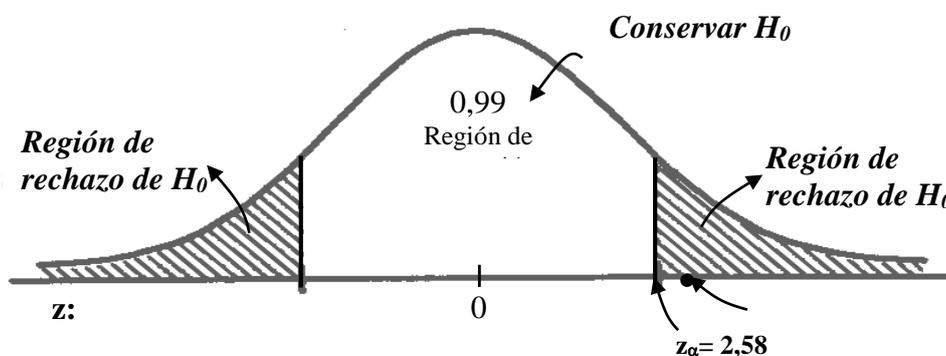
Estos son:

Cuadro No. 3			
Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación estándar	N
Evaluación de entrada I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez, 2018	106,21	17,774	120
Evaluación de salida I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez,	158,02	23,077	120

Luego elegimos el punto crítico para distinguir la zona de aceptación y la zona de rechazo. Es decir:

Al elegir el nivel de significancia de $\alpha = 0,01_{2 \text{ colas}}$ o 1% dos colas o bilateral, esto quiere decir que observamos una probabilidad de 0,01 o 1% de rechazar la hipótesis nula H_0 y una región de aceptación al 0,99, y la respectiva curva.

Gráfico N°03
Zona de decisión con Punto crítico



Fuente: elaborado por el equipo de investigación.

Para luego por fórmula hallaremos Z_0 ; trabajo que se realiza por ser una investigación con grupo: experimental, así:

$$Z_0 = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{(V_1/n_1 + V_2/n_2)^{1/2}}$$

Donde:

Z_0 : valor del modelo estadístico

\bar{x}_1 : media del grupo experimental

\bar{x}_2 : media del grupo control

V_1 : varianza media del grupo experimental

V_2 : varianza media del grupo control

n_1 : grupo experimental

n_2 : grupo control

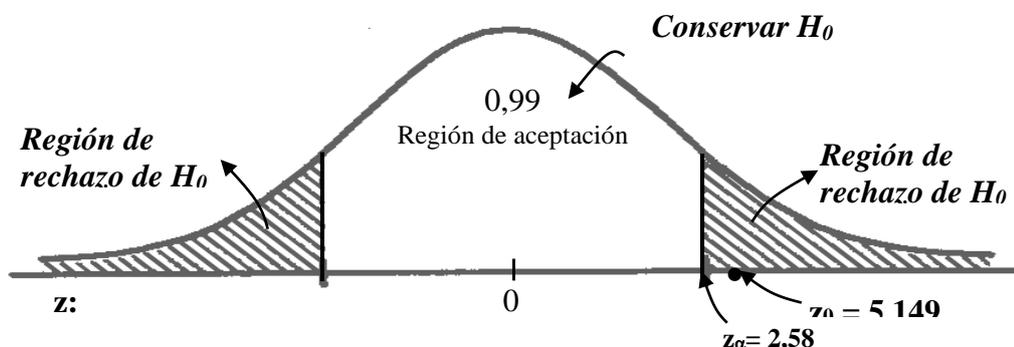
En esta fórmula y con los datos hallamos el valor de Z_0 , así:

Z_0 : ¿?

Reemplazando en la formula se tiene:

$$Z_0 = 5,149$$

Gráfico N°04
Zona de decisión completa



Fuente: elaborado por el equipo de investigación.

Tomando la decisión, $Z_0 = 5,149$ se encuentra en la región de rechazo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula H_0 : Con la aplicación del programa de educación sexual no mejora significativamente la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.; y se acepta la hipótesis alterna, es decir: H_1 : Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente la prevención de infecciones de

transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.; porque I_{Z_0I} mayor que I_{Z_aI} , es decir I_5 , $149I$ es mayor I_2 , $58I$ y está en la región de rechazo.

DISCUSIÓN

La aplicación del programa “Protégete es tu responsabilidad” en la Institución Educativa Estatal “Ángela Moreno de Gálvez” tuvo un impacto muy importante en vista a que se logró los objetivos planteados teniendo como objetivo general “Evaluar el impacto de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. “Ángela Moreno de Gálvez” – 2018”. Los mismos que pudo observarse al ser evaluados la información obtenida de los instrumentos aplicados nos referimos al cuestionario de “Conocimientos, actitudes y practicas sobre sexualidad” antes y después de la aplicación del programa.

Para realizar la prueba de hipótesis seguimos los pasos indicados por Córdova M. (2010). Para ello resumimos los datos del pre test y post test respectivamente; luego elegimos el punto crítico para distinguir la zona de aceptación y la zona de rechazo. Es decir, al elegir el nivel de significancia de $\alpha = 0,01$ de 2 colas o 1% dos colas o bilateral, esto quiere decir que observamos una probabilidad de 0,01 o 1% de rechazar la hipótesis nula H_0 y una región de aceptación al 0,99; y la respectiva curva. Tomando la decisión, $Z_0 = 5,149$ se encuentra en la región de rechazo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula H_0 : Con la aplicación del programa de educación sexual no mejora significativamente la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. “Ángela Moreno de Gálvez” 2018.; y se acepta la hipótesis alterna, es decir: H_1 : Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. “Ángela Moreno de Gálvez” 2018.

Rodríguez, Ramos, Contreras y Perdomo (2013) implementaron un programa similar en adolescentes y jóvenes de Cuba en el que concluyeron que el implementar el programa ha sido factible brindando buenos resultados a favor de los adolescentes y jóvenes considerando que la relación existente con nuestro trabajo de investigación fueron los mismos temas impartidos para mejorar la salud sexual y reproductiva.

Castro, Riso, Reyes y Vásquez (2012) Realizaron una intervención educativa en adolescentes en Cuba; obteniendo como resultado un incremento en cuanto a conocimientos y conductas sexuales después de la intervención educativa hallando resultados similares a nuestro trabajo; también, encontramos una similitud en los temas impartidos respecto a las Infecciones de transmisión sexual, conductas sexuales de riesgo, actitudes frente a las complicaciones de las infecciones de transmisión sexual, acciones de prevención y control.

Arellano y Cabrera (2016) Encontramos que los resultados son similares al presente trabajo de investigación en el que tuvieron como objetivo evaluar el efecto de la intervención educativa sobre la salud sexual y reproductiva en el conocimiento de adolescentes en el que concluyen que tuvo un efecto positivo en el conocimiento respecto a las salud sexual y reproductiva, prácticas sexuales, infección de transmisión sexual en los adolescentes.

Los trabajos de investigación mencionados coinciden con el programa diseñado en la presente investigación debido a que los temas dados en nuestro grupo poblacional fueron similares.

CONCLUSIONES

1. Se determinó la influencia de la aplicación del programa de educación sexual que mejora significativamente la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. Ángela Moreno de Gálvez.
1. Se determinó que mediante la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente los conocimientos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.
2. Se determinó que mediante la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las actitudes en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.
3. Se determinó que mediante la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las prácticas de la sexualidad en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.

RECOMENDACIONES

1. Replicar la aplicación del Programa De Educación Sexual Para Prevenir Infecciones De Transmisión Sexual Y Embarazo No Deseado En La Adolescencia.
2. Difundir la presente investigación, organizando talleres de aplicación del Programa De Educación Sexual Para Prevenir Infecciones De Transmisión Sexual Y Embarazo No Deseado En La Adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anameli M. (1997) Perfil Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud.
2. Godoy M, González M, González A, Guardia D, Libreros L, González. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes de dos unidades educativas de Valencia, Venezuela.
3. Instituto de las mujeres. (2000) Dirección de educación y fomento productivo. Sexualidad. México.
4. Ramos J. (2008). Rol de los padres y maestros en la educación sexual de los niños en la I.E 70045 acerca de la salud sexual y reproductiva-Puno
5. Instituto nacional de estadística e informática. (2010). Encuesta demográfica y de salud familiar - Endes continua, 2009. Informe principal. Lima: INEI, mayo de P. 88.
6. Universidad peruana Cayetano Heredia. (2005). Estudio Diagnóstico en Adolescentes. Perú.
7. Aragón, B. L. & Bosques E. (2012). Adaptación familiar, escolar y personalidad de adolescentes de la Ciudad de México. Enseñanza e investigación en psicología, 17(2) 263-282.
8. Castro, A. I., Rizo, M. Y., Reyes, P Y. & Vázquez, A. Y. (2012). Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de la secundaria Fructuoso. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11(2)
9. Díaz, R. S. (17 abril 2010). Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Consultado el 14 de septiembre en: <http://diazrisco.wordpress.com/2010/04/17/enfermedades-de-transmision-sexualets/>.
10. Domínguez, S. L. & Díaz, G. J. (2008). Enfermedades de Transmisión Sexual. Universidad Nacional Autónoma de México. Consultado el 28 de diciembre del 2017 en: http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2008/ago_01_ponencia.html.

11. Fuentes, M. L. (07 de mayo 2013). Embarazo adolescente: fenómeno expansivo. Excélsior. Consultado el 07 de septiembre de 2013 en: <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-enexcelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html>.
12. Gamboa, M. C. (2013). El embarazo en adolescentes. Consultado el 28 de diciembre del 2017 en: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
13. González, V. B., Bolaños, G. M. & Pupo, A. N. (2013). Estrategias educativas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4) 295-300
14. Secretaria de Educación Pública SEP (2012). ¡Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad! México. Secretaria de Educación Pública.
15. Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494.
16. Organización Mundial de la Salud OMS (2013). Adolescence. 28 de diciembre del 2017 en: [www.who.int/topics/adolescent health/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/).
17. Banco Mundial. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años). *Indicadores del desarrollo mundial WID*. Consultado el 28 de marzo de 2014. (2013).

EVIDENCIAS DEL TRABAJO DESARROLLADO

ANEXO No. 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Evaluación De Un Programa De Educación Sexual Para Prevenir Infecciones De Transmisión Sexual Y Embarazo No Deseado En La Adolescencia. 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
<p>General: ¿Cómo influye el uso del programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018?</p> <p>Específicos: 1.¿Cómo influye el uso del programa de educación sexual a nivel del conocimiento para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018? 2.¿Cómo influye el uso del programa de educación</p>	<p>Objetivo general: Evaluar el impacto del programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.</p> <p>Específicos: 1.Determinar la influencia del uso del programa de educación sexual a nivel del conocimiento para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018. 2.Determinar la influencia del uso del programa de educación sexual en la actitud para prevenir infecciones de transmisión</p>	<p>General Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018</p> <p>Específicos 1.Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente los conocimientos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018. 2.Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las actitudes de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no</p>	<p>Variable X Programa De Educación Sexual</p>	<p>Sexualidad (Conocimiento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo, sexualidad y Genero - El aparato reproductor - Mitos y realidades - Relaciones Sexuales. - Menstruación, fecundación, embarazo - Embarazo en adolescentes y aborto - Infecciones de Transmisión Sexual. - Cultura Preventiva - Toma de decisiones 	<p>Ficha de evaluación de experto</p>
			<p>Estrategia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición - Interrogantes - Diapositiva - Predicciones - Palabras claves 		

<p>sexual en la actitud para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018?</p> <p>3.¿Cómo influye el uso del programa de educación sexual en las prácticas sexuales para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018?</p>	<p>sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.</p> <p>3.Determinar la influencia del uso del programa de educación sexual en las prácticas sexuales para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.</p>	<p>deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.</p> <p>3.Con la aplicación del programa de educación sexual mejora significativamente las prácticas de la sexualidad en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y Embarazo no deseado en las adolescentes de la I.E.E. Ángela Moreno de Gálvez 2018.</p>	<p>Variable Y</p> <p>Prevenir Infecciones De Transmisión Sexual Y Embarazo No Deseado</p>	<p>Conocimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Bueno - Regular - Deficiente 	<p>Cuestionario (Pre y Post)</p>
				<p>Actitud</p> <p>Prácticas de la Sexualidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Favorable - Desfavorable <p>Inicio de relaciones sexuales</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>Uso de Métodos Anticonceptivos</p>	<p>Escala de Lickert (Pre y Post)</p> <p>Cuestionario (Pre y Post)</p>



Universidad Nacional "Daniel Alcides Cereija"
 Vicerrectorado de Investigación
 Instituto Central Investigativo - FIIAI - Tarma

ANEXO N° 02

SOLICITUD DE PERMISO

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

ILE "ANGELA MORENO DE GARVEZ"
RECIBIDO
 MESA DE PARTES
 Fecha: 26 JUN 2018
 Exp. N°: 0226
 Hora: 07:20 P.M. 11

Tarma, junio del 2018

Oficio N° 00026-2018-UNDAI-ICIFI

Doctora:

NANCY LUNA DE LA ROCA

Directora de la I.E. "ANGELA MORENO DE GARVEZ" - TARMA

Ciudad: -

ASUNTO: SOLICITO PERMISO PARA TRABAJO SOCIAL CON ALUMNOS CON LA FINALIDAD DE PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y EMBARAZOS NO DESEADOS.

Me complace en dirigirme a usted, para saludarla cordialmente, asimismo, hacer de su conocimiento que como Institución Superior de Estudios Universitarios nuestra prioridad es la promoción a través de la investigación, motivo por la que como ex alumna de la Institución Educativa que Usted dignamente dirige hemos considerado priorizar al colegio para el desarrollo del proyecto titulado "EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA" Responsable Mg. Elsa Lourdes PAITA HUATA, por lo que recurrimos a su representada para realizar las coordinaciones y el permiso correspondiente para la aplicación del proyecto en mención en bien de la población femenina estudiantil.

Esperando contar con su amable atención al presente documento, aprovechando la oportunidad para testimoniarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL "DANIEL ALCIDES CERREJA"

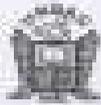
Escuela de Posgrado Profesional de Gobierno



(Handwritten signature)

MEL ORTIZ - ELISA LOURDES PAITA HUATA

RESPONSABLE DEL PROYECTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FILIAL TARMA

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que mi menor hija Joneth E. Jiménez Quiñones estudiante de la Institución Educativa "ANGELA MORENO DE GALVEZ", participe en la presente investigación, considerando que los resultados de este estudio serán de beneficio para su formación individual.

La participación consiste en que mi hija debe responder un cuestionario cuyas preguntas no ponen en riesgo la integridad física ni emocional. Así mismo, se me dijo que la información obtenida en este estudio será totalmente confidencial por la investigadora responsable. Además del cuestionario también participara en el programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado en la adolescencia que durara aproximadamente 10 sesiones.

La Mg. Obstá. Elsa PAITA HUATA, catedrática de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion es la responsable de la investigación y que la realiza como parte del trabajo de investigación "EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA"

Yo Jesús Jiménez Ochoa he leído y comprendido la información anterior. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Conviengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del padre o tutor

N° de DNI

50683516

28 MAYO 2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 FILIAL Tarma

ANEXO N° 04

INSTITUCION EDUCATIVA "ANGELA MORENO DE GALVEZ"
 CONTROL DE ASISTENCIA

Proyecto Titulado "EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR
 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA"
 Responsable Mg. Elsa Lourdes PAITA HUATA

ASISTENCIA

ACTIVIDAD 08: DESARROLLO DE SESION 07

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO /SECC.	FIRMA
1	Morales Gato Carol	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
2	Palla Jherson Katy	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
3	Quispe Gato Alejandro	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
4	Berrios Huaynety Sandra	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
5	Altoy Rivera Milagros	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
6	Camacho Ordoñez Helida	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
7	Sanchez Roldi Yarina	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
8	Molina Torres Lucilla	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
9	Ortiz Ruiz Mariana	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
10	Andujar Santos Janeth	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
11	Ramos Torres Mercedes	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
12	Torres Hernandez Estefany	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
13	Castro Hernandez Esther	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
14	Sanchez Poma Karen	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
15	Escobedo Medina Jocelyn	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
16	Chaparro Ayala Antonia Carol	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
17	De la Cruz Laguna Mariana	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
18	Sanchez Poma Karen	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
19	Camacho Roldi Yarina	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
20	Rojas Huamán Diana	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
21	Caporachin Alvarado Teresita	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
22	Alcorno Flores Dora	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
23	Castro Ayala Antonia Carol	3 ^{ra} F ^a	[Firma]
24			
25			
26			
27			
28			

FIRMA DEL TUTOR(A) DE AULA

[Firma del Tutor(a) de Aula]



032

**ANEXO N° 05
CUESTIONARIO
CUESTIONARIO**

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA SEXUALIDAD"

INSTRUCCIONES. Este instrumento solo tiene fines académicos, por lo que solicitamos su colaboración sincera en sus respuestas. Cualquier dato obtenido es solamente análisis y confidencial. Lea cuidadosa y cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas, y seleccione la respuesta correspondiente.

14

PARTE I

1) Grado y sexo: 3^{ra} 2) Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 3) Edad: 14

PARTE II

<p>1) Con respecto al Virus de Papiloma Humano (VPH) responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es un hongo que produce picazón. 2. Produce secreciones verdosas en las uñas. <input checked="" type="checkbox"/> 3. Su principal síntoma son las verrugas en la región genital. 4. Produce caída del cabello. 	<p>6) En un ciclo menstrual regular responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La ovulación ocurre un la vejet. 2. Cuando la mujer tiene el periodo no puede quedar embarazada. 3. La ovulación ocurre a la mitad del ciclo. <input checked="" type="checkbox"/> 4. La ovulación no tiene que ver con el riesgo de embarazo.
<p>2) En el VPH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1. Las lesiones se pueden encontrar en los dientes. 2. El uso de champú aumenta el riesgo de contraer la enfermedad. 3. Solo afecta a mayores de 80 años. 4. El virus se transmite por sexo oral. 	<p>El ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1. No está constituido por fases. 2. La menstruación normal es aquella que dura más de 15 días. 3. Está formado por 3 fases consecutivas. 4. Es regular si aparece menstruación 5 veces al mes.
<p>3) En relación con la infección por Cándida Albicans (hongos genitales), responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1. Produce picazón, inflamación genital y flujo blanquecino. 2. No produce nada. 3. Produce solo picazón. 4. Ninguna de las anteriores. 	<p>8) Con respecto al ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Su duración normal es de 21 a 32 días. <input checked="" type="checkbox"/> 2. Es normal que dure menos de 10 días. 3. Si dura más de 50 días es normal. 4. Las enfermedades del sistema endocrino nunca alteran el ciclo menstrual.
<p>4) Con respecto a los hongos genitales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Solo se adquiere por contacto sexual. 2. Solo afecta a personas de alto nivel socioeconómico. <input checked="" type="checkbox"/> 3. Los malos hábitos higiénicos predisponen a la infección por hongos. 4. Solo afecta a las personas de bajos recursos económicos. 	<p>9) En relación con el ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1. En este proceso el útero se prepara para el embarazo. 2. La sangre proviene del cerebro. 3. Es normal que la menstruación sea de color verde y huelo mal. 4. Nunca aparecen síntomas antes de que llegue el período.
<p>5) En la infección vaginal producida por una bacteria (vaginitis bacteriana):</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1. Produce flujo blanquecino con olor a pescado. 2. No produce picazón en región genital. 3. Cursa con enrojecimiento de la vagina sin flujo. 4. Ninguna de las anteriores es correcta. 	<p>10) En el ciclo menstrual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1. Cuando el ciclo es irregular la mujer tiene mayor riesgo de quedar embarazada. 2. El ciclo menstrual se afecta con los anticonceptivos orales. 3. El ciclo se ve afectado con el uso del condón. 4. No depende de elementos hormonales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CURIÓ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FIDAL TARMA

<p>11) ¿Qué es el embarazo?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es un período de tiempo que transcurre entre la fecundación del espermatozoide por parte del óvulo y la muerte del bebé.<input checked="" type="checkbox"/> 2. Es un período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto.3. Se produce cuando el semen es depositado en la vagina durante la relación sexual.4. Las opciones 1 y 2 son verdaderas.	<p>16) Las pastillas anticonceptivas:</p> <ol style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> 1. Actúan evitando la ovulación.2. Las consumen hombres y mujeres.3. Protegen contra las infecciones de transmisión sexual.4. No son efectivas para evitar el embarazo.
<p>12) ¿Cuál de estos signos son indicativos de embarazo?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aumento de las mamas.2. Ausencia de periodo menstrual.3. Vómitos matutinos.<input checked="" type="checkbox"/> 4. Todos los anteriores.	<p>17) En relación con el condón:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sólo lo usan los hombres.2. Su uso es 100% confiable para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.3. Protege contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.<input checked="" type="checkbox"/> 4. Actúa evitando la producción de espermatozoides.
<p>13) Considera usted que existe riesgo de embarazo cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. El hombre se quita antes de eyacular.2. Cuando se toma anticonceptivo.3. Cuando usa preservativo.<input checked="" type="checkbox"/> 4. Ninguna de las anteriores.	<p>18) El coitus interruptus:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es el método más eficaz para evitar el embarazo.2. Protege en contra de las infecciones de transmisión sexual.3. Permite que el hombre eyacule dentro de la vagina.<input checked="" type="checkbox"/> 4. Consiste en que el hombre eyacule por fuera de la vagina.
<p>14)Cuál de estos factores, aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo (Complicado):</p> <ol style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> 1. Edad menor a 15 años o mayor a 35 años.2. Embarazo anterior no complicado.3. Alimentación sana, no fumar ni tomar alcohol.4. Las opciones 1 y 2 son verdaderas.	<p>19) Con respecto a los métodos anticonceptivos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Las pastillas anticonceptivas son un método de barrera.<input checked="" type="checkbox"/> 2. Las pastillas son 80% seguras para evitar el embarazo.3. Es recomendable utilizar más de un método anticonceptivo al mantener relaciones sexuales.4. El método del ritmo es el más confiable a la hora de evitar el embarazo.
<p>15) Durante el embarazo la mujer:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tiene prohibido tener relaciones sexuales.<input checked="" type="checkbox"/> 2. Debe llevar un control del embarazo, consultando a un obstetra periódicamente.3. Puede consumir drogas, si así lo quiere.4. No tiene necesidad de tomar vitaminas, hierro y calcio.	<p>20) Los métodos anticonceptivos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es recomendable el uso de pastillas anticonceptivas por el resto de la vida.2. El uso del condón causa tras reacciones alérgicas al genital.3. Las pastillas anticonceptivas traen efectos adversos y beneficiosos a la salud de la mujer.<input checked="" type="checkbox"/> 4. El aparato (DIU) no trae ningún riesgo a infección.



PARTE III. ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES.

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta que corresponda a tu caso.	DEFINITIVAMENTE NO 1	PROBABLEMENTE NO 2	INCERTO 3	PROBABLEMENTE SI 4	DEFINITIVAMENTE SI 5
1.- ¿Acudirías al médico como primera opción de sospechar que tienes alguna enfermedad de transmisión sexual?	X				
2.- De saber que tu pareja tiene alguna enfermedad de transmisión sexual, ¿Tendrías relaciones con ella?					X
3.- ¿Serías capaz de tener más de 2 parejas al año?	/				X
4.- ¿Le harías saber a tu pareja si tienes alguna enfermedad de transmisión sexual y así evitar el contagio?	X				
5.- ¿Usarías métodos anticonceptivos en todas tus relaciones sexuales?		X			
6.- Si tu religión te prohibiera usar métodos anticonceptivos, ¿Los usarías para protegerte?		X			
7.- Si tú o tu pareja quedara embarazada y conociendo las complicaciones que trae a tu edad, ¿Interrumpirías el embarazo?					X
8.- ¿Continuarías tus estudios de quedar embarazada tú o tu pareja?		X			
9.- De sospechar que estas embarazada, ¿Recurrirías de inmediato a la obstetra o médico?	X				
10.- De estar embarazada, ¿Acudirías a la Obstetra o médico periódicamente?	X				

12
Florencia

01
Florencia

09
Florencia

ANEXO N° 06

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

INSTITUCION EDUCATIVA "ANGELA MORENO DE GALVEZ"

INSIGNIA

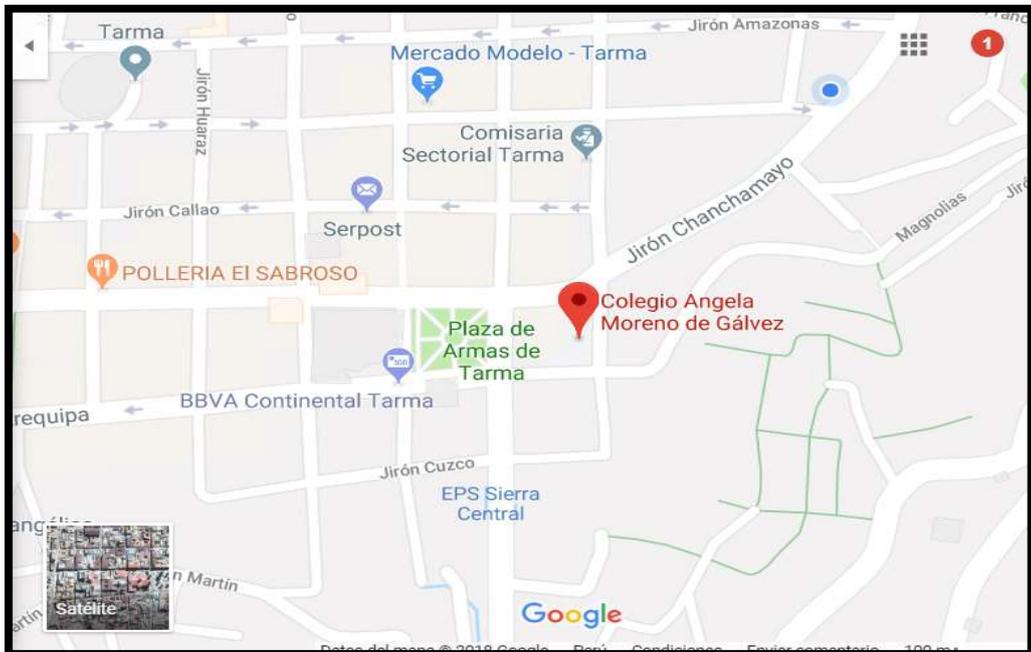


FACHADA PRINCIPAL DEL LOCAL CENTRAL





UBICACION GEOGRAFICA



TRAMITES ADMINISTRATIVOS





DESARROLLO DEL PROGRAMA

















PROCESO DE LA INFORMACION

