

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura**



**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS  
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA  
MARISCAL ORBEGOSO PROVINCIA LA UNIÓN DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA 2017**

**Tesis presentada por las bachilleres:**

Gutiérrez Llerena, Martha Guadalupe  
Purguaya Purguaya, Deysi Fiorella

**para optar el Título Profesional de:**

Licenciada en Obstetricia

**Asesor:** Dra. Escobedo Vargas, Jannet

**AREQUIPA - PERÚ**

**2018**



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 15 de MARZO 2018.

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mgter. Ricardino Flores Flores  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Dra. YENHNY CARDENAS NUÑEZ  
Dr. ALBERTO CÁCERES HUAMBO  
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“ EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS  
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA  
MARISCAL ORBEGOSO PROVINCIA LA UNION DEPARTAMENTO DE  
AREQUIPA 2017 ”


PRESENTADO POR:

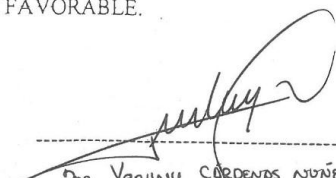
PURGUAYA PURGUAYA FIDELIA  
GUTIÉRREZ HERENA MARTHA GONDAIUPE

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se dá el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.

  
Mgter. Ricardino Flores Flores.

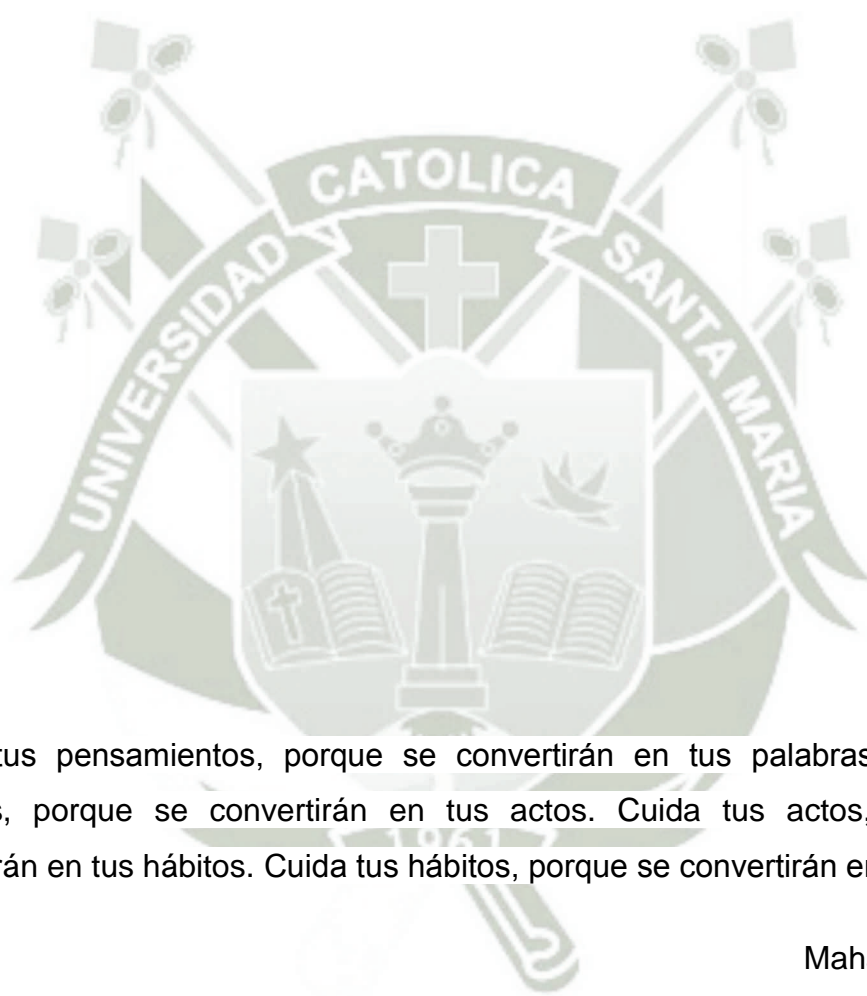
  
Dra. Yenhny Cardenas Nuñez

  
Dr. ALBERTO CÁCERES HUAMBO.

## DEDICATORIA

Primero agradecer a Dios por permitirnos llegar hasta este momento especial de nuestra formación profesional y guiarnos por el buen camino. Dedicamos este trabajo al esfuerzo de nuestros padres por su amor, paciencia y apoyo para culminar nuestra carrera profesional. De manera especial quisiera dedicarle unas cortas líneas a mi mama Soledad Purguaya Velasquez. Mamita linda me enseñaste a alcanzar mis metas y te agradezco tu apoyo y consejos gracias madre mía por ser una de mis grandes motivaciones en mi vida siempre serás el motivo para seguir adelante.

Agradecemos de igual forma a nuestra asesora Dra. Escobedo Vargas, Jannet por su apoyo y paciencia en la realización de nuestra tesis.



“Cuida tus pensamientos, porque se convertirán en tus palabras. Cuida tus palabras, porque se convertirán en tus actos. Cuida tus actos, porque se convertirán en tus hábitos. Cuida tus hábitos, porque se convertirán en tu destino.”

Mahatma Gandhi

## INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas de salud corresponde a las necesidades y demandas de las poblaciones de adolescentes y jóvenes. A esto se puede agregar el desconocimiento de sus derechos a un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad. (21)

A iniciada la pubertad, algunas necesidades y demandas de los adolescentes ya han quedado fuera de las prioridades en las políticas públicas. Son aquellas que tienen que ver con su desarrollo afectivo y social, en edades en que se consolida una larga acumulación de oportunidades o exclusiones que ya marcaron sus primeros años. Adolescencia en la que, particularmente en el caso de las mujeres, aunado a la falta de educación sexual y de servicios de orientación y consejería (que incluya desarrollar habilidades para postergar la edad de inicio de la actividad sexual, si así lo desean), un embarazo no planificado puede bloquear las posibilidades de continuar una transición hacia la vida adulta acorde con los planes de vida que quisieran para sí mismas. En especial si se trata de adolescentes pobres. (21)

En nuestro país se ha visto que el embarazo en la adolescencia trae consigo diversas consecuencias y una de las que más repercusión tiene es la deserción escolar más aún si este adolescente forma parte de la clase media baja de nuestra economía, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento de los adolescentes antes y después de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso.

**Material y métodos:** El estudio se realizó en la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso en Arequipa provincia de la Unión Cotahuasi, consistió en la aplicación del instrumento a 47 adolescentes de 15 a 18 años para evaluar el nivel de conocimiento antes y después sobre sexualidad, embarazo adolescente e Infecciones de Transmisión Sexual.

**Resultados:** Los niveles de conocimiento sobre sexualidad, embarazo adolescente, ITC antes y después de la intervención educativa en la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso y los factores intervinientes con mayor porcentaje son: el 55.3% de los adolescentes tienen entre 17-18 años, 63.8% de los adolescentes son de sexo masculino, el 80.9% de los adolescentes viven con ambos padres, el 83.0% de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre la sexualidad en la adolescencia antes de la intervención educativa sobre salud sexual, 68.1% de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre el embarazo adolescente antes de la intervención educativa sobre salud sexual, el 53.2% de los adolescentes de tienen un nivel de conocimiento medio sobre las Infecciones de Transmisión Sexual antes de la intervención educativa, el 76.6% de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre salud sexual y reproductiva antes de la intervención educativa, el 61.7% de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre la sexualidad en la adolescencia después de la intervención educativa, el 70.2% de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre el embarazo adolescente después de la intervención educativa, el 61.7% de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento alto sobre Infecciones de Transmisión Sexual después

de la intervención educativa, el 61.7% presentan nivel de conocimiento alto sobre salud sexual y reproductiva después de la intervención educativa.

**Conclusiones:** La intervención educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso tuvo un efecto positivo porque presentó una diferencia estadística significativa ( $P < 0.05$ ) según la prueba de chi-cuadrado ( $X^2 = 20.92$ ).

**PALABRAS CLAVES:** Intervenciones educativas, Salud Sexual y Reproductiva, adolescente.



## ABSTRACT

**Objective:** To assess the level of knowledge of adolescents before and after the Educational Intervention on Sexual and Reproductive Health in the Secondary Educational Institution No. 040801 Mariscal Orbegoso.

**Material and methods:** The study was carried out at the Secondary Educational Institution N ° 040801 Mariscal Orbegoso in Arequipa province of the Cotahuasi Union, consisted in the application of the instrument to 47 adolescents aged 15 to 18 to assess the level of knowledge before and after about sexuality, adolescent pregnancy and Sexually Transmitted Infections.

**Results:** The levels of knowledge about sexuality, adolescent pregnancy, ITC before and after the educational intervention in the Secondary Educational Institution No. 040801 Mariscal Orbegoso and the intervening factors with the highest percentage are: 55.3% of adolescents are between 17-18 years old , 63.8% of adolescents are male, 80.9% of adolescents live with both parents, 83.0% of adolescents have a level of knowledge about sexuality in adolescence before the educational intervention on sexual health, 68.1 % of adolescents have a level of knowledge about adolescent pregnancy before the educational intervention on sexual health, 53.2% of adolescents have a level of knowledge about Sexually Transmitted Infections before educational intervention, 76.6 % of adolescents have a level of knowledge about sexual and reproductive health before the educational intervention tiva, 61.7% of adolescents have a level of knowledge about sexuality in adolescence after the educational intervention, 70.2% of adolescents have a level of knowledge about adolescent pregnancy after the educational intervention, 61.7 % of adolescents have a high level of knowledge about Sexually Transmitted Infections after the educational intervention, 61.7% have a high level of knowledge about sexual and reproductive health after the educational intervention

**Conclusions:** The educational intervention on sexual and reproductive health in adolescents of the secondary educational institution No. 040801 Mariscal Orbegoso had a positive effect because it presents significant statistical difference ( $P < 0.05$ ) according to the chi-square test ( $X^2 = 20.92$ ).

**.KEY WORDS:** Educational interventions, Sexual and adolescent.



## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	2
1.1. Enunciado:.....	2
1.2. Descripción del problema:.....	2
1.3. Justificación: .....	4
2. OBJETIVOS:.....	5
3. MARCO TEÓRICO:.....	5
3.1. Marco conceptual: .....	5
3.1.1 Adolescencia: .....	5
3.1.1.1. Etapas y cambios en la adolescencia: .....	6
3.1.1.2. Educación sexual en la adolescencia: .....	8
3.1.1.3. Sexualidad: .....	10
3.1.1.4 Historia de la educación sexual: .....	14
3.1.1.5. Antecedentes de educación sexual en el Perú: .....	15
3.1.1.6. Educación para la salud.....	19
3.1.1.7. Promoción de la salud:.....	21
3.1.2. Infecciones de Transmisión Sexual.....	26
3.1.2.1 Antecedentes de las Infecciones de Transmisión Sexual.....	27
3.1.2.2. Situación epidemiológica de las ITS: .....	29
3.1.2.3. Incidencia/prevalencia de las ITS:.....	29
3.1.2.4. ITS, VIH y los/as adolescentes: .....	32
3.1.2.5. Factores epidemiológicos de las ITS: .....	35

3.1.2.6. Clasificación de las ITS:.....	37
3.1.2. 7 Prevención y control de las ITS:.....	47
3.1.3. Embarazo adolescente: .....	48
3.1.3.1. Datos epidemiológicos del embarazo en la adolescencia: .....	48
3.1.3.2. Factores de riesgo del embarazo adolescente: .....	50
3.1.3.3. Consecuencias del embarazo adolescente .....	51
3.1.3.4. Medidas de prevención en el embarazo adolescente: .....	53
3.1.4. Métodos anticonceptivos: .....	55
3.1.5. Sesiones educativas .....	56
4. HIPÓTESIS:.....	63
CAPITULO II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	64
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	65
1.1. Técnicas:.....	65
1.2. Instrumentos .....	65
1.3. Materiales .....	65
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN: .....	66
2.1. Ubicación espacial :.....	66
2.2. Ubicación temporal: .....	66
2.3. Unidades de estudio: .....	67
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	67
3.1. Organización: .....	67
3.2. Recursos: .....	68
3.3. Validación del instrumento: .....	68
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS: .....	69
CAPITULO III. RESULTADOS.....	70
DISCUSIÓN .....	90
CONCLUSIONES .....	92
RECOMENDACIONES.....	93

BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXOS.....	96
ANEXO 1: ASENTIMIENTO INFORMADO.....	97
ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN.....	99
ANEXO 3: CUESTIONARIO.....	100
ANEXO 4: SEPARATA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	106
ANEXO 5: LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA.....	121
ANEXO 6: MATRIZ DE DATOS.....	124





## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1. Enunciado:

Efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso provincia La Unión departamento Arequipa 2017

### 1.2. Descripción del problema:

#### a) Área del conocimiento:

Área general : Ciencias de la Salud

Área específica : Obstetricia

Especialidad : Salud Sexual y Reproductiva

Línea : “Salud Sexual y Reproductiva del adolescente”

#### b) Análisis u operacionalización de variables:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Intervención educativa en salud sexual y reproductiva</p>	<p>1°Taller</p> <p>2° Taller</p>	<p>Sexualidad en la adolescencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparato reproductor femenino y masculino.</li> <li>• La adolescencia y sus cambios.</li> <li>• Sexualidad y conceptos relacionados.</li> </ul> <p>Embarazo adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo.</li> <li>• Embarazo en la adolescencia.</li> <li>• Causas del embarazo en la adolescencia.</li> <li>• Efectos del embarazo en adolescente.</li> <li>• Prevención del embarazo adolescente.</li> </ul>

	3° Taller	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos anticonceptivos.</li> <li>Infecciones de transmisión sexual y VIH/sida</li> <li>• ITS y Tipos.</li> <li>• Signos y Síntomas de ITS.</li> <li>• El VIH y Sida.</li> <li>• Formas de Transmisión.</li> <li>• Prevención.</li> <li>• Uso del Preservativo.</li> </ul>
<p><b>Variable dependiente</b></p> <p>Nivel de conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alto</li> <li>• medio</li> <li>• bajo</li> </ul> <p>Embarazo Adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alto</li> <li>• medio</li> <li>• bajo</li> </ul> <p>ITS Y VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alto</li> <li>• medio</li> <li>• bajo</li> </ul>	
<p><b>Variable interviniente</b></p> <p>Condiciones Socioeconómicas</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Persona con quien vive</p>	<p>14,15,16,17,18 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Padres Tutores</p>

**c) Interrogantes básicas:**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento antes de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso?
  - ¿Cómo es el nivel de conocimiento de los estudiantes después de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso?
  - ¿Existe diferencia entre el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso?
- d) **Tipo de investigación:** De campo
- e) **Nivel de investigación:** Explicativo
- f) **Diseño :** cuasi experimental

### 1.3. Justificación:

Relevancia práctica: Mediante este trabajo de investigación tenemos el propósito de ayudar resolver un problema muy cotidiano en estos último años que es el embarazo en adolescentes, pues el desconocimiento de estos acerca de la salud sexual y reproductiva ha repercutido en la deserción escolar de los adolescentes.

Relevancia social: El embarazo en adolescentes ha ido incrementando año a año es por esta razón que el papel de una obstetra es de suma importancia ya que mediante charlas informativas y educativas la población adolescente podrá estar mejor informada y por consiguiente tomar mejores decisiones.

Relevancia humana: El conocimiento adquirido por los adolescentes a través de los programas educativos en temas de salud sexual y reproductiva, previene a estos sobre los posibles problemas que causan en la sociedad el embarazo adolescente que conlleva a abortos, adolescentes que no culminan sus estudios, inestabilidad familiar, las ITS, enfermedades incurables como el VIH.

## 2. OBJETIVOS:

- Indicar el nivel de conocimiento de los adolescentes antes de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso.
- Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes después de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso.
- Comparar el nivel de conocimiento de los adolescentes antes y después de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Institución Educativa secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso.

## 3. MARCO TEÓRICO:

### 3.1. Marco conceptual:

#### 3.1.1 Adolescencia:

Es un periodo del desarrollo humano que comprende desde los 10 a los 19 años aproximadamente, en la cual se alcanza la madurez biológica y sexual, y se busca alcanzar la madurez emocional y social, a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que lo rodea.

Se clasifica en primera adolescencia o adolescencia precoz: 10 – 14 años, la adolescencia media (15 a 16 años de edad), adolescencia tardía que comprende entre los 17 y 21 años de edad.

### 3.1.1.1. Etapas y 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. (9)

La adolescencia temprana aproximadamente de 11-13 años de edad:

#### *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 a volver al comportamiento "infantil", sobre todo cuando está estresado

- mal humor
- Mayor interés en la intimidad

Adolescencia media de 14 - 18 años de edad 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 a 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 19 - 21 años de edad:

*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

**3.1.1.2. Educación sexual en la adolescencia:**

Se 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 socio-histórico 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.

(10)

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. (10)

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. (10)

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. (10)

### 3.1.1.3. Sexualidad:

Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (10)

La sexualidad se compone de cuatro características: erotismo, vinculación afectiva, reproductividad y sexo genético (genotipo) y físico (fenotípico). Erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual; vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas; reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye los sentimientos de maternidad y paternidad.

La característica del sexo desarrollado comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dismórficas (masculino o femenino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, a partir de la estructura sexual basada en el sexo, ya que incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer. (10)

En lo que respecta a familia y sexualidad adolescente, es posible señalar que la familia, como el núcleo que protege a sus miembros en lo físico, emocional y psicológico, regula el comportamiento sexual de sus hijos mediante pautas establecidas, así como los otros comportamientos. Evidentemente los padres son los primeros modelos de niñas y niños desde el nacimiento, ellos y ellas aprenden a desarrollar diferentes roles, que serán determinantes de su identidad como adultos. Muy temprano los niños comienzan a interesarse por el mundo que los rodea, la curiosidad sobre

temas sexuales aparece como parte de las interrogantes propias del mundo en que el niño está inmerso.

En cuanto al embarazo adolescente y familia, las reacciones de los padres y las madres ante el embarazo de una niña que hace evidente ya su inicio en la vida sexual, son en general poco positivas para enfrentar la situación. Cuando la niña o el joven inician su vida sexual, sería el mejor momento para conversar todo lo relativo a la sexualidad, pero ahí ya están las barreras que impiden generar las confianzas necesarias para conversar. Los adultos piensan que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y con eso, se cierra la puerta a hablar de esos temas. No hay realismo para enfrentar las situaciones que se producen de todas formas, al margen de los deseos y voluntades. Si la familia (padres, fundamentalmente) no están en condiciones de proporcionar la debida formación en sexualidad a los jóvenes, se espera que se haga en el colegio.

(2)

No obstante los esfuerzos desarrollados por diferentes países en todas partes del mundo, los programas de educación sexual escolares, no han dado los resultados esperados en términos de disminuir los embarazos a tempranas edades o las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes. El conocimiento por sí solo no basta para cambiar conductas incorporadas en la cotidianeidad de la vida. Es así como aquellos programas de educación sexual que se basan, principalmente, en entregar información sobre la fisiología de los aparatos reproductores y los preceptos morales ligados a la función sexual, han fallado. En cambio, aquellos programas en que se ha puesto el foco en producir cambios conductuales usando estrategias metodológicas diversas, tales como: juegos de roles, dramatizaciones, ejercicios de apoyo al proceso de socialización y otras actividades en esta línea, han mostrado señales de efectividad. (2)

En los últimos cinco años de la década de 1980, instituciones oficiales y privadas de varios países latinoamericanos, con el apoyo de entidades de investigación demográfica de los Estados Unidos, llevaron a cabo encuestas sobre la salud reproductiva de los jóvenes adultos y adolescentes (de 15 a 24 años de edad), con el propósito fundamental de obtener información que permitiera establecer nuevas estrategias de programación y materiales en el área de la educación sexual y de los servicios de orientación sexual dirigidos a jóvenes y adolescentes, y políticas consistentes con los objetivos de las entidades oficiales de población en cada país. Las encuestas incluyeron preguntas sobre temas diversos relacionados con la conducta sexual de los jóvenes, sus actitudes, autopercepciones, valores, la fecundidad, la educación sexual, el uso de anticonceptivos, conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual y otros temas relacionados. En cada país se han publicado informes preliminares y en Guatemala y Jamaica se publicaron ya informes finales.

Las encuestas en su mayoría se hicieron con jóvenes (de 15 a 24 años de edad) en áreas urbanas, con excepción de Jamaica en donde se realizó una encuesta a nivel nacional. También en Colombia, una encuesta del Ministerio de Salud (1989) se realizó con una muestra cercana a 10.000 estudiantes de 11 a 22 años que cursaban los grados noveno, décimo y undécimo en colegios de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Villavicencio y Buenaventura.

Su finalidad fue más específica que en encuestas de otros países, ya que se trataba de identificar conductas de los adolescentes que constituyeran factores de riesgo para contraer el SIDA, y de establecer pautas de comunicación que pudieran prevenir la extensión del mismo.

Ante los vacíos de conocimientos en los niños y adolescentes y en los mismos adultos que los rodean, deben aclararse puntos como los siguientes en los programas de educación sexual:

- Es necesario definir la sexualidad como un proceso que se inicia y se termina con la vida misma, en cuyas manifestaciones confluyen lo físico, lo psicológico-afectivo y lo social. La sexualidad debe ser vista como parte integral del ser humano. Deben enfatizarse algunas características de la sexualidad, tales como su carácter cambiante, su expresión individual, el placer como referido al hecho de existir y disfrutar las relaciones de amistad y afecto con otras personas, el gozar con la naturaleza y con la vida, la relatividad en su expresión debido a las influencias familiares, culturales y aún geográficas. Deben esclarecerse las funciones de hombres y mujeres referidas a la reproducción, el placer y la comunicación, siempre vinculando la sexualidad con la vida misma.
- Respecto a las diferencias relacionadas con la orientación sexual de cada persona (homosexualidad y bisexualidad) es necesario enfatizar que merecen respeto y conllevan derechos, deberes, sentimientos y necesidades que son comunes a todo ser humano, hombres y mujeres por igual. Debe darse atención especial a la valoración de sí mismo, del propio cuerpo mediante el reconocimiento positivo de todas sus partes, incluida la genitalidad.
- Despertar respeto por las expresiones de la sexualidad, en las diferentes etapas de la vida, tales como la masturbación en los niños y adolescentes, alejando en lo posible los sentimientos de culpa frente a estas expresiones y contribuyendo a socializarlas, mediante la valoración de la intimidad y la privacidad.
- En cuanto a problemas relacionados con la conducta sexual, deben revalorarse y difundirse concepciones nuevas sobre las relaciones sexuales entre jóvenes, sobre las diferencias en la orientación sexual, y sobre la prostitución.
- Deben tenerse en cuenta las presiones de grupo que se ejercen en el caso de los adolescentes que pueden llevarlos a iniciar relaciones sexuales para las cuales no están debidamente preparados. A éstas

se unen los escasos conocimientos sobre anticonceptivos, la actitud negativa de los adolescentes a usarlos, su dificultad de obtención, el desconocimiento de las implicaciones de las enfermedades de transmisión sexual y aún de los riesgos del SIDA en proporciones apreciables de los grupos estudiados.

- Conviene destacar la importancia de transmitir con claridad a los adolescentes la necesidad de posponer las relaciones sexuales mientras los jóvenes, tanto hombres como mujeres desarrollan la madurez y responsabilidad necesarias para establecerlas de manera que no les causen daño ni a ellos mismos ni a su pareja.
- Facilitar en los padres y maestros el reconocimiento de sus propias actitudes hacia la sexualidad como una manera de iniciar una mejor respuesta frente a las expresiones de la sexualidad de los niños y adolescentes.
- Desarrollar metodologías que relacionen los conocimientos con la realidad de los adolescentes y su problemática. De otra manera se continuaron entregando en las clases de comportamiento y salud contenidos sobre anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual que no pasaron a formar parte de la vida de los jóvenes, que no los motivaron hacia la toma de decisiones responsables y que continuaron asimilando la sexualidad a la genitalidad.(8)

#### **3.1.1.4 Historia de la educación sexual:**

Si revisamos la historia de la educación sexual y su instalación en los diferentes países, es la historia de las fuerzas políticas, desde conservadoras a progresistas, la que ha tratado de frenar, prohibir, limitar la enseñanza de la sexualidad a través de los sistemas educativos formales; mientras que, por otro lado, las tendencias progresistas han pugnado por poner los conocimientos científicos producidos en este campo, a disposición de los jóvenes desde los primeros años de escolaridad, reconociendo que así se complementa la tarea de la familia en este aspecto.

Se puede considerar que todas estas posiciones son legítimas y se relacionan con el esfuerzo por construir un determinado modelo de sociedad, así, es posible señalar que lo sexual, en este sentido, no es neutro ni ajeno al quehacer mismo de la política. (11)

#### **3.1.1.5. Antecedentes de educación sexual en el Perú:**

La Educación Sexual Integral (ESI) es tributaria de una historia que procede de la escuela, cuya preocupación por el desarrollo integral de la persona no fue su principal característica. Las preocupaciones por la educación sexual han pasado por una etapa de desatención absoluta por parte de la escuela, dejando su temática al espacio familiar y a la influencia del entorno social. Posteriormente, la educación sexual se trabajó con un enfoque biologista, desarrollado en las escuelas a través de los cursos de Ciencias Naturales y Educación Familiar. Es necesario recordar que la última asignatura alcanzaba exclusivamente a las niñas y adolescentes mujeres. Luego, dentro de los diferentes intentos de reformas, la educación sexual pasó por una etapa vinculada al control de la natalidad, cuyos argumentos se sustentaban en la tesis que las sociedades subdesarrolladas lo eran por un excesivo crecimiento poblacional. Una de las últimas versiones de la educación sexual ha estado vinculada al control de la pandemia del VIH/SIDA, reduciendo la educación sexual a las relaciones genitales y reproductivas. Durante las últimas décadas, el Ministerio de Educación ha tenido experiencias positivas vinculadas al mejoramiento de la educación sexual, y particularmente a la equidad de género. Así, en más de una oportunidad, ha desarrollado propuestas para incluir la educación sexual en el currículo escolar de la educación básica. (12)

Se puede señalar, en síntesis, que la educación sexual en el país, se remite a la década de 1980, con el Programa Nacional de Educación en Población 1980-1990, del Ministerio de Educación. Dicho programa desarrollaba acciones con enfoque demográfico y de lucha contra la pobreza. En ese

período, se incorporaron en el Diseño Curricular de Secundaria contenidos referentes a: la familia y a la sexualidad humana, la paternidad responsable, los derechos del niño, la identidad sexual y la identidad de género, la planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. De igual forma, entre 1985 y 1989, se incorporó un seminario de educación en población en el currículo de formación magisterial. En 1988, se incluyeron temas de educación en población en el currículo de educación primaria y se elaboraron y distribuyeron guías metodológicas de educación en población, para apoyar el trabajo de los docentes en los niveles de primaria, secundaria y formación magisterial. El Programa de Educación en Población apoyado por el Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA y UNESCO concluyó en 1991, quedando los contenidos de educación sexual insertos en las asignaturas de Educación Cívica, Educación Familiar y Familia y Civismo. (11)

A consecuencia de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), surgió la necesidad de implementar un Programa Nacional de Educación Sexual 1996-2000, a cargo de la Oficina de Coordinación Universitaria y Programas Especiales de Prevención. El programa tuvo como marco la Política de Población (Ley Nacional de Población 26530, de 1995), la Estrategia Nacional de Alivio a la Pobreza, las Políticas de Mejoramiento de la Calidad Educativa y los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano en materia de salud sexual y reproductiva (Plan de Acción de la CIPD 1994 y Plataforma de Acción Mundial de la IV Conferencia de la Mujer, Beijing, 1995). (12)

Durante el período 2001-2005, la educación sexual dejó de constituir un programa a nivel nacional y pasó a ser un tema del Área de Prevención Psicopedagógica, bajo la responsabilidad de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral -OTUPI. En el 2005, el Ministerio de Educación aprobó el Diseño Curricular Nacional-DCN y el Reglamento de Educación Básica Regular-EBR. El DCN de la EBR incorpora la educación sexual. (10)

- Como temas transversales del currículo: “Educación para el amor, la familia y la sexualidad” y “Educación para la equidad de género”.
- Como contenidos básicos de las áreas curriculares de Persona, Familia y Relaciones Humanas (componente Identidad y Personalidad, Sexualidad y Género), Ciencias Sociales (componente Ciudadanía), y Ciencia, Tecnología y Ambiente (componente Salud Integral, Tecnología y Sociedad, en el nivel de secundaria).
- Como tema del área de prevención psicopedagógica dentro de la Tutoría y Orientación Educativa.

La Educación Sexual, como se estipula en el artículo 34 del Reglamento de Educación Básica Regular también se desarrolla a través de la Tutoría y Orientación Educativa, definida como el acompañamiento socio-afectivo y cognitivo a los estudiantes. Es un servicio inherente al currículo y tiene carácter formativo y preventivo. Son agentes de la Tutoría y la Orientación Educativa: el tutor o tutora formal, los profesores, los directivos, el psicólogo o psicóloga escolar (si hubiera), los padres de familia y los estudiantes. A partir del 2006, OTUPI derivó en la Dirección General de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE), creada por DS 006-2006-ED. La DITOE es la instancia en la que se ubica formalmente la educación sexual en el Ministerio de Educación y depende directamente del Vice-Ministerio de Gestión Pedagógica. (12)

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. (10)

La educación de la sexualidad forma parte del proceso de educación de la personalidad. En concordancia con estos criterios se encuentran los de 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 (10)

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 (10):

- 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.
- (8)

#### **3.1.1.6. Educación para la salud**

Desde que la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (Ottawa1986) identificaron el papel esencial de la educación para la salud, ha habido un progreso considerable en el mejoramiento de la salud mundial. Han disminuido las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil.

Más personas están mejor nutridas. Se tiene más acceso al agua limpia y la gente vive más tiempo que antes. Pero estos beneficios no se han repartido de manera uniforme. Han estado acompañados de enormes retrasos en muchos sectores de la población. La mayor parte de los habitantes del mundo sigue viviendo en la pobreza; su situación habitacional es pobre, las condiciones desfavorables para la salud. Mucha gente sigue sin tener acceso a los servicios básicos de salud. A pesar del progreso en el control de ciertas enfermedades, siguen aumentando muchas enfermedades contagiosas. De manera simultánea están surgiendo nuevas enfermedades epidémicas.

Las grandes desigualdades existentes en el acceso al tratamiento de ciertas enfermedades, tienen consecuencias drásticas, especialmente para la gente con HIV/SIDA. En los países industrializados, el incremento de la enfermedades no transmisibles, tales como el cáncer, y el incremento de los problemas crónicos de salud, del estrés y del consumo abusivo de drogas, han frenado el progreso hacia la meta de 'salud para todos'. Los países en desarrollo también están experimentando un incremento de problemas de salud relacionados con el estilo de vida, aunados al ya alto índice de enfermedades infecciosas.

Las enfermedades relacionadas con el estilo de vida son la causa del 70 al 80% de las muertes en los países desarrollados y de aproximadamente el 40% de las muertes en los países en desarrollo. La situación exige no sólo inversiones sostenibles en la infraestructura de la salud pública; también requiere de nuevos enfoques de prevención y promoción de la salud, mismos que incluyen el brindar acceso a la información sobre la salud, estimular la participación en el control de medidas para la salud y apoyar a las comunidades en el desarrollo de sus propios sistemas de salud. Todas estas estrategias dependen mucho de la educación de personas adultas.

Sin embargo, a pesar de la urgente necesidad de desarrollar tales estrategias para continuar la lucha por la 'salud para todos', existe falta de voluntad para invertir en la infraestructura de la asistencia pública, en los servicios básicos de prevención sanitaria y en la educación. Los países industrializados están recortando sus presupuestos en el campo de la salud de modo significativo, y sus sistemas de salud se están privatizando cada vez más, dificultando aún más el acceso a la asistencia pública a grandes sectores de la población. En los países en desarrollo, los servicios de salud y de educación se han visto afectados negativamente por la crisis económica, los programas de ajuste estructural y la reducción de ayuda del extranjero.

Los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento. Es decisivo que la educación para la salud tome en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de la gente. La educación para la salud necesita capacitar a la gente para que cambie estas condiciones. Desde este punto de vista, la educación para la salud es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico de desarrollo humano.

### 3.1.1.7. Promoción de la salud:

El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. La promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo en la casa, la escuela, el lugar de trabajo, etc., y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

La educación para la salud puede interpretarse como un elemento de promoción de la salud. La promoción de la salud y la educación para la salud tienen como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que la gente obtenga un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar. Los conocimientos a los que se hace referencia aquí no sólo se refieren a la difusión de datos sencillos sobre la salud, sino también a la difusión de otros tipos de información y habilidades.

Un elemento fundamental de las políticas de promoción de la salud es la acción comunitaria. Las iniciativas locales se apoyan a través del suministro de conocimientos, información y capacitación relevantes.

Al reconocer la función de los factores ambientales y sociales para alcanzar y conservar la salud, las iniciativas comunitarias consisten en abogar por ellas o en emprender acciones políticas, con el fin de crear un medio ambiente propicio para la salud. Tales iniciativas fijan su atención no sólo en modelos de enfermedad o servicios curativos, sino en los aspectos sociales e institucionales de la vida cotidiana. (5)

### 3.1.1.8. Conductas y prácticas sexuales de riesgo en la adolescencia:

Ha sido común en diferentes sociedades y culturas que el tránsito entre el niño y el adulto, esté marcado por un cambio en las expectativas, en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el status social, que comprende una amplia variedad de ritos y creencias que han pretendido diferenciar socialmente una etapa de la vida, denominada adolescencia.

La palabra adolescencia procede del latín *adolecere* que significa lucir y pubertad, y de *pubertas* que en latín quiere decir apto para la reproducción. La pubertad está comprendida dentro de la adolescencia.

En la adolescencia se produce una crisis que se relaciona con el ciclo vital, en la cual se da una agudización en las contradicciones sobre la dinámica de las relaciones internas.

La adolescencia constituye una etapa del desarrollo del ser humano, en la que se evidencian importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente cambios bruscos, rápidos, repentinos o demorados. Con un ritmo acelerado crea ansiedad y con ritmo demorado crea zozobra e inquietud.

En este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas.

Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intra grupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de

transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares).

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños pocos significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables.

En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steimberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados "circuitos de recompensa" estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo.

Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo se conocen los riesgos y posibles consecuencias dañinas y se involucran igualmente en dichas conductas.

La idea central de esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellas, para prevenir las posibles consecuencias para la salud.

Constituyen grandes riesgos en los adolescentes: la nutrición y actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección, el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio).

A continuación se ejemplifica a través de un modelo aplicable al riesgo de infección de transmisión sexual en la población joven.

Factores de riesgo:

- Relaciones sexuales sin uso de condón.
- Prácticas sexuales con penetración o sin esta, sin uso de condón.
- Personas que perciben y/o reciben poco afecto de sus familiares.
- Poca preocupación hacia la atención sanitaria en acciones de prevención como la realización de pruebas citológicas para la detección de cáncer de cuello uterino en parejas adolescentes de elevado riesgo.
- Carencia de grupos de apoyo.
- Falta de comunicación familiar y con sus contemporáneos.
- Sentimientos de dependencia.
- Sentimientos de frustración, infelicidad y soledad.
- Sentimientos de tristeza.

Consecuencias:

- Inicio de la actividad sexual en una etapa precoz de la vida.
- Abandono del hogar.
- Ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables.
- Cambios frecuentes de parejas o múltiples parejas en tiempo simultáneo.
- Práctica de violencia como estilo de vida.
- Conductas sociales censurables por la sociedad.
- Prácticas de sexo transaccional ocasionales o permanentes.

El problema principal para este grupo poblacional son las prácticas, comportamientos y conductas de riesgo, que ocasionan morbilidad crítica, discapacidades y defunciones inmediatas; o como el caso del tabaquismo

y el alcoholismo, conforman estilos de vida que condicionan enfermedades y muerte temprana en los adultos.

Las estadísticas mundiales apuntan a riesgos elevados socio-conductuales de la salud del adolescente tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, lo que está estrechamente vinculado con el desarrollo científico y tecnológico, y las condiciones socioeconómicas de cada nación.

Indicadores:

- Prevalencia de tabaquismo.
- Prevalencia de alcoholismo.
- Morbilidad por accidentes relacionados con el medio laboral.
- Morbilidad por accidentes de tránsito y por intentos suicidas.
- Tasa de abortos en menores de 20 años.
- Proporción de embarazos en menores de 20 años.
- Tasa de mortalidad general.
- Tasa de mortalidad por accidentes.
- Tasa de mortalidad por suicidio.
- Proporción de adolescentes satisfechos con los servicios de salud.
- Porcentaje de adolescentes que a los 18 años conservan todos sus dientes.
- Tasa de incidencias de las infecciones de transmisión sexual.

Desde la década del 90 se viene analizando la influencia de las conductas de riesgo en la salud integral de los adolescentes; Gómez de Giraudo hace referencia al tema al reunir una serie de factores:

- 1) Los personales: su historia personal; sus modos de resolver situaciones infantiles de conflicto; su programa neurobiológico; la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, etc.

- 2) Los precipitantes: la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir; la capacidad de afrontamiento con que se maneja; el grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas, etc.
- 3) Los de contexto: la existencia o no de redes de apoyo solidario con que cuenta; el nivel de integración yoica; la capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente.
- 4) La interacción de todos estos aspectos va a determinar la peculiar manera en que cada adolescente resolverá qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas. (17)

### 3.1.2. Infecciones de Transmisión Sexual

El término infecciones de transmisión sexual (ITS) incluye aquel conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distinta sintomatología, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser esta la única vía de transmisión. Las ITS involucran principalmente la esfera genital, existiendo la posibilidad para algunos de los agentes participantes, de generar infecciones diseminadas lesionando numerosos órganos. Dentro de estos agentes podríamos realizar una diferenciación de aquellos que no utilizan la vía sexual como principal vía de transmisión, generando síndromes infecciosos en la esfera extragenital como es el caso de la hepatitis B, A, C, y bacterias como *Shigella* spp., *Salmonella* spp., etc., denominándolas infecciones sexualmente transmisibles, un término más amplio.

El cambio de concepto, acuñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998, que sustituye la terminología de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) por el de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se sustenta, en que el término “Enfermedad”, es inapropiado para designar a

aquellas infecciones que son asintomáticas y que pasan desapercibidas para las personas con consecuencias en ocasiones irreversibles.

Las manifestaciones clínicas comprometen, en la mayoría de los casos, el área genital y las mucosas, pero en otros tienen manifestaciones sistémicas. El impacto en salud pública está dado por las complicaciones y secuelas que pueden presentar, principalmente en mujeres y recién nacidos, y su relación con el aumento de la transmisibilidad del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), desde y hacia las personas infectadas con otra ITS. Las ITS se pueden clasificar tomando en consideración diferentes aspectos como el agente causal, la patología que produce o los síntomas asociados, pudiendo agruparse varias patologías bajo un conjunto de síntomas. Esta característica ha permitido el desarrollo de dos estrategias de abordaje diferente, el Manejo Etiológico y el Manejo Sindrómico. Esto con el propósito de favorecer el tratamiento oportuno de estas infecciones.

Se denomina Manejo Etiológico al tratamiento que se brinda cuando hay certeza absoluta del agente causal de la infección, y Manejo Sindrómico al tratamiento que se otorga basándose en la clasificación de las patologías en grupos sindrómicos de acuerdo a sus manifestaciones clínicas. Este manejo se recomienda cuando no existen posibilidades de llegar a un diagnóstico etiológico o se tiene certeza de que la persona que consulta, no volverá a control.

### **3.1.2.1 Antecedentes de las Infecciones de Transmisión Sexual**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó la ocurrencia de 333 millones de ITS en el año 1998 a nivel mundial, de ellas 36 millones en América Latina y el Caribe.

Las primeras ITS que se descubrieron fueron la sífilis y la gonorrea, en principio sin ser reconocidas como tales. Existe evidencia histórica no concluyente acerca del origen de la sífilis, por lo cual se duda si se introdujo

en el viejo mundo por la tripulación de Cristóbal Colón, o si la misma era una enfermedad antigua que se extendió por Europa debido a la urbanización. No se puede afirmar que *Treponema pallidum* fuese el agente de la pandemia conocida como Gran Pox, que asoló Asia y Europa luego del regreso de Colón de América; no obstante ello las primeras descripciones de la enfermedad datan de esa época, reconociéndose su forma de transmisión poco después.

La gonorrea ya es referida en el antiguo testamento, siendo Galeno quien le diera el nombre. En 1879 Neisser descubre el agente etiológico. Ambas datan entonces, de la era pre antibiótica.

Las más frecuentes en la actualidad son: vaginosis bacteriana, herpes genital, clamidiasis, blenorragia, trichomoniasis, candidiasis, infecciones por papilomas virus humanos, hepatitis B, sífilis y el SIDA.

El control de estas infecciones a nivel mundial es fundamental para mejorar la salud reproductiva de toda población. El impacto que tienen las ITS en las mujeres y en los niños, sumado a la vinculación que existe entre ellas y la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, representan para los profesionales de la salud una preocupación permanente debido a que pueden incrementar la probabilidad de adquirir y transmitir el VIH, constituyéndose en un factor de riesgo. Se estima que una enfermedad de transmisión sexual aumenta hasta cinco veces el riesgo de infectarse con el VIH.

La OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA. (ONUSIDA) consideran que la vigilancia de las ITS es un componente clave de los sistemas de vigilancia del VIH y SIDA de segunda generación; el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública, ha considerado necesario reforzar esta

vigilancia, considerando la contribución potencial de estas enfermedades a la transmisión de la infección por VIH. (16)

### **3.1.2.2. Situación epidemiológica de las ITS:**

No se sabe con exactitud la carga de enfermedad que representan las ITS. Esto se debe no sólo a las insuficiencias de los sistemas de vigilancia epidemiológica, inexistentes o de escasa calidad incluso en los países más desarrollados, sino también a otros factores que influyen en la calidad y exhaustividad de la información epidemiológica sobre las ITS, como son la historia natural de cada enfermedad, la disponibilidad de métodos diagnósticos, los patrones de búsqueda de asistencia entre los pacientes y los programas de búsqueda activa de casos.

En los países en vías de desarrollo las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro ITS más comunes: sífilis (12 millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones) y tricomoniasis (174 millones). La incidencia suele ser mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes y el riesgo de infectarse por estos patógenos aumenta con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales. (4)

### **3.1.2.3. Incidencia/prevalencia de las ITS:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota descriptiva N° 110 de noviembre 2013 considera que se estima que anualmente unos 500 millones de personas contraen alguna de cuatro curables ITS: Clamidiasis: 105,7 millones de casos, Gonorrea: 106,1 millones de casos, Sífilis: 10,6 millones de casos y Tricomoniasis Vaginal: 276,4 (8) millones de casos.

Por regiones de la OMS esas cuatro enfermedades curables se distribuyen como casos nuevos anuales: 92,6 millones en Africa, 125,7 millones en las Américas, 78,5 millones en Sudeste Asiático, 46,8 millones en Europa, 26,4 millones en Mediterráneo Este, 128,2 millones en Pacífico Oeste. (14)

Se estiman que 536 millones de personas están viviendo con el incurable virus Herpes genital tipo 2 y 291 millones de mujeres están infectadas por el virus del papiloma humano VPH. Se calcula casi un millón de casos nuevos de ITS cada día en el mundo. Esto significa que cada segundo, se infectan unas diez personas con una ITS. Por otro lado, la sífilis durante el embarazo provoca 305 000 muertes fetales y neonatales, y la infección de VPH provoca 530 000 casos de cáncer cervicouterino y 275 000 defunciones y la gonorrea y la clamidiasis son las causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis ocasionando más del 85% de infertilidad en las mujeres.

En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene limitaciones que no permiten estimar la magnitud real de las ITS. La información proveniente de estudios transversales evidencia que existe una elevada frecuencia de estas enfermedades que contrasta con la escasa demanda de servicios de salud. Esta situación es explicada por la inadecuada percepción de riesgo, la falta de reconocimiento de los síntomas, el carácter asintomático de muchas ITS y la carencia de servicios de ITS accesibles. (19)

Por otro lado, en el Perú no se disponen de datos oficiales, pero una encuesta nacional PREVEN acudió de puerta por puerta captando más de 1 5000 hombres y mujeres jóvenes “sanos” entre los 18 y 29 años de edad, encontrando que 1 de cada 12 mujeres y 4 de cada 100 varones tienen clamidia, 1 a 2 de cada 100 hombres y mujeres tiene sífilis o gonorrea, 1 de cada 12 mujeres tiene tricomoniasis y 2 a 3 de cada 10 hombres o mujeres tienen herpes. (19)

Se considera que un 75% de adultos sexualmente activos se infectarán alguna vez en su vida de VPH y es, probablemente, la ITS que cuenta con mayor incidencia anual y prevalencia en un momento dado. Hay que tener en cuenta que, además de causar verrugas genitales (VPH tipos 6 y 11), está ligado epidemiológicamente con el carcinoma de cérvix (VPH tipos 16 y 18).

Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). (11)

Las ITS suelen ser asintomáticas: Clamidia: el 70% de las mujeres y el 30% de los varones infectados son asintomáticos, Gonorrea: el 80% de las mujeres y el 20% de los varones infectados son asintomáticos. Virus del papiloma humano: más del 50%, en ambos sexos, están infectados. (19)

A nivel de país, una respuesta eficaz al VIH requiere información estratégica que sea sistemáticamente recolectada, consolidada, analizada y aplicada. Esta información debe ir más allá de los datos epidemiológicos, y debe abordar aspectos de acceso, cobertura, calidad y aceptabilidad de los servicios. Además es necesario conocer la vulnerabilidad de algunas comunidades y los riesgos a los que están expuestos ciertos grupos poblacionales. En suma, es necesario un profundo conocimiento del contexto y la dinámica de la epidemia de VIH en la población, para poder diseñar y dirigir nuestra respuesta a ella.

Con el objetivo de optimizar los programas y maximizar sus beneficios para las poblaciones afectadas, la información estratégica en VIH desempeña tres roles:

- a) Comprender la epidemia y la magnitud del cambio resultante de las intervenciones
- b) Monitorear y medir la respuesta del sector salud al VIH, en particular los recursos invertidos, la cobertura de las

intervenciones, la calidad de los servicios, los resultados y el impacto.

- c) Informar la mejora del programa, asegurando la calidad y la rentabilidad máxima de los recursos invertidos y ayudando a identificar los cuellos de botella y las oportunidades. Para facilitar este análisis, la OMS y ONUSIDA han planteado la estructura de “la cadena de resultados” para la respuesta del sector salud al VIH, que mediante una secuencia de análisis del contexto, los insumos, los productos, los resultados y el impacto, permite identificar los cuellos de botella para su abordaje y lograr una mejora de la calidad global de la respuesta programática.

El análisis de datos debe seguir la cadena de resultados, iniciando con el conocimiento del número de personas con VIH en la población, los patrones epidémicos en diferentes grupos poblacionales y según edad, sexo y ámbito geográfico, y culminando con una evaluación de impacto y la determinación de los componentes de la cadena de resultados que han hecho las mayores contribuciones a la reducción de la mortalidad por VIH y a la incidencia de VIH. Es importante mencionar que este análisis incluye la cascada de servicios vinculados, que comprende los servicios de prevención, tratamiento y las intervenciones de atención, poniendo en relieve el agotamiento gradual de la cobertura de la población elegible en los diferentes pasos de la secuencia. (16)

#### **3.1.2.4. ITS, VIH y los/as adolescentes:**

Pasar por la transición de la niñez para convertirse en un adulto sexualmente saludable es uno de los mayores retos que se les presenta a los y las adolescentes. Una transición exitosa implica ser capaz de establecer relaciones con pares evitando adquirir una ITS o un embarazo no deseado. Sin embargo, la mayoría de jóvenes a nivel mundial, al cumplir los 20 años ya ha tenido relaciones sexuales.

Muchos se iniciaron sin desearlo, por coerción o porque no planearon hacerlo, razón por la cual no se protegieron. Las y los jóvenes son especialmente vulnerables tanto a los embarazos no deseados como a las ITS incluyendo al VIH.

La gran mayoría de tasas subestima las cifras de ITS para adolescentes sexualmente activos al incluir en el denominador también a los jóvenes que aún no se han iniciado sexualmente. Las infecciones por clamidia son las más frecuentes entre adolescentes, con tasas que duplican las de individuos mayores de 20 años. La gonorrea, sífilis y VPH, entre otras, tienen también prevalencias altas en adolescentes.

Las altas tasas de ITS en adolescentes representan un factor de vulnerabilidad adicional para adquirir el VIH. En algunas regiones del mundo, hasta la mitad de los casos de infección por VIH ocurre en menores de 25 años.

En el Perú, según el ENDES 2010, los adolescentes de ambos sexos representan el 21.5% de la población y el 57.2% de las mujeres inicia sus relaciones sexuales antes de los 20 años. En la reciente encuesta poblacional nacional realizada en más de 15,000 varones y mujeres de 18 a 29 años a través del Proyecto PREVEN de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se encontró que aproximadamente la mitad de las mujeres inicia sus relaciones sexuales alrededor de los 18 años, y los varones a los 16 años.

Las infecciones de transmisión sexual son prevalentes en nuestros jóvenes. En un estudio realizado por Campos et al.<sup>12</sup> en mujeres con flujo vaginal que acudían a centros de salud, se encontró que la prevalencia de gonorrea era casi tres veces mayor en mujeres entre 18 y 24 años, comparada con mujeres por encima de los 25 (6% vs. 2%). En el caso de la infección por clamidia (la causa más frecuente de infertilidad en el mundo), se encontró una tasa de 9.8% en jóvenes de 18 a 24 años, mientras que para las otras

edades la tasa fue de 1.8 (cinco veces más alta en las más jóvenes). En el estudio PREVEN, mencionado anteriormente, se evidenciaron tasas altas de ITS en los jóvenes encuestados supuestamente sanos, quienes fueron abordados en sus casas y seleccionados al azar. Además, se hallaron correlaciones con factores de comportamiento, como la educación y otros.

En el Perú, usando los datos del informe del Programa Nacional de ITS y SIDA (PROCETSS), los casos de esta enfermedad en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) representan el 15% del total<sup>13</sup>. Sin embargo, esto no refleja el riesgo real del adolescente individual y no discrimina los subgrupos según su exposición, además del subregistro existente. Dado que la mayor frecuencia de casos se da entre los 25 y 29 años, y considerando que el tiempo promedio desde la infección a los síntomas es de varios años, es probable que algunos de estos adultos jóvenes del informe oficial se hayan infectado durante la adolescencia.

Esta etapa de la adolescencia en la que factores biológicos, psicológicos, de desarrollo y socioculturales actúan en concierto incrementando las probabilidades de adquirir una ITS y el VIH, es muy singular en la vida. Los factores psicológicos y de desarrollo cognitivo como el pensamiento concreto, centrado en el presente o la incapacidad de conceptualizar el impacto a largo plazo de acciones presentes, y las dificultades para implementar tareas complejas, conllevan a que el/la adolescente

Se enfrente con frecuencia a situaciones de riesgo sin pensar en sus consecuencias, o que le sea difícil desarrollar una tarea “compleja” como la del uso del condón. Los factores socioculturales que estimulan el debut sexual más temprano, el mayor número de parejas sexuales o el mantenimiento de patrones de monogamia sexual consecutiva, también impiden al adolescente acceder a posibilidades de prevención. (5)

### 3.1.2.5. Factores epidemiológicos de las ITS:

#### Factores sociales:

1. Falta de información adecuada:
  - Desconocimiento del “sexo seguro”
  - Desconocimiento de la existencia de ITS asintomáticas que pueden ser transmitidas
  - Deficiente educación sexual
  - Poca percepción del riesgo
2. Presiones sociales
  - Presiones de pares que empujan a los/las adolescentes a iniciar tempranamente las relaciones sexuales.
  - Roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad
  - Estimulación sexual permanente: fácil acceso a la pornografía
3. Retraso en la búsqueda de los servicios de salud cuando se tiene una ITS.
  - Muchas ITS no tienen síntomas
  - Servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
  - Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos.
  - Hay un estigma asociado a tener una ITS.
4. Incumplimiento de completar el tratamiento
  - Un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo, mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o por creencias (basta sentirse mejor para suspender el tratamiento).

5. La pareja sexual no es informada ni recibe tratamiento oportuno
  - No se le comunica a la pareja sexual, sea por temor o vergüenza, de lo que se trata, o por desconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento de la pareja.

### **Factores de comportamiento**

1. Promiscuidad
  - Elevado número de parejas sexuales
  - Tener una pareja que tiene otras parejas sexuales
  - Tener relaciones sexuales con parejas 'casuales' (amigos/as, 'Y vacilonos', contactos establecidos por la Internet).
  - Tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de estas
2. Uso de drogas o alcohol
  - Estos interfieren con la capacidad de las personas de tomar decisiones al respecto de con quién y cómo tener relaciones sexuales.
  - No uso de condón

### **Factores demográficos:**

1. Sexo: En general, el riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano, durante las relaciones sexuales penetrativas. Las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). Por otro lado, la liberalización de la mujer en su rol femenino en la sociedad favorece relaciones diversas.

2. Edad: Las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS, por características de la vagina y el cérvix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa, como el pH ácido, el moco cervical espeso, el menor grado de ectopia y la exposición del epitelio.
3. Poblaciones vulnerables: Se consideran como poblaciones vulnerables aquellas que por una situación especial tienen un mayor riesgo de exposición como son los presos, los militares, los que usan drogas endovenosas y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). (18)

#### **3.1.2.6. Clasificación de las ITS:**

Existen varias maneras de clasificar las ITS. Una, es por el agente etiológico: bacterianas, virales, micóticas, parasitarias. Otra clasificación es según las enfermedades que producen, lo que permite pautas estandarizadas de tratamientos. (16)

La clasificación promocionada por la OMS y aceptada por el Ministerio de Salud del Perú es la sindrómica. Esta clasifica las enfermedades, según la CIE 10, con precisión, y es útil para el manejo en la atención primaria de una manera práctica.

*Considera cinco grandes síndromes:*

- Síndrome de descarga uretral.
- Síndrome de úlcera genital.
- Síndrome de flujo vaginal.
- Síndrome de dolor abdominal bajo.
- Síndrome de bubón inguinal.

Sin embargo, es de utilidad una clasificación que considere aspectos históricos y que precise las ITS que son prioritariamente de contagio sexual y las ITS de transmisión habitual no sexual. Esta clasificación fue publicada

en 1992, pero el número de ITS que fueron incluidas ha aumentado. En la actualidad, son treinta consideradas, considerándose como emergentes la Hepatitis C y la infección por *Mycoplasma genitalium*.

### **Manejo sindrómico:**

Muchos establecimientos de salud de los países en vías de desarrollo carecen del equipamiento y personal capacitado para el diagnóstico etiológico de las ITS. Para superar este problema, en muchos países en vía de desarrollo se ha establecido y estimulado el manejo sindrómico para el tratamiento de los pacientes con ITS. El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microorganismos, o contra los más peligrosos, responsables del desarrollo de este síndrome. La OMS ha diseñado una herramienta simplificada (un diagrama de flujo o algoritmo) como guía para los prestadores de salud en la implementación del manejo sindrómico de las ITS. El manejo sindrómico de la descarga uretral en hombres, y de las úlceras genitales en hombres y mujeres, ha demostrado ser válido y factible. El resultado ha sido el tratamiento adecuado de un gran número de personas infectadas; y además es económico, simple y muy eficaz en relación con el costo. Sin embargo, información reciente indica que, en los países en vías de desarrollo, el virus del herpes simplex tipo 2 (VHS2) se está convirtiendo rápidamente en la causa más frecuente de síndrome de úlcera genital (SUG), lo que podría afectar negativamente el resultado del tratamiento del SUG, si no se administra un tratamiento antiviral adecuado.

(1)

### **Síndrome de descarga uretral:**

Representa la infección de la uretra denominada uretritis, puede ser aguda, persistente y recurrente.

Se caracteriza por:

- Presentar secreción o fluido por la uretra :Mucoide – purulenta  
Clara, blanquecina o amarillo verdosa  
Abundante o escasa
- Ardor y/o dolor al orinar.

### **Etiología:**

#### **A.- Gonocócica:**

La gonococia o gonorrea es una enfermedad producida por una bacteria Gram-negativa diplococo *Neisseria gonorrhoeae*, un microorganismo que afecta a las mucosas de la uretra, endocérvix, el recto, la faringe y la conjuntiva. La transmisión es por contacto directo por inoculación de secreciones contaminadas de una membrana mucosa a otra. (13)

#### **B.- No gonocócica:**

La *Chlamydia trachomatis* es una bacteria intracelular obligada, relacionada con patologías del tracto genital, respiratorio, articular y ocular. Es recomendable estudiarla cuando los síntomas de una gonococia curada no desaparezcan, o haya ardor miccional, esterilidad en ambos sexos o pareja portadora. Otros agentes bacterianos son los mycoplasmas: *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma genitalium*. (14)

### **Tratamiento:**

- Dar tratamiento para GONOCOCO Y CLAMIDIA
- Informar
- Brindar consejería ITS y VIH
- Supervisar el cumplimiento del tratamiento
- Promover el uso y proveer condones
- Indicar tratamiento de contactos
- Regresar en caso de remitir molestias

Ciproflaxacina 500mg vía oral en dosis única + Azitrocina 1g vía oral en dosis única,

Dociclina 100mg vía oral cada 12 horas por 7 días

### **Síndrome de úlcera genital:**

Las úlceras genitales son lesiones que se caracterizan por la pérdida de continuidad en el epitelio, en el que se observa una necrosis previa. La lesión inicial puede ser una pápula, pústula o vesícula. Constituyen un motivo de consulta frecuente, lo cual plantea la necesidad de una orientación diagnóstica etiológica adecuada. Las úlceras que aparecen en los genitales no son exclusivamente de transmisión sexual, existiendo otras etiologías como traumatismos, reacciones a medicamentos, alergia, lesiones químicas o evolución de una infección previa no ulcerativa (balanitis). Las etiologías infecciosas de transmisión sexual de estas lesiones son variadas y, dependiendo de la región considerada, su frecuencia relativa también varía. (1)

En nuestro medio el herpes genital ( Herpes simplex tipo II y en ocasiones I ) y la sífilis (*Treponema pallidum*) son los procesos más frecuentes. El chancroide (*Haemophilus ducreii*), el linfogranuloma venéreo (*C. trachomatis* L1, L2, L3) y el granuloma inguinal (*Calymatobacterium*), son muy poco frecuentes. Las manifestaciones clínicas de cada patología son orientadoras, pero por su asociación y muchas veces por la presentación poco específica, el diagnóstico microbiológico resulta fundamental. Dada la importancia de la sífilis y el herpes genital, nos referiremos exclusivamente a estas. (1)

### **Etiología:**

#### **A.- Sífilis:**

Es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Treponema pallidum* (subespecie *pallidum*) y caracterizada por fases clínicas secuenciales no siempre presentes; tiene un período de incubación de 2 a 3 semanas, en algunos casos de hasta 90 días; en su primera manifestación clínica el contagio puede ser adquirido por contacto sexual ó por vía vertical (congénito). El agente penetra a través de la mucosa o de la piel. (15)

- **Sífilis primaria: (temprana)**

Aparece dos o tres semanas (este tiempo es variable) después de la inoculación y está representada clínicamente por una lesión erosiva o úlcera (chancro) y adenopatía satélite regional.<sup>8</sup> El chancro típico suele ser una erosión única, indolora, infiltrada (chancro duro) que no deja cicatriz tras su resolución. Sin embargo las lesiones pueden ser múltiples y dependería de la cantidad del inóculo, así como de las características anatómicas del sitio de localización. (15)

- **Sífilis secundaria: (temprana)**

Las lesiones dermatológicas de esta etapa, se presentan en 45-60 días (puede ser más prolongado) después de haber aparecido el chancro. Son generalizadas, múltiples, polimorfas, contagiosas y resolutivas. Compromete piel, mucosas, faneras y se acompañan de importantes manifestaciones generales y de serología reactiva. (15)

- **Sífilis tardía:**

Es la sífilis de más de un año de evolución. La falta de reconocimiento de la infección o la utilización de tratamientos no penicilínicos o de duración insuficiente lleva al compromiso de distintos órganos, incluyendo la piel. (15)

**B.- Chancro blando:**

Es una infección aguda contagiosa por la piel o las mucosas de los genitales, causada por un bacilo Gram negativo, el *Haemophilus ducrey* y se caracteriza por úlceras dolorosas, inflamación, con posterior supuración de los ganglios linfáticos inguinales. (14)

**C.- Herpes genital:**

Es una de las ITS de etiología viral más frecuente, con aumento de su incidencia en los últimos tiempos. La imposibilidad de su erradicación por tratarse de una infección persistente con frecuentes recidivas y el riesgo de contagio fetal en el canal de parto, justifican su importancia y la preocupación por su control. El agente Herpes Virus simplex tipo II y tipo I (agente del herpes labial) pertenece a la familia Herpesviridae y a la subfamilia Alphaherpesvirinae; es un virus que contiene ADN, siendo su estructura y características generales tratadas en el capítulo correspondiente. Nosotros realizaremos un resumen de la patogenia, clínica y tratamiento de esta infección. (1)

**Tratamiento:**

- Dar tratamiento para SÍFILIS Y CHANCROIDE
- Informar
- Brindar consejería ITS y VIH
- Supervisar el cumplimiento del tratamiento
- Promover el uso y proveer condones
- Referir para el tratamiento de contactos
- Regresar en caso de remitir molestias
- Probable diagnóstico de HERPES.
- Tomar prueba de RPR para sífilis.
- Dar tratamiento para sífilis si el resultado es reactivo o no ha recibido tratamiento reciente para sífilis.
- Supervisar el cumplimiento del tratamiento.
- Regresar en 7 días

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular +  
Ciproflaxacina 500mg vía oral en dosis única.

**Síndrome de flujo vaginal:**

El flujo vaginal constituye uno de los motivos de consulta más frecuente de las mujeres en edad reproductiva. Entendemos por flujo al aumento permanente de los trasudados y exudados de causa fisiológica o patológica, que se objetivan por la paciente o por el examinador. El flujo fisiológico es producto de los cambios hormonales del ciclo, y contiene escasa cantidad de leucocitos. La leucorrea puede deberse a infección vaginal o cervical. (1)

**Etiología:****A.- Vaginitis:**

Dentro de los agentes más frecuentes se encuentra *Candida albicans* (levadura que integra la flora vaginal normal). *Trichomonas vaginalis* (protozoo flagelado), también es un agente causal, pero menos frecuente.

El flujo causado por *Candida sp.* es de color blanquecino, grumoso (leche cortada), no oloroso, se manifiesta en conjunto con prurito vaginal y tiene pH ácido. Puede presentarse conjuntamente con la flora habitual (lactobacilos).

El flujo por *Trichomonas vaginalis* es de color amarillo verdoso, puede ocasionar prurito, presenta olor a aminas volátiles, producto del metabolismo de las bacterias anaerobias asociadas; Determina pH vaginal alcalino y disminución o ausencia de la flora vaginal, con presencia de flora mixta anaerobia asociada. (15)

Puede provocar uretritis, colpitis, vaginitis, dispareunia, aumento de flujo vaginal y por la reacción inflamatoria que produce localmente, mayor riesgo de transmisión del VIH. Puede coexistir con *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* que por ser fagocitadas por el parásito, se comenzará el tratamiento para la *Trichomona* y a continuación el correspondiente a la uretritis por gonococo y/o *chlamydia*. (1)

**B.- Vaginosis:**

La vaginosis bacteriana constituye una entidad caracterizada por un cambio en la microecología de la vagina caracterizada por la disminución o ausencia de lactobacilos con presencia de Gardnerella vaginalis (cocobacilo Gram negativo) asociada a bacterias anaerobias como Mobiluncus sp., Peptococcus sp. y Bacteroides sp.

Se diferencia de la vaginitis en la ausencia de respuesta inflamatoria, o sea en la ausencia de polimorfonucleares. (1)

El flujo de la vaginosis es oloroso por la liberación de aminas volátiles, no ocasiona prurito, se acompaña de pH vaginal alcalino y se caracteriza por la presencia de flora bacterina mixta dispuesta en la periferia de las células epiteliales, formando las células guía o clue cells.

Las características clínicas del flujo son orientadoras, pero debe saberse que en la mayoría de los casos, la clínica no condice con los hallazgos microbiológicos, por lo cual es indispensable el estudio microbiológico para confirmación del diagnóstico. (1)

**Tratamiento:**

- Dar tratamiento para VAGINITIS
- Informar
- Educar; las 4C
  - Consejería
  - Cumplimiento del Tto.
  - Condones
  - Contactos

Metranidazol 2g vía oral en dosis única

En caso de prurito dar además Clotrimazol 500mg tableta vaginal en dosis única.

**Síndrome de dolor abdominal bajo:**

Se debe realizar una evaluación cuidadosa a todas las mujeres sexualmente activas que presentan dolor abdominal bajo con el objeto de detectar la presencia de salpingitis o endometritis -elementos de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Además, se debe efectuar un examen bimanual y abdominal de rutina a todas las mujeres en quienes se sospecha la presencia de una ITS, ya que algunas pacientes con EPI o endometritis no consultarán por dolor abdominal bajo. Las mujeres con endometritis pueden presentar flujo vaginal, hemorragia o dolor a la palpación uterina en el examen pélvico. Los síntomas que sugieren presencia de EPI incluyen dolor abdominal, dispareunia, flujo vaginal, menometrorragia, disuria, fiebre y en ocasiones náuseas y vómitos.

El diagnóstico de EPI es difícil debido a sus variadas manifestaciones clínicas. Es altamente probable cuando, en una mujer con dolor con la movilización de los anexos uterinos, evidencia de infección del tracto genital inferior y sensibilidad a la palpación cervical, se observa uno o más de los síntomas mencionados. También se puede constatar un aumento de tamaño o induración de una o ambas trompas de Falopio, una masa pélvica dolorosa y dolor directo con la palpación o signo de Blumberg. La temperatura de la paciente puede aumentar, pero en muchos casos se trata de un signo normal. En general, es preferible que el médico sobrediagnostique y trate los casos en los cuales sospecha presencia de patología. (1)

**Etiología:**

Dentro de los agentes causantes de EIP se encuentran patógenos de transmisión sexual como *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. hominis*, solos o asociados, y otros integrantes normales de la flora vaginal como *E. coli*, *Streptococcus spp.*, anaerobios como *Bacteroides spp.* y *Peptostreptococcus spp.*, en general asociados. La incidencia de los diferentes agentes es variable de un país a otro; en el nuestro no existen

estudios que revelen la misma, por lo cual nos basaremos para su terapéutica en esquemas extrapolados de realidades internacionales.(14)

**Clínica:**

El diagnóstico clínico muchas veces es dificultoso por presentar sintomatología inespecífica. Con el fin de estandarizar el diagnóstico se manejan criterios primarios (abdomen inferior doloroso, movilización dolorosa del cervix, dolor de anexos) y criterios secundarios (fiebre de 39°C), leucocitosis mayor de 10.000, VES mayor de 15mm/hora, aislamiento de *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis* en el cérvix). El diagnóstico se realiza con la presencia de los tres primarios más alguno de los secundarios. (1)

**Tratamiento:**

- Dar tratamiento para EPI
- Informar
- Brindar consejería ITS y VIH
- Supervisar el cumplimiento del tratamiento
- Promover el uso y proveer condones
- Dar tratamiento a contactos o parejas sexuales
- Representar en 48 o 72 horas para revolución o antes si hay fiebre

Ciproflaxacina 500mg vía oral en dosis única MÁS Doxicicina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días MÁS Metrodinazol 500mg vía oral cada 12 horas por 14 días

**Síndrome de bubón Inguinal:**

Los bubones inguinales y femorales son el aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos inguinales, que son dolorosas y pueden ser fluctuantes. Suelen estar asociadas con el linfogranuloma venéreo y el Chancroide. En muchos casos de Chancroide, se observa una úlcera genital asociada. Las infecciones locales y sistémicas no transmitidas sexualmente (por ejemplo,

las infecciones del miembro inferior o linfadenopatía tuberculosa) también pueden causar la hinchazón de los ganglios linfáticos inguinales. (1)

**Etiología:**

El linfogranuloma venéreo (LGV) es causado por *Chlamidia trachomatis* serotipos L1, L2 o L3. Una úlcera genital autolimitada o pápula a veces se produce en el sitio de inoculación. El linfogranuloma venéreo es una infección invasiva, sistémica, y si no se trata a tiempo, el LGV puede causar proctocolitis, fístulas crónicas, cáncer colorrectal y las estenosis. (14)

**Tratamiento:**

- Dar tratamiento para LINFOGRANULOMA VENÉREO
- Tomar prueba de RPR para sífilis
- Informar
- Brindar consejería ITS y VIH
- Supervisar el cumplimiento del tratamiento
- Promover el uso y proveer condones
- Dar tratamiento a contactos o parejas sexuales

Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días

**3.1.2.7 Prevención y control de las ITS:****Prevención primaria:**

- Educación: enfatizar lo que es sexo seguro, la existencia de los portadores asintomáticos, el conocimiento de las características clínicas de las ITS y lograr el incremento de la percepción de riesgo.
- Evitar la promiscuidad: el mensaje ideal es practicar la monogamia y ser mutuamente fieles, pero principalmente es lograr la disminución del número de parejas sexuales. Micción poscoital y lavado de genitales con agua y jabón  
Uso del condón en toda relación sexual  
extraconyugal: usarlo siempre que se tengan relaciones sexuales y

hacerlo correctamente, esto incluye dar facilidades de expendio masivo para adolescentes y jóvenes.

- Control adecuado de la prostitución clandestina: mejora de legislación, Vacunación: existe vacunas efectivas para la Hepatitis B, Hepatitis A y Papiloma Virus que se pueden utilizar tanto para mujeres como varones recomendada como rutina en la edad de 11 o 12 años aunque puede ser administrado desde los 9 años de edad hasta los 26 años en las mujeres y 21 años en los varones. (19)

#### **Prevención secundaria:**

- Búsqueda de casos: detección precoz de portadores asintomáticos; exámenes serológicos en grupos de riesgo, incluido el prenatal.
- Facilitar acceso a los servicios de salud: adecuar ambientes y horarios para la atención diferenciada a jóvenes, HSH y otros, cambiar actitud de los trabajadores de salud hacia los pacientes.
- Tratamiento oportuno y completo, de preferencia supervisado, en todo caso confirmado. (18)

#### **3.1.3. Embarazo adolescente:**

Él embarazo en la adolescencia como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (9)

##### **3.1.3.1. Datos epidemiológicos del embarazo en la adolescencia:**

Uno de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas corresponde a las necesidades y demandas de las poblaciones adolescentes y jóvenes. Los lineamientos de políticas de salud de las y los adolescentes tienen entre sus principales objetivos garantizar los derechos humanos de los y las adolescentes, disminuir las condiciones de vulnerabilidad, y disminuir las

brechas e inequidades en el acceso a los servicios de salud y por tanto, disminuir la mortalidad y morbilidad en adolescentes. Estos objetivos comprenden, entre otros, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, los riesgos del embarazo adolescente, la prevención del VIH-SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, y la atención de la violencia física, sexual y psicológica.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años

La maternidad y la paternidad “no planificada” en la adolescencia tienen consecuencias en el presente y futuro del adolescente y de su descendencia, como son el abandono o retraso en la escuela, la reducción de perspectivas laborales, riesgos en la salud y sobrevivencia de la madre y el niño/a, y una mayor vulnerabilidad frente a la pobreza y la exclusión social. (13)

Al respecto, según los resultados del INEI-ENDES 2015, 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad ya son madres y/o están embarazadas por el primer hijo (INEI, ENDES 2015). Esta cifra casi no se ha modificado en los últimos 20 años. (13)

Un segundo tema que llama la atención de los resultados de la ENDES 2015, es que el mayor porcentaje de embarazo adolescente está entre las adolescentes que tienen 18 años de edad (20.7%) y 19 años de edad (28.7%). (13)

Al respecto, el Seguro Integral de Salud (SIS) reporta anualmente 2 mil partos atendidos en niñas entre 11 y 14 años de edad. Estos embarazos pueden estar reflejando la alta vulnerabilidad de las niñas, muchas de ellas víctimas de violencia física, sexual y psicológica. Asimismo, pueden ser resultado de la debilidad de los mecanismos de prevención y protección frente a la violencia. (13)

A nivel departamental, el 51% de los partos atendidos por el SIS en niñas menores de 15 años se registran en cinco departamentos del país (Lima, Loreto, San Martín, Ucayali y Cajamarca).

En el año 2015, la RENIEC ha registrado 1538 recién nacidos cuyas madres son menores de 15 años. Los departamentos que encabezan la lista por el mayor reporte de recién nacidos de madres adolescentes, de mayor a menor son Lima, Loreto, San Martín, Cajamarca, La Libertad y Ucayali.

### 3.1.3.2. Factores de riesgo del 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. (10)

Se pueden agrupar en 3 categorías:

#### A.- Individuales:

- Menarquía precoz
- Bajo nivel de aspiraciones académicas
- Baja autoestima
- Impulsividad
- Ideas de omnipotencia

#### B.- Familiares:

- Disfunción familiar
- Antecedentes de la madre o hermana embarazada en la adolescencia
- Perdida de figuras significativas
- Baja escolaridad de los padres

#### C.- Sociales:

- Bajo nivel socioeconómico
- Hacinamiento

- Estrés
- Delincuencia
- Alcoholismo
- Trabajo no calificado
- Vivir en un área rural

### 3.1.3.3. Consecuencias del 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 céfalo-pélvica, 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. 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.

#### **Complicaciones biológicas:**

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. (10)

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 menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. (10)

### **Consecuencias psicosociales:**

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad.(3)

Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su

estilo de vida anterior al embarazo. En estos casos, al igual que en el anterior, el soporte familiar con el que cuenten, así como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen fungirán, si son positivos, como factores protectores.(3)

#### **3.1.3.4. Medidas de prevención en el embarazo adolescente:**

- 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 la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos.

### 3.1.4. Métodos anticonceptivos:

#### **Condón o preservativo:**

Es una funda delgada de látex que se coloca en el órgano sexual del hombre antes de tener relaciones sexuales. Para cada relación sexual se debe colocar un nuevo condón.

Es el único método anticonceptivo que previene las infecciones de transmisión sexual.

No requiere examen ni prescripción médica, es de fácil acceso ya que su costo es bajo y es eficaz si se usa correctamente.

#### **Dispositivo intrauterino:**

Son dispositivos que el médico o la obstetra colocan dentro del útero de la mujer, quien así se protege de un embarazo por 10 años.

Su eficacia es elevada e inmediata y la usuaria retorna a la fecundidad al ser retirado el DIU.

Del 1 al 2% de mujeres lo expulsan en forma espontánea y no previene las ITS ni el VIH/Sida.

#### **Hormonales (inyectables y píldoras):**

Son inyectables que contienen progestágeno y se aplican en la nalga. Este método protege por 3 meses. Existen dos modelos: el que contiene progestágeno y el combinado (estrógeno y progestágeno).

Con progestágeno: Medicamento que en dosis elevadas impide la ovulación, por lo que se emplea como componente de los anticonceptivos orales. El Minsa no los distribuye.

Combinado: Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno. El Minsa distribuye un producto de 28 píldoras con estos productos para la planificación familiar.

#### **Ligadura de trompas:**

Consiste en una operación sencilla para bloquear los conductos que comunican los ovarios con la matriz, impidiendo la unión entre el óvulo y los espermatozoides. Es un método definitivo.

### Vasectomía

Consiste en bloquear los conductos por donde pasan los espermatozoides, impidiendo su salida y evitando la unión con el óvulo. Este método es definitivo para los hombres que ya no desean tener más hijos.

#### 3.1.5. Sesiones educativas

##### Sesión Educativa N° 1

FASES O MOMENTOS	DESCRIPCION DETALLADA, ESTRATEGIAS Y METODOLOGIA	MEDIOS Y MATERIALES
Motivación y Exploración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo</li> <li>• Mediante una lluvia de ideas, los estudiantes responden las siguientes preguntas: ¿Qué es la sexualidad?, ¿Cómo debe vivir un adolescente su sexualidad?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ carteles con preguntas</li> <li>✓ plumones</li> </ul>
Construcción del conocimiento	<p>Taller: se formaran grupos de 6 a partir de la exposición elaboraran un resumen y un representante del grupo expondrá.</p> <p>Utilizando una presentación de power point se procederá a una breve exposición acerca del tema “SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA” en el cual se tocaran los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparato reproductor masculino y femenino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ proyector</li> <li>✓ folletos</li> <li>✓ USB</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescencia y sus cambios</li> <li>• Sexualidad</li> </ul>	
Transferencia	<p>Cada estudiante recibe una tarjeta y anota un compromiso de acción personal a través de la cual se propone a vivir una sexualidad de acuerdo a una conceptualización real y verdadera de la sexualidad en su vida diaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plumones</li> <li>✓ Cartulinas</li> <li>✓ Colores</li> </ul>



### Sesión Educativa N° 2

FASES O MOMENTOS	DESCRIPCION DETALLADA, ESTRATEGIAS Y METODOLOGIA	MEDIOS Y MATERIALES
Motivación y Exploración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo</li> <li>• Se coloca en la pizarra viñetas con las siguientes palabras: ITS, VIH, Sida, Prevención. Los alumnos de forma espontánea plantean lo que conocen en relación a las palabras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ carteles con preguntas</li> <li>✓ plumones</li> </ul>
Construcción del conocimiento	<p>Taller: se formaran grupos de 6 a partir de la exposición elaboraran un sketch sobre los subtemas tratados en 2 minutos.</p> <p>Utilizando una presentación de power point se procederá a una breve exposición acerca del tema "INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH SIDA" en el cual se tocaran los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ITS y tipos</li> <li>• Signos y síntomas de las ITS</li> <li>• el VIH y sida</li> <li>• Formas de transmisión</li> <li>• Prevención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ proyector</li> <li>✓ folletos</li> <li>✓ USB</li> </ul>
Transferencia	Cada estudiante recibe una tarjeta escribiendo un mensaje sobre cómo protegerse de las ITS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plumones</li> <li>✓ Cartulinas</li> <li>✓ Colores</li> </ul>

Sesión Educativa N° 3

FASES O MOMENTOS	DESCRIPCION DETALLADA, ESTRATEGIAS Y METODOLOGIA	MEDIOS Y MATERIALES
Motivación y Exploración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo</li> <li>• Observan el video: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ikD3fiPeuT4">https://www.youtube.com/watch?v=ikD3fiPeuT4</a></li> <li>• De manera espontánea los estudiantes manifiestan sus opiniones al respecto</li> <li>• La responsable plantea las siguientes interrogantes</li> <li>• ¿Qué conflictos hemos observado en el video?</li> <li>• ¿Cómo se sentía el chico frente a la responsabilidad de la crianza de un hijo?</li> <li>• ¿Cómo se sentía la</li> <li>• chica frente a la responsabilidad de la crianza de un hijo?</li> <li>• ¿Qué cosas tuvieron que postergar estos adolescentes por la crianza del hijo?</li> <li>• ¿Cómo podemos prevenir un embarazo en esta etapa de nuestra vida?</li> <li>• Los estudiantes responden libremente sin que sus respuestas sean calificadas como correctas o incorrectas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• equipo audiovisual</li> <li>• carteles con preguntas</li> <li>• plumones</li> </ul>
Construcción del conocimiento	<p>Utilizando una presentación de power point se procederá a una breve exposición acerca del tema “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA” en el cual se tocarán los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Causas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ proyector</li> <li>✓ folletos</li> <li>✓ USB</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias</li> <li>• Prevención</li> <li>• Métodos anticonceptivos</li> </ul> <p>Al final se repartirán folletos informativos sobre el tema</p>	
Transferencia	Realizan un eslogan relacionado a la prevención del embarazo adolescente, lo presentan al salón y luego los colocaran en puntos visibles de la Institución Educativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plumones</li> <li>✓ Cartulinas</li> <li>✓ Colores</li> </ul>

### 3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

**Título:** Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Trilce”

**Fuente:** Universidad Mayor de San Marcos [Tesis de pregrado]. Lima

**Autor:** Ildelfonso S. Madeleine

**Resumen:** Objetivo: Determinar el efecto de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva antes, inmediatamente después y a 30 días de la intervención, de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Trilce”, noviembre -diciembre 2015. Intervenciones: Se realizó un muestreo de registro censal, utilizándose como instrumento un cuestionario ad hoc sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva, recolectado a través de una encuesta. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central y dispersión, para el análisis de variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis inferencial se utilizó prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y se estimó con prueba no paramétrica de Friedman, con un nivel de confianza (IC) del 95%,  $\leq 0.05$ . Resultados: La

edad promedio de los adolescentes fue 16.3 años. En cuanto al conocimiento sobre salud sexual y reproductiva antes de la intervención educativa los adolescentes obtuvieron un rango promedio de 1.34 puntos, inmediatamente después de concluida la intervención se obtuvo un puntaje de 2.44 puntos y a 30 días de la intervención se obtuvo un rango promedio de 2.22 puntos, encontrándose que existe diferencia significativa ( $p=0.000$ ), es decir, existe un efecto positivo de la intervención educativa en los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Conclusión: La intervención educativa tuvo un efecto positivo en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva inmediatamente y a 30 días de la intervención, de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada "Trilce", noviembre - diciembre 2015.

**Título:** Intervención sobre salud sexual en escolares del oriente de la ciudad de San Luis Potosí.

**Fuente:** NURE Investigación,

**Autor:** García R. Edgardo et al.

**Resumen:** Introducción: En el oriente de la ciudad de San Luis Potosí, se ha identificado que hay un problema relevante de embarazo adolescente. Se presentan los resultados obtenidos de una intervención educativa en materia de salud sexual en dicha zona geográfica. Material y métodos: Se trata de un estudio cuasi-experimental con una medición pre y una medición posterior a una intervención. La metodología consistió en realizar una evaluación acerca de la información sobre salud sexual en los escolares de quinto y sexto año de primaria, enseguida se realizó una intervención educativa que consistió en el desarrollo de 11 temas relacionados con la salud sexual, que duró tres meses; para terminar con una nueva medición. Resultados. Los resultados arrojaron que hubo una significancia estadística sobre el incremento de la información con la que contaban los menores. Se espera que a lo largo del tiempo, los menores tomen decisiones acertadas y que el embarazo adolescente disminuya. Conclusiones: Es importante contribuir a la educación sexual de los

adolescentes desde edades tempranas. El estudio permite sentar las bases para hacer el seguimiento de estos menores a edades futuras y determinar cuántos fueron los que tuvieron un embarazo adolescente.

**Título:** Salud sexual reproductiva. Intervención educativa en jóvenes

**Fuente:** Rev Inf Cient. 2016

**Autor:** Quiala P.Ernesto


**Resumen:** Objetivo: elevar el nivel de conocimiento de 184 adultos jóvenes del Área Sur de la ciudad de Guantánamo sobre salud sexual reproductiva en el periodo enero - diciembre de 2014, Material y métodos: se llevó a cabo un estudio de intervención educativa donde se analizaron las variables edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil relacionados con nivel de conocimientos, antes y después. Se aplicó la misma encuesta para evaluar la efectividad. Los datos se obtuvieron a través de las historias clínicas, entrevista individual con los participantes y encuesta. Resultados: El insuficiente conocimiento acerca de salud sexual reproductiva se redujo con la intervención educativa realizada; los resultados deben ser generalizados para reducir brechas de conocimiento. Conclusiones: Al respecto salud sexual reproductiva es la integración en el ser humano de lo somático, emocional, intelectual y social para lograr un enriquecimiento de la personalidad humana que facilite la comunicación de dar y recibir amor en los aspectos de sexualidad y reproducción en todas las etapas de la vida.

#### 4. HIPÓTESIS:

Dado que el conocimiento sobre aspectos de salud sexual y reproductiva e ITS para garantizar un mejor estilo de vida en lo concerniente a embarazos no deseados, también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud.

Es probable que los adolescentes antes del programa educativo tengan un nivel bajo de conocimientos en salud sexual y reproductiva y después del programa educativo los adolescentes alcancen un nivel alto de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de 14 a 19 años de la Institución Educativa Mariscal Orbegoso de la provincia de la Unión 2017.





**CAPITULO II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas:

Encuesta realizada a los alumnos de la institución educativa Mariscal Orbegoso

### 1.2. Instrumentos

Cuestionario de 20 preguntas sobre sexualidad, embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual.

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Variable independiente			
Intervención educativa en salud sexual y reproductiva	1° Taller 2° Taller 3° Taller	Cuestionario	Ficha de preguntas
Variable dependiente			
Nivel de conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva	Sexualidad Embarazo adolescente ITS Y VIH	Cuestionario	Ficha de preguntas
Variable Interviniente	Edad	Cuestionario	Ficha de preguntas
Condiciones Socioeconómicas	Sexo Persona con quien vive		

### 1.3. Materiales

- Paleógrafos
- Separata sobre sexualidad, embarazo adolescente e ITS

- Plumones
- Cartulina
- Hojas de colores
- Laptop
- USB
- Rotafolios
- Trifoliados
- Cañón multimedia

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

### 2.1. Ubicación espacial :

#### 2.1.1. Precisión del lugar:

Ámbito general: Provincia La Unión Cotahuasi

Ámbito específico: Institución Educativa Secundaria Mariscal Orbegoso ubicada en La calle Mercado sin número

#### 2.1.2. Caracterización del lugar: Ámbito Institucional

2.1.3. Delimitación gráfica del lugar: Croquis de La Institución Educativa (ANEXO 5).

### 2.2. Ubicación temporal:

2.2.1. Cronología: Noviembre – Diciembre 2017

2.2.2. Visión temporal: Prospectivo

2.2.3. Corte temporal: Longitudinal

### 2.3. Unidades de estudio:

2.3.1. Universo cuantitativo: 47

2.3.2. Universo formalizado: Se trabajó con todo el universo

EDAD	HOMBRES	MUJERES
15	3	1
16	7	10
17	18	5
18	2	1
		47

2.3.3. Asentimiento informado: Se les entrego un asentimiento a los alumnos de la institución educativa para poder realizar la intervención educativa. Esta descrito en el ( ANEXO 1)

2.3.4. Aspecto Ético: Se trabajo con alumnos entre 15 a 18 años a los cuales se les entrego un asentimiento informado para realizar la intervención educativa informándoles que se iba a desarrollar el tema de Salud Sexual y Reproductiva

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

#### 3.1. Organización:

3.1.1. Autorización: dada por el Director de la Institución Educativa Secundaria Mariscal Orbegoso el Sr. Maximo Moscaisa Chacaliasa

### 3.2. Recursos:

#### 3.2.1. Recursos humanos:

- Gutiérrez Llerena Martha Guadalupe
- Purguaya Purguaya Deysi Fiorrella
- Asesora: Dr. Escobedo Vargas Jannet

#### 3.2.2. Recursos físicos:

- Cámara fotográfica
- Filmadora
- Instalaciones del plantel
- Retroproyector

#### 3.2.3. Recursos económicos: Autofinanciado

#### 3.2.4. Recursos institucionales: Institución Educativa Mariscal Orbegoso

### 3.3. Validación del instrumento:

#### 3.3.1. Procedimiento:

Para el desarrollo de la investigación se utilizó como instrumento una ficha de preguntas que nos permite evaluar el efecto de la intervención educativa en el conocimiento de los adolescentes.

Dicho instrumento se tomó de una investigación anteriormente realizada la cual titula “Intervención Educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la institución educativa privada Trilce, noviembre-diciembre, 2015” y como autora Madeleine Larissa Idelfonso Soto de la Universidad Mayor de San Marcos

Para obtener la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente kuder Richardson: cuyo valor fue mayor a 0.6, puntaje que califico al instrumento como confiable para su aplicación.

3.3.2. Finalidad:

3.3.2.1. Juzgar su eficacia: El presente trabajo tiene la finalidad de demostrar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre Salud Sexual y Reproductiva

3.3.2.2. Tiempo de administración: 5 semanas

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:

4.1. A nivel de sistematización de datos:

4.1.1. Tipos de sistematización:

Mixta mediante programa estadístico SPSS y manual

4.1.2. Plan de operación:

Clasificación: Matriz de ordenamiento de registro y control

Codificación: se codifico masculino: 1 femenino: 2, con padres: 1, Solo papá o mamá: 2, solo: 3, sección: A y B

Sistema de codificación: mixto (números y letras)

Tipo de procedimiento: Respuestas cerradas

Recuento:

Tipo de recuento:

Manual y electrónico

Necesidad de matrices de conteo: Matrices de conteo

Plan de análisis:

Por el número de variables: Bivariado

Por su naturaleza: Cuantitativo y Cualitativo

Estadística descriptiva: Frecuencia y desviación Estándar  $X^2$  cuadrado

Plan de tabulación: Tablas de entrada simple

Plan de graficación: Gráficos de barra



**TABLA N°. 1**

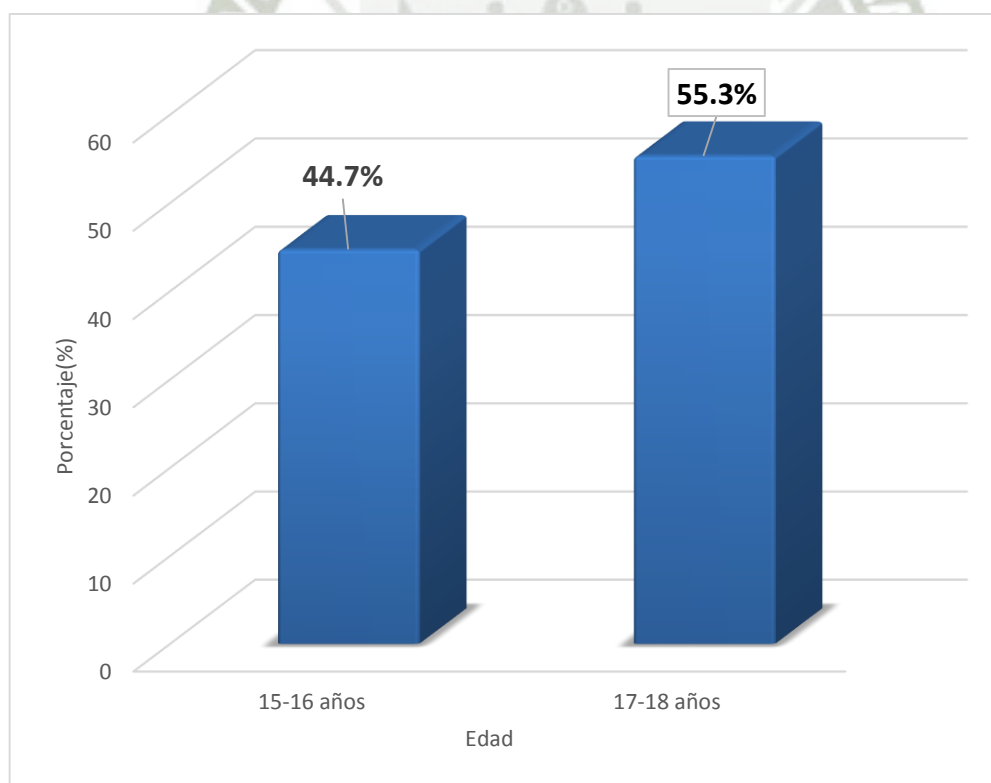
**EDAD DE LOS ADOLESCENTES EN LA INSTITUCION EDUCATIVA  
SECUNDARIA N° 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

Edad	N°.	%
15-16 años	21	44,7
17-18 años	26	55,3
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 1 muestra que el 55.3% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen entre 17-18 años, mientras que el 44.7% tienen entre 15-16 años.

**GRAFICO N°. 1 EDAD**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N°. 2**

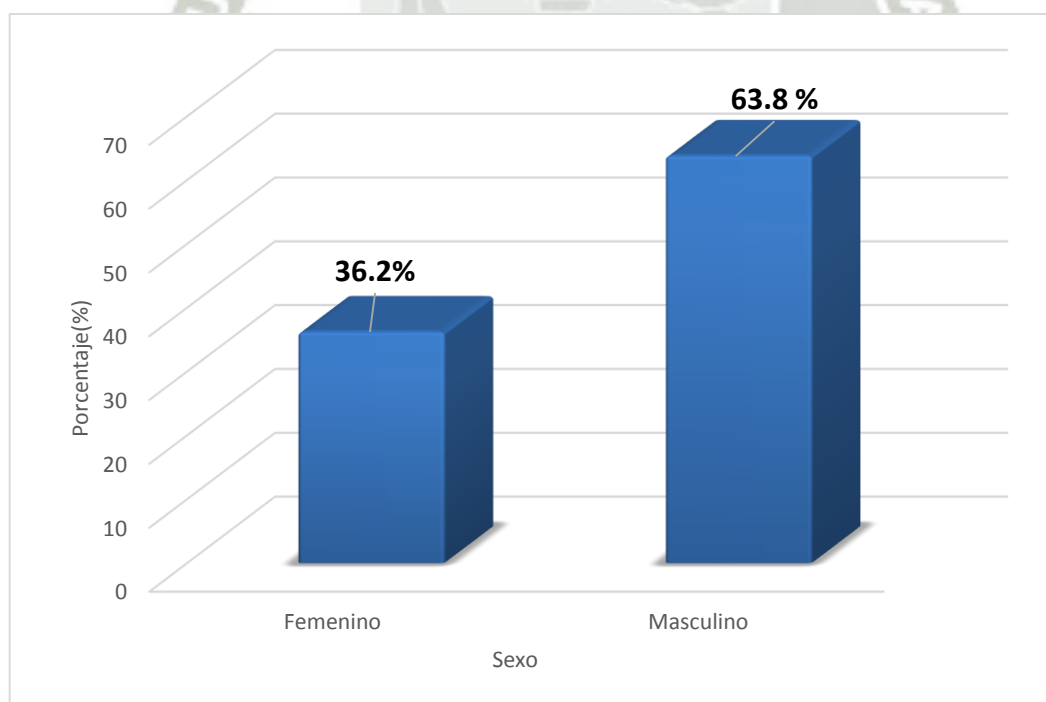
**SEXO DE LOS ADOLESCENTES EN LA INSTITUCION EDUCATIVA  
SECUNDARIA N° 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Sexo</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Femenino	17	36,2
Masculino	30	63,8
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 2 muestra que el 63.8% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso son de sexo masculino, mientras que el 36.2% son de sexo femenino.

**GRAFICO N°. 2 SEXO**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N° 3**

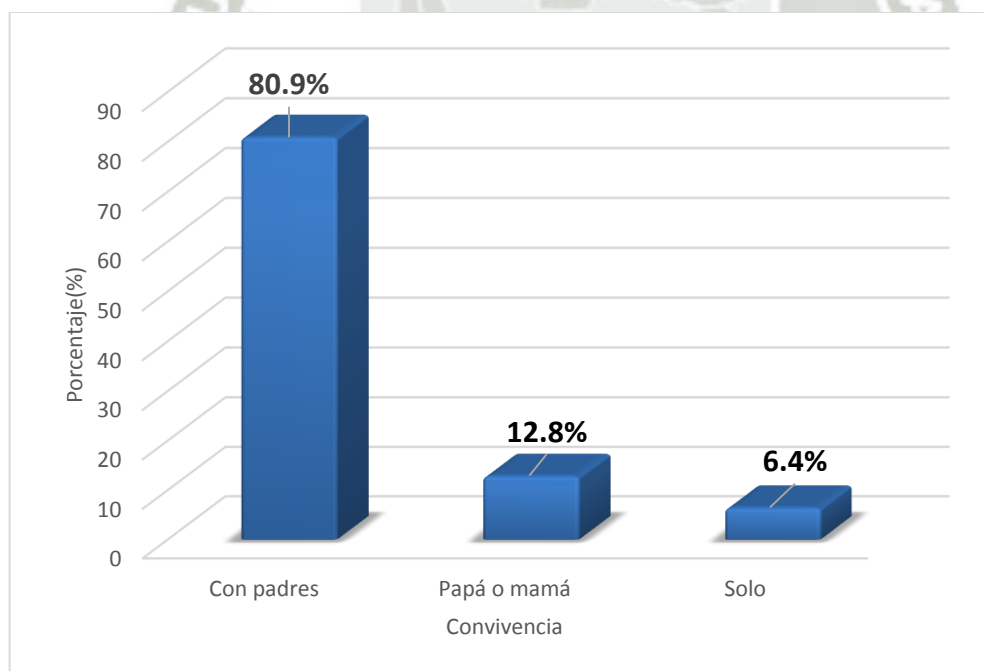
**CONVIVENCIA DE LOS ADOLESCENTES EN LA INSTITUCION EDUCATIVA  
SECUNDARIA N° 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Convivencia</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Con padres	38	80,9
Papá o mamá	6	12,8
Solo	3	6,4
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 3 muestra que el 80.9% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso viven con ambos padres, mientras que el 6.4% de los adolescentes viven solos.

**GRAFICO N° 3 CONVIVENCIA**



**Fuente:** Elaboración Propia

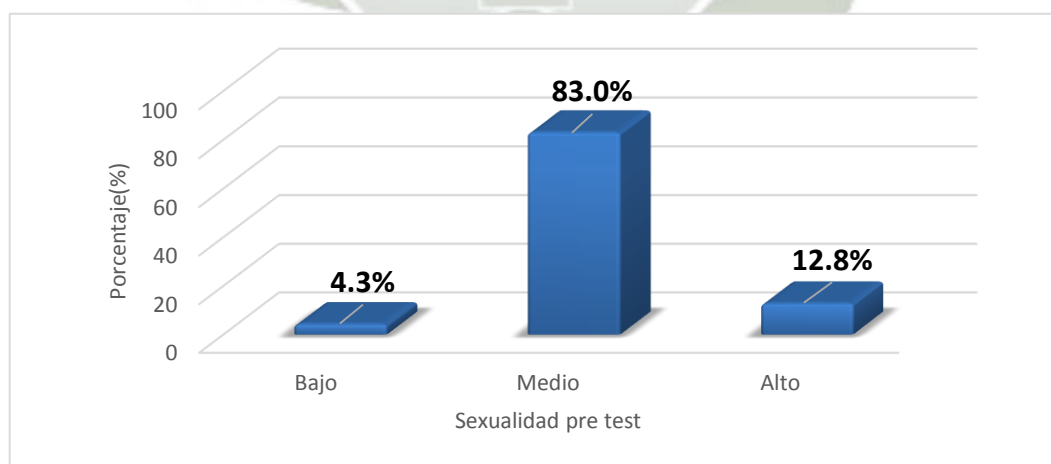
**TABLA N°. 4**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**  
**ANTES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL EN LOS**  
**ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N° 040801**  
**MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Sexualidad</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Bajo	2	4,3
Medio	39	83,0
Alto	6	12,8
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 4 muestra que el 83.0% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre la sexualidad en la adolescencia antes de la intervención educativa sobre salud sexual, mientras que el 12.8% presentan nivel de conocimiento alto.

**GRAFICO N° 4 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD ANTES DE LA INTERVENCION**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N°. 5**

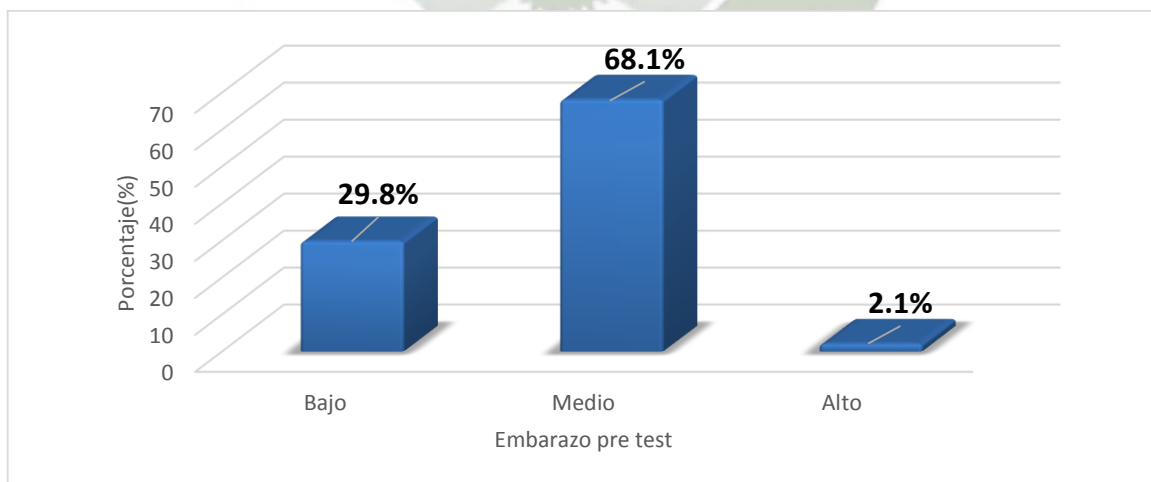
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE ANTES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL EN LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N° 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Embarazo</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Bajo	14	29,8
Medio	32	68,1
Alto	1	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 5 muestra que el 68.1% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre el embarazo adolescente antes de la intervención educativa sobre salud sexual, mientras que el 2.1% presentan nivel de conocimiento alto.

**GRAFICO N°5 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE ANTES DE LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N°. 6**

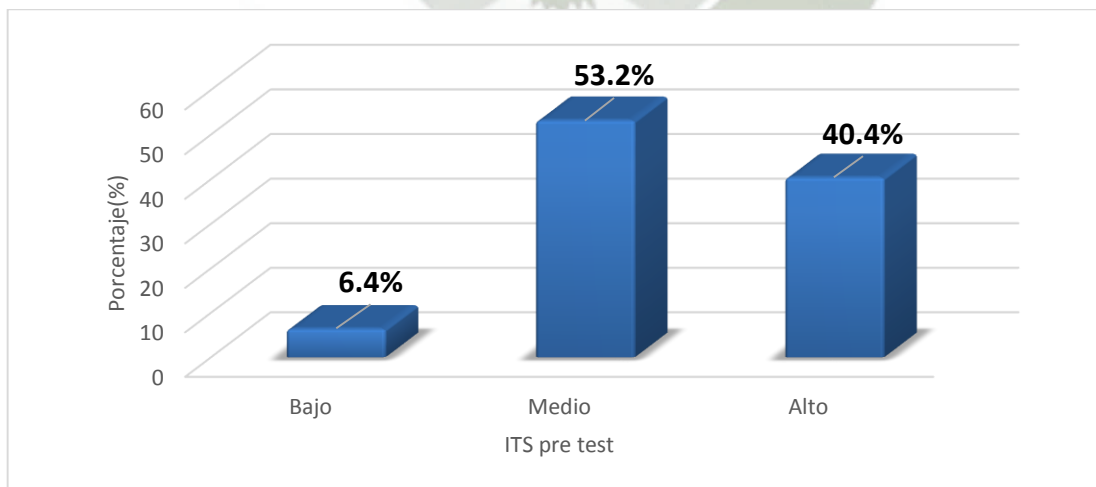
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION  
SEXUAL ANTES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL  
EN LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N° 040801  
MARISCAL ORBEGOSO**

ITS	N°.	%
Bajo	3	6,4
Medio	25	53,2
Alto	19	40,4
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 6 muestra que el 53.2% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre las ITS antes de la intervención educativa sobre salud sexual, mientras que el 6.4% presentan nivel de conocimiento bajo.

**GRAFICO N° 6 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ITS ANTES DE LA  
INTERVENCION**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N° 7**

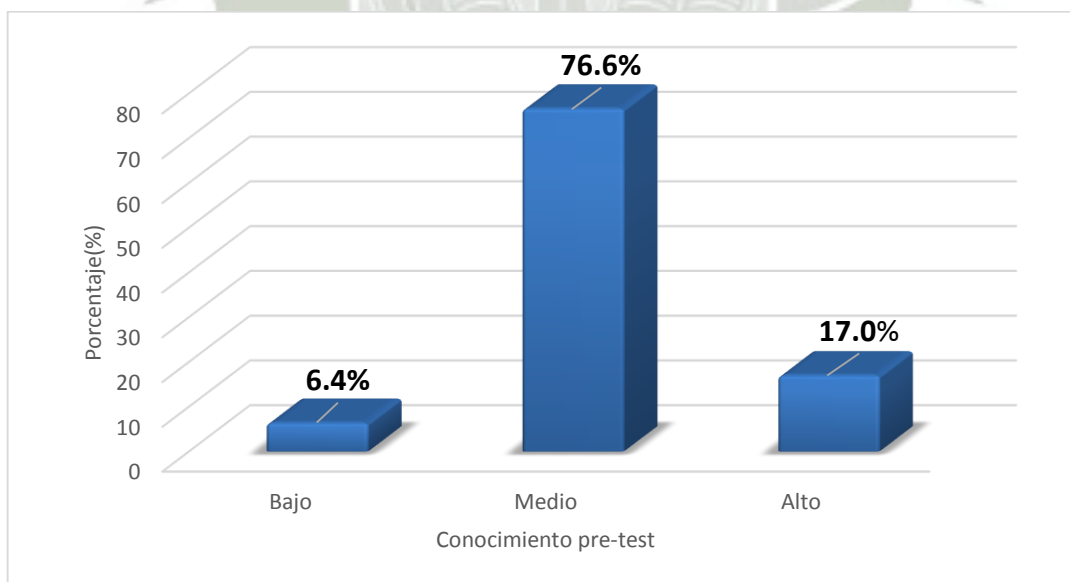
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ANTES  
DE LA INTERVENCION EDUCATIVA EN LOS ALUMNOS DE LA I.E.  
SECUNDARIA N° 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Bajo	3	6,4
Medio	36	76,6
Alto	8	17,0
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 7 muestra que el 76.6% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre salud sexual y reproductiva antes de la intervención educativa, mientras que el 6.4% presentan nivel de conocimiento bajo.

**GRAFICO N° 7 NIVEL DE CONOCIMIETNO ANTES DE LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N° 8**

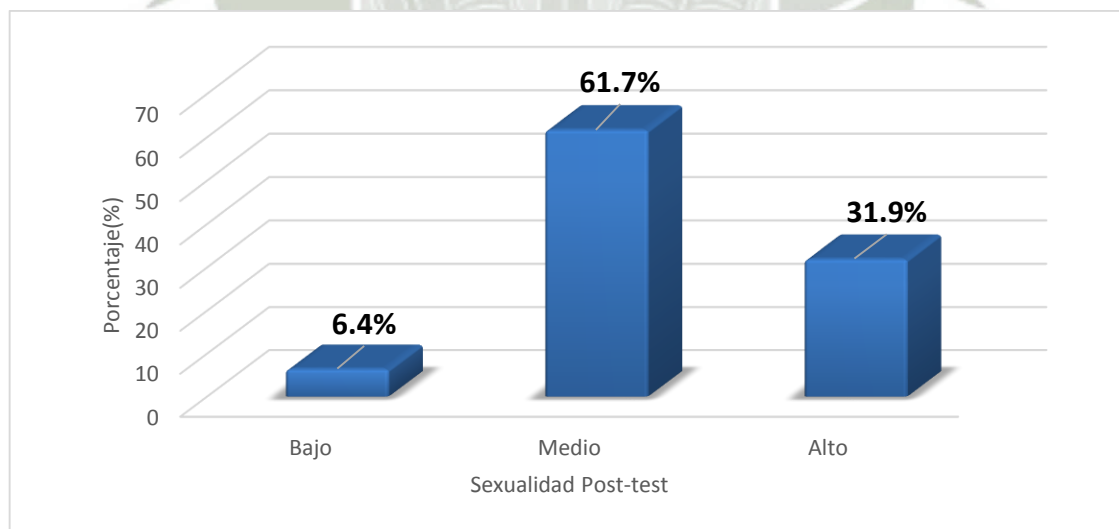
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA  
DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL EN LOS  
ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N° 040801  
MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Sexualidad</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Bajo	3	6,4
Medio	29	61,7
Alto	15	31,9
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N° 8 muestra que el 61.7% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre la sexualidad en la adolescencia después de la intervención educativa sobre salud sexual, mientras que el 31.9% presentan nivel de conocimiento alto.

**GRAFICO N° 8 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD DESPUES DE  
LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N° 9**

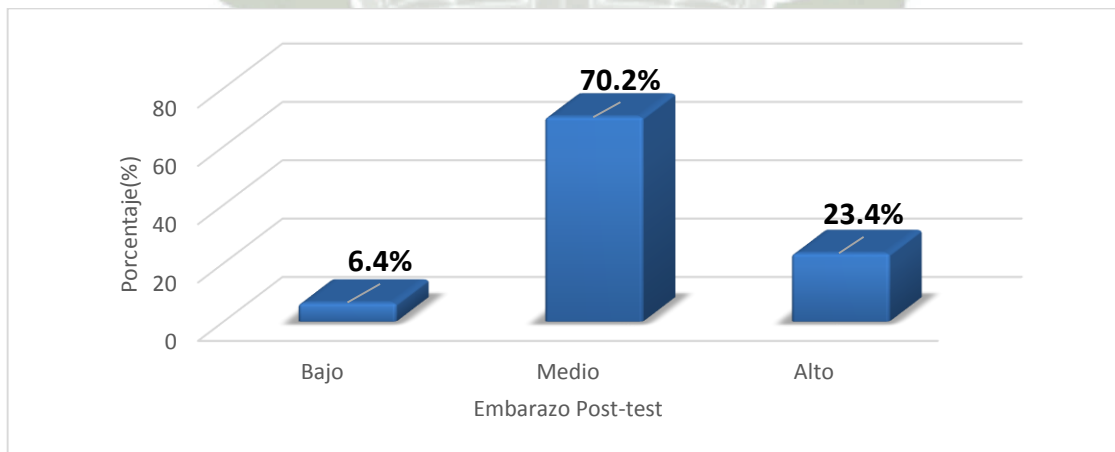
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE  
DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL EN LOS  
ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N° 040801  
MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Embarazo</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Bajo	3	6,4
Medio	33	70,2
Alto	11	23,4
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 9 muestra que el 70.2% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre el embarazo adolescente después de la intervención educativa sobre salud sexual, mientras que el 23.4% presentan nivel de conocimiento alto.

**GRAFICO N° 9 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE  
DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N°. 10**

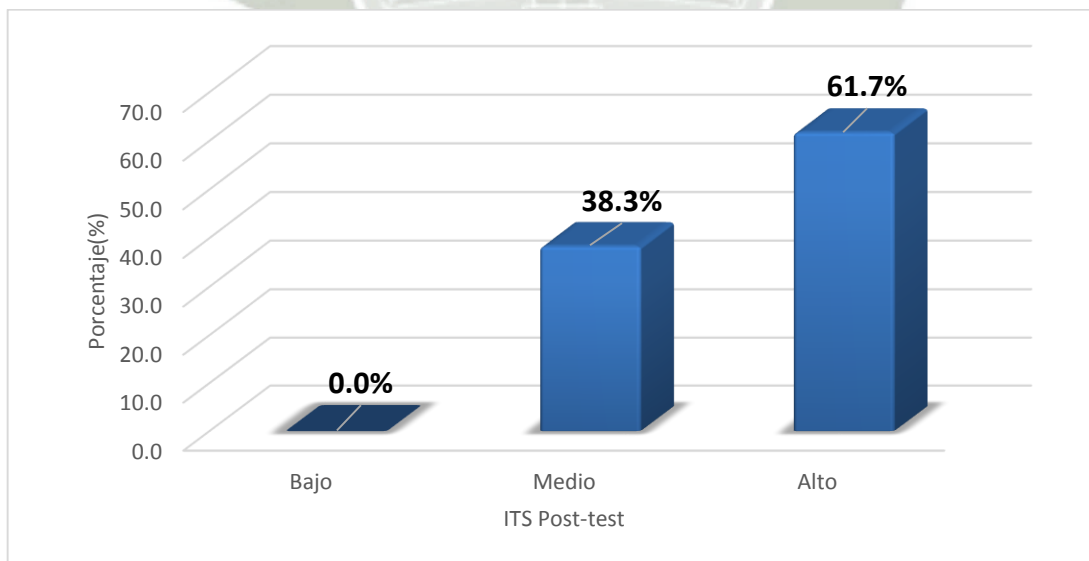
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION  
SEXUAL DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD  
SEXUAL EN LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N°  
040801 MARISCAL ORBEGOSO**

<b>ITS</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Bajo	0	0,0
Medio	18	38,3
Alto	29	61,7
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N°. 10 muestra que el 38.3% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre las ITS después de la intervención educativa sobre salud sexual, mientras que el 61.7% presentan nivel de conocimiento alto.

**GRAFICO N° 10 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ITS DESPUÉS DE LA  
INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N° 11**

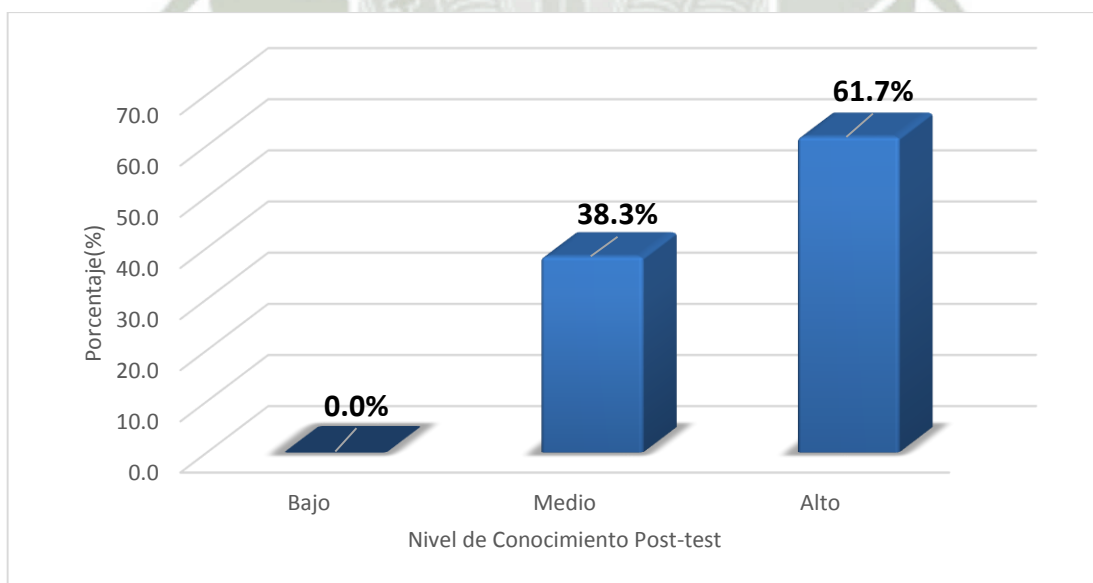
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA EN LOS ALUMNOS DE LA I.E.  
SECUNDARIA N° 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Bajo	0	0,0
Medio	18	38,3
Alto	29	61,7
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia

La Tabla N° 11 muestra que el 38.3% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso tienen un nivel de conocimiento medio sobre salud sexual y reproductiva después de la intervención educativa, mientras que el 61.7% presentan nivel de conocimiento alto.

**GRAFICO N° 11 NIVEL DE CONOCIMIENTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N° 12**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA  
ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD  
SEXUAL EN LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N°  
040801 MARISCAL ORBEGOSO**

Sexualidad	Pre-test		Post-test	
	N°.	%	N°.	%
Bajo	2	4,3	0	0,0
Medio	39	83,0	18	38,3
Alto	6	12,8	29	61,7
<b>TOTAL</b>	47	100	47	100

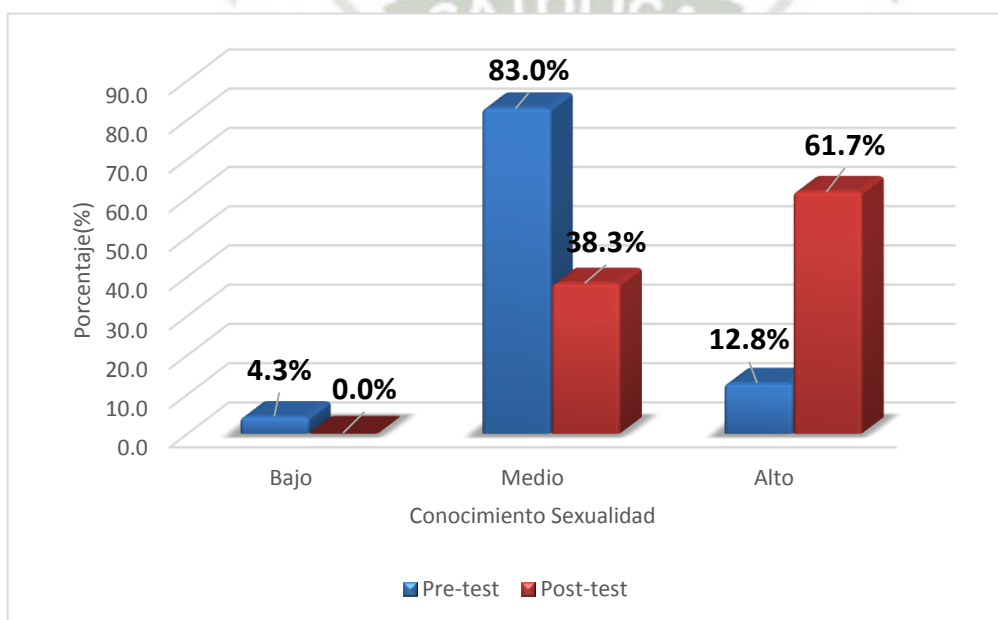
**Fuente:** Elaboración Propia

$X^2=24.85$   $P<0.05$

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=24.85$ ) muestra que el conocimiento sobre sexualidad antes y después de la intervención educativa presentaron diferencia estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo se observa que el 12.8% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso presentaron un nivel de conocimiento alto sobre la sexualidad en la adolescencia antes de la intervención educativa, mientras que el 61.7% de adolescentes tuvieron nivel de conocimiento alto después de la intervención educativa.

**GRAFICO N° 12 NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS SOBRE  
SEXUALIDAD EN LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA N° 13**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE ANTES Y  
DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL EN LOS  
ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA N° 040801  
MARISCAL ORBEGOSO**

Embarazo	Pre-test		Post-test	
	N°.	%	N°.	%
Bajo	14	29,8	3	6,4
Medio	32	68,1	33	70,2
Alto	1	2,1	11	23,4
<b>TOTAL</b>	47	100	47	100

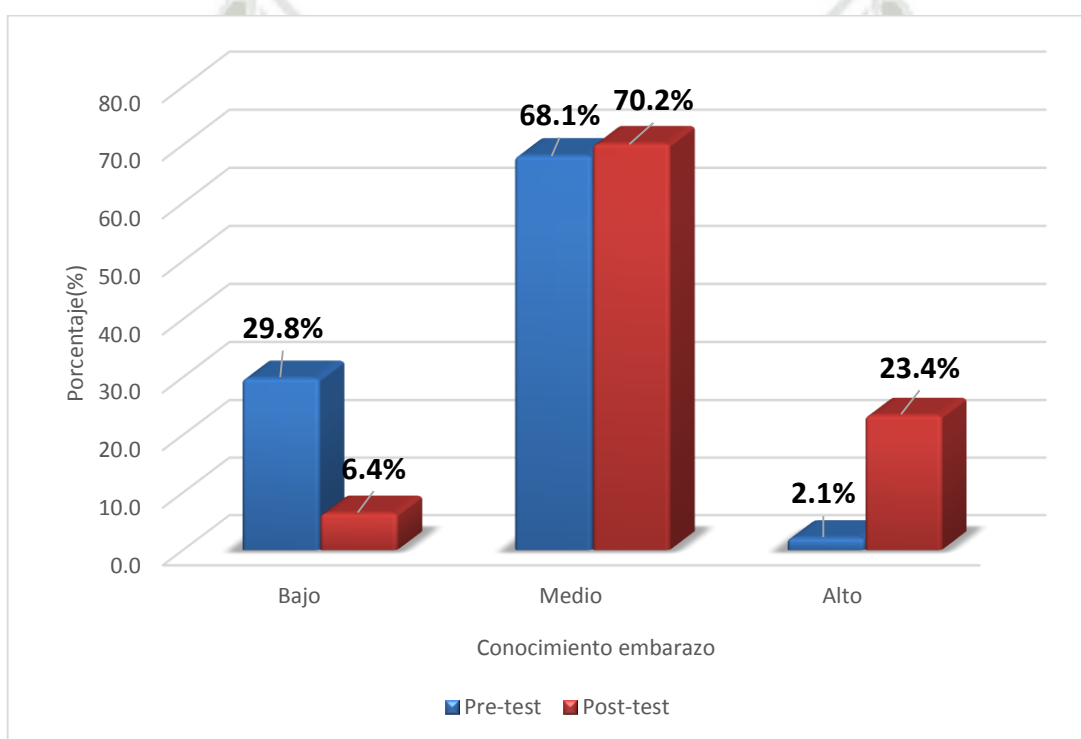
**Fuente:** Elaboración Propia

$$X^2=15.46 \quad P<0.05$$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=15.46$ ) muestra que el conocimiento sobre embarazo adolescente antes y después de la intervención educativa presentó diferencia estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo se observa que el 2.1% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n° 040801 Mariscal Orbegoso presentaron un nivel de conocimiento alto sobre embarazo adolescente antes de la intervención educativa, mientras que el 23.4% de adolescentes tuvieron nivel de conocimiento alto después de la intervención educativa.

**GRAFICO N° 13 NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS SOBRE  
EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA Nº. 14**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION  
SEXUAL ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE  
SALUD SEXUAL EN LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA  
SECUNDARIA Nº 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

ITS	Pre-test		Post-test	
	Nº.	%	Nº.	%
Bajo	3	6,4	0	0,0
Medio	25	53,2	18	38,3
Alto	19	40,4	29	61,7
<b>TOTAL</b>	47	100	47	100

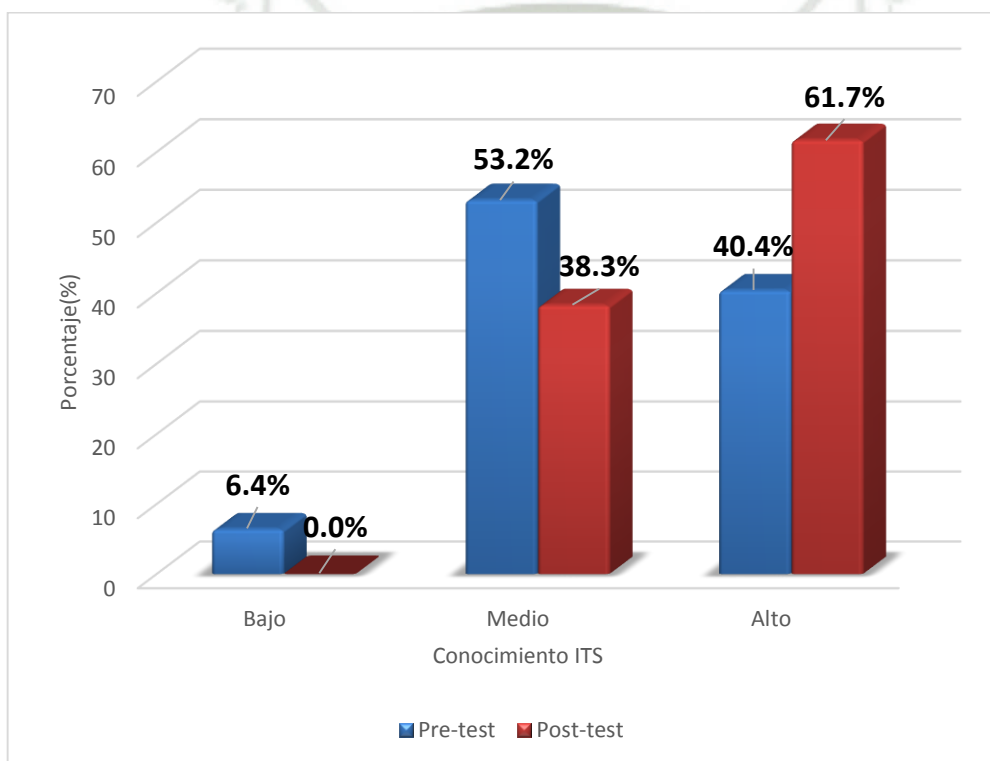
**Fuente:** Elaboración Propia

$X^2=6.22$   $P<0.05$

La Tabla Nº. 14 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=6.22$ ) muestra que el conocimiento sobre ITS antes y después de la intervención educativa presentó diferencia estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo se observa que el 40.4% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria nº 040801 Mariscal Orbegoso presentaron un nivel de conocimiento alto sobre ITS antes de la intervención educativa, mientras que el 61.7% de adolescentes tuvieron nivel de conocimiento alto después de la intervención educativa.

**GRAFICO N° 14 NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS SOBRE ITS EN  
LA INTERVENCIÓN**



**Fuente:** Elaboración Propia

TABLA N<sup>o</sup>. 15

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA EN LOS ALUMNOS DE  
LA I.E. SECUNDARIA N<sup>o</sup> 040801 MARISCAL ORBEGOSO**

Nivel de Conocimiento	Pre-test		Post-test	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
Bajo	3	6,4	0	0,0
Medio	36	76,6	18	38,3
Alto	8	17,0	29	61,7
<b>TOTAL</b>	47	100	47	100

**Fuente:** Elaboración Propia

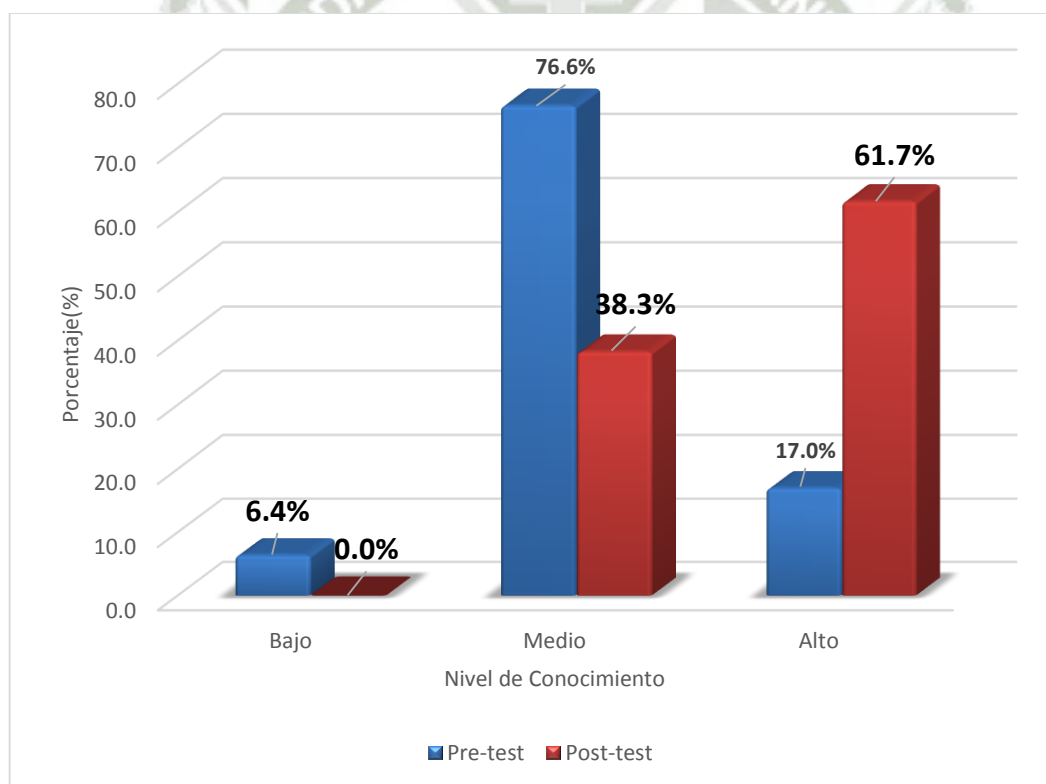
$X^2=20.92$   $P<0.05$

La Tabla N<sup>o</sup>. 15 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=20.92$ ) muestra que el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva antes y después de la intervención educativa presentó diferencia estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo se observa que el 17.0% de los adolescentes de la Institución Educativa secundaria n<sup>o</sup> 040801 Mariscal Orbegoso presentaron un nivel de conocimiento alto sobre salud sexual y reproductiva antes de la intervención educativa, mientras que el 61.7% de adolescentes tuvieron nivel de conocimiento alto después de la intervención educativa.

GRAFICO N° 15

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA EN LOS ALUMNOS DE  
LA I.E. SECUNDARIA N° 040801 MARISCAL ORBEGOSO**



Fuente: Elaboración Propia

## DISCUSIÓN

En el estudio con respecto a las características sociodemográficas: edad, sexo y convivencia; se muestra que la edad de los adolescentes del 5º año de la institución educativa N° 040801 Mariscal Orbegoso, fluctúa entre los 17-18 años siendo el 55.3% del total. Mientras que en el trabajo de Ildefonso (9) las edades más representativas están entre los 15-16 años siendo el 73.6% del total de los adolescentes.

En cuanto al sexo los participantes del presente estudio; el sexo masculino es el que predomina siendo el 63.8% del total, en comparación con el con el trabajo de Ildefonso (9) mostro que el sexo femenino se encuentra en mayor porcentaje con un 50.9%.

Respecto a los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva antes de la intervención educativa se observó que los adolescentes mostraron mayor dificultad, al momento de responder el cuestionario, en la pregunta relacionada a signos y síntomas de las ITS alcanzando el %. Mientras que en el trabajo de Ildefonso (9) se muestra que la pregunta relacionada a métodos de abstinencia periódica tuvo mayor porcentaje de error siendo este el 77.4%.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la sexualidad en la adolescencia antes de la intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva muestra que el 83.0% de los adolescentes tiene un nivel de conocimientos medio. Mientras que el estudio que realizo Ildefonso (9) mostro un nivel de conocimientos también medio pero con un 58.5% del total.

Y en comparación con el post test se obtuvo un resultado de 61.7% siendo este un nivel medio. Mientras que en el estudio realizado por Ildefonso (9) N Lima fue de 56.5% siendo este un nivel medio respecto a los conocimientos de los adolescentes.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre el embarazo en adolescentes antes de la intervención educativa. El presente estudio muestra que los adolescentes tenían un nivel medio de conocimientos siendo este del 68.1% del total. Mientras que en el trabajo de García R (7). Muestra un nivel bueno con un 42.9% teniendo en cuenta que en dicho trabajo existe un nivel excelente el cual arrojó un resultado de 16.7%

En comparación con el post test el nivel de conocimientos sobre el embarazo en adolescentes después de la intervención educativa nos dio un nivel medio con un 70.2%. Mientras que en el estudio de García R (7) su nivel más alto fue el bueno con un 48.0% teniendo en cuenta que su nivel excelente mostró un porcentaje del 33.1%

En cuanto al nivel de conocimiento sobre ITS, antes de la intervención educativa muestra que el 53.2% de los adolescentes tiene un nivel de conocimientos medio. Mientras que el estudio que realizó Idelfonso (9) mostró un nivel de conocimientos medio con un porcentaje de 66.0% del total de adolescentes.

Haciendo la comparación con el post test el nivel de conocimientos sobre ITS en el presente trabajo muestra que, los adolescentes obtuvieron un nivel alto obteniendo un 61.7% del total. Mientras que el estudio que realizó Idelfonso (9) también mostró un nivel alto de conocimientos pero con un 77.4% del total.

Finalmente en relación al nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, antes de la intervención educativa el presente trabajo mostró que el 61.7% de los adolescentes tiene un nivel de conocimientos alto. Mientras que el estudio que realizó García R (7) obtuvo un nivel de conocimientos bueno con un 36.2% teniendo en cuenta que en mencionado trabajo existe un nivel excelente; el cual arrojó un resultado de 31.0%

## CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos de los adolescentes antes de la intervención sobre salud sexual y reproductiva en la institución educativa secundaria N° 040801 “Mariscal Orbegoso” fue de un nivel medio siendo este el 76.6% del total de alumnos evaluados.
2. El nivel de conocimientos de los adolescentes después de la intervención sobre salud sexual y reproductiva en la institución educativa secundaria N° 040801 “Mariscal Orbegoso” fue de un nivel alto con un 61.7% de alumnos que lograron incrementar sus conocimientos acerca del tema.
3. La intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en la I.E. Mariscal Orbegoso fue positiva ya que antes los adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento medio sobre salud sexual y reproductiva y después de la intervención educativa el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva fue alto. Siendo esta una diferencia estadísticamente significativa en un  $X^2= 20.92$  y un  $P<0.05.111^{\circ}$

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda crear grupos activos sobre salud sexual y reproductiva en el Centro Educativo N° 040801 Mariscal Orbegoso con participación tanto de docentes y alumnos en los cuales incluyan talleres preventivo promocionales, donde se les pueda brindar a los adolescentes amplio conocimiento sobre riesgos y consecuencias tanto del embarazo precoz como sobre salud sexual y reproductiva; incentivando mediante actividades o talleres a que los adolescentes tomen conciencia y obtén de la manera más acertada como desenvolverse en su vida personal futura.
2. Se sugiere al Colegio de Obstetras del Perú y Ministerio de Educación promover la inclusión del profesional Obstetra con participación del personal docente del Centro Educativo N° 040801 Mariscal Orbegoso en las actividades sobre Salud Sexual y Reproductiva, teniendo en cuenta que el Obstetra está altamente capacitado para brindar una adecuada información, valiéndose de técnicas didácticas que puedan ser captadas por el adolescente.
3. Se sugiere al personal de obstetricia del Centro de Salud de Cotahuasi incluir en sus actividades sesiones educativas en el colegio N° 040801 Mariscal Orbegoso ya que se pudo comprobar que los alumnos obtuvieron un nivel medio sobre conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.
4. Realizar más investigaciones sobre la Salud Sexual y Reproductiva en los alumnos adolescentes de los diferentes centros educativos y poder ayudarlos a resolver muchas de las interrogantes que suelen tener.
5. De igual manera se sugiere a las Instituciones Educativas capacitar a sus docentes por un personal competente en salud sexual y reproductiva.
6. Se recomienda al centro de salud de Cotahuasi solicitar mayor personal que se encargue de las sesiones educativas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anzalone. L, Mattera.A, temas de bacteriología y virología médica, Infecciones de transmisión sexual, 227-224

## HEMEROGRAFÍA:

2. Alvarado Thimeos Julia, Educación Sexual Preventiva en adolescentes, contextos, 2013, 29: 25-42
3. Blásquez M., Embarazo Adolescente, Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad 2012; 3(1): 1-8.
4. Díez. M, Díaz. A, Infecciones de transmisión sexual: Epidemiología y Control, Rev. esp. sanid. Penit., 2011;13(2):58-66
5. Educación para la salud- promoción y educación para la salud: Educación de adultos- medio ambiente, salud y población. Instituto de la UNESCO para la educación.
6. García P. Cotrina A. Carcamo C, Sexo, Prevención y riesgo. Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú. 1ª. ed.peru.2008.
7. García R, NURE investigación, Intervención sobre salud sexual en escolares del oriente de la ciudad de san Luis Potosi Bolivia.
8. Gederlini I, Ibacache B, Valderrama N, Embarazo adolescente Prevención y Promoción, Escuela de ciencia y humanidades, Universidad de las Américas 2009;8-14
9. Ildefonso Soto M. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa privada "trilce", noviembre-diciembre 2015.[ tesis de pregrado ].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
10. Mejía cruz B. Evaluación de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia.[tesis de pregrado]. Perú: universidad Autónoma del estado de Mexico;2014.

11. Mendoza Walter. Ssubiria Gracia. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. rev. med. exp. salud pública. 2013; 30(3): 471-479.
12. Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza, Prevención del embarazo en adolescentes situación y perspectivas al 2021, Lima:2016
13. Ministerio de Educación, lineamientos para una educación sexual integral.2008
14. Ministerio de S<sup>o</sup>alud, información estratégica a partir del sistema de vigilancia y salud pública de la infección por VIH, boletín epidemiológico, 2016; 25(9):150-151
15. Nini. Y, Dahbar. M, et all, Infecciones de transmisión sexual, Pautas Terapéuticas, Act Terap Dermatol , 2012:35(2);260-265
16. Normas de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual norma general técnica n° 103 del ministerio de salud. chile. 2008.
17. Organización mundial de la salud 2007 (Higashida, 2007; Organización Mundial de la Salud OMS, 2013).
18. Rosabal Garcia E, Romero Muños N, Gaquin Ramirez K. Conducta de riesgo en los adolescentes. Revista cubana de medicina militar 2015; 44(2): 218-229.
19. Salazar M.C., Adolescentes y Sexualidad en América latina y Colombia. Universidad Pedagógica Nacional. Red académica.
20. V.Soto, Infecciones de transmisión sexual epidemiología y prevención, REV EXP MED 2015; 1(2):61-63
21. W.Mendoza, G.Subíria, El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas, revista peruana de medicina experimental y salud pública,2013;30(3)



## **ANEXO 1: ASENTIMIENTO INFORMADO**

### **EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA MARISCAL ORBEGOSO PROVINCIA LA UNION REGION AREQUIPA 2017**

El propósito de esta Hoja de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Guadalupe Gutiérrez Llerena y Deysi Fiorella Purguaya Purguaya estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María - Arequipa. La meta de este estudio es Identificar el efecto de un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en el conocimiento antes, inmediatamente después y a 30 días de la intervención de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Mariscal Orbegoso durante los meses noviembre - diciembre del año 2017, lo cual es de gran utilidad para la mejor comprensión de la problemática de este grupo en el contexto de salud pública, por el aumento de los riesgos en la salud de los adolescentes debido a los cambios en los patrones de conducta, especialmente en el área de salud reproductiva. Si accedes a participar en este estudio, se te pedirá responder algunas preguntas que nos permitirá conocer estas características. La información que se recoja será confidencial (no se divulgará su identidad en ningún momento) y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su nombre no aparecerá en ningún informe de la investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se agradece su participación.

Yo:

\_\_\_\_\_

***Nombre y apellidos del estudiante***

**Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la  
Srtas. Guadalupe Gutiérrez Llerena y Deysi Fiorella Purguaya Purguaya**

Fecha: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN

**“IN SCIENTIA ET FIDE ESTI FORTITUDO NOSTRA”**  
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, noviembre 07 del 2017

OFICIO N° 463-FOYP-2017

Señor  
**MÁXIMO MOSCAIZA CHACALIZA**  
DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MARISCAL ORBEGOZO N° 040801  
Presente.-

De mi especial consideración:


Previo cordial saludo, me dirijo a usted para hacerle llegar un cordial saludo y a la vez, en mi condición de Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, presentarle a las señoritas Bachilleras: **MARTHA GUADALUPE GUTIÉRREZ LLERENA** y **DEYSI FIORELLA PURGUAYA PURGUAYA**, quienes tienen especial interés en realizar una investigación de su Tesis titulada “**EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA, MARISCAL ORBEGOZO PROVINCIA LA UNIÓN DEPARTAMENTO DE AREQUIPA 2017**” **HABILIDADES SOCIALES Y TIPO DE FAMILIA EN NIÑOS PRE-ESCOLARES**”.

En tal sentido le solicitamos se sirva otorgar las facilidades que se requiera para el desarrollo de la recolección de datos, en los ambientes y horarios respectivos, y pueda culminar con su ansiado proyecto.

Con la seguridad que el presente merecerá su fina atención, hacemos propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial estima personal.

Atentamente,



  
Mgter. RICARDINA FLORES FLORES  
Decana de la Facultad de Obstetricia  
y Puericultura de la UCSM

RFF/DFCyP  
lv.

## ANEXO 3: CUESTIONARIO

### CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD

#### SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Con quien vives ? \_\_\_\_\_

Sección de estudios: \_\_\_\_\_

#### SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA:

1. La adolescencia es el periodo de vida que se da:
  - a) Entre los 10 y 19 años caracterizándose por cambios biológicos y psicológicos
  - b) Entre los 12 y 20 años caracterizándose por cambios biológicos en la mayoría de las personas.
  - c) Entre los 10 a 15 años caracterizándose por solo cambios psicológicos profundos.
2. El aparato reproductor femenino está compuesto por:
  - a) Vagina, próstata, ovarios.
  - b) Útero, ovarios, vagina, trompas de Falopio.
  - c) Clítoris, trompas de Falopio, vesículas seminales
3. El aparato reproductor masculino está compuesto por:
  - a) Pene, testículos, conducto deferente.
  - b) Escroto, uretra, clítoris.
  - c) Testículos, orificio vaginal, vesículas seminales.
4. La sexualidad es:
  - a) Aquella que solo tiene que ver con mantener relaciones sexuales
  - b) Aquella que incluye el sexo, el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo y la vinculación afectiva.
  - c) Aquella que no forma parte de nuestras vidas
5. El sexo se refiere a:

- a) El conjunto de características sociales que nos hace sentir y vivir nuestra feminidad y masculinidad.
  - b) Conjunto de características biológicas que nos definen como hombres y mujeres
  - c) La atracción para elegir una pareja
6. La identidad sexual se refiere a:
- a) La manera como la persona se identifica como varón o mujer o la combinación de ambas, independientemente de cómo es considerado por la sociedad
  - b) Atracción sexual y sentimental que se siente por otras personas del sexo contrario o del mismo sexo
  - c) Las características biológicas que nos definen como hombres y mujeres
7. La orientación sexual puede ser
- a) Solo homosexual
  - b) Homosexual y heterosexual
  - c) Homosexual, heterosexual y bisexual

#### **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:**

8. El embarazo en la adolescencia es que se produce:
- a) Antes del periodo de la pubertad y cuando el adolescente no ha adquirido independencia social ni madurez
  - b) Entre los 10 y 19 años y cuando el adolescente ha alcanzado la madurez física y emocional para afrontar la situación.
  - c) Entre los 10 y 19 años y antes de que la adolescente haya alcanzado la suficiente madurez física y emocional para afrontar la situación
9. Las causas del embarazo adolescente son:
- a) No tener enamorado/a y alto nivel socioeconómico
  - b) Consumo de alcohol y drogas, relaciones sexuales precoces sin utilización de métodos anticonceptivos
  - c) Acceso a los métodos anticonceptivos, adecuada educación sexual
10. Las consecuencias del embarazo adolescente son:
- a) Ausentismo escolar, anemia, muerte materna, madre soltera.

- b) Estabilidad económica, madres jóvenes con mejor capacidad de crianza, buen peso al nacer.
  - c) Oportunidades laborales, oportunidad para concluir estudios superiores
11. Una forma de prevención del embarazo adolescente es:
- a) Recibiendo una adecuada educación sexual con el fin de retrasar las relaciones sexuales
  - b) Consumos de drogas y alcohol
  - c) Teniendo varias parejas sexuales (Promiscuidad)
12. No son métodos anticonceptivos
- a) Método del ritmo, coito interruptus
  - b) Método del collar, método de la lactancia materna
  - c) Método de la temperatura basal, ligadura de trompas
13. La ligadura de trompas y la vasectomía son:
- a) Métodos naturales
  - b) Métodos temporales y reversibles
  - c) Métodos definitivos o irreversibles
14. Es un método de barrera
- a) El condón
  - b) La vasectomía
  - c) T de cobre

#### **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA:**

15. Las ITS son:
- a) Infecciones que se transmiten de una persona a otra, a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u orales.
  - b) Infecciones que se transmiten de una persona a otra, a través de un abrazo.
  - c) Infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto con sangre con síntomas de las ITS
16. Son síntomas de las ITS:
- a) Ampollas dolorosas, flujo genital (descensos) y dolor al orinar
  - b) Dolor de estómago, fiebre

c) Dolor al sentarse y orinar frecuentemente.

17. El VIH es:

- a) El virus de inmunodeficiencia humana
- b) El virus de la gripe
- c) El virus de la hepatitis

18. El VIH se transmite a través de

- a) Un beso
- b) Compartir cubiertos
- c) Relaciones sexuales sin protección

19. Una manera de prevenir la transmisión del VIH es:

- a) Teniendo varias parejas sexuales
- b) Utilizando el condón o preservativo
- c) Aplicándose una inyección o vacuna con jeringa y aguja contaminada

20. El uso correcto del condón:

- a) Se coloca cuando el pene está flácido
- b) Se usa un condón por cada relación sexual y se coloca apenas el pene es erecto
- c) Se retira cuando el pene pierde la erección

	TOTAL	SEXUALIDAD	EMBARAZO	ITS
ALTO	<17	<6.1	<6.13	<5.6
MEDIO	13.3- 17	4.16-6.11	4.32-6.13	3.98-5.6
BAJO	> 13.3	>6.11	>4.32	>3.98

CUADRO DE RESPUESTAS ACERCA DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
Conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva		Nivel de conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva antes de la intervención educativa		Nivel de conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva después de la intervención educativa	
		N	%	N	%
Definición de adolescencia	Incorrecto	13	27.7%	0	0%
	correcto	34	72.3%	47	100%
Partes del aparato reproductor femenino	Incorrecto	6	12.8%	2	4.3%
	Correcto	41	87.2%	45	95.7%
Partes del aparato reproductor masculino	Incorrecto	8	17.0%	0	0%
	Correcto	39	83.0%	47	100%
Sexualidad	Incorrecto	10	21.3%	2	4.3%
	Correcto	37	78.7%	45	95.7%
Sexo	Incorrecto	21	44.7%	10	21.3%
	Correcto	26	55.3%	37	78.7%
Identidad sexual	Incorrecto	23	48.9%	9	19.1%
	correcto	24	51.1%	36	76.6%
Orientación sexual	Incorrecto	19	40.4%	2	4.3%
	Correcto	28	59.6%	45	95.7%
Embarazo en la adolescencia	Incorrecto	19	40.4%	9	19.1%
	Correcto	28	59.6%	38	80.9%
Causas del embarazo adolescente	Incorrecto	15	31.9%	1	2.1%
	Correcto	32	68.1%	46	97.9%
Consecuencias del embarazo adolescente	Incorrecto	16	34.0%	0	0%
	Correcto	31	66.0%	47	100%
Formas de prevención del embarazo adolescente	Incorrecto	12	25.5%	0	0%
	Correcto	35	74.5%	47	100%
Métodos de abstinencia periódica	Incorrecto	15	31.9%	4	8.5%
	Correcto	32	68.1%	43	91.5%

Métodos anticonceptivos definitivos	Incorrecto	12	25.5%	2	4.3%
	Correcto	35	74.5%	45	95.7%
Métodos de barrera	Incorrecto	16	34.0%	1	2.1%
	Correcto	31	66.0%	46	97.9%
Las infecciones de transmisión sexual	Incorrecto	17	36.2%	2	4.3%
	Correcto	30	63.8%	45	95.7%
Signos y síntomas de las ITS	Incorrecto	18	38.3%	2	4.3%
	Correcto	29	61.8%	45	95.7%
VIH	Incorrecto	20	42.6%	2	4.3%
	Correcto	27	57.4%	45	95.7%
Formas de transmisión del VIH	Incorrecto	14	29.8%	0	0%
	Correcto	33	70.2%	47	100%
Prevención del VIH	Incorrecto	15	31.9%	0	0%
	Correcto	32	68.1%	47	100%
Uso correcto del condon	Incorrecto	13	27.7%	2	4.3%
	Correcto	34	72.3%	45	95.7%
TOTAL		47	100%	47	100%G

## ANEXO 4: SEPARATA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

### Introducción:

La adolescencia es una etapa de profundos cambios psicológicos y sociales, en el que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. En esta etapa es de vital importancia una adecuada consejería, tanto en prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, como en prevención de conductas de riesgo, favoreciendo de esta forma, la adquisición de conductas protectoras en el ejercicio de su sexualidad. Es importante también reforzar el ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva.

La sexualidad es una dimensión fundamental del desarrollo humano, que comienza y termina con la vida. Está constituida por múltiples componentes: biológico, psicoafectivo, sociocultural, axiológico y ético. Influye en la formación y desarrollo de la personalidad y en las relaciones que se establecen entre los sujetos.(2)

### Objetivo general:

- Potenciar los conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva

### Objetivos específicos:

- Conocer los principios básicos de la sexualidad en la adolescencia
- Asumir actitudes de prevención frente al embarazo adolescente
- Reconocer los signos y síntomas de las ITS más frecuentes y el VIH

## SESIÓN 1: SEXUALIDAD

### Introducción:

La sexualidad es parte fundamental de la salud sexual y reproductiva e involucra sensaciones, emociones, sentimientos y el mundo subjetivo desde las cuales se toman decisiones y condicionan los comportamientos; es por ello que el desarrollo de capacidades en las personas para asumir su vida sexual y reproductiva de manera saludable y responsable es de suma relevancia para el desarrollo integral de los seres humanos, siendo preponderante en la niñez y adolescencia ya que son etapas de la vida en las cuales se interiorizan hábitos, valores, prácticas y se consolida la personalidad, por lo cual es importante el desarrollo y fortalecimiento de capacidades,

habilidades y destrezas que conduzcan a las/los niña/os y adolescentes a estilos de vida saludables.

Contenido:

**ADOLESCENCIA:**

Es un periodo del desarrollo humano que comprende desde los 10 a los 19 años aproximadamente, en la cual se alcanza la madures biológica y sexual, y se busca alcanzar la madurez emocional y social, a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que lo rodea.

**Cambios en la adolescencia:**

Durante el inicio de la pubertad aparecen los caracteres sexuales primarios y secundarios en hombre y mujeres.

<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
Acné juvenil	Acné juvenil
El cuerpo transpira mas, comienzas a tener que usar desodorante	El cuerpo transpira mas, comienzas a tener que usar desodorante
Aparece el vello púbico y crece vello en las axilas, brazos y piernas.	Aparece el vello púbico y crece vello en las axilas, brazos, piernas y espalda.
Se ensanchan las caderas y destacan los pezones.	Crece bigote y barba
Aparece la primera menstruación (menarquia), el ciclo menstrual y desarrollan y maduran los genitales.	Los testículos y el pene aumentan de tamaño
El tono de voz va cambiando y se hace más aguda.	El tono de voz va cambiando y se hace más grave

## **APARATO REPRODUCTOR FEMENINO:**

### **Genitales externos:**

#### **Monte de Venus:**

El monte del pubis es una eminencia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis. Está formada por tejido adiposo recubierto de piel con vello pubiano.

#### **Labios Mayores:**

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo.

#### **Labios Menores:**

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo ni están cubiertos de vellos pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas.

**Clítoris:** Esta situado en la zona superior, donde se unen los labios menores. Es uno de los puntos más sensibles y su estimulación, genera una gran fuente de placer sexual. Su función es dar placer.

**Meato uretral:** Es el orificio por donde sale la orina.

**Orificio vaginal:** Es la entrada a la vagina. En la entrada del canal vaginal podemos encontrar una fina membrana llamada Himen.

**Vagina:** Es una cavidad elástica, con pliegues, de 8 a 9 cm. De profundidad, que une la vulva con el cuello del útero. Está rodeada de músculos muy fuertes que nosotras podemos controlar aunque nunca los usemos. Son los que se contraen durante el orgasmo, se distienden durante el parto y sujetan la vejiga, el útero y el ano. Esta musculatura se puede reforzar mediante ejercicios. Esto ayudara a mejorar nuestros orgasmos, a evitar las pérdidas de orina y/o el descenso de los órganos genitales.

### **Genitales internos:**

**Útero:** es un órgano muscular en forma de pera invertida. Tiene dos partes: un cuerpo y un cuello. El cuello comunica la vagina con el interior del útero y el cuerpo del útero es donde se implanta el embrión para su crecimiento.

**Trompas de Falopio:** Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación.

**Ovarios:** Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. de longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como.

### **APARATO REPRODUCTOR MASCULINO:**

**Testículos:** Órganos ovals pares, encargados de la formación de los espermatozoides, células sexuales masculinas, haploides y de las hormonas masculinas o andrógenos: testosterona.

**Vías seminíferas:** Estructuras tubulares responsables de la conducción de los espermatozoides hacia el exterior. Están constituidas por los siguientes componentes: túbulos rectos, red testicular (rete testis), conductos eferentes, epidídimo, conductos deferentes, ampolla de los deferentes, los conductos eyaculadores y la uretra.

**Glándulas anexas:** Son estructuras glandulares encargadas de sintetizar y secretar los componentes líquidos del líquido seminal (semen) que junto con los espermatozoides serán expulsados hacia el exterior durante la eyaculación, en el acto sexual. Las glándulas anexas son de tres tipos: la próstata, las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales o de Cowper.

**Pene:** Órgano encargado de depositar el semen en la vagina durante la cópula o coito.

**Escroto:** Esta constituido de adentro hacia afuera por una sucesión de capas. La más interna es una prolongación del peritoneo (túnica vaginal) recubierta de piel que adopta la forma de bolsa, aloja a los testículos y al epidídimo.

### **SEXUALIDAD:**

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

**Sexo:**

El termino sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen a los seres humanos como mujeres y varones.

**Género:**

Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Es una construcción cultural y social que nos hace sentir y vivir nuestra feminidad y masculinidad.

**Identidad de género:**

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y también marca la forma de cómo comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y genero. La identidad de género determina.

La forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

**Orientación Sexual:**

Es la atracción, gusto o patrón persistente de preferencias para elegir una pareja o compañero sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos. Esta puede ser heterosexual, homosexual y bisexual

**Identidad sexual:**

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma en el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de si mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

**Erotismo:**

El erotismo es un comportamiento emocional de los seres humanos que se manifiesta en las múltiples experiencias corporales en relación con la pasión. Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos

percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

**Vínculo afectivo:**

Es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante los sentimientos. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que los ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo, así como la amistad.

**SESIÓN 2: EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa y muchas de sus características dependen de factores socioeconómicos y culturales. Los avances de la época y las condiciones sociales de libertad e igualdad que rigen la sociedad, permiten a los jóvenes de ambos sexos participar en múltiples actividades, eventos que facilitan y estrechan las relaciones entre ellos. Con frecuencia se ven en la disyuntiva de tomar decisiones de las que siempre son responsables, algunas suelen ser peligrosas y otras relacionadas con la salud reproductiva.

**FACTORES DE RIESGO DEL 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.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente León, se 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. 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; mas 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.

### **CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LOS ADOLESCENTES**

Respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, los diversos autores coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos:

Desde el punto de vista médico:

- La joven corre el riesgo de experimentar anemia, pre eclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.
- Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Desde el punto de vista psicológico:

- La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidogenos circunstanciales”.

- La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.

Visto desde el contexto social destacan:

- Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización;
- Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo;
- Su desarrollo social y cultural; y
- La formación de una familia y su estabilidad.

### **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

El adolescente interactúa en forma permanente con su núcleo social primario: la familia y la comunidad que lo rodea. Por lo tanto las acciones dirigidas a mantener o recuperar la salud integral del adolescente deben tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención primordial y primaria, para promover estilos de vida saludables.

La educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Es un instrumento importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades, ya que ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos. La educación sexual es por todo, un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, el erotismo, la identidad y las representaciones sociales.<sup>4</sup>

### **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

1. Condón o preservativo:

Es una funda delgada de látex que se coloca en el órgano sexual del hombre antes de tener relaciones sexuales. Para cada relación sexual se debe colocar un nuevo condón.

Es el único método anticonceptivo que previene las infecciones de transmisión sexual. No requiere examen ni prescripción médica, es de fácil acceso ya que su costo es bajo y es eficaz si se usa correctamente.

2. Dispositivo intrauterino:

Son dispositivos que el médico o la obstetra colocan dentro del útero de la mujer, quien así se protege de un embarazo por 10 años.

Su eficacia es elevada e inmediata y la usuaria retorna a la fecundidad al ser retirado el

DIU.

Del 1 al 2% de mujeres lo expulsan en forma espontánea y no previene las ITS ni el VIH/Sida.

3. Hormonales (inyectables y píldoras):

Son inyectables que contienen progestágeno y se aplican en la nalga. Este método protege por 3 meses. Existen dos modelos: el que contiene progestágeno y el combinado (estrógeno y progestágeno).

Con progestágeno: Medicamento que en dosis elevadas impide la ovulación, por lo que se emplea como componente de los anticonceptivos orales. El Minsa no los distribuye.

Combinado: Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno. El Minsa distribuye un producto de 28 píldoras con estos productos para la planificación familiar.

4. Ligadura de trompas:

Consiste en una operación sencilla para bloquear los conductos que comunican los ovarios con la matriz, impidiendo la unión entre el óvulo y los espermatozoides. Es un método definitivo.

5. Vasectomía

Consiste en bloquear los conductos por donde pasan los espermatozoides, impidiendo su salida y evitando la unión con el óvulo. Este método es definitivo para los hombres que ya no desean tener más hijos.

### **SESIÓN 3: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

**ITS:**

Las siglas ITS se emplean para referirse a las Infecciones de Transmisión Sexual, las que, como su nombre indica, se transmiten entre otras formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos. La mayoría de los casos en los que hay una infección de transmisión sexual no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo cual facilita la transmisión de la infección y, si no se instaura el tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones como esterilidad, embarazo extrauterino, cáncer genital u otros.

**Tipos, signos, síntomas:**

ITS	AGENTE ETIOLÓGICO	VÍA DE TRANSMISIÓN	SINTÓMAS Y SIGNOS
GONORREA	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexual</li> </ul>	<p><b>En mujeres:</b> flujo vaginal, afecciones en el recto o la faringe, dolor y sangrado al orinar.</p> <p><b>En hombres:</b> dolor al orinar, secreción por el pene de un líquido acuoso amarillento y de mal olor.</p>
CLAMIDIA	<i>Chamydia trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ojo: por dedos y manos contaminados</li> <li>• Sexual</li> </ul>	<p>Flujo vaginal anormal, que puede tener un fuerte olor</p> <p>Sensación de ardor al orinar</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recién nacido:</b> Canal del parto</li> </ul>	Dolor durante las relaciones sexuales.
SÍFILIS	<i>Treponema pallidum</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sexual</b></li> <li>• <b>Feto:</b> vía transplacentaria</li> </ul>	<p><b>Sífilis primaria:</b> Ulcera indolora denominada chancro duro</p> <p><b>Sífilis secundaria:</b> Forma diseminada, se presenta con máculas y pápulas en todos el cuerpo, inclusive palmas y plantas de los pies</p> <p><b>Sífilis terciaria:</b> Daño a otros órganos</p>
HERPES GENITAL	HVS1 y HVS2 Virus del herpes tipo 1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se transmite por contacto directo con secreciones y líquidos corporales, saliva y secreciones durante el acto sexual.</li> </ul>	Ampollas dolorosas que pueden aparecer solas o agrupadas que causan dolor y comezón que aparecen en ano, boca, garganta y esófago. Además de flujo en los genitales y dolor al orinar. Puede acompañarse de signos generales

			como: fiebre, dolor de cabeza, falta de apetito.
CHANCRO BLANDO	<i>Haemophilus Ducreyi</i>	• <b>Sexual</b>	Inflamación de ganglios inguinales que pueden estar en una o ambos lados de la ingle.
VAGINITIS Y VAGINOSIS	<i>Candida albicans</i>  <i>Giardia lamblia</i>  <i>Trichomonas vaginalis</i>	• <b>Sexual:</b> boca, vagina  • <b>Sexual</b> • <b>Ingestión</b>  • <b>Sexual</b>	Flujo vaginal de color blanquecino y grumoso.  Flujo vaginal de color grisáceo con olor a pescado  Flujo vaginal de color amarillento y mal olor.

## VIH Y SIDA

El **VIH** es el Virus de Inmunodeficiencia Humana que al atacar el Sistema Inmunológico y deja al organismo débil para luchar contra infecciones y enfermedades.

El **SIDA** es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que representa el último estadio de la infección por el VIH.

### Formas de transmisión:

El VIH-SIDA se transmite de persona a persona principalmente de tres maneras:

- Cuando el semen o las secreciones vaginales de la persona infectada entran en contacto con membranas de la vagina, pene o recto, facilitando de ese modo el ingreso del virus al torrente sanguíneo.
- Cuando se utiliza una aguja, u otro instrumento diseñado para penetrar la piel, contaminado con sangre de una persona infectada con el VIH.

- El VIH también puede ser transmitido por una madre infectada a su hijo, a través de la placenta antes de nacer, durante el parto o, en algunos casos, a través de la leche materna.

**Prevención:**

Para prevenir la transmisión de VIH e ITS, se requiere de información y de llevar a cabo prácticas seguras, uno de ellas es el uso del condón, la OMS considera que su empleo es una estrategia para prevenir las ITS y el embarazo.

**Uso del preservativo:**

Las recomendaciones para el uso del preservativo son: guardar en lugares frescos, revisar la fecha de vencimiento, revisar el empaque buscando que no tenga lubricante por fuera, mover el condón dentro del empaque y chequear que exista una burbuja de aire, Mover el condón dentro del empaque y chequear que exista una burbuja de aire, no deben ponerse en bolsillos de pantalones o billeteras y el empaque se abre con los dedos, no usar tijeras o los dientes.

El uso correcto del preservativo es:

- El condón se coloca cuando el pene está erecto, y antes de que toque la boca, vagina o recto de la pareja.
- Tomar con las yemas de los dedos la punta del condón, para sacar el aire.
- Sin soltar la punta, desenrollar el resto del condón hacia la base del pene.
- Después de la eyacuación y antes de perder la erección. Para sacarlo, se debe sostener la base del condón y retirarlo.
- Tener cuidado de no derramar semen, cuando se saque.
- Anudar el condón y tirar en bote de basura.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Mejía cruz B. Evaluación de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia.[tesis de pregrado]. Perú: universidad Autónoma del estado de Mexico;2014
2. Ministerio de Salud, Salud Sexual y Reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas. Lima, 2005.
3. Llanes Rodríguez Alberto A, Quevedo Arnaiz Nurys V, Ferrer Herrera Ismael, de la Paz Carmona Alina, Sardiñas Montes de Oca Odalys. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. AMC [Internet]. 2009 Feb [citado 2017 Nov 11]; 13( 1): .
4. Ildelfonso Soto M. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa privada “trilce”, noviembre-diciembre 2015.[ tesis de pregrado ].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
5. Vaillant Correoso Mayteé, Dandicourt Thomas Caridad, Mackensie Soria Yolaydys. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Nov 11]; 28( 2 ): 125-135.
6. <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/planfam/metodos.asp>







## ANEXO 6: MATRIZ DE DATOS

ID	EDAD	EDAD COD	SEXO	VIVE	S	S PRE	Sexualidad preCOD	E PRE	Embarazo PRECOD	ITS PRE	ITSpre COD	Conocimiento PRE	Conocimiento pre COD	Sexualidad POST	Sexualidad Post COD	Embarazo POST	embarazo postCOD	ITS post	ITS Post COD	Conocimiento POST	Conocimiento Post COD
1	18	17-18	Femenino	Con padres	A	6	Medio	5	Medio	6	Alto	17	Medio	6	Medio	5	Medio	6	Alto	17	Medio
2	16	15-16	Femenino	Solo papa o mama	A	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto	6	Medio	7	Alto	6	Alto	19	Alto
3	16	15-16	Femenino	Con padres	A	6	Medio	4	Bajo	5	Medio	15	Medio	7	Alto	6	Medio	6	Alto	19	Alto
4	15	15-16	Masculino	Solo	A	7	Alto	4	Bajo	6	Alto	17	Medio	6	Medio	5	Medio	5	Medio	16	Medio
5	17	17-18	Masculino	Con padres	A	7	Alto	5	Medio	6	Alto	18	Alto	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio
6	17	17-18	Masculino	Con padres	A	5	Medio	3	Bajo	5	Medio	13	Bajo	7	Alto	7	Alto	6	Alto	20	Alto
7	17	17-18	Masculino	Con padres	A	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio	6	Medio	6	Medio	6	Alto	19	Alto
8	16	15-16	Masculino	Con padres	A	5	Medio	3	Bajo	6	Alto	14	Medio	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto
9	17	17-18	Masculino	Con padres	A	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio	7	Alto	7	Alto	6	Alto	20	Alto
10	16	15-16	Masculino	Con padres	A	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto
11	17	17-18	Masculino	Con padres	A	5	Medio	5	Medio	6	Alto	16	Medio	7	Alto	7	Alto	4	Medio	18	Alto
12	17	17-18	Masculino	Solo papa o mama	A	6	Medio	4	Bajo	5	Medio	15	Medio	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto

13	17	17-18	Femenino	Con padres	A	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio	6	Medio	5	Medio	6	Alto	17	Medio
14	17	17-18	Masculino	Con padres	A	6	Medio	4	Bajo	5	Medio	15	Medio	7	Alto	6	Medio	5	Medio	18	Alto
15	17	17-18	Masculino	Con padres	A	5	Medio	6	Medio	6	Alto	17	Medio	6	Medio	4	Bajo	6	Alto	16	Medio
16	17	17-18	Masculino	Con padres	A	6	Medio	7	Alto	6	Alto	19	Alto	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto
17	16	15-16	Masculino	Con padres	A	6	Medio	4	Bajo	5	Medio	15	Medio	7	Alto	7	Alto	4	Medio	18	Alto
18	16	15-16	Masculino	Solo papa o mama	A	4	Bajo	5	Medio	6	Alto	15	Medio	7	Alto	7	Alto	5	Medio	19	Alto
19	16	15-16	Femenino	Con padres	A	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio	6	Medio	7	Alto	5	Medio	19	Alto
20	17	17-18	Masculino	Con padres	A	5	Medio	4	Bajo	5	Medio	14	Medio	7	Alto	5	Medio	6	Alto	18	Alto
21	17	17-18	Masculino	Con padres	A	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto	7	Alto	6	Medio	6	Alto	19	Alto
22	18	17-18	Masculino	Con padres	B	6	Medio	5	Medio	4	Medio	15	Medio	5	Medio	5	Medio	5	Medio	15	Medio
23	16	15-16	Femenino	Solo papa o mama	B	6	Medio	5	Medio	4	Medio	15	Medio	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto
24	16	15-16	Masculino	Con padres	B	7	Alto	5	Medio	3	Bajo	15	Medio	6	Medio	5	Medio	5	Medio	16	Medio
25	16	15-16	Masculino	Con padres	B	6	Medio	4	Bajo	6	Alto	16	Medio	5	Medio	4	Bajo	5	Medio	14	Medio
26	16	15-16	Femenino	Con padres	B	6	Medio	6	Medio	4	Medio	16	Medio	6	Medio	5	Medio	6	Alto	17	Medio
27	17	17-18	Femenino	Con padres	B	6	Medio	4	Bajo	6	Alto	16	Medio	6	Medio	5	Medio	6	Alto	17	Medio

28	17	17-18	Masculino	Con padres	B	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto	3	Bajo	5	Medio	6	Alto	14	Medio
29	17	17-18	Masculino	Con padres	B	6	Medio	6	Medio	4	Medio	16	Medio	7	Alto	7	Alto	6	Alto	20	Alto
30	17	17-18	Femenino	Con padres	B	5	Medio	6	Medio	3	Bajo	14	Medio	7	Alto	7	Alto	5	Medio	19	Alto
31	16	15-16	Femenino	Con padres	B	5	Medio	3	Bajo	6	Alto	14	Medio	7	Alto	6	Medio	5	Medio	18	Alto
32	17	17-18	Masculino	Con padres	B	5	Medio	5	Medio	6	Alto	16	Medio	7	Alto	6	Medio	6	Alto	19	Alto
33	15	15-16	Masculino	Solo	B	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio	5	Medio	7	Alto	6	Alto	18	Alto
34	16	15-16	Femenino	Solo papa o mama	B	6	Medio	5	Medio	5	Medio	16	Medio	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto
35	17	17-18	Femenino	Con padres	B	6	Medio	5	Medio	4	Medio	15	Medio	5	Medio	6	Medio	6	Alto	17	Medio
36	17	17-18	Masculino	Con padres	B	6	Medio	5	Medio	5	Medio	16	Medio	4	Bajo	5	Medio	6	Alto	15	Medio
37	17	17-18	Masculino	Con padres	B	4	Bajo	5	Medio	4	Medio	13	Bajo	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto
38	16	15-16	Femenino	Con padres	B	5	Medio	4	Bajo	4	Medio	13	Bajo	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto
39	16	15-16	Femenino	Solo papa o mama	B	6	Medio	5	Medio	6	Alto	17	Medio	4	Bajo	5	Medio	5	Medio	14	Medio
40	16	15-16	Femenino	Con padres	B	6	Medio	5	Medio	3	Bajo	14	Medio	6	Medio	7	Alto	5	Medio	18	Alto
41	15	15-16	Femenino	Solo	B	5	Medio	5	Medio	5	Medio	15	Medio	7	Alto	6	Medio	5	Medio	18	Alto
42	16	15-16	Masculino	Con padres	B	6	Medio	4	Bajo	5	Medio	15	Medio	6	Medio	6	Medio	6	Alto	18	Alto

43	18	17-18	Masculino	Con padres	B	5	Medio	5	Medio	4	Medio	14	Medio	6	Medio	5	Medio	5	Medio	16	Medio
44	17	17-18	Masculino	Con padres	B	5	Medio	4	Bajo	5	Medio	14	Medio	5	Medio	5	Medio	6	Alto	16	Medio
45	15	15-16	Masculino	Con padres	A	7	Alto	6	Medio	6	Alto	19	Alto	6	Medio	4	Bajo	5	Medio	15	Medio
46	17	17-18	Femenino	Con padres	A	7	Alto	6	Medio	6	Alto	19	Alto	6	Medio	6	Medio	5	Medio	17	Medio
47	17	17-18	Masculino	Con padres	A	7	Alto	6	Medio	6	Alto	19	Alto	7	Alto	6	Medio	6	Alto	19	Alto

