

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCIÓN. MAYO – JUNIO. AREQUIPA 2019.

Tesis presentada por las bachilleres:

Medina Gonzales, Luz Fiorella Cecilia

Vizcarra Gutierrez, Maria Alejandra

para optar el Título Profesional de:

Licenciadas en Obstetricia

Asesora:

Dra. Fernández Vásquez Armida Angelita

AREQUIPA – PERÚ

2019



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, de del 2019

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mg. Ricardina Flores Flores.....
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Mg. Ricardina Flores Flores.....
Mg. Victoria Satomayor Martínez.....
Mg. Marcos Herrera Cardenas.....
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“ Efecto de un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva
en el nivel de concubimiento en los adolescentes de la institución
educativa Inmaculada Concepción Mayo- Junio- Arequipa 2019
.....”

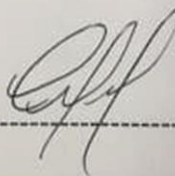
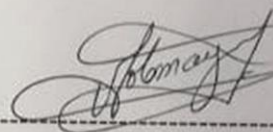
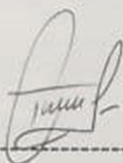
PRESENTADO POR:

Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales
Maria Alejandra Vizcarra Gutierrez..

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 da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.



DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres José y Milagros quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía de no temer a las adversidades. A mis hermanos Zandalee y Brayan por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento. A mi tía Rosa que desde el cielo siempre guía mis pasos y sé está orgullosa de mi.

Maria Alejandra Vizcarra Gutierrez

A Dios por ser la luz que guía mi camino y por darme la mano en cada paso que doy. A mis padres Félix y Luz Marina por su apoyo incondicional a pesar de las adversidades de la vida. A mis hermanos Diego, Alejandra y Fabricio por ser un ejemplo a seguir. A mis abuelos por el ejemplo de amor constante y apoyo incondicional y a todas las personas que forman parte de mi vida y logran que día a día cumpla una más de mis metas.

Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales



*“Dios no te hubiera dado la capacidad de soñar sin darte también la posibilidad de
convertir tus sueños en realidad”.*

Héctor Tassinari

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 1

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 1

1.1. Enunciado 1

1.2. Descripción del problema 1

1.2.1. Área de conocimiento..... 1

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables..... 2

1.2.3. Interrogantes básicas..... 3

1.2.4. Tipo de investigación: De campo 3

1.2.5. Nivel de investigación: Explicativo..... 3

1.2.6. Diseño: Cuasi Experimental 3

1.3. Justificación 3

2. Objetivos..... 5

3. Marco teórico..... 6

3.1. Marco conceptual..... 6

3.1.1. Salud sexual y reproductiva..... 6

3.1.2. Embarazo adolescente 14

3.1.3. Infecciones de Transmisión Sexual 21

3.1.4. Métodos Anticonceptivos 30

3.2. Antecedentes investigativos.....39

4. Hipótesis: 43

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	44
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	44
1.1. Técnicas	44
1.2. Instrumentos.....	44
1.3. Materiales.....	45
2. Campo de verificación.....	45
2.1. Ubicación espacial	45
2.1.1. Precisión del lugar	45
2.1.2. Caracterización del lugar	45
2.1.3. Delimitación gráfica del Lugar.....	45
2.2. Ubicación temporal.....	45
2.2.1. Cronología	45
2.2.2. Visión temporal	45
2.2.3. Corte Temporal.....	46
2.3. Unidades de estudio	46
2.3.1. Universo cuantitativo:	46
2.3.2. Universo formalizado:.....	46
2.3.3. Asentimiento Informado	46
3. Estrategia de recolección de datos.....	46
3.1. Organización	46
3.2. Recursos	46
3.2.2. Físicos.....	47
3.2.3. Económicos	47
3.2.4. Institucionales.....	47
3.3. Validación del instrumento.....	47
3.3.1. Finalidad el instrumento	47

3.3.2. Tiempo de administración	47
4. Criterios para el manejo de resultados.....	49
4.1. A nivel de sistematización de datos	49
4.1.1. Tipos de sistematización.....	49
4.1.2. Plan de operación.....	49
CAPÍTULO III: RESULTADOS	51
DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS	64
ANEXOS	67
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	68
ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN	70
ANEXO 3: TEST DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	71
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL CONSTRUCTO DEL TEST	73
ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL CONTENIDO TEST	74
ANEXO 6: MATRIZ DE DATOS	75
ANEXO 7: SESIONES EDUCATIVAS	80
ANEXO 8: LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCIÓN	88
ANEXO 9: EVIDENCIAS	89
ANEXO 10: SEPARATA.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Edad de los adolescentes del quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción	52
TABLA N° 2: Sexo de los adolescentes del quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción	53
TABLA N° 3: Tipo de familia de los adolescentes del quinto grado de secundaria de la Institucion Educativa Inmaculada Concepción	54
TABLA N° 4: Nivel de conocimiento general sobre salud sexual y reproductiva antes y después de la aplicación del programa educativo.....	55
TABLA N° 5: Nivel de conocimiento sobre la sexualidad antes y después de la aplicación del programa educativo	56
TABLA N° 6: Nivel de conocimiento sobre embarazo adolescente antes y después de la aplicación del programa educativo	57
TABLA N° 7: Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual antes y después de la aplicación del programa educativo.....	58
TABLA N° 8: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos antes y después de la aplicación del programa educativo	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: Edad.....	52
GRÁFICO N° 2: Sexo	53
GRÁFICO N° 3: Tipo de familia	54
GRÁFICO N° 4: Nivel de conocimiento general sobre salud sexual y reproductiva antes y después de la aplicación del programa educativo.....	55
GRÁFICO N° 5: Nivel de conocimiento sobre sexualidad antes y después de la aplicación del programa educativo	56
GRÁFICO N° 6: Nivel de conocimiento sobre embarazo adolescente antes y después de la aplicación del programa educativo	57
GRÁFICO N° 7: Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual antes y después de la aplicación del programa educativo.....	58
GRÁFICO N° 8: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos antes y después de la aplicación del programa educativo	59

INTRODUCCIÓN

En la etapa de la adolescencia la sexualidad adquiere una importancia central en el desarrollo biológico, psíquico y emocional, siendo determinantes las primeras prácticas sexuales en las conductas que se asumirán en las etapas posteriores de la vida. El sentido común permite observar que la excesiva permisibilidad, promiscuidad y descuido, lleva a los adolescentes a asumir conductas de riesgo (1).

Hablar de salud sexual es importante ya que este tema, al mismo tiempo que aborda los aspectos relacionados con la sexualidad, tiene una orientación básicamente preventiva, de fomento a la salud y de evitar riesgos que favorezcan los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, aborto, abandono escolar, creación de familias disfuncionales. En el caso de los adolescentes, los expertos opinan que es mejor utilizar el concepto de salud sexual en lugar de salud reproductiva ya que no es adecuado favorecer el vínculo sexualidad-reproducción y se sabe que las relaciones sexuales, en la mayoría de los casos, no tienen como objetivo central la reproducción (2).

La información que se proporciona en los colegios a los adolescentes, se cree que no es suficiente para disminuir la prevalencia de conductas de riesgo para su salud, ya que no aprovechan en forma efectiva las actividades y programas relacionados con la educación sexual y/o salud reproductiva, debido a que la información que se les brinda es igual a la que se proporciona a la comunidad y no a la característica propia de su etapa evolutiva.

Una educación de calidad que prepare a los/as niños/as y adolescentes para la vida es una condición necesaria para eliminar la pobreza, reducir las desigualdades y lograr mayor inclusión social. Ésta requiere integrar el aprendizaje de competencias y habilidades que permitan a los/as estudiantes tomar decisiones responsables en relación sobre su sexualidad, de manera que puedan prevenir situaciones que ponen en riesgo su futuro, como enfermedades, violencia y embarazos a temprana edad (3).

Es por ello que se realizó el siguiente trabajo de investigación para identificar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, antes y después de la aplicación del programa educativo, con el cual se busca disminuir conductas de riesgo en los adolescentes. Así mismo buscamos empoderarnos de la salud sexual y reproductiva del adolescente en las instituciones educativas, realzando la importancia y relevancia de nuestro rol como profesionales de salud para poder generar mayor campo laboral.

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer el nivel de conocimientos antes y después de la aplicación del programa educativo sobre Salud Sexual y Reproductiva y establecer la diferencia entre ambos.

MATERIAL Y MÉTODOS: El presente estudio se realizó en los adolescentes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero en la región de Arequipa, consistió en la aplicación de un instrumento (TEST) a 114 adolescentes de 14 a 17 años para evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo sobre salud sexual y reproductiva, desarrollando los temas de sexualidad, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos en la adolescencia.

RESULTADOS: Las características sociodemográficas fueron: el 64.9% de adolescentes tienen 16, el 65.8% son de sexo femenino mientras que el 34.2% son de sexo masculino, el 63.2% tiene una familia de tipo nuclear constituida por padres y hermanos.

En cuanto al **nivel de conocimiento general** sobre salud sexual y reproductiva **pre aplicación** del programa educativo encontramos que el 64% de los adolescentes mantenía un nivel de conocimiento bajo; dividiendo el programa educativo por 4 subtemas encontramos que el 62.3% de los adolescentes tenía un nivel de conocimiento bajo sobre sexualidad, el 43% de los adolescentes tenía un nivel de conocimientos medio sobre embarazo adolescente, el 65.8% de los adolescentes tenía un nivel de conocimiento bajo sobre infecciones de transmisión sexual y el 71.9% de los adolescentes tenía un nivel de conocimiento bajo sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia.

En cuanto al **nivel de conocimiento general** sobre salud sexual y reproductiva **post aplicación** del programa educativo encontramos una diferencia significativa siendo el 82.5% de los adolescentes con un nivel de conocimientos alto sobre salud sexual y reproductiva; dividiendo el programa educativo por 4 subtemas encontramos que el 74.6% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto sobre sexualidad, el 88.6% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto sobre embarazo adolescente, el 73.7% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto sobre infecciones de transmisión sexual y el 79.8% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia.

CONCLUSIONES: La aplicación del programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes del quinto grado de educación secundaria de la institución educativa Inmaculada Concepción tuvo una diferencia estadística significativa ($P < 0.05$) según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 160.72$).

PALABRAS CLAVES: Programa educativo, salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, métodos anticonceptivos en la adolescencia



ABSTRACT

OBJECTIVE: To specify the knowledge difference of adolescents in the fifth clay of secondary education, before and to after the application of the educational program on Sexual and reproductive health in the Immaculate educational Conception institution.

MATERIAL AND METHODS: The present study was carried out in the adolescents of the fifth degree of secondary education of the Immaculate educational Conception institution in the district of Jose Luis Bustamante and Rivero in the region of Arequipa, consisted of the application of the 17 14 114 Instrument to adolescents from to years old to evaluate the level of knowledge before and to after the application of the educational program on sexual and reproductive health, developing the subjects of sexuality, adolescent pregnancy, transmission infections Sexual and contraceptive methods in adolescence.

RESULTS: The level of knowledge in the fifth clay adolescents of the Immaculate educational Conception institution before and to after the application of the educational program on sexuality, adolescent pregnancy, transmission infections Sexual and contraceptive methods in adolescence showed to positive difference in learning to after the application of the educational program, considering also the factors involved, our results with the highest percentage plows: 71% of Adolescents plow between 16 - 17 years, 65,8% plows female while 34,2% plows male, 63,2% have to family of nuclear type consisting of parents and siblings.

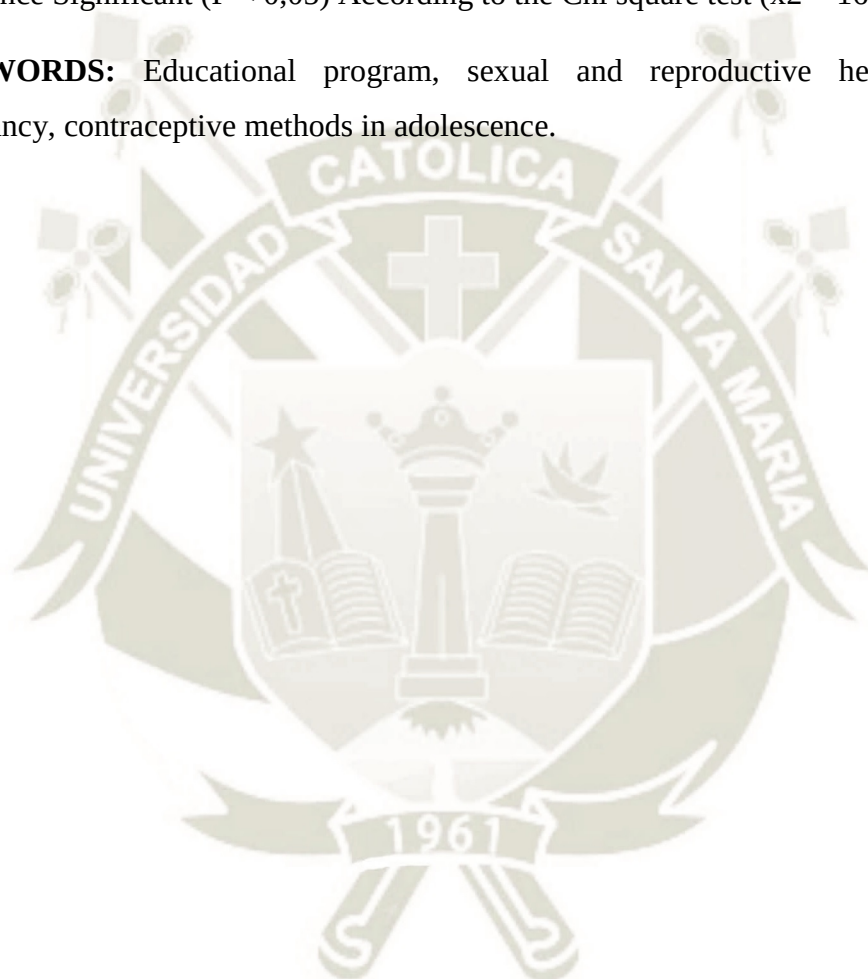
General for ace the level of knowledge on sexual and reproductive health **pre-application** of the educational program we found that 64% of adolescents maintained to low level of knowledge; Educational Dividing the program by sub-topics we found that 62,3% of adolescents had to low level of knowledge on sexuality, 43% of adolescents had an average level of knowledge about adolescent pregnancy, 65,8% of adolescents There am had to low level of knowledge about sexually transmitted infections and 71,9% of adolescents had to low level of knowledge about contraceptive methods in adolescence.

General for ace the level of knowledge on sexual and reproductive health **post application** of the educational program we found to positive difference being 82,5% of adolescents with to high level of knowledge on sexual and reproductive health; Educational Dividing the program by sub-topics we found that 74,6% of adolescents obtained to high level of knowledge on sexuality, 88,6% of adolescents obtained to high

level of knowledge about adolescent pregnancy, 73,7% of the Adolescents obtained to high level of knowledge on sexually transmitted infections and 79,8% of adolescents obtained to high level of knowledge on contraceptive methods in adolescence.

CONCLUSIONS: Educational The application of the program on sexual and reproductive health in adolescents of the fifth clay of secondary education of the Immaculate educational Conception institution had to positive effect because I present to statistical difference Significant ($P < 0,05$) According to the Chi square test ($\chi^2 = 160,72$).

KEYWORDS: Educational program, sexual and reproductive health, adolescent pregnancy, contraceptive methods in adolescence.





CAPÍTULO I:
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

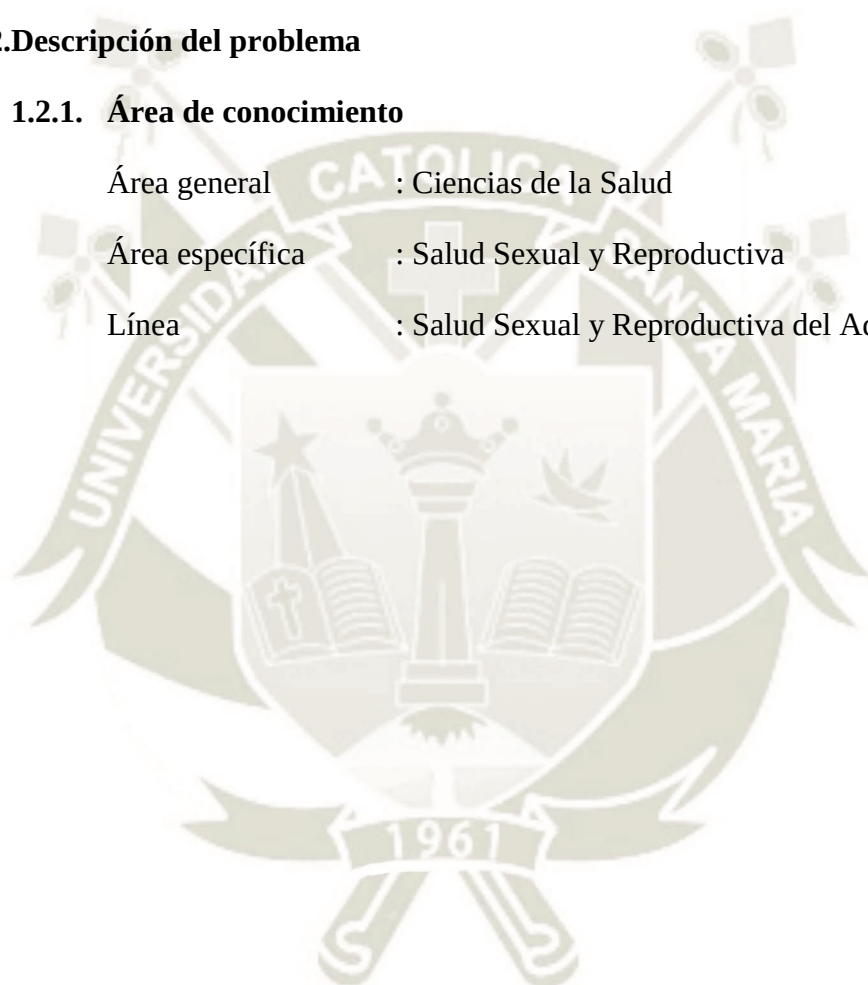
1.1. Enunciado

Efecto de un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en el nivel de conocimiento en los adolescentes de la Institución Inmaculada Concepción. Mayo – Junio. Arequipa 2019.

1.2.Descripción del problema

1.2.1. Área de conocimiento

Área general : Ciencias de la Salud
Área específica : Salud Sexual y Reproductiva
Línea : Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente



1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE Programa educativo en Salud Sexual y Reproductiva	I Taller	Salud sexual y reproductiva Anatomía del Aparato Reprodutor Femenino y Masculino Cambios en la adolescencia
	II Taller	Embarazo adolescente Prevención, causas y consecuencias
	III Taller	Infecciones de transmisión sexual: Descarga uretral Úlcera genital Síndrome de flujo vaginal Sífilis Virus del papiloma humano VIH – SIDA
	IV Taller	Métodos anticonceptivos en la adolescencia: Abstinencia periódica Métodos de barrera Método oral hormonal combinado Anticoncepción de emergencia
VARIABLE DEPENDIENTE Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	Sexualidad	Alto, medio, bajo.
	Embarazo adolescente	Alto, medio, bajo.
	ITS	Alto, medio, bajo.
	Métodos anticonceptivos	Alto, medio, bajo.
VARIABLE INTERVINIENTE Características Sociodemográficas	Edad	14, 15, 16, 17
	Tipo de familia	Nuclear, extendida, monoparental.
	Sexo	Masculino, femenino.

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento antes de la aplicación del programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción Mayo - Junio Arequipa 2019?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento después de la aplicación del programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción Mayo - Junio Arequipa 2019?
- ¿Existe diferencia entre el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción Mayo - Junio Arequipa 2019?

1.2.4. Tipo de investigación: De campo

1.2.5. Nivel de investigación: Explicativo

1.2.6. Diseño: Cuasi Experimental

1.3. Justificación

En el Perú la salud sexual y reproductiva es un derecho de hombres y mujeres tiene un gran impacto en su desarrollo en todas las edades, muchas mujeres, jóvenes y adolescentes aún no cuentan con todas las facilidades para acceder a información y servicios que les permitan hacer ejercicio de este derecho. La posibilidad de decidir y tomar acción para proteger su salud, así como para planificar su futuro y el de su familia, se ve seriamente afectado por barreras normativas, territoriales y culturales. Ello puede conducir a embarazos no planeados durante la adolescencia, infecciones de transmisión sexual e incluso en muertes durante el embarazo o parto que podrían evitarse.

Se debe garantizar el derecho de cada mujer, adolescente y joven a acceder a información y medios para cuidar su salud sexual y reproductiva, planificar su familia y prevenir un embarazo no planeado, por ello tendrá un impacto positivo en su realización personal, en el bienestar de su familia y en el progreso de sus

comunidades y del país. Se busca el acceso universal a la planificación familiar, las prácticas de maternidad saludable, la educación sexual integral, la prevención de infecciones de transmisión sexual, la prevención y atención de la violencia sexual, y la difusión y defensa de los derechos reproductivos, respondiendo a las necesidades específicas de cada cultura y grupo de edad. (4)

El presente trabajo tiene originalidad, porque actualmente no existen estudios que hayan registrado los mismos antecedentes de investigación con abordaje local.

Tiene relevancia científica, porque nos permitirá conocer el nivel de conocimientos de los alumnos del quinto de secundaria de la institución educativa Inmaculada Concepción sobre salud sexual y reproductiva, utilizando el método científico y en consecuencia ponerlos a disponibilidad de la comunidad y de nuestra carrera profesional.

Gracias a su relevancia académica los datos obtenidos nos permitirán tomar acciones en la formación de los adolescentes asimismo ayudara a disminuir conductas de riesgo en la etapa de la adolescencia, así también permitirá que los profesionales de obstetricia conozcan el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes.

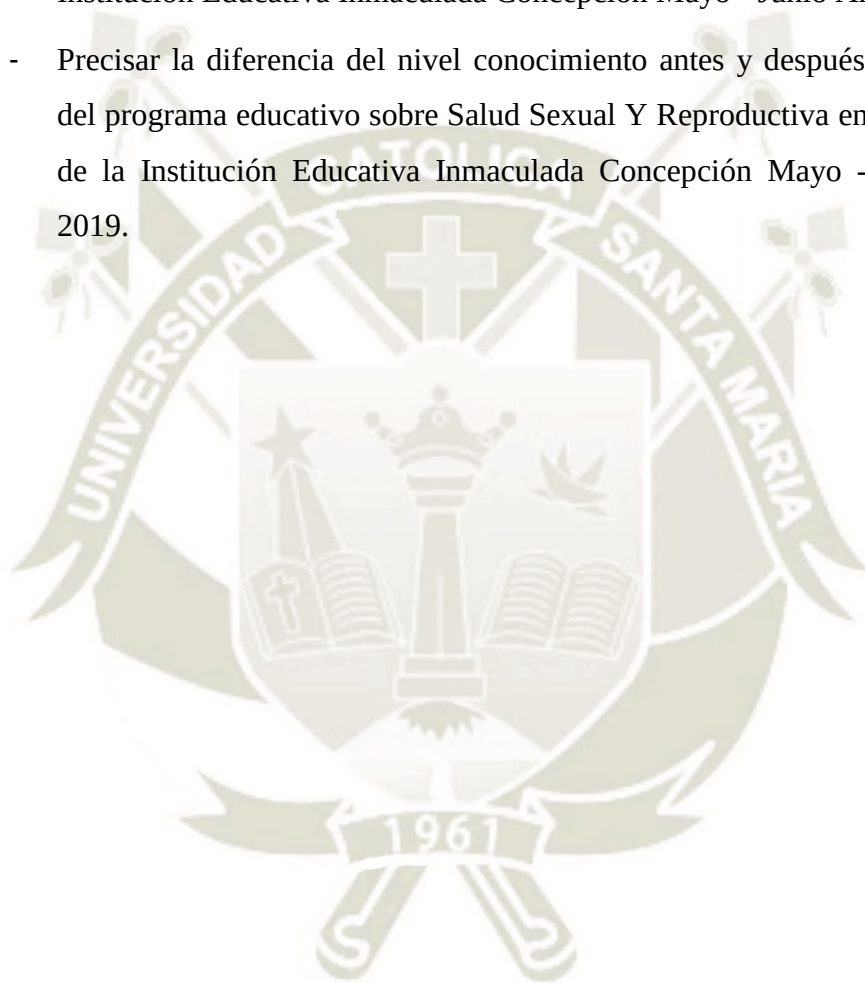
Tiene relevancia contemporánea por que en los últimos años se incrementaron las conductas de riesgo y el contagio de ITS, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, situación económica, etc.

Tiene relevancia social porque el programa de salud sexual y reproductiva permitirá al adolescente tomar decisiones futuras de manera satisfactoria con respecto a conductas sexuales, asimismo contribuye con la sociedad porque este puede ser aplicado en otras instituciones educativas ayudando así al empoderamiento de la salud del adolescente y la disminución de conductas de riesgo.

Su factibilidad está garantizada por ser población en mayor número en la institución educativa, además de contar con: tiempo, recursos, presupuesto, conocimiento ético y motivación para desarrollar el presente proyecto dentro del área de estudio.

2. Objetivos

- Conocer el nivel de conocimiento antes de la aplicación del programa educativo sobre Salud Sexual Y Reproductiva en los adolescentes de la Institución Educativa Inmaculada Concepción Mayo - Junio Arequipa 2019.
- Conocer el nivel de conocimiento después de la aplicación del programa educativo sobre Salud Sexual Y Reproductiva en los adolescentes en la Institución Educativa Inmaculada Concepción Mayo - Junio Arequipa 2019.
- Precisar la diferencia del nivel conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo sobre Salud Sexual Y Reproductiva en los adolescentes de la Institución Educativa Inmaculada Concepción Mayo - Junio Arequipa 2019.



3. Marco teórico

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Salud sexual y reproductiva

3.1.1.1. Salud sexual

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (5).

a) Sexualidad

La sexualidad es un concepto amplio que se define como la manifestación psicológica y social del sexo. Esto quiere decir que la sexualidad es un término que abarca además de los aspectos físicos (la anatomía y fisiología), los aspectos emocionales (los sentimientos y las emociones) y los aspectos sociales (las normas y reglas de lo que debe ser un hombre y una mujer en el área sexual). Las finalidades de la sexualidad son diversas y consideran la comunicación, el amor, las relaciones afectivas con otras personas, el placer y la reproducción.

La cultura influye de manera definitiva en la manifestación de la sexualidad, a través de las diferencias de género (4).

b) Género

El género se refiere a las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a ideas, valores, y modos de actuar; estas diferencias no tienen un origen biológico, sino que son construcciones que la cultura impone a hombres y mujeres para cumplir determinados papeles (4).

3.1.1.2. Salud reproductiva

La salud reproductiva supone un estado de completo bienestar físico, mental y social en lo que respecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones, procesos, y no simplemente a la ausencia de enfermedad o debilidad, esta implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el

derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan el embarazo y el parto sin riesgo y con las mayores posibilidades de tener un hijo saludable (4).

3.1.1.3. Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes

En 2015, se realizó la Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Perú, con el objetivo de conocer las percepciones de la opinión pública acerca de temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, así como los conceptos de género e identidad. Entre los principales problemas que los entrevistados consideraron, en relación con la salud sexual de los adolescentes, fueron el embarazo no deseado (64%), la maternidad temprana (42%) y el aborto clandestino (34%), casi la totalidad de los entrevistados consideraron que los adolescentes deben tener acceso a atención de salud sexual y reproductiva en los servicios y salud y que deberían recibir educación sexual integral en las escuelas, aunque solo un 85% estuvo de acuerdo en que recibieran métodos anticonceptivos gratuitos y un 53% que usaran la píldora del día siguiente (6).

Todos los adolescentes del mundo, sin importar sexo, religión, color, orientación sexual o habilidad física o mental tienen los siguientes derechos como seres sexuales:

- El derecho a ser ella/el mismo, libre de tomar sus propias decisiones de expresar lo que piensa, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a, de escoger casarse (o no casarse) y de planear una familia.
- El derecho a estar informado, sobre sexualidad, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA y sobre sus derechos sexuales, a estar protegido de embarazos no planeados, ITS, VIH / SIDA y de abusos sexuales.
- El derecho a tener servicios médicos confidenciales, a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos.
- El derecho a participar en la planeación de programas juveniles, tomar parte

en reuniones y seminarios y tratar de influir en los gobiernos, por los medios apropiados (4).

3.1.1.4. Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase viene condicionada por diversos procesos biológicos (7).

3.1.1.5. Fisiología de la Adolescencia

a) Crecimiento y maduración física

Los cambios físicos en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal con el desarrollo de órganos y sistemas, adquisición de la masa ósea, así como la maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios).

b) Crecimiento y desarrollo puberal

Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos. Cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad, la ganancia de talla durante la pubertad es mayor.

Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por “segmentos”, con crecimiento inicial del segmento inferior (extremidades inferiores) y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies. La talla definitiva, se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos.

c) Cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas

El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto. Las chicas acumulan más grasa que los chicos y, en estos, predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro. En la edad adulta, los hombres tienen un porcentaje de grasa entre el 12-16%, mientras que las mujeres del 18-22%. Durante esta época, se produce aumento de los diferentes órganos (corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones).

d) Adquisición de la masa ósea

La mineralización ósea está determinada por la interacción de factores genéticos, ambientales y hormonales. Cada individuo tiene un potencial genético de desarrollo de la MO, que solo se alcanza plenamente si los factores ambientales, como la actividad física y la nutrición con aporte de calcio, son óptimos.

e) Maduración sexual

Los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la adquisición de la fertilidad. La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable; por ello, es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual, que se evalúa mediante los estadios de Tanner (1962) y se basa en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios (8).

3.1.1.6. Anatomía del sistema reproductor femenino y masculino

a) Aparato reproductor masculino

➤ **Testículos**

Los testículos son dos órganos situados en el exterior de la cavidad abdominal, debajo del pene y alojados en las bolsas escrotales o escroto, este tiene la función

de mantener los testículos a una temperatura ligeramente inferior a la del cuerpo. Tienen forma ovalada, con un diámetro mayor de unos 4 cm, una anchura de 3 cm y un espesor de 2,5 cm, y cada uno de ellos pesa alrededor de 20 g.

➤ **Vías espermáticas**

Las vías espermáticas comienzan en los tubos seminíferos del testículo, su función de las vías espermáticas es que mediante la contracción de su capa muscular ayudan a los espermatozoides en su trayecto hacia el exterior, en el momento de la eyaculación.

➤ **Próstata**

La próstata es una glándula de secreción exocrina que se sitúa debajo de la vejiga, rodeando la uretra y los conductos eyaculadores que desembocan en la uretra. A partir de la pubertad crece hasta el tamaño del adulto 3 cm de altura, 4 cm de anchura y 2 cm de grosor. La próstata secreta el líquido prostático, que se une a las secreciones de las vías espermáticas y los espermatozoides para constituir el semen, este es alcalino, por lo que neutraliza la acidez de los demás componentes del semen, aumentando la motilidad y fertilidad de los espermatozoides.

➤ **Pene**

El pene es un órgano cilíndrico que pende sobre las bolsas escrotales, por debajo de la sínfisis pubiana. Su tamaño y consistencia varían según se halle en estado de flaccidez o de erección: en estado flácido mide unos 10 cm y en erección se vuelve rígido y mide unos 15 cm. Está formado por tres elementos que constituyen los órganos eréctiles: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso. El pene tiene una doble función: Al contener en su interior parte de la uretra, interviene en la micción, y como órgano copulador en el acto sexual.

➤ **Uretra masculina**

La uretra desciende verticalmente, atravesando la próstata desde su base hasta el vértice: es la uretra prostática tiene una longitud de unos 3 cm y la uretra peneana mide unos 15 cm de longitud; por lo tanto, la longitud total de la uretra es de unos 20 cm.

b) Aparato reproductor femenino

➤ **Ovario**

Los ovarios son los órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y progesterona, tienen consistencia dura y forma de almendra, con un diámetro mayor de unos 3,5 cm y 1,5 cm de espesor. Las dos grandes funciones del ovario son la formación y liberación de células sexuales y secreción endocrina de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona).

➤ **Trompas de Falopio**

Las trompas son los conductos que se encargan de llevar los óvulos desde el ovario hasta el útero, miden aproximadamente 10 o 12 cm y constan de cuatro porciones: pabellón, ampolla, istmo y porción intramural.

➤ **Útero**

El útero está situado entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y por encima de la vagina, tiene forma de cono, un poco aplanado y con el vértice hacia abajo. Mide unos 7 cm de altura y, en su parte más abultada por arriba unos 5 cm de anchura. El útero tiene tres capas: Mucosa o endometrio, muscular o miometrio y serosa o adventicia. Tiene dos funciones esenciales, mantener el embrión durante el embarazo y expulsarlo cuando el feto llega a término.

➤ **Vagina**

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva, situada entre la vejiga y el recto, mide de 7 a 10 cm y sus paredes son muy elásticas y plegadas para permitir la salida del feto en el parto. La vagina cumple la función de órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene, contribuye a la lubricación durante el acto sexual mediante la secreción mucosa, necesaria para que el coito produzca una sensación satisfactoria.

➤ **Genitales externos.**

El conjunto de órganos genitales externos de la mujer se denomina vulva, limitada por los labios mayores, que confluyen por detrás en la comisura

posterior y por delante en el monte de Venus, los labios menores o ninfas, que en la parte anterior se unen por delante y por detrás del clítoris, formando respectivamente el capuchón y el frenillo del clítoris (órgano eréctil de la mujer) (9).

3.1.1.7. Cambios en la adolescencia

3.1.1.7.1. Cambios biofisiológicos:

Las hormonas más implicadas directamente en la sexualidad son: los estrógenos, la progesterona y la testosterona.

- **Estrógenos:** Hormona femenina, en la pubertad se incrementa su producción, relacionada con el deseo sexual y el desarrollo de los caracteres sexuales.
- **Progesterona:** Hormona protectora de la gestación en la mujer.
- **Testosterona:** Hormona masculina que se produce sobre todo en los testículos, relacionada con el deseo sexual y con el desarrollo de los caracteres sexuales.

a) Cambios masculinos:

- Aparece vello facial, posible acné, la voz falla y se hace más grave, los hombros se ensanchan, aparece el vello púbico, crece el vello en el pecho, espalda, axilas, brazos y piernas, el cuerpo transpira, los testículos y el pene aumentan de tamaño, el cabello y la piel se vuelven más grasos, aumenta el peso y la altura, las manos y los pies aumentan de tamaño y se inicia la capacidad reproductora.
- Eyaculación: Al llegar la pubertad, el cerebro indica a los testículos que produzcan testosterona y así comienza la producción de espermatozoides.

b) Cambios femeninos:

- La piel se vuelve más grasa, aumenta el peso y la altura, aumenta el sudor, rostro más lleno, posible acné, los brazos engordan, aparece el vello en las axilas, brazos y piernas, se destacan los pezones, crece el

vello púbico, los genitales se engrosan y oscurecen, los muslos y las nalgas engordan, las caderas se ensanchan y se inicia la capacidad reproductora.

- Menstruación: Al llegar a la pubertad, el cerebro indica a los ovarios que produzcan estrógeno, lo que indica a los óvulos que maduren. Así, una vez al mes, un óvulo sale del ovario y se lanza de una trompa de Falopio donde aguarda antes de llegar hasta el útero. El ciclo menstrual tiene una duración media de 28 días, la primera mitad del ciclo comienza el primer día de la regla y dura hasta la ovulación (aproximadamente el día 14) y está controlada por la acción de los estrógenos. La segunda mitad del ciclo comienza con la ovulación y dura hasta el primer día de la próxima regla y está controlada por la progesterona. Si no hay espermatozoides en el útero, el endometrio y todos los tejidos que se han preparado durante el ciclo se expulsan junto con una cantidad de sangre (unos 35 ml por término medio) que suele durar de 3 a 6 días.

3.1.1.7.2. Cambios psicológicos e intelectuales:

Aparece una mayor curiosidad por conocer el mundo que lo rodea, la persona accede a una nueva forma de pensamiento, puede formular hipótesis, razonar acerca de ellas y extraer sus propias conclusiones. Tiene opiniones propias y críticas sobre el amor, los estudios, los amigos, la familia, etc.

a) Cambios sociales

Se descubre "lo social", a la persona le importa pertenecer a un grupo y compartir ideas o gustos, aparecen cambios en la capacidad de integración social, se sigue formando y consolidando la identidad sexual y afectiva. El deseo sexual aparece y encuentra atracción física y placer sexual hacia otras personas, durante este tiempo se van definiendo la orientación sexual, los gustos y preferencias personales.

b) Autoestima

La autoestima es la forma en que nos percibimos y nos sentimos, influye el medio, cómo nos ven otras personas significativas para nosotros y cómo creemos que nos ven, esta forma de percibirnos se basa en las experiencias que tenemos con otras personas y en las atribuciones que realizamos de nuestra conducta. (10)

3.1.2. Embarazo adolescente

3.1.2.1. Delimitación del problema

De acuerdo a los resultados de las diferentes Encuestas de Demografía y Salud Familiar (ENDES), realizadas por el INEI, entre el año 1986 y el 2015, se puede observar una reducción importante de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en las mujeres de 15 a 49 años de edad, de 4.3 a 2.5 hijos por mujer, aunque las Tasas Específicas de Fecundidad (TEF), en los diferentes de edad, no se han reducido en la misma magnitud. En el período 1986-2015, se ha producido una marcada reducción de las TEF en las mujeres jóvenes de 20 a 24 años y de 25 a 29 años de edad, de 37.5% y 40.7% respectivamente, mientras que en las mujeres de 15 a 19 años la reducción ha sido bastante modesta de solo 17.7%, en el mismo periodo. En las áreas rurales, las TEF, tanto en las mujeres de 15 a 19 años, como en las mujeres jóvenes, son más altas que en las áreas urbanas. La fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años de edad, del área rural, es similar a la fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años de esa misma área (6).

3.1.2.2. Problema de salud pública en el Perú

Es considerado un problema de salud pública porque:

- Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo.
- Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la Selva.
- Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior.
- Afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural (11).

3.1.2.3. Factores de riesgo

a) Factores próximos:

- **Inicio de las relaciones sexuales**

Un fenómeno que viene observándose, entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, es el incremento en el porcentaje de aquellas que tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, este porcentaje paso de 5.1% en el 2000 a 6.9% en el 2015. Asimismo, el porcentaje de mujeres, de este grupo de edad, que tuvieron actividad sexual reciente paso de 11.4% a 14.4%; y el porcentaje de aquellas que nunca tuvieron relaciones sexuales se redujo en casi diez puntos porcentuales en el mismo período, señalando que la actividad sexual entre las mujeres de 15 a 19 años de edad ha ido en incremento desde el 2000 al 2015 (6).

- **Edad del adolescente ante el primer embarazo**

El embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo y esto incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. Las complicaciones que presentan los hijos de madres adolescentes están relacionadas más a factores sociales que a determinantes biológicos por eso es necesario reconocer que las adolescentes de los estratos económicamente más vulnerables tienen menos probabilidades de acceso a información y atención prenatal (6).

- **Uso de métodos anticonceptivos**

El uso de métodos anticonceptivos modernos, entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, no ha variado sustancialmente, entre el 2010 y el 2015, sí se observa un incremento de su uso entre las mujeres de 15 a 19, de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad de 44.6% a 51.6%, de 52.8% a 60.1% y de 54.4% a 58.9%, respectivamente. Los métodos más usados eran la inyección, la píldora y el condón masculino. Aunque hay que señalar que un porcentaje importante aún usan métodos tradicionales o no usan ningún método Anticonceptivo. De ahí la necesidad de mejorar los conocimientos de las mujeres en cuanto a las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de

métodos anticonceptivos, así como mejorar la disponibilidad de los métodos modernos a todas las mujeres sexualmente activas. (6)

- **Probabilidad de segundo embarazo**

Entre los factores de riesgo más importantes para un segundo embarazo en la adolescente se encuentran: situación de pobreza; edad menor a 16 años; no vivir con los padres o vivir solamente con uno de ellos; bajo nivel de educación de la madre; falta de apoyo de un adulto dentro o fuera de la familia; ausencia de un plan de vida; alteraciones emocionales y depresión; uso inconsistente de métodos anticonceptivos y, también tener una pareja estable constituye un factor de riesgo importante para que la madre adolescente se embarace de nuevo y rápidamente. Un segundo embarazo representa sin duda una sobrecarga aún mayor para la madre adolescente desde el punto de vista biológico, económico, social y emocional, sobre todo cuando proviene de sectores económicamente pobres (11).

b) Factores determinantes socioeconómicos

- **Acceso a servicios de salud**

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad de las y los adolescentes afecta directamente las tasas de embarazo y fecundidad de esta población. La oferta de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental comprometida con las y los adolescentes y que dé la oportunidad de acceso a los estratos más pobres (11).

- **Acceso a fuentes de información sobre sexualidad**

Flórez (2005) demuestra que la frecuencia de las charlas de educación sexual impartidas en las escuelas no ha mostrado efecto importante en la reducción del embarazo no planeado en adolescentes, la educación sexual impartida en las escuelas es más bien informativa de los órganos reproductivos y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, pasando por alto las necesidades de formación integral de las y los adolescentes. Los adolescentes consideran al docente como fuente de información para estos temas sin embargo no consideran que estén preparados adecuadamente (11).

- **Lugar de residencia**

Una forma usual de clasificar el lugar de residencia es urbana y rural, la fecundidad en adolescentes es mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas, el lugar de residencia se convierte en un factor determinante porque representa el espacio en el cual están disponibles los servicios, bienes y oportunidades a las que podrían acceder los y las adolescentes que habitan en dicho ámbito (11).

- **Escolaridad**

El nivel de escolaridad sigue teniendo un papel preponderante en el inicio de la vida reproductiva, esta es la variable de mayor peso en la determinación de probabilidades de tener al primer hijo nacido vivo, el carecer de escolaridad o tener la primaria incompleta aumenta notablemente las probabilidades de tener al primer hijo en la adolescencia, mientras que culminar la secundaria o más incide de manera importante en la probabilidad de convertirse en madre a edades adultas (Luna C., 2008). El acceso a la educación se convierte en un factor protector frente al embarazo no planeado, no obstante, si la educación es de calidad se refuerza el efecto protector ya que una educación de calidad es capaz de mejorar las habilidades de las y los adolescentes para desarrollar un plan de vida (11).

- **Uso del condón**

El uso del condón en la primera relación sexual reduce la probabilidad de un embarazo no planeado y promueve una conducta de cuidado en las próximas relaciones. Las políticas públicas en materia de anticoncepción y salud reproductiva orientadas hacia adolescentes deben considerar acciones que tiendan a mejorar las condiciones en las que este grupo de la población inicia su vida sexual (11).

- **Estrato socioeconómico**

Las tasas de fecundidad son altamente variables según el estrato social, en el Perú la fecundidad es dos veces mayor en los dos quintiles más pobres y tres veces menor en los dos quintiles más ricos. Esta situación revela la importancia de abordar la exclusión que sufren aquellas adolescentes que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. Podría deducirse que a la

medida que se sube en la escala social se incrementa la proporción de mujeres y varones adolescentes que hacen uso de métodos anticonceptivos cuando inician su actividad sexual (11).

- **Estructura familiar**

La fecundidad adolescente está influenciada por la familia y los grupos sociales de pertenencia, familias con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector; los y las adolescentes provenientes de estas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener relaciones sexuales sin protección y por lo tanto, de quedar embarazadas o embarazar a su pareja (11).

c) **Factores determinantes contextuales**

- **Patrones culturales de la comunidad**

La cultura, entendida como el conjunto de preferencias y creencias que ayudan a entender diversos comportamientos económicos, es transmitida intergeneracionalmente a través de la familia o la red social cercana (barrio, comunidad, colegio, entre otros). Algunos grupos sociales otorgan un valor superior al matrimonio y la maternidad/paternidad como proyecto de vida, en este marco, un embarazo temprano puede considerarse un logro, en particular para las adolescentes de aquellos estratos de la sociedad en que los planes de vida alternativos tienen pocas posibilidades de realizarse (11).

- **Nivel de comunicación con la madre**

Respecto a la comunicación entre hijos adolescentes y padres, se ha encontrado que la madre parece ser una figura clave, aún para los adolescentes varones. En el estudio de García y colaboradores (2008), los y las adolescentes de 15 a 19 años mencionaron que los temas prioritarios que conversaban entre madres e hijos/as giraban en torno a las/os enamoradas/os, seguido de las consecuencias de un embarazo en la adolescencia, las ITS y el aborto y sus consecuencias. Existe un aceptable nivel de comunicación entre madres e hijos/as sobre temas relacionados con la sexualidad, no obstante, todavía se observa temas tabú que no se conversan entre ambos (11).

- **Violencia contra la mujer**

Se ha establecido vínculos entre los niveles de violencia social - familiar, callejera, escolar, pandillaje y el embarazo no planeado en adolescentes. Mujeres adolescentes que pertenecen a dichos círculos tienen mayor riesgo de cursar un embarazo, ya sea porque son víctimas de violencia familiar, abuso sexual (casos que no son denunciados en su mayoría) y/o explotación sexual (11).

3.1.2.4. Estrategias de prevención y reducción del embarazo adolescente

En la actualidad existe suficiente evidencia que indica que los programas de educación sexual retrasan el inicio de la actividad sexual entre las y los adolescentes y mejoran el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos/as reduciendo de este modo la prevalencia del embarazo en adolescentes. Michael Carrera (UCLA, 2010) sustenta que el embarazo en adolescentes no es simplemente “un problema genital” como tampoco es “un problema de la sexualidad femenina” y describe ocho tipos de intervenciones que podrían ser efectivas para reducir el embarazo en adolescentes:

- Programa de educación sexual y vida familiar: orientado al desarrollo de habilidades para la vida, la postergación del inicio de la actividad sexual/abstinencia, la dimensión social de la problemática y el mejoramiento de la vida familiar.
- Programa de fortalecimiento de los servicios de salud: orientado a mejorar la calidad de los servicios (calidez, oportunidad, disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva) y la promoción de la salud y el trabajo con redes de jóvenes.
- Desarrollo de programas de salud mental para adolescentes: orientado a la mejora de la autoestima y la afectividad en las relaciones madre-hijos.
- Programas de desarrollo de la autoestima del adolescente a través de las artes: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
- Programas de recreación o de deportes: orientado al fortalecimiento de

capacidades para elaborar proyectos de vida.

- Programas de evaluación académica y ayuda en el hogar: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida. Programas laborales y de identificación de carreras ocupacionales: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
- Programas de admisión temprana a la educación superior: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida (11).

De otra parte, Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma en la revista The Lancet (2007) argumentaron que la reducción de la prevalencia de infecciones por el virus del VIH en algunos países occidentales se debió básicamente al esfuerzo realizado en la promoción de comportamientos sexuales seguros entre los y las adolescentes, en el marco de intervenciones para reducir el embarazo en adolescentes. Se agrupan tres tipos de intervenciones de prevención y promoción de la salud:

- Servicios de salud que aseguran una atención de alta calidad en salud sexual y reproductiva.
- Programas de educación sexual diseñados en un currículo basado en evidencias y orientado a la familia.
- Estrategias de desarrollo juvenil para fortalecer habilidades para la vida y mejora en el acceso a oportunidades educativas, económicas y culturales basadas en la comunidad (11).

Se identifican tres tipos de intervenciones:

- Aspectos educativos: educación en salud, educación para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes, servicios comunitarios educativos, servicios de orientación/consejería, educación en salud más habilidades para la vida y grupos de autoayuda para adolescentes. Dichas intervenciones están dirigidas a los principales interlocutores de las y los adolescentes (padres, docentes y el entorno).
- Promoción de métodos anticonceptivos: promoción del uso de métodos anticonceptivos con o sin distribución de los mismos, dirigido en general a los y las adolescentes independientemente de si han iniciado o no su actividad sexual. El foco de esta intervención está dirigido a influir en las

actitudes de los y las adolescentes hacia el uso de los anticonceptivos una vez hayan decidido iniciar su actividad sexual.

- Intervenciones múltiples: combinación de intervenciones educativas con promoción de la anticoncepción y acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva amigables para las y los adolescentes. Una importante lección de dichos esfuerzos es que en la actualidad las comunidades tienen más opciones para desarrollar sus propias iniciativas adecuándolas a los valores, oportunidades y presupuestos locales disponibles. Cabe resaltar que los líderes de dichos programas son los gobiernos locales (11).

3.1.3. Infecciones de Transmisión Sexual

De acuerdo a las estadísticas del MINSA, entre 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65,657 casos de infección por VIH, y 34,438 casos de SIDA. De los casos notificados de SIDA, el 2.6% fueron diagnosticados cuando los pacientes tenían entre los 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Dado el largo período de incubación de esta enfermedad, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. De ahí la necesidad de mejorar los programas de educación sexual para adolescentes, así como poner a su disposición insumos para su protección (6).

3.1.3.1. Formas de transmisión

Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto sexual sin protección cuando existe penetración, ya sea vaginal o anal, aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral u otras vías como la sanguínea o perinatal. Las infecciones de transmisión sexual se transmiten generalmente mediante el contacto con:

- Fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales.
- A través de la contigüidad de la piel por medio de heridas micro o macro o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una úlcera en la boca, pene, ano o vagina.
- Juguetes sexuales contaminados (12).

3.1.3.2. Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS

a) Factores biológicos

- Edad.

Las y los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerable a las ITS (12).

- Estado inmunológico

El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico (12).

- Tipo de relación sexual

Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse. Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones (12).

b) Factores conductuales

- Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas
- Tener varias parejas sexuales simultáneas.
- Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca, tener relaciones sexuales con penetración y sin protección.

- Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
- Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia (12).

c) Factores sociales

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Mujeres transgénero.
- Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.
- Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados, personas privadas de la libertad.
- Mujeres y hombres que viven violencia sexual.
- Jóvenes sin información y servicios adecuados.
- Poblaciones indígenas o marginadas.
- Población migrante.
- Mujeres embarazadas (12).

3.1.3.3.Las 4 “C”

Principales componentes de la información y consejería del paciente con ITS es el uso de la regla las 4Cs (13).

a) Consejería

Es la intervención para el cambio de comportamiento, tiene como propósito ayudar a realizar cambios necesarios en las actitudes y comportamientos para disminuir el riesgo de adquirir en el futuro una ITS, incluyendo el VIH (13).

b) Cumplimiento del tratamiento

Se debe brindar instrucciones muy precisas sobre el tratamiento a seguir, debiendo discutirse con el paciente sobre los problemas potenciales que pudiese enfrentar gran cantidad de medicamentos a ingerir, costos elevados, efectos indeseables, etc (13).

c) **Contactos**

Se define como contactos a todas las parejas con las que el paciente ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses para diversas ITS (13).

d) **Condomes**

Toda persona que con una ITS puede volver a adquirir otra igual o similar en el futuro, la consejería debe lograr el cambio de conductas hacia comportamientos de menor riesgo, esto incluye la compra o adquisición y uso del condón. Es importante enfatizar que el condón brinda doble protección:

- Protege de las ITS incluyendo el VIH.
- Protege de los embarazos no deseados o no esperados (13).

3.1.3.3.1. **Funciones de la consejería**

a) **Prevención primaria**

Prevenir la transmisión de las ITS y el VIH en personas no infectadas, para ello es importante la percepción de riesgo y valoración de la vulnerabilidad (14).

b) **Prevención secundaria**

Detener o retardar el progreso de la enfermedad ya existente evitando que conduzcan a consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales sobre agravadas, se enmarca en la evaluación de las consecuencias de la infección, resaltando la forma de prevenir la diseminación de las ITS y el VIH y la reinfección, asumiendo conductas que minimizan el riesgo y garantizando el cumplimiento del tratamiento (14).

c) **Prevención terciaria**

Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de la enfermedad. Es de carácter social y debe estimular a las personas afectadas con ITS/VIH a buscar su bienestar físico o mental que les permitan mejorar su calidad de vida (14).

3.1.3.3.2. Principios de la consejería

- Reconocer sentimientos y emociones.
- Conectar al consultante con sus sentimientos.
- Contribuir a reducir la ansiedad.
- Facilitar el análisis de las ventajas y desventajas
- Ampliar las opciones contempladas por el consultante.
- Brindar información precisa, concisa y relevante.
- Evaluar riesgos que ameritan referir el consultante a servicios especializados.
- Apoyar al consultante para que implemente el plan de vida que se haya trazado. (14)

3.1.3.3.3. Características de la consejería

- Disponibilidad de tiempo.
- Intimidad.
- Actitud respetuosa.
- Honestidad.
- Confidencialidad. (14)

3.1.3.4. Prevención de ITS

- Usar un condón correctamente cada vez que se tenga un contacto sexual.
- Tener relaciones sexuales protegidas.
- No compartir agujas o jeringas.
- Hablar con la pareja respecto a la sexualidad y las ITS
- No mezclar el sexo con el alcohol o con otras drogas. (4)

3.1.3.5. Tipos de infecciones de transmisión sexual

3.1.3.5.1. Síndrome de descarga uretral

a) Definición

Es la infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior (13).

b) Etiología

La descarga uretral puede deberse a infección por *Neisseria gonorrhoeae* (Uretritis gonocócica) o a una variedad de agentes etiológicos (Uretritis no gonocócica) como la *Chlamydia trachomatis*, el agente más común, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* y *Trichomona vaginalis*. (13).

3.1.3.5.2. Síndrome de úlcera genital

a) Definición

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una “herida” o “llaga” en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas. Si las lesiones se localizan en la vulva pueden provocar en la mujer ardor o quemazón en contacto con la orina (13).

b) Etiología

- Herpes genital (Virus del Herpes simple)
- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Chancroide (*Haemophilus ducreyi*)
- Granuloma inguinal (*Klebsiella granulomatis*)
- Linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*) (13).

3.1.3.5.3. Síndrome de flujo vaginal

a) Definición

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor (mal olor), y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con disuria, dispareunia, o dolor en el hemiabdomen inferior. Este flujo vaginal o “descenso”, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina ocasionado por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido como las infecciones por tricomonas. Si bien es cierto que el flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos de flujo vaginal son ITS (13).

b) Etiología

Las principales causas de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis, entre ellas: Vaginosis bacteriana, Trichomona vaginalis (que si es sexualmente transmitida), Infección por Cándida (especialmente C. Albicans).

El flujo vaginal anormal puede ser también causado por infecciones originadas en el cervix (cervicitis por clamidia y gonorrea, verrugas cervicales, ulceraciones del cervix) y el útero (Enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis) (13).

3.1.3.5.4. Sífilis

a) Concepto

La Sífilis es una enfermedad sistémica ocasionada por el Treponema pallidum, tiene una historia natural muy compleja que comprende diferentes estadios clínicos. Con o sin tratamiento las manifestaciones clínicas de la sífilis primaria y secundaria se resuelven y la infección sólo puede diagnosticarse mediante pruebas serológicas.

Los pacientes con Sífilis pueden buscar tratamiento por síntomas o signos asociados a infección primaria (ejm: úlcera o chancro en el sitio de infección); infección secundaria (ejm: con manifestaciones que incluyen

lesiones cutáneas como exantema, lesiones mucocutáneas y adenopatías); o infección terciaria (ejm: lesiones cardíacas, neurológicas, oftalmológicas, auditivas o goma sifilítica). (13)

3.1.3.5.5. Infección por el virus del papiloma humano

a) Etiología

El VPH es un virus ADN con más de 70 genotipos identificados, más de 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital. Las verrugas genitales son causadas por el VPH tipo 6 u 11. Otros tipos (16, 18, 31, 33 y 35) han sido asociados a displasia cervical. (13).

b) Manifestación clínica

- En los varones:

Las verrugas genitales son pleomórficas, el condiloma acuminado es la lesión más común, por lo general las verrugas son pápulas exofíticas, hiperqueratósicas, sésiles o con un pedúnculo corto y ancho. Pueden variar desde pápulas perladas y lisas hasta proliferaciones acuminadas. Las lesiones aparecen con más frecuencia en el frenillo, surco balanoprepucial, glande y prepucio. En el caso de HSH, las lesiones aparecen frecuentemente en la zona perianal.

- En las mujeres:

Suelen aparecer en la vulva y los labios mayores, pudiendo invadir áreas adyacentes; en el 20% de los casos invaden el periné y el área perianal e inclusive parte de la vagina. Las verrugas genitales son generalmente benignas, con escasos síntomas, siendo su apariencia desagradable la mayor preocupación para los pacientes (13).

3.1.3.5.6. VIH / SIDA

a) Antecedentes de VIH / SIDA en el Perú

- Casos acumulados de VIH a Octubre 2017: 109,263 casos de VIH y casos SIDA 40,551.
- Número de personas viviendo con VIH/SIDA en 2016: 70,000 personas.
- Epidemia concentrada en HSH (prevalencia 12.4%) vs. población

general (prevalencia 0.23%).

- La transmisión es predominantemente sexual (97%)
- Relación hombre/mujer: 4/1.
- Lima y Callao concentran el 70% de los casos. (15)

b) VIH / SIDA

- El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (16).

c) Diferencia entre VIH y SIDA

- El VIH es el virus que se transmite de persona a persona. Con el tiempo, el VIH destruye un tipo de células importante del sistema inmunitario (denominado células CD4 o células T) que nos protegen de las infecciones. Cuando no tienes suficientes células CD4, tu cuerpo no puede combatir las infecciones como lo haría normalmente.
- El SIDA es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene SIDA cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de células CD4. El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH y, con el tiempo, termina provocando la muerte.
- Sin tratamiento, generalmente toma 10 años para que alguien con VIH desarrolle SIDA. El tratamiento desacelera el daño que causa el virus y ayuda a que los infectados se mantengan sanos durante varias décadas (17).

d) Vías de transmisión

- El VIH es transportado en el semen, las secreciones vaginales, la sangre y la leche materna. El virus ingresa en el cuerpo a través de cortes o heridas en la piel y a través de las membranas mucosas (como el interior de la vagina, el recto y la abertura del pene). Puedes contraer VIH por:
- Tener sexo vaginal o anal.
- Compartir agujas o jeringas.
- Tener heridas o ampollas abiertas que entran en contacto con sangre, semen (esperma) o secreciones vaginales infectados con VIH.
- La forma más común de transmisión del VIH es el sexo sin protección.
- Transmisión materno perinatal: Embarazo, parto y lactancia.
- Transfusiones sanguíneas (17).

3.1.4. Métodos Anticonceptivos

3.1.4.1. Conceptos generales

- **Atención integral en salud sexual y reproductiva para los adolescentes**

Es la provisión continua y con calidad de una atención integral, orientada hacia la promoción, prevención, acceso a métodos anticonceptivos, recuperación y rehabilitación en salud sexual y reproductiva, en el contexto de su vida en familia y en la comunidad. Se brinda orientación/consejería, talleres formativos, animación sociocultural y atención clínica, se abordan temas como la salud física, psicosocial, sexual y reproductiva de las/os adolescentes (4).

- **Edad fértil**

Etapas de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. De 15 a 49 años (4).

- **Método Anticonceptivo**

Son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los

temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El término paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener (4).

3.1.4.2. Derechos sexuales y reproductivos

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permita disfrutar de su sexualidad.
- Decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, orientación sexual, estado civil, religión, creencias, entre otros, a los servicios de atención que incluyan la salud sexual y reproductiva incluyendo planificación familiar.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria, y que no esté limitada por su capacidad económica. (18)

3.1.4.3. Anticoncepción en la adolescencia

- La edad no es razón suficiente para descartar ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser considerados, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento.
- Los métodos de abstinencia periódica requieren un elevado grado de motivación.
- Los métodos de barrera ofrecen protección también frente a infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que están especialmente indicados en la adolescencia, bien solos o en doble protección.
- Los anticonceptivos orales se consideran actualmente seguros en la

adolescencia, no existen problemas para el uso en adolescentes de anticoncepción combinada.

- Respecto a la anticoncepción con progestágenos solos, el patrón de sangrado errático que producen es, con frecuencia, motivo de abandono del método en adolescentes. La inyección o los implantes de progestágeno son de elección cuando se requiere alta eficacia (18).

3.1.4.4. Tipos de métodos anticonceptivos

3.1.4.4.1. Métodos de Abstinencia periódica

a) Método del ritmo, de la regla o del calendario.

- Concepto

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

- Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

- Condiciones que contraindican su uso

Mujeres con ciclos menstruales irregulares y/o sangrado inter menstrual. Adolescentes que aún no han regularizado su ciclo menstrual. Mujeres en la peri menopausia o durante la lactancia materna.

- Características

Incrementa la participación masculina en la planificación familiar. Útil para mujeres con ciclos regulares establecidos, entre 27 y 30 días.

Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación/consejería apropiada.

No protegen de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA.

- Forma de uso

La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.

De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:

- Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto.
- Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.
- De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19no día del ciclo menstrual (18).

b) Método Billings, de la ovulación o del moco cervical

- Concepto

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

- Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

- Condiciones que contraindican su uso

Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical.

Infecciones, enfermedades o uso de medicamentos que alteren o afecten el moco cervical.

- Características

Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.

Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos.

No previenen la Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH – SIDA.

- Forma de uso

La mujer debe Identificar el periodo fértil de acuerdo a las características del moco cervical. La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas. El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la desaparición brusca de la sensación de humedad, lubricación

o de la observación de mucosidad.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación) (18).

3.1.4.4.2.MÉTODOS DE BARRERA

a) Condón masculino

- Concepto

Funda delgada de látex, lubricada, que se coloca en el pene antes de iniciar la relación sexual.

- Mecanismo de Acción

Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

- Condiciones que contraindican su uso

Alergia o hipersensibilidad al látex.

- Características

Es un método eficaz, si se usa correctamente. De fácil obtención y bajo costo.

Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.

Su uso correcto otorga doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual /VIH-SIDA.

- Forma de uso

Asegurarse de la integridad del envase

Verificar la fecha de manufactura en el sobre, no deberá ser mayor de cinco años.

Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo desde la erección antes de la penetración (coito).

Cada condón se usa una sola vez, si tuviera otra relación sexual use otro condón.

Se debe retirar antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo.

Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en

contacto con el mismo (18).

b) Condón femenino

- Concepto

El Condón Femenino es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual.

- Mecanismo de acción

Impide el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino.

Condiciones que contraindican el uso de condones femeninos

Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.

- Características

Puede ser colocado antes del coito, evitando interrupciones durante la relación sexual, no requiere de erección para colocarlo y no necesita retirarse de inmediato una vez concluido el coito.

Es una excelente opción para las mujeres y hombres que son alérgicos al látex.

Ofrece doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual VIH / SIDA, úlceras o vesículas, como el herpes y el chancro blando, pues el condón femenino cubre gran parte de los órganos genitales externos de la mujer.

No debe ser usado simultáneamente con el condón masculino.

- Forma de uso

Se debe usar un nuevo condón femenino para cada acto sexual.

Explicar a la usuaria:

Que revise el paquete del condón, si está dañado o roto, no debe utilizarlo.

Lavar las manos con un jabón neutro y agua limpia.

Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.

Introducir el condón en la vagina, elegir una posición en que se esté cómoda para la

inserción (en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada), sostener el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo, apretar el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo medio, sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón, sosteniendo el condón con los tres dedos de una mano, con la otra mano separar los labios de la vagina, colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo, luego con el dedo índice por dentro del condón empujar el anillo interno dentro de la vagina unos 2,5 centímetros del condón con el anillo externo quedarán fuera del cuerpo.

Asegurar que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior, después de que el hombre retira su pene, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro los fluidos y suavemente, retirarlo de la vagina, sacarlo con cuidado y arrojarlo en la basura (18).

3.1.4.4.3. Anticonceptivos Hormonales

a) Anticonceptivos orales combinados

- Concepto

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno para administración por vía oral.

- Mecanismos de acción

Supresión de la ovulación. Espesamiento del moco cervical.

- Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados

Sangrado genital sin explicación.

Enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular, trombosis venosa profunda.

Hepatitis, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, migraña.

- Características

Muy eficaz.

Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.

Disminuye el flujo menstrual y los cólicos menstruales. Regulariza los ciclos

menstruales.

No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA.

- **Posibles efectos secundarios**

Amenorrea, náuseas, vómitos, mareos, aumento de peso, cefalea.

- **Forma de uso**

Toma diaria. Inicio del método:

- Entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual. En los siguientes ciclos:
- Se reinicia la toma inmediatamente de terminar el paquete anterior.
- En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen. Si se olvida dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por deprivación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días (18).

3.1.4.4.4. Anticoncepción de emergencia (AE)

- **Concepto**

Son todos los métodos hormonales que se usan en casos de emergencia, luego de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura de un condón, para evitar un embarazo no planificado.

- **Mecanismo de acción**

Inhibe la ovulación. Espesa el moco cervical.

- **Condiciones que no restringen el uso de la AE.**

Lactancia, embarazo ectópico previo, enfermedades cardiovasculares reumáticas, neurológicas y gastrointestinales.

- **Indicaciones**

Violación.

Violencia sexual familiar.

Relación sexual sin protección.

Se rompió o se deslizó el condón.

- **Características**

No es un método para uso regular, debe de ser considerado como una alternativa de uso excepcional.

Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.

Eficaz si se usa lo más pronto o dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.

No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA.

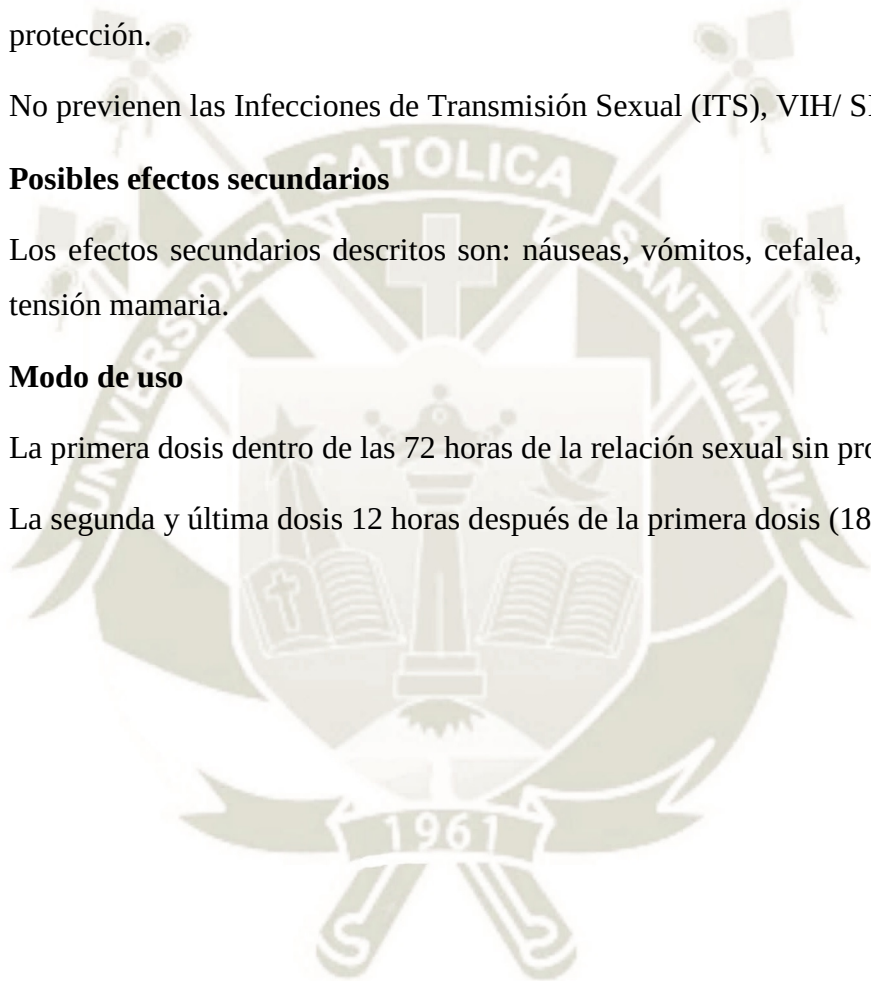
- **Posibles efectos secundarios**

Los efectos secundarios descritos son: náuseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria.

- **Modo de uso**

La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.

La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis (18).



3.2. Antecedentes investigativos

- a) **Título:** Comportamientos y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Fuente: Scielo, CCM vol.18 no.3 Holguín jul.-set. 2014 **Autor:** Aida Esther Montalvo Millán, Máster en Atención Integral al Niño. Especialista Primer Grado en Enfermería Materno Infantil. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Granma. Cuba

Resumen:

Introducción: El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con la propia percepción del bienestar psicológico. La adolescencia es considerada la etapa, donde ocurren cambios que resultan muchas veces determinantes en la vida futura.

Objetivo: Determinar los conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en tres escuelas secundarias básicas urbanas del municipio de Bayamo, provincia Granma, durante el curso escolar 2011-2012. Los datos se procesaron a través del paquete estadístico EPIDAT versión 3.1, se seleccionó una muestra probabilística de los adolescentes objeto de estudio mediante la aplicación de un muestreo aleatorio estratificado y se utilizó como variable de estratificación el grado escolar y una fijación proporcional al tamaño de los estratos. Para determinar la significación de la asociación entre variables cualitativas o cuantitativas se utilizó la prueba chi cuadrado con una confiabilidad de 95%.

Resultados: Predominó en los adolescentes estudiados del sexo femenino en el grupo de edad de 13 a 14 años con el 65,4 %. Se observó que el 94,7% mencionó las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, así como, los métodos anticonceptivos más utilizados en cuanto a la prevención de las ITS y del embarazo en esta edad.

Conclusiones: Los conocimientos de los adolescentes son adecuados y se corresponden con los comportamientos, de alguna manera, tiene gran importancia la labor de los padres en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de sus hijos.

- b) **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”, noviembre - diciembre 2015 Fuente: Universidad Mayor de San Marcos, tesis para obtener el título profesional de licenciada en obstetricia

Autor: Madeleine Larissa Ildefonso Soto

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.

Diseño: Estudio de tipo cuasi experimental, prospectivo, de corte longitudinal. Lugar: Institución Educativa Privada “Trilce”.

Participantes: 53 alumnos que cursan el quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Trilce”, durante los meses noviembre - diciembre del año 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%, ≤ 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.

- c) **Título:** 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 Unión Departamento de Arequipa 2017

Fuente: Universidad Católica de Santa María, tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia.

Autor: Gutiérrez Llerena, Martha G, Purguaya Purguaya, Deysi F

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.

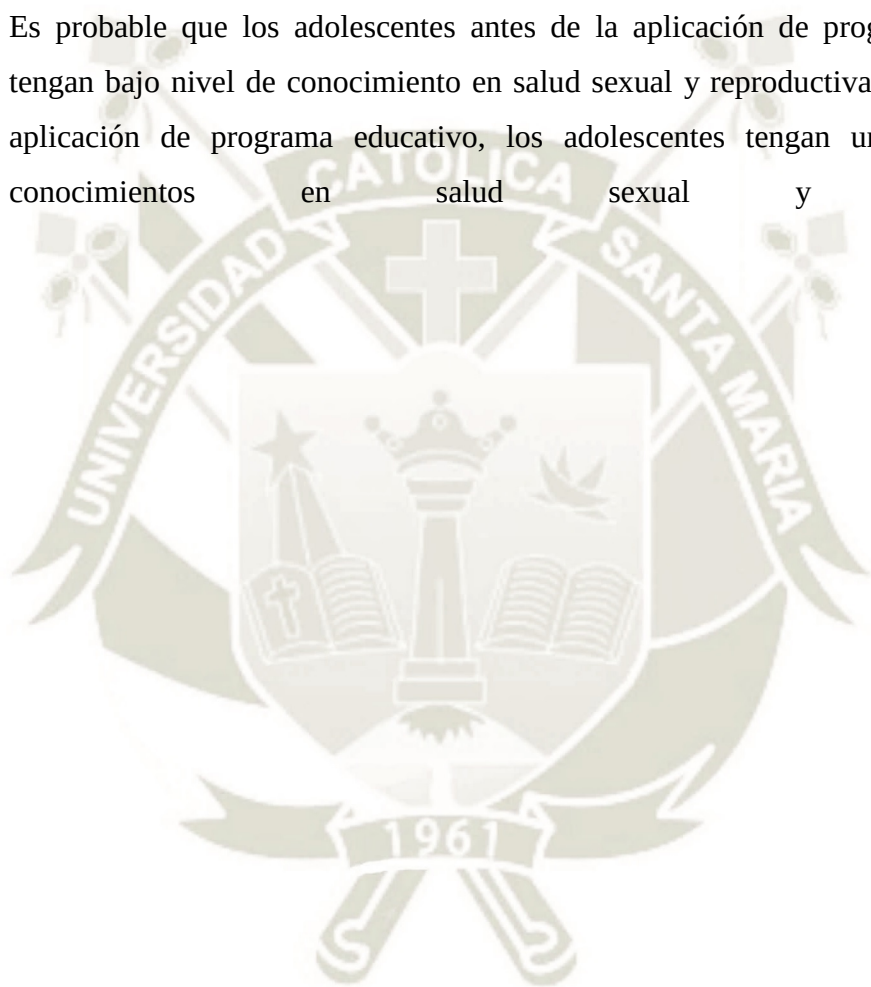
Conclusiones: La intervención educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria N° 040801 Mariscal Orbegoso tuvo un efecto positivo porque presento una diferencia estadística significativa ($P < 0.05$) según la prueba de chi-cuadrado ($X^2 = 20.92$).

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

4. Hipótesis:

Dado que el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva es primordial durante la etapa de la adolescencia por que ayuda a la disminución y prevención de conductas de riesgo para prevenir embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual y saber el uso correcto de métodos anticonceptivos,

Es probable que los adolescentes antes de la aplicación de programa educativo tengan bajo nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva y después de la aplicación de programa educativo, los adolescentes tengan un nivel alto de conocimientos en salud sexual y reproductiva.



CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

- El test realizado a los alumnos de quinto de secundaria de la Institución Inmaculada Concepción.

1.2. Instrumentos

- Test de 20 preguntas sobre sexualidad, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Programa educativo en Salud Sexual y Reproductiva	I Taller II Taller III Taller IV Taller		
VARIABLE DEPENDIENTE Nivel de conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva	Sexualidad Embarazo Adolescente ITS Métodos Anticonceptivos	Pre y Post Test	Ficha de preguntas
VARIABLE INTERVINIENTE Características sociodemográficas	Edad Tipo de familia Sexo	Parte introductoria del Test	Ficha de preguntas

1.3. Materiales

- Plumones
- Separatas
- Hojas bond
- Cartulinas
- Diapositivas
- Cañón multimedia
- Computadora
- USB
- Lápices
- Trifoliados
- Pancartas

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Precisión del lugar

- **Ámbito general:** Arequipa
- **Ámbito específico:** Institución Educativa Inmaculada Concepción.

2.1.2. Caracterización del lugar

- Ámbito institucional

2.1.3. Delimitación gráfica del Lugar

- Dirección: Calle Pedro Diez Canseco Mz I Lote 11 JLByR
- Croquis de la ubicación de la Institución Educativa Inmaculada Concepción. (ANEXO 7)

2.2. Ubicación temporal

2.2.1. Cronología

- Mayo - Junio 2019

2.2.2. Visión temporal

- Prospectivo

2.2.3. Corte Temporal

- Longitudinal

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo cuantitativo:

- Adolescentes del quinto año de educación secundaria

2.3.2. Universo formalizado:

- Se trabajó con todo el universo

QUINTO GRADO DE SECUNDARIA		
SECCION	HOMBRES	MUJERES
QUINTO A	12	16
QUINTO B	9	21
QUINTO C	6	22
QUINTO D	12	16
	39	75
		TOTAL: 114

2.3.3. Consentimiento Informado

- Se entregó el Consentimiento informado a los padres de familia previa aplicación de programa educativo sobre Salud Sexual y Reproductiva (ANEXO 1).

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

3.1.1. Autorización

- Obtenida por la Directora Eva Bellatin de la Institución Educativa Inmaculada Concepción

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales
- María Alejandra Vizcarra Gutiérrez

3.2.2. Físicos

- Instalaciones de la institución educativa
- Cañón Multimedia
- Cámara de video y fotográfica

3.2.3. Económicos

- Autofinanciado

3.2.4. Institucionales

- Institución Educativa Inmaculada Concepción

3.3. Validación del instrumento

Según el Coeficiente KMO=0.621 se muestra que el análisis factorial se adecua para realizar la validación del constructo. Asimismo, se ha conformado 6 componentes principales explicando una varianza de 62.033% de la varianza.

Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,673	20

Según el coeficiente de Cronbach 0.673 nos indica que el instrumento es confiable debido a que el coeficiente es mayor 0.50.

3.3.1. Finalidad el instrumento

- Juzgar la eficacia con la aplicación del instrumento deseando mostrar la importancia del conocimiento en los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.

3.3.2. Tiempo de administración

- Los talleres y la aplicación del test tuvieron una duración de cuatro semanas, con 4 sesiones de talleres en donde se proporcionó material educativo completamente gratuito.

- Se concertó con la institución educativa fechas y horarios (que coincidieron en horario escolar) requiriéndose 90 minutos por sesión o taller en donde se proporcionó información y aplicación de talleres participativos sobre todos los aspectos relativos en salud sexual y reproductiva.
- Primera sesión: Se aplicó el pre test antes del desarrollo del programa de salud sexual y reproductiva, posteriormente se desarrolló el primer taller sobre:
 - Salud sexual y reproductiva
 - Anatomía del aparato reproductor masculino y femenino
 - Cambios en la adolescencia.Conjuntamente se entregó la separata a cada uno de los alumnos.
- En la segunda semana se aplicó el segundo taller desarrollando el siguiente tema:
 - Embarazo adolescente
 - Causas
 - Consecuencias
 - Prevención
- En la tercera semana se aplicó el tercer taller desarrollando los siguientes temas:
 - Descarga uretral
 - Úlcera genital
 - Síndrome de flujo vaginal
 - Sífilis
 - Virus del papiloma humano
 - VIH – SIDA

- En la cuarta semana se aplicó el cuarto taller desarrollando los siguientes temas:
 - Métodos de abstinencia periódica: Método del ritmo, Billings
 - Métodos de barrera: Condón femenino y masculino
 - Método hormonal oral combinado
 - Anticoncepción de emergencia.

Al culminar el dictado de la cuarta sesión se aplicó el post test.

4. Criterios para el manejo de resultados

4.1. A nivel de sistematización de datos

5.1.1. Tipos de sistematización

- Mixta mediante programa estadístico SPSS y manual

5.1.2. Plan de operación

- **Clasificación:** Matriz de ordenamiento de registro y control
- **Codificación:** Se codificará: Masculino: 1, Femenino: 2, Familia nuclear: 1, Familia Monoparental: 2, Familia Extendida: 3, Nivel de conocimiento: Bajo: 1, Medio: 2, Alto: 3.
- **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 gráficos:** Gráficos de barra.





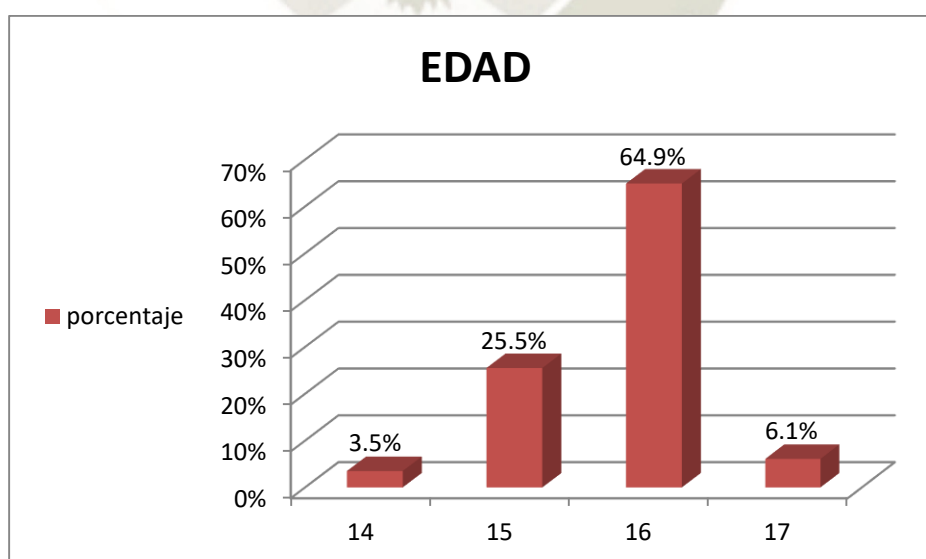
CAPÍTULO III: RESULTADOS

TABLA N° 1
**EDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCIÓN.**

Edad	N°	%
14	4	3,5,
15	29	25,5
16	74	64,9
17	7	6,1
Total	114	100,0

Fuente: Elaboración personal

La Tabla N°. 1 Muestra que el 64.9 % de los adolescentes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción tienen 16 años, mientras que el 3.5% tienen entre 14 años.

GRÁFICO N° 1: EDAD


Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 2
**SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCIÓN.**

Sexo	N°	%
Femenino	75	65.8
Masculino	39	34.2
Total	114	100

Fuente: Elaboración personal

La Tabla N°. 2 Muestra que el 34.2% de los adolescentes del quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción son de sexo masculino, mientras que el 65.8% son de sexo femenino.

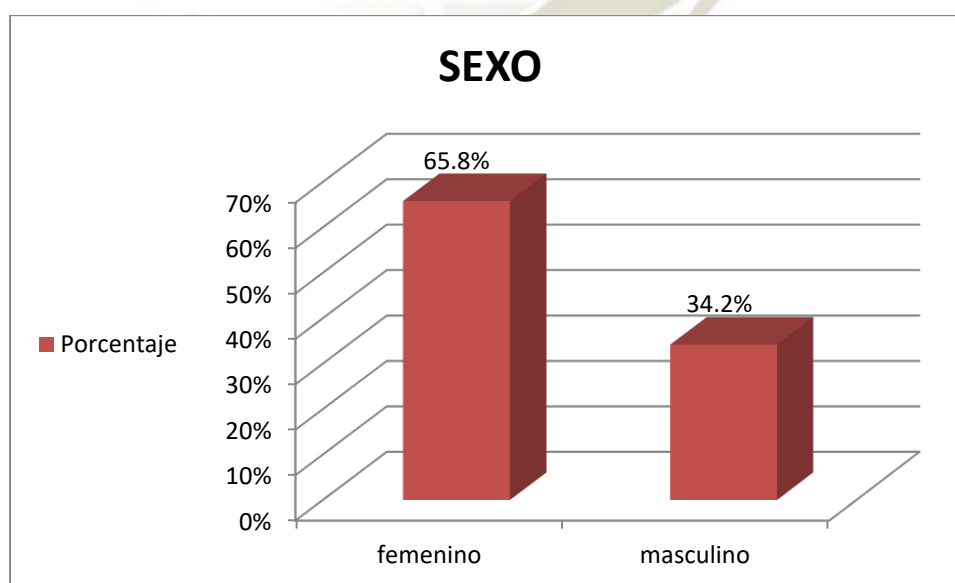
GRÁFICO N° 2: SEXO

Fuente: Elaboración personal

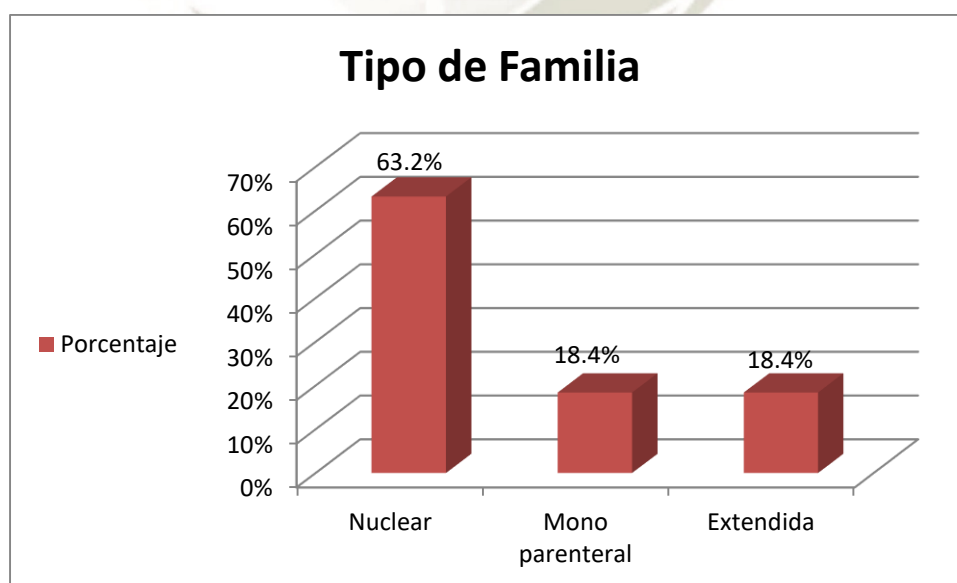
TABLA N° 3

**TIPO DE FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES DEL QUINTO GRADO DE
SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA
CONCEPCIÓN.**

Tipo de familia	N°	%
Nuclear	72	63,2
Monoparental	21	18,4
Extendida	21	18,4
Total	114	100,0

Fuente: Elaboración personal

La Tabla N° 3 Muestra que el 63.2% de los adolescentes del quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción tienen una familiar nuclear, el 18,4% son de familia monoparental y el 18.4% tiene una familia extendida.

GRÁFICO N° 3: TIPO DE FAMILIA


Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 4
**NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMANA EDUCATIVO.**

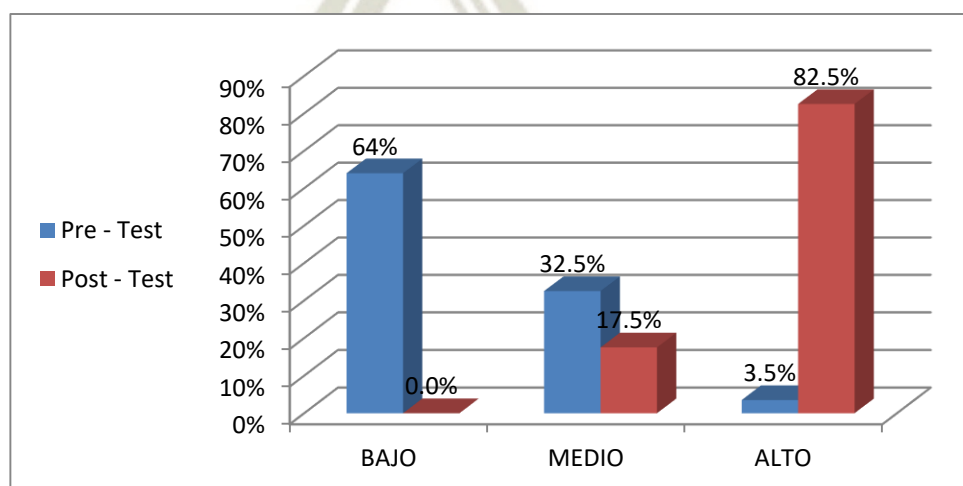
Nivel de conocimiento: Salud sexual y reproductiva	PRE - TEST		POST - TEST	
	N°	%	N°	%
Bajo	73	64,0	00	0,0
Medio	37	32,5	20	17,5
Alto	4	3,5	94	82,5
Total	114	100,0	114	100,0

Fuente: Elaboración personal.

$$X^2= 160.72 \quad P= <0,05$$

La Tabla N°. 4 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=160.72$) muestra que el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva antes y después de la aplicación educativa presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 3.5% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimiento alto sobre salud sexual y reproductiva, posteriormente de la aplicación el 82.5% de adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto.

GRAFICO N° 4


Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMANA EDUCATIVO.

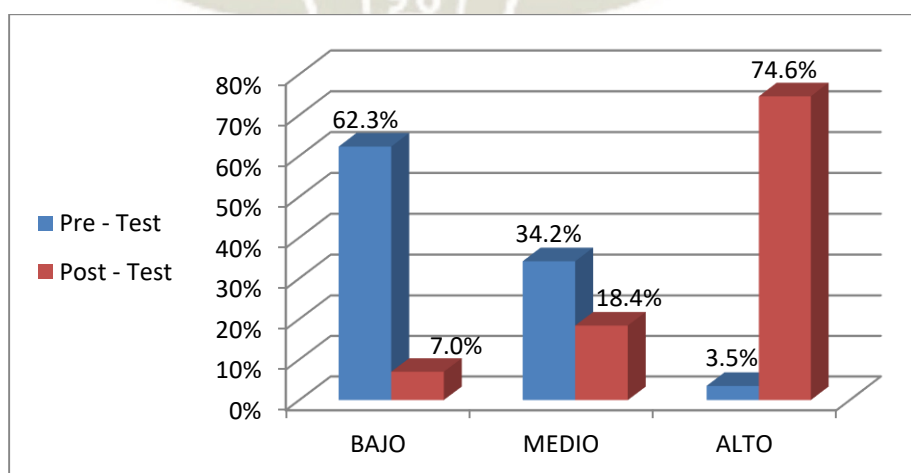
Nivel de conocimiento: Sexualidad	PRE - TEST		POST - TEST	
	N°	%	N°	%
Bajo	71	62,3	8	7,0
Medio	39	34,2	21	18,4
Alto	4	3,5	85	74,6
Total	114	100,0	114	100,0

Fuente: Elaboración personal.

$$X^2= 129.35 \quad P= <0,05$$

La Tabla N°. 5 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=129.35$) muestra que el conocimiento sobre sexualidad antes y después de la aplicación educativa presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 3.5% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimiento alto sobre sexualidad, posteriormente de la aplicación el 74.6% de adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto.

GRÁFICO N° 4


Fuente: Elaboración personal.

TABLA N° 6
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE ANTES Y
DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMANA EDUCATIVO.**

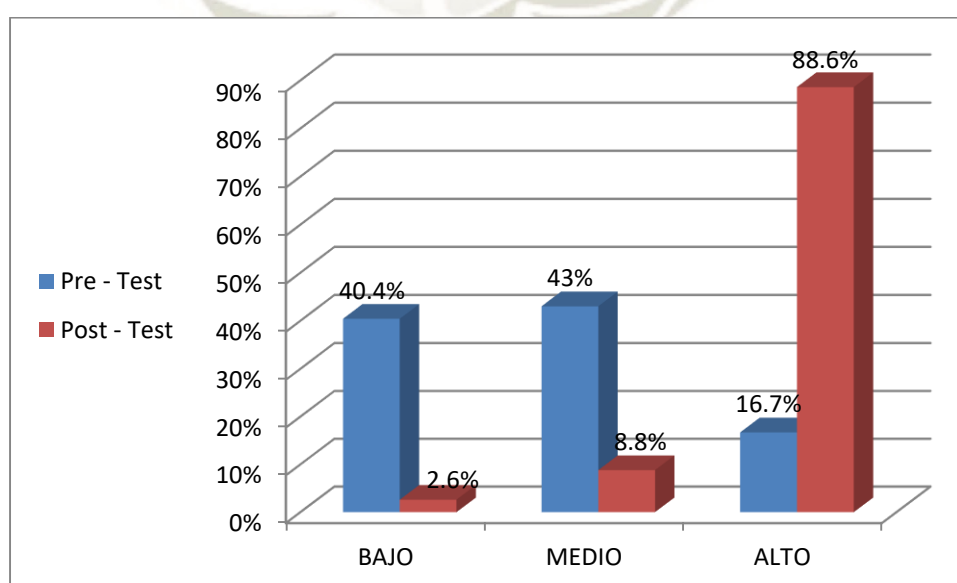
Nivel de conocimiento: Embarazo		PRE - TEST		POST - TEST	
	N°	%	N°	%	
Bajo	46	40,4	3	2,6	
Medio	49	43,0	10	8,8	
Alto	19	16,7	101	88,6	
Total	114	100,0	114	100,0	

Fuente: Elaboración personal.

$$X^2= 119.54 \quad P= <0,05$$

La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=119.54$) muestra que el conocimiento sobre embarazo adolescente antes y después de la aplicación educativa presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 16.7% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimiento alto sobre embarazo adolescente, posteriormente de la aplicación el 88.6% de adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto.

GRÁFICO N° 5


Fuente: Elaboración personal.

TABLA N° 7
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMANA EDUCATIVO.**

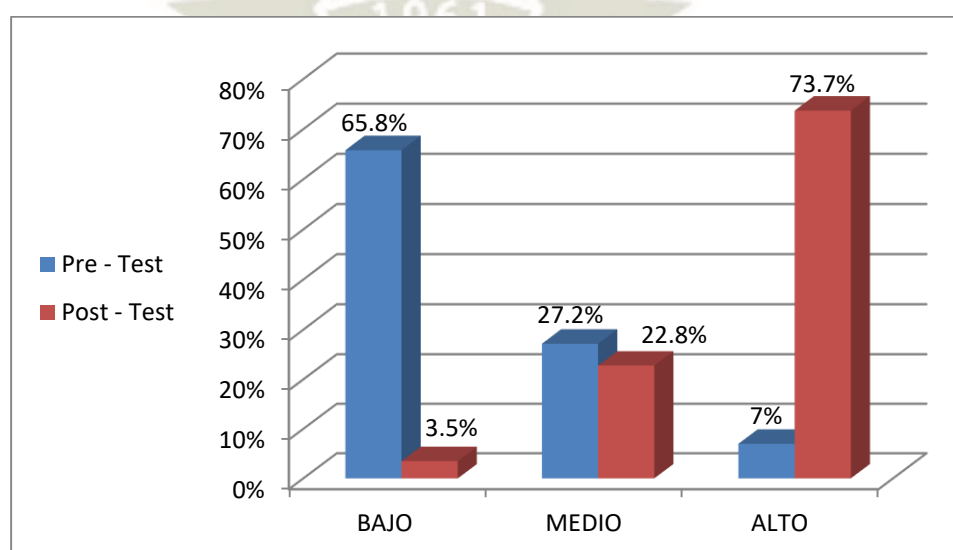
Nivel de conocimiento: ITS	PRE - TEST		POST - TEST	
	N°	%	N°	%
Bajo	75	65,8	4	3,5
Medio	31	27,2	26	22,8
Alto	8	7,0	84	73,7
Total	114	100,0	114	100,0

Fuente: Test de elaboración personal.

$$X^2= 127.03 \quad P= <0,05$$

La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=127.03$) muestra que el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual antes y después de la aplicación educativa presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 7.0% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimiento alto sobre infecciones de transmisión sexual, posteriormente de la aplicación el 73.7% de adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto.

GRÁFICO N° 6


Fuente: Elaboración personal.

TABLA N° 8
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMANA EDUCATIVO.

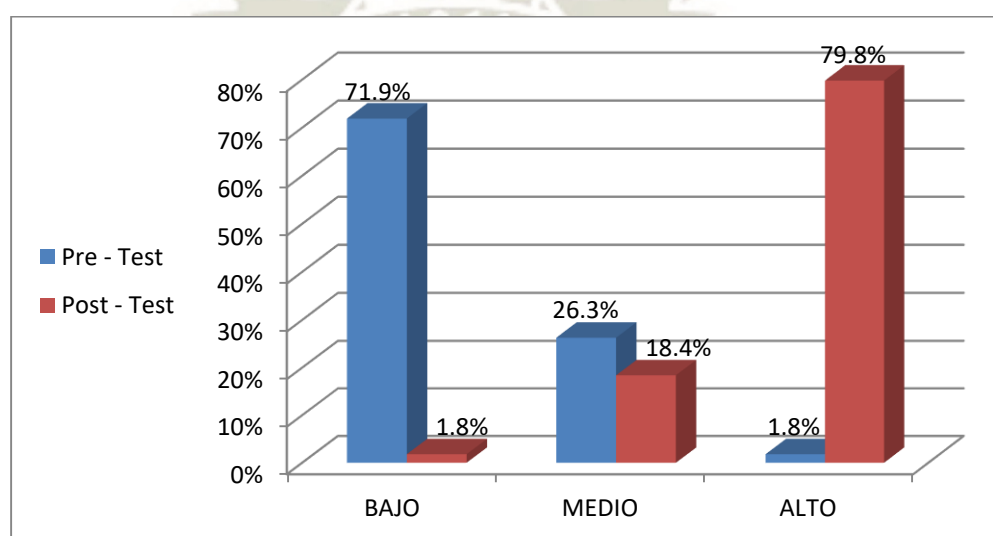
Nivel de conocimiento: Métodos anticonceptivos	PRE - TEST		POST - TEST	
	N°	%	N°	%
Bajo	82	71,9	2	1,8
Medio	30	26,3	21	18,4
Alto	2	1,8	91	79,8
Total	114	100,0	114	100,0

Fuente: Test de elaboración personal.

$$X^2= 162.95 \quad P= <0,05$$

La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=162.95$) muestra que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos antes y después de la aplicación educativa presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 1.8% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimiento alto sobre métodos anticonceptivos, posteriormente de la aplicación el 79.8% de adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto.

GRÁFICO N° 8


Fuente: Elaboración personal.

DISCUSIÓN

En el presente estudio con respecto a las características sociodemográficas: edad, sexo y tipo de familia; muestra que la edad de los adolescentes del quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción, varía entre los 14-17 años, siendo el 64.9% con mayor porcentaje los adolescentes de 16 años, mientras que en el trabajo de Ildefonso S. (19) las edades más representativas están entre los 15-16 años siendo el 73.6% del total de los adolescentes, obteniendo una similitud en ambas investigaciones.

En cuanto al sexo de los participantes del presente estudio; el sexo femenino es el que predomina siendo el 65.8% del total, en comparación con el trabajo de Ildefonso S. (19) muestra una igualdad entre sexo femenino (50.9%) y masculino (49.1%), ya que la población objetivo varía en ambas investigaciones.

Respecto a los conocimientos **antes de la aplicación del programa** se observó que los adolescentes mostraron menor conocimiento al momento de responder el test en la sección de métodos anticonceptivos en la adolescencia, en la pregunta N°18 que indica la contraindicación del método del ritmo los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bajo siendo este el 71.9%, mientras que en el trabajo de Ildefonso S. (19) muestra que la pregunta relacionada a métodos de abstinencia periódica tuvo un nivel de conocimiento bajo siendo este el 77.4%, existiendo una similitud en los resultados de ambas investigaciones sobre el nivel de conocimiento en métodos anticonceptivos en la adolescencia.

Así mismo al **nivel de conocimiento sobre embarazo adolescente antes de la aplicación del programa educativo** se muestra que el 43.3% de los adolescentes tiene un nivel de conocimientos medio, encontrando que en el estudio que realizó Idelfonso S. (19) tienen un nivel de conocimiento también medio pero con un 62.3% del total, obteniendo en ambas investigaciones un nivel de conocimiento similar, respecto al tema de embarazo adolescente ya que los adolescentes reciben una información escasa de este tema en sus instituciones educativas. En comparación con el **post - test** se obtuvo un resultado de 88.6% en embarazo adolescente siendo este un nivel alto, y en el estudio realizado por Idelfonso S. (19) fue de 56.5% en el mismo rubro siendo este aún un nivel medio, podemos observar una significativa diferencia en las dos investigaciones debido al contenido de las sesiones educativas ya que esta varía respecto a la metodología didáctica.

Con respecto al **nivel de conocimientos sobre Infecciones de transmisión sexual antes de la aplicación del programa educativo** presentó que los adolescentes tenían un nivel

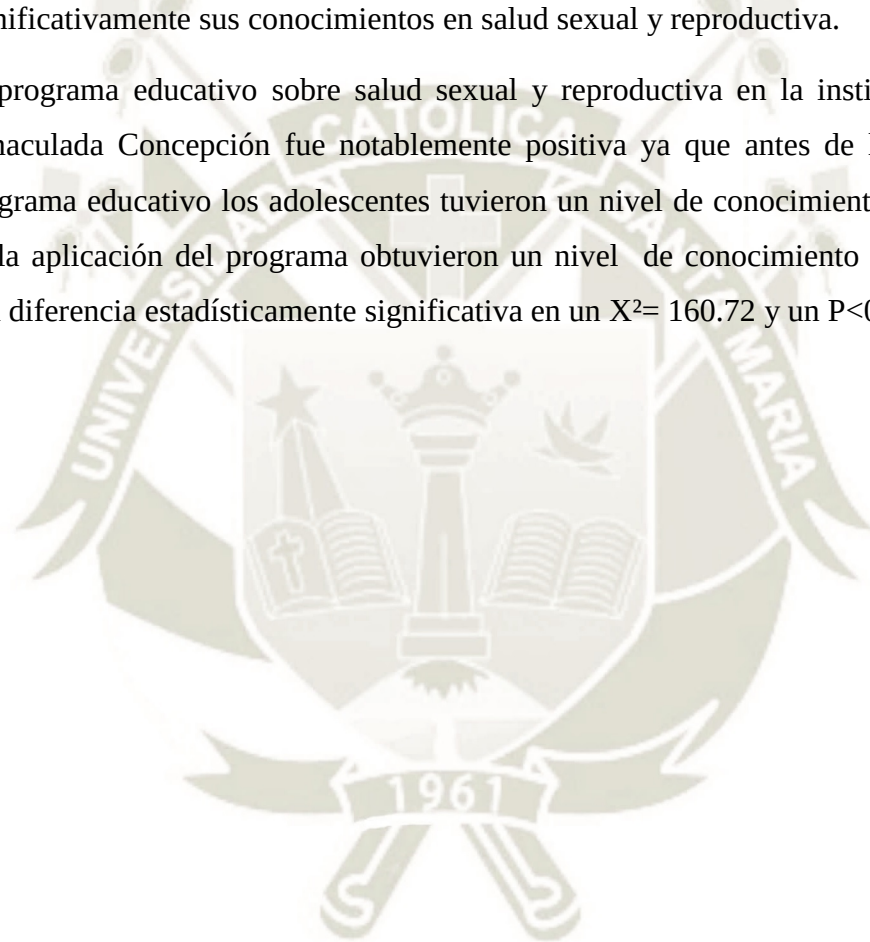
bajo de conocimientos siendo este del 65.8% del total, encontrando que en el trabajo de Gutiérrez LL. y Purguaya P. (20) muestra un nivel medio con un 53.2%, en comparación con el **post test** se obtuvo un nivel alto con un 73.7%, mientras que en el estudio de Gutiérrez LL. y Purguaya P. (20) obtuvieron un nivel alto con un 61.7%, existiendo un aumento en el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual luego de la aplicación del programa sobre salud sexual y reproductiva, siendo este un tema de suma importancia en la adolescencia para la disminución de conductas de riesgo.

En proporción **al nivel de conocimiento sobre sexualidad antes de la aplicación del programa educativo** se muestra que el 62.3% de los adolescentes tiene un nivel de conocimientos bajo, en comparación al estudio que realizaron Gutiérrez LL. y Purguaya P. (20) que muestra un nivel de conocimientos medio con un porcentaje de 83% del total de adolescentes, existe diferencia en ambas investigaciones en cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad, ya que el instrumento utilizado en la investigación de Gutiérrez LL. y Purguaya P. (20) no se halla una adecuada distribución en el número de preguntas para cada sub tema realizado y utiliza la escala de Estanones a diferencia nuestra que utilizamos la escala de Baremo. Haciendo la comparación con el **post test**, los adolescentes obtuvieron un nivel alto siendo este un 74.6% del total, mientras que el estudio que realizo Gutiérrez LL. y Purguaya P (20) muestra un nivel medio de conocimientos con el 61.7% del total, esto debido a contenido de las sesiones educativas en ambas investigaciones.

Finalmente, en relación al **nivel de los conocimiento general sobre salud sexual y reproductiva, después de la aplicación del programa educativo** se muestra que el 82.5% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimientos alto, encontrando que el estudio que realizo Gutiérrez LL. y Purguaya P. (20) obtuvieron un nivel de conocimientos alto con un 61.7%, se encuentra diferencia significativa en ambas investigaciones debido a que en nuestra investigación se adicionó el tema de métodos anticonceptivos, además se realizó el taller de forma didáctica y aplicando metodologías de aprendizaje para el grupo poblacional.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos de los adolescentes **ANTES** de la aplicación del programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en la institución educativa Inmaculada Concepción fue un nivel bajo siendo este el 64.3% del total de alumnos evaluados.
2. El nivel de conocimientos de los adolescentes **DESPUÉS** de la de la aplicación del programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en la institución educativa Inmaculada Concepción fue alto con un 82.5% de alumnos que incrementaron significativamente sus conocimientos en salud sexual y reproductiva.
3. El programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en la institución educativa Inmaculada Concepción fue notablemente positiva ya que antes de la aplicación del programa educativo los adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo y después de la aplicación del programa obtuvieron un nivel de conocimiento alto. Siendo esta una diferencia estadísticamente significativa en un $X^2= 160.72$ y un $P<0.05$.



RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al Colegio de Obstetras de Arequipa coordinar con la Gerencia Regional de Educación para promover la inclusión del profesional Obstetra como parte del personal docente en diversas instituciones educativas de nuestra región, en las actividades sobre Salud Sexual y Reproductiva, ya que el profesional de Obstetricia está altamente calificado y capacitado para brindar una adecuada información, orientación y consejería hacia el grupo poblacional de la adolescencia.
2. Se recomienda a la Institución Educativa Inmaculada Concepción realizar una supervisión continua a las sesiones educativas de los docentes para determinar si se cumple con la malla curricular que incluye los temas de salud sexual y reproductiva.
3. Se recomienda a la Institución Educativa Inmaculada Concepción desarrollar los temas de salud sexual y reproductiva durante las horas de tutoría debido a que existe un minino porcentaje de alumnos con nivel de conocimiento bajo a causa de la inasistencia a las sesiones educativas.
4. Se sugiere a la Institución Educativa Inmaculada Concepción realizar capacitaciones periódicas a su plana docente sobre temas de salud sexual y reproductiva.
5. Se recomienda a la Institución Educativa Inmaculada Concepción incluir dentro de su plana docente al profesional de Obstetricia para que pueda realizar sesiones educativas y poder disminuir las conductas de riesgo ya existentes.
6. Debido al gran impacto que tuvo el programa educativo se recomienda realizar una investigación donde se trabaje con el mismo grupo poblacional de esta investigación para determinar si futuro estos adolescentes disminuyeron sus conductas de riesgo.
7. Se recomienda al personal de obstetras que presenten proyectos de programas educativos sobre salud sexual y reproductiva a distintas municipalidades de Arequipa para que estos puedan ser desarrollados en las instituciones educativas de esta manera se podrán disminuir conductas de riesgo y generar mayores campos laborales para el profesional de obstetricia.

REFERENCIAS

1. Alvarado.J “Educación sexual preventiva en adolescentes escuela Liceo 2015- Chile” [tesis] Consultado el 22 de febrero 2019. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Jealvarado>
2. UNFPA United Nations Population Fund: Salud sexual y reproductiva [Internet] Consultada el 23 de Febrero 2019. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/temas/salud-sexual-y-reproductiva-5>
3. Marquez.S, Moro.M "Actitud hacia la sexualidad en estudiantes de secundaria de la institucion educativa experimental UNAP, distrito de san juan bautista- 2013" Consultado el 22 de Febrero 2019. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2198/T-000-M26.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Quintanilla.M, Freck.J, Ruelas.E, Valera.Y: Salud.gob. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: Un derecho a conquistar [Internet] Consultada el 23 de Enero 2019. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
5. OMS. Organización mundial de salud: Salud Sexual. [Internet] Consultada el 20 de Enero 2019. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
6. Documento técnico situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú 2017. [Internet] Consultada el 27 de Enero 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
7. OMS. Organización mundial de salud: Desarrollo en la adolescencia. [Internet] Consultada el 01 de febrero 2019. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
8. Guemes M. Ceñal M. Hidalgo M. Pediatría Integral: Desarrollo durante la adolescencia. [Internet] Consultada el 01 Febrero 2019. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

9. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino: Editorial CEP. Tema 46. Página 233. [Internet]. Consultada el 03 de febrero 2019. Disponible en:
https://www.academia.edu/30146051/TEMA_TEMA_46_46_ANATOM%C3%8DA_Y_FISIOLOG%C3%8DA_DEL_APARATO_REPRODUCTOR_ANATOM%C3%8DA_Y_FISIOLOG%C3%8DA_DEL_APARATO_REPRODUCTOR_MASCULINO_Y_FEMENINO_MASCULINO_Y_FEMENINO_C_C_E_E_P_P
10. Asesoría Psicosocial del Centro Informajoven: Informa Joven: Sexualidad, Cambios en la pubertad y adolescencia. España. [Internet] Consultada el 03 de Febrero 2019. Disponible en:
https://www.informajoven.org/info/salud/k_7_7.asp
11. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013 – 2021. Perú. [Internet] Consultada el 07 de Febrero 2019. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3033.PDF>
12. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS. México. 2011 [Internet] Consultada el 10 de Febrero 2019. Disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_prevision_diagnostico_ITS-FEB13CS4.pdf
13. Guía nacional de manejo de infecciones de transmisión sexual. Perú 2006. [Internet] Consultada el 11 de Febrero 2019. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida/GuiaNacionalITS_Dic2006.pdf
14. Manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS): Modulo de capacitación: Funciones de la consejería. Perú – 2009. Pág. 119-120. Consultada el 11 de Febrero 2019. Disponible en:
<https://eaics.files.wordpress.com/2017/03/modulo-capac-ms-obj1vih5r.pdf>
15. Ruiz P. Situación del VIH y TARV en el PERÚ. 2018. [Internet] Consultada el 13 de Febrero 2019. Disponible en:
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>
16. OMS. Organización mundial de salud: VIH / SIDA. [Internet] Consultada el 20 de

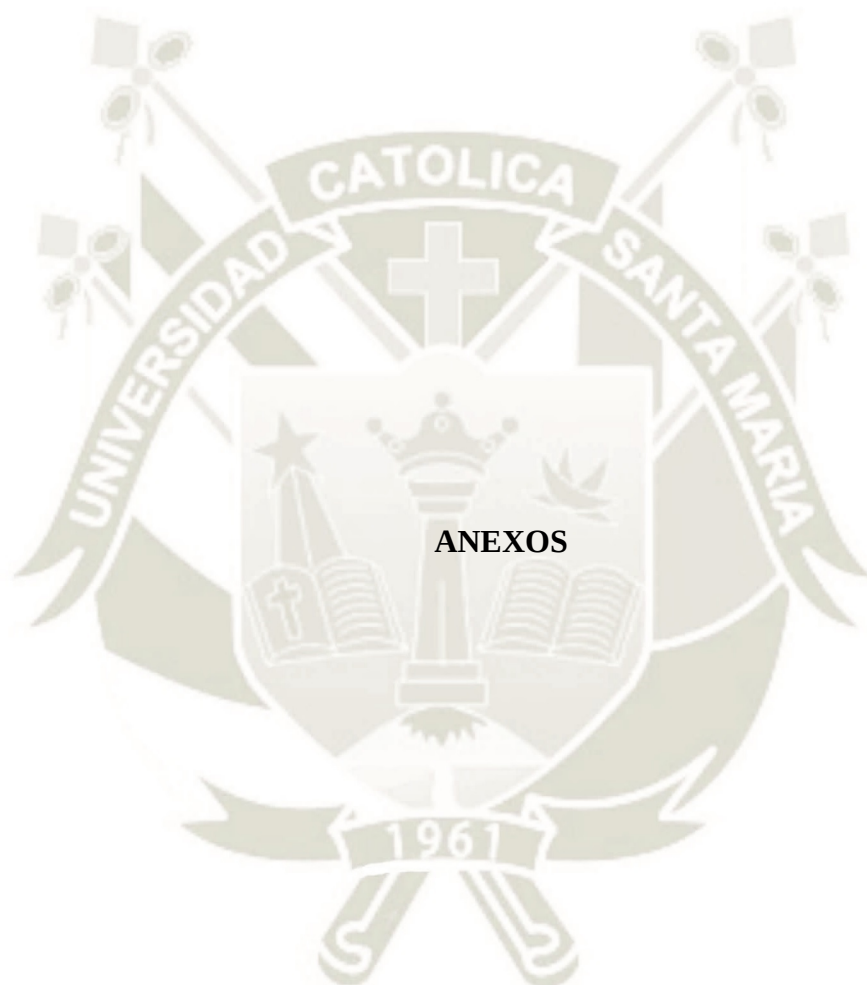
Enero 2019. Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

17. Planned Parenthood Federation of America. Enfermedades de transmisión sexual: VIH / SIDA. [Internet] Consultada el 15 de Febrero 2019. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vih-sida>

18. Norma técnica de salud de planificación familiar. Perú 2017. [Internet] Consultada el 21 de Febrero 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

19. Ildefonso. 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] Consultada el 14 de Marzo 2019. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4739/Ildefonso_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Gutiérrez LL. y Purguaya P. 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 unión departamento de Arequipa 2017. [Tesis] Consultada el 14 de Marzo 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/MARIA/Downloads/TESIS%20EJEMPLO.pdf>



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCION ABRIL - MAYO AREQUIPA 2019.

Investigadoras: Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales, María Alejandra Vizcarra Gutiérrez

Lugar: Institución educativa “Inmaculada Concepción”

Los estudiantes de quinto de secundaria han sido invitados a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida la participación de su hijo en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

Propósito del estudio: Conocer el efecto de la aplicación de programa educativo sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes quinto de secundaria de la institución educativa “Inmaculada Concepción”

Participantes del estudio: Estudiantes de quinto de secundaria de la institución educativa “Inmaculada Concepción”, el estudio es completamente voluntario, el estudiante puede abandonar el estudio en cualquier momento.

Procedimientos: Si usted acepta la participación de su hijo, las investigadoras concertaran con la institución educativa fechas y horarios (que coincidirán en horario escolar) requiriéndose 90 minutos aproximadamente por sesión en donde se le proporcionara información, aplicaciones de talleres participativos sobre todos los aspectos en sobre salud sexual y reproductiva. La participación será durante un mes con 4 sesiones de talleres en donde se proporcionara material educativo, audiovisual completamente gratuito.

Consentimiento: He leído la información de esta hoja de consentimiento o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y la participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de la información obtenida para los propósitos descritos anteriormente.

Nombre y firma del padre de familia

-

-

Nombre y firma del participante:

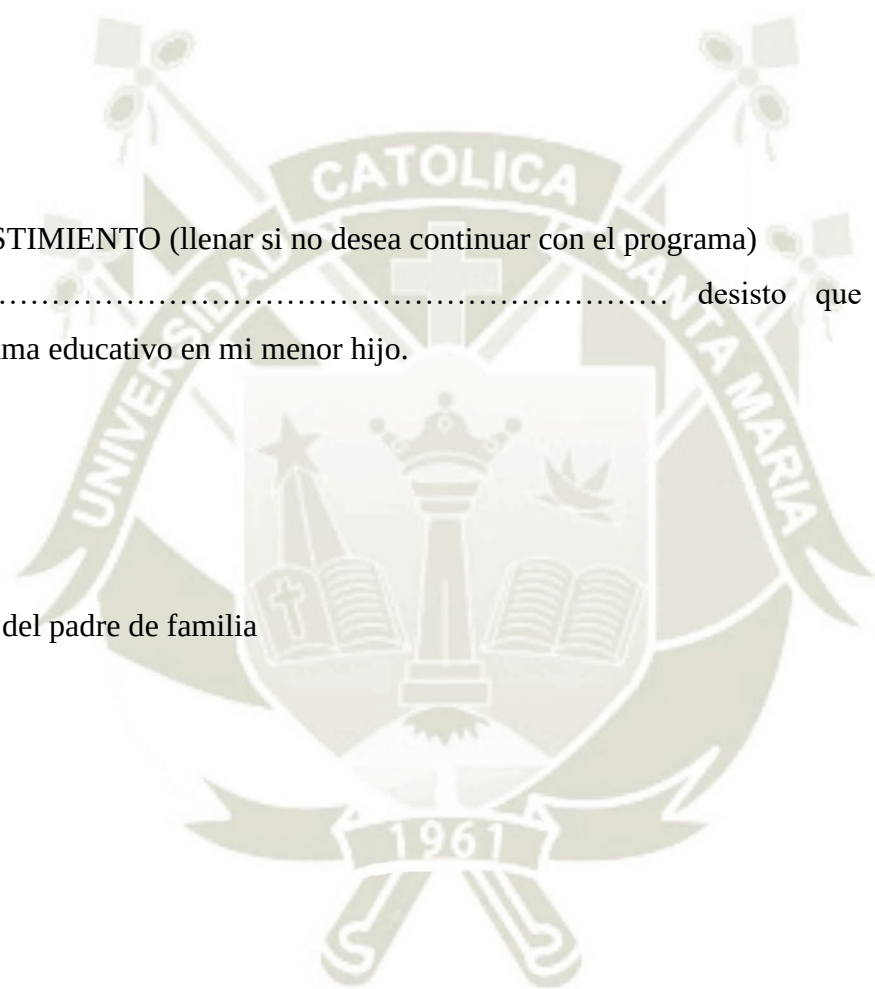
-

-

DESISTIMIENTO (llenar si no desea continuar con el programa)

Yo,..... desisto que se aplique el
programa educativo en mi menor hijo.

Firma del padre de familia



ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACION



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1351

AREQUIPA - PERÚ

"IN SCIENTIA ET FIDE ES IT FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, mayo 14 del 2019

Señora

EVA BELLATIN

Directora de la Institución Educativa Inmaculada Concepción

Ciudad.-

Asunto: Solicito aplicar el programa Educativo sobre salud sexual reproductiva a los alumnos de la Institución Educativa.

Tengo a bien dirigirme a Usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual las señoritas **LUZ FIORELA CECILIA MEDINA GONZALES**, identificada con DNI:46892024 y **MARÍA ALEJANDRA VIZCARRA GUTIERREZ**, identificada con DNI:77331107, están realizando el trabajo de investigación titulado **"EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCIÓN. MAYO-JUNIO AREQUIPA 2019"**, y como entenderá el mismo deben aplicar el programa Educativo sobre salud sexual reproductiva a los alumnos de la Institución Educativa del 5to año de secundaria en el mes de mayo, por lo que solicito autorización para que nuestras Bachilleres puedan realizar este tipo de cuestionarios.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



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

RFF/DFOyP
Rca

ANEXO 3: TEST SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Edad:	
Sexo:	
Con quien vives:	

INDICACIONES:

- **Marca con una “V” si la respuesta es verdadera o con una “F” si es falsa según corresponda.**

SEXUALIDAD	
1. La definición de adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 12 y 18 años.	
2. Es derecho sexual y reproductivo estar informado sobre sexualidad, anticonceptivos, ITS y VIH.	
3. El aparato reproductor femenino está compuesto por vagina, epidídimo y útero.	
4. El aparato reproductor masculino está compuesto por próstata, vesícula seminal y epidídimo.	
5. Las hormonas que están directamente implicadas en la sexualidad son los estrógenos, progesterona y testosterona.	
EMBARAZO ADOLESCENTE	
6. Tener varias parejas sexuales es un factor de riesgo para el embarazo adolescente.	
7. El abandono escolar es una consecuencia del embarazo adolescente.	
8. Una forma de prevención del embarazo adolescente es el uso correcto de métodos anticonceptivos.	
9. El embarazo en la adolescencia es el que se produce entre los 14 y 19 años antes de que el adolescente haya alcanzado la suficiente madurez física y emocional.	
10. Una pareja adolescente educada en salud sexual y reproductiva es más propensa a tener un embarazo adolescente.	
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	
11. El semen, las lágrimas y las secreciones vaginales son formas de transmisión sexual.	
12. El uso de métodos anticonceptivos de barrera es un factor que incrementa el riesgo de contagio de ITS.	
13. El uso correcto del condón y la fidelidad de la pareja es una forma de prevención de ITS.	
14. El causante de la enfermedad de la “SIFILIS” es el “Treponema Pallidum”.	
15. El Sida es la fase más leve de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).	
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
16. La edad fértil es la etapa de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción entre los 11 y 35 años.	
17. La forma en que actúan las píldoras es la suspensión de la ovulación y el espesamiento del moco cervical.	
18. Una contraindicación para el uso del método del ritmo son las mujeres con ciclos menstruales regulares.	
19. El uso correcto de la pastilla del día siguiente es tomar el comprimido dentro de las primeras 72 horas de la relación sexual de riesgo.	
20. El condón masculino debe de ser colocado cuando el pene esta flácido.	

Escala de Calificación	
Nivel de conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva	
Los conocimientos se calcularon según la Escala de Bareno: Alto/ Medio/ Bajo	
ALTO	16 a 20 puntos
MEDIO	De 11 a 15 puntos
BAJO	1 a 10 puntos

a) Tabla de respuesta correctas

PREGUNTA	RESPUESTA
Pregunta N° 1	FALSO
Pregunta N° 2	VERDADERO
Pregunta N° 3	FALSO
Pregunta N° 4	VERDADERO
Pregunta N° 5	VERDADERO
Pregunta N° 6	VERDADERO
Pregunta N° 7	VERDADERO
Pregunta N° 8	VERDADERO
Pregunta N° 9	FALSO
Pregunta N° 10	FALSO
Pregunta N° 11	FALSO
Pregunta N° 12	FALSO
Pregunta N° 13	VERDADERO
Pregunta N° 14	VERDADERO
Pregunta N° 15	FALSO
Pregunta N° 16	FALSO
Pregunta N° 17	VERDADERO
Pregunta N° 18	FALSO
Pregunta N° 19	VERDADERO
Pregunta N° 20	FALSO

ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL CONSTRUCTO DEL TEST

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,621
Prueba de esfericidad Aprox. Chi-cuadrado		565,863
de Bartlett	Gl	190
	Sig.	,000

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,910	19,551	19,551	3,910	19,551	19,551
2	2,393	11,967	31,519	2,393	11,967	31,519
3	2,200	11,000	42,519	2,200	11,000	42,519
4	1,388	6,938	49,457	1,388	6,938	49,457
5	1,359	6,796	56,253	1,359	6,796	56,253
6	1,156	5,780	62,033	1,156	5,780	62,033
7	,992	4,959	66,991			
8	,793	3,964	70,955			
9	,761	3,803	74,758			
10	,708	3,541	78,299			
11	,674	3,369	81,668			
12	,662	3,309	84,977			
13	,559	2,797	87,774			
14	,520	2,598	90,372			
15	,434	2,170	92,542			
16	,394	1,968	94,509			
17	,365	1,826	96,336			
18	,317	1,584	97,920			
19	,239	1,193	99,113			
20	,177	,887	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL CONTENIDO TEST

RESULTADOS DE VALIDACIÓN			
ITEMS	PERTINENCIA	REDACCION	DIAGNOSTICO DE LA VALIDACION
ITEM 1	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 2	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 3	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 4	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 5	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 6	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 7	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 8	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 9	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 10	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 11	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 12	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 13	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 14	0.7	0.7	Aprobado por mayoría
ITEM 15	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 16	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 17	0.7	0.7	Aprobado por mayoría
ITEM 18	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad
ITEM 19	0.7	0.7	Aprobado por mayoría
ITEM 20	1.0	1.0	Aprobado por unanimidad

Al aplicar el índice de aprobación de jueces se tuvo que modificar los ítems 14, 17, 19, los ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15,16,18,20 fueron aprobados por unanimidad. Es importante considerar que para eliminar algún ítems el resultado de la validación por AIKEN debió estar por debajo de 0.66% en el promedio obtenido tanto para pertinencia y redacción

ANEXO 6: MATRIZ DE DATOS

ID	EDAD	SEXO	TIPO DE FAMILIA	GENERAL PRETEST	SEXUALID AD PRE TEST	EMBARAZ O PRETEST	ITS PRETEST	METODOS PRETEST	GENERAL POSTEST	SEXUALID AD POSTEST	EMBARAZ O POSTEST	ITS POSTEST	METODOS POSTEST
1	14	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	medio	alto	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
2	17	MASCULINO	NUCLEAR	Alto	alto	alto	medio	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
3	15	FEMENINO	Mono parenteral	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	medio	alto	alto	alto
4	16	FEMENINO	Mono parenteral	Medio	medio	medio	medio	bajo	Medio	medio	alto	alto	medio
5	15	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	medio	Alto	alto	alto	medio	alto
6	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	bajo	Medio	alto	alto	medio	medio
7	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
8	15	FEMENINO	Mono parenteral	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Medio	medio	alto	medio	alto
9	16	MASCULINO	Mono parenteral	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto
10	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	bajo	alto	alto	alto
11	15	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
12	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Alto	alto	medio	alto	medio	Alto	medio	alto	alto	alto
13	15	MASCULINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	medio	Alto	alto	alto	alto	bajo
14	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Medio	bajo	medio	bajo	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
15	15	MASCULINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
16	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
17	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	medio	Alto	medio	alto	alto	alto
18	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
19	16	MASCULINO	EXTENDIDA	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
20	17	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto
21	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
22	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
23	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Medio	alto	medio	medio	alto

24	15	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	bajo	medio	medio	bajo	Medio	medio	medio	alto	alto
25	16	MASCULINO	EXTENDIDA	Medio	bajo	bajo	medio	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
26	14	FEMENINO	Mono parenteral	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
27	16	MASCULINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto
28	16	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	bajo	alto
29	15	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	bajo	medio	Alto	alto	alto	medio	alto
30	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	bajo	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
31	15	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	bajo	medio	bajo	medio	Alto	alto	alto	medio	alto
32	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	bajo	medio	bajo	medio	Alto	alto	alto	medio	alto
33	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	alto	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
34	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Medio	medio	medio	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
35	15	MASCULINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto
36	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
37	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Medio	alto	alto	medio	medio
38	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
39	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
40	15	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	medio	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
41	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
42	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Medio	medio	alto	alto	medio
43	17	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto
44	16	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	medio	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
45	15	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
46	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
47	15	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	alto	bajo	Alto	medio	alto	alto	alto
48	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	bajo	bajo	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
49	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	alto	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
50	14	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
51	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	bajo	medio	bajo	Alto	medio	alto	alto	alto

52	16	MASCULINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	bajo	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
53	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
54	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
55	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	medio	Medio	bajo	alto	medio	medio
56	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	bajo	alto
57	15	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
58	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
59	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	bajo	medio	bajo	Alto	medio	alto	alto	alto
60	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	alto	bajo	medio	bajo	alto	bajo	alto	alto	alto
61	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	medio	bajo	bajo	bajo	Medio	medio	alto	medio	alto
62	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
63	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
64	16	FEMENINO	Mono parenteral	Medio	medio	bajo	bajo	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
65	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
66	15	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
67	17	MASCULINO	EXTENDIDA	Medio	medio	medio	medio	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
68	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	bajo	medio	Alto	medio	alto	alto	alto
69	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	medio	Alto	alto	alto	medio	alto
70	15	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	medio	Alto	alto	alto	medio	alto
71	16	FEMENINO	Mono parenteral	Medio	medio	bajo	alto	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
72	16	MASCULINO	EXTENDIDA	Medio	medio	alto	medio	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
73	16	FEMENINO	NUCLEAR	Alto	medio	alto	medio	alto	Alto	alto	alto	alto	alto
74	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	bajo	medio	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
75	14	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
76	15	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	medio	alto	alto	alto
77	16	MASCULINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	alto	bajo	bajo	Alto	bajo	alto	alto	alto
78	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	medio	Alto	alto	alto	medio	alto
79	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	alto	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto

80	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	alto	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
81	17	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
82	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	medio	alto	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
83	16	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	alto	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
84	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	medio	Alto	alto	alto	alto	alto
85	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	alto	bajo	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto
86	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Medio	alto	medio	alto	medio
87	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
88	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Medio	medio	alto	medio	alto
89	16	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	medio	alto	bajo	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto
90	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	alto	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
91	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	medio	bajo	bajo	bajo	Alto	alto	alto	bajo	medio
92	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Medio	alto	bajo	medio	medio
93	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	alto	alto	bajo	Alto	bajo	alto	alto	alto
94	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	medio	alto	alto
95	16	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	medio	alto	bajo	Alto	alto	alto	alto	medio
96	17	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	medio	alto	bajo	bajo	Medio	medio	medio	alto	medio
97	16	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Medio	medio	alto	medio	alto
98	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Medio	medio	alto	alto	medio
99	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	alto	bajo	bajo	Medio	bajo	medio	medio	alto
100	16	MASCULINO	NUCLEAR	Medio	bajo	alto	medio	medio	Medio	medio	medio	alto	alto
101	16	MASCULINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	alto	bajo	bajo	Alto	medio	bajo	alto	alto
102	16	MASCULINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	medio	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
103	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	medio	bajo	medio	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto
104	16	MASCULINO	Mono parenteral	Medio	bajo	alto	medio	medio	Alto	alto	bajo	alto	alto
105	15	MASCULINO	NUCLEAR	Medio	bajo	medio	medio	bajo	Medio	alto	medio	alto	medio
106	16	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	bajo	bajo	Alto	medio	alto	alto	alto
107	16	FEMENINO	Mono parenteral	Bajo	bajo	bajo	alto	bajo	Alto	alto	alto	medio	alto

108	16	MASCULINO	NUCLEAR	Medio	medio	medio	medio	medio	Medio	alto	medio	medio	medio
109	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Bajo	bajo	bajo	bajo	medio	Medio	alto	alto	medio	medio
110	15	FEMENINO	NUCLEAR	Medio	medio	bajo	medio	medio	Alto	bajo	alto	alto	medio
111	16	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	medio	Alto	medio	alto	alto	alto
112	17	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	medio	bajo	bajo	alto	Alto	alto	medio	alto	alto
113	15	FEMENINO	NUCLEAR	Bajo	bajo	bajo	bajo	bajo	Alto	medio	alto	alto	alto
114	16	FEMENINO	EXTENDIDA	Alto	alto	alto	bajo	bajo	Alto	alto	alto	alto	alto

Fuente: Elaboración personal



ANEXO 7: SESIONES EDUCATIVAS

SESIÓN EDUCATIVA N°1	
I. DATOS INFORMATIVOS	
- ÁREA:	- Salud sexual y reproductiva
- TEMA:	- Conceptos generales de salud sexual y - Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino. - Cambios en la adolescencia.
- FECHA:	- Primera semana
- DIRIGIDA A:	- Estudiantes del 5to grado de secundaria.
- RESPONSABLES	- Bachilleres en Obstetricia y Puericultura: • Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales • María Alejandra Vizcarra Gutierrez
- TIEMPO:	- 2 horas pedagógicas (90 min)
II. SECUENCIA DIDACTICA	
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS
INICIO (Saludo, motivación). • Actividades de rutina: Tomar asistencia, presentación (Dinámica ¿Cómo están?). • Evaluación pre – test • Observar video sobre sexualidad: https://www.youtube.com/watch?v=7Uu2O1Z1T-0 • Lluvia de ideas sobre video de sexualidad. • Preguntas y respuestas sobre video de sexualidad.	Tarjetas de identificación. Cuestionario. USB. Papelotes Plumones de colores. Cañón multimedia

PROCESO (Construcción de aprendizaje). • Exposición de sexualidad, aparato reproductor femenino y masculino, adolescencia: Revisar separata entregada. • Por afinidad formar grupos de 4 personas y dar un nombre al grupo: Observar maquetas y reconocer partes del cuerpo humano. • Juego con globos “Responde la pregunta” quien no responde revienta el globo. • Lluvia de ideas. • Crucigrama • Preguntas y respuestas del tema tratado.	Separata Tarjeta de identificación grupal. Maqueta cuerpo humano. Globos Hojas bond de colores. Crucigrama Lápices Colores Plumones
SALIDA • Refuerzo de lo aprendido. • Taller 1: Realización de compromisos, sobre responsabilidad de mi sexualidad (Separata). • Aclaración de dudas. • Despedida (Dinámica).	Separata Plumones de colores.

SESIÓN EDUCATIVA N°2	
I. DATOS INFORMATIVOS	
- ÁREA:	- Salud sexual y reproductiva.
- TEMA:	- Embarazo adolescente.
- FECHA:	- Segunda semana
- DIRIGIDA A:	- Estudiantes del 5to grado de secundaria.
- RESPONSABLES:	- Bachilleres en Obstetricia y Puericultura: • Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales • María Alejandra Vizcarra Gutierrez
- TIEMPO:	- 2 horas pedagógicas (90 min)
II. SECUENCIA DIDACTICA	
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS
INICIO (Saludo, motivación). • Actividades de rutina: Tomar asistencia, presentación (Dinámica ¿Cómo están?). • Observar video sobre embarazo adolescente: https://www.youtube.com/watch?v=EZH4uJn3VFM&t=80s • Lluvia de ideas sobre video de embarazo adolescente. • Preguntas y respuestas sobre video de embarazo adolescente.	USB Papelotes Plumones Cañón multimedia
PROCESO (Construcción de aprendizaje). • Exposición de embarazo adolescente, causas, consecuencias y prevención. Revisar separata entregada. Formar grupos de 4 personas: Crear afiche sobre la “Prevención de embarazo adolescente”, el afiche ganador será puesto en lugares estratégicos de la institución educativa. • Socio drama: “Consecuencias de embarazo adolescente y embarazo planificado”. • Preguntas y respuestas del tema tratado.	Separata Hojas bond Colores Plumones Lapiceros

SALIDA

- Refuerzo de lo aprendido.
- Taller 2: Nombrar 10 consecuencias de embarazo adolescente (Separata).
- Aclaración de dudas.
- Despedida.

Separata
Lapiceros
Globos
Harina
Equipo de
sonido



SESIÓN EDUCATIVA N°3	
I. DATOS INFORMATIVOS	
- ÁREA:	- Salud sexual y reproductiva.
- TEMA:	- Infecciones de transmisión sexual.
- FECHA:	- Tercera semana
- DIRIGIDA A:	- Estudiantes del 5to grado de secundaria.
- RESPONSABLES:	- Bachilleres en Obstetricia y Puericultura: • Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales • María Alejandra Vizcarra Gutierrez
- TIEMPO:	- 2 horas pedagógicas (90 min)
II. SECUENCIA DIDACTICA	
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS
INICIO (Saludo, motivación). • Actividades de rutina: Tomar asistencia, presentación (Dinámica ¿Cómo están?). • Observar video sobre ITS: https://www.youtube.com/watch?v=Jt8YyYDuLXI • Lluvia de ideas sobre video de ITS. • Preguntas y respuestas sobre video de ITS.	USB Papelotes Plumones de colores. Cañón multimedia
PROCESO (Construcción de aprendizaje). • Exposición de ITS: Ulcera genital, descarga uretral, sífilis, flujo vaginal, VIH / SIDA • Formar grupos de 4 personas: Elegir una ITS, reconocer el agente etiológico, vías de trasmisión. • Juego de números: Responder la pregunta de los sobres de la pizarra. • Preguntas y respuestas del tema tratado.	Separata Hojas bond Plumones Lápices Sobres con preguntas sobre ITS.

SALIDA

- Refuerzo de lo aprendido.
- Taller 3: Nombrar 5 ITS (Separata).
- Aclaración de dudas.
- Despedida.

Separata.

Lapiceros.



SESIÓN EDUCATIVA N°4	
I. DATOS INFORMATIVOS	
- ÁREA:	- Salud sexual y reproductiva.
- TEMA:	- Métodos anticonceptivos
- FECHA:	- Cuarta semana
- DIRIGIDA A:	- Estudiantes del 5to grado de secundaria.
- RESPONSABLES:	Bachilleres en Obstetricia y Puericultura: - Luz Fiorella Cecilia Medina Gonzales - María Alejandra Vizcarra Gutierrez
- TIEMPO:	- 2 horas pedagógicas (90 min)
II. SECUENCIA DIDACTICA	
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS
INICIO (Saludo, motivación). - Actividades de rutina: Tomar asistencia, presentación (Dinámica ¿Cómo están?). - Observar video sobre anticoncepción: https://www.youtube.com/watch?v=kxCppH4gCPc - Lluvia de ideas sobre video de anticoncepción. - Preguntas y respuestas sobre video de anticoncepción.	USB Papelotes Plumones de colores. Cañón multimedia
PROCESO (Construcción de aprendizaje). - Exposición de métodos anticonceptivos: - Condón femenino, condón masculino, método del ritmo, método de Billings, método oral combinado (Píldora), método oral de emergencia. - Escoger 4 alumnos al azar para realizar el uso correcto del preservativo masculino. - Formar grupos de 4 personas: Imágenes de tipos de métodos anticonceptivos, colocar nombre correcto. - Preguntas y respuestas del tema tratado.	Separata Hojas Bond Plumones Lápices Colores. Dildo Preservativos Muestrario de métodos anticonceptivos

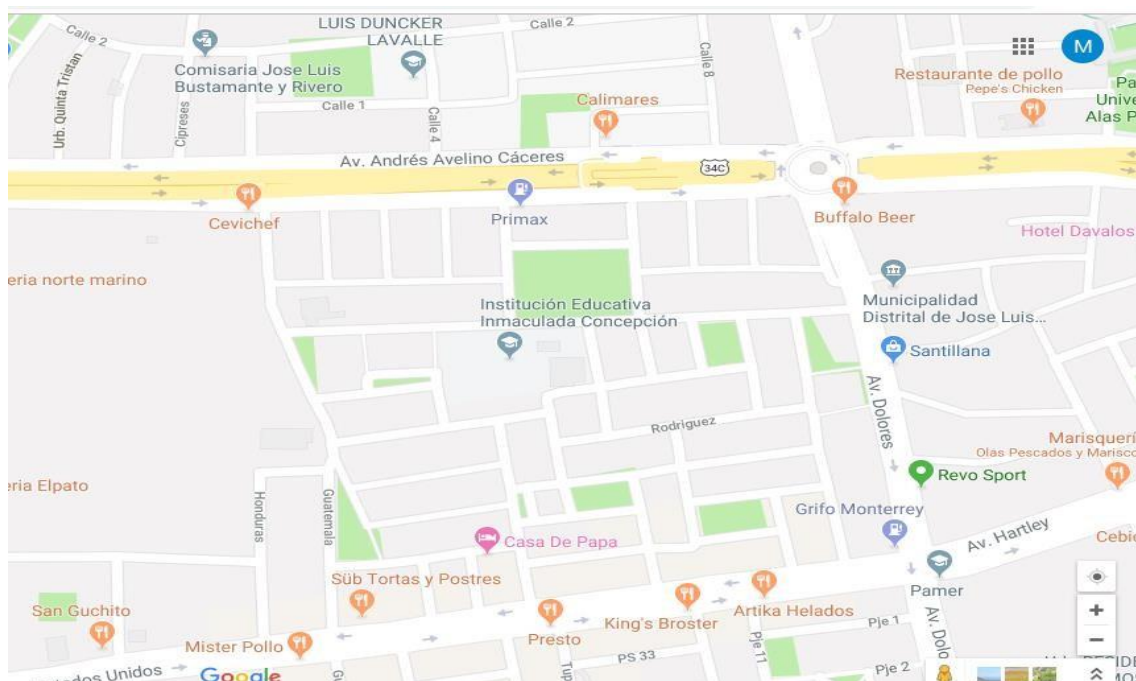
SALIDA

- Refuerzo de lo aprendido.
- Taller 4: Nombrar 5 tipos de métodos anticonceptivos (Separata).
- Aclaración de dudas.
- Evaluación post – test
- Despedida.

Separata.
Lapiceros.
Separata.
Lapiceros.
Cuestionario



ANEXO 8: LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCIÓN.



ANEXO 9: EVIDENCIAS







ANEXO 10: SEPARATA

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA



OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

AUTORAS:

LUZ FIORELLA CECILIA MEDINA GONZALES

MARIA ALEJANDRA VIZCARRA GUTIERREZ



2019



1. Principales problemas de los adolescentes en el tema de salud sexual

En 2015, se realizó la Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Perú, en donde los principales problemas que los entrevistados consideraron, en relación con la salud sexual de los adolescentes, fueron el embarazo no deseado (64%), la maternidad temprana (42%) y el aborto clandestino (34%).

Casi la totalidad de los entrevistados consideraron que los adolescentes deben tener acceso a atención de salud sexual y reproductiva en los servicios y salud y que deberían recibir educación sexual integral en las escuelas.



2. Conceptos generales

Salud Sexual

- Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Sexualidad

- La sexualidad es la manifestación psicológica y social del sexo. Esto quiere decir que la sexualidad es un término que abarca además de los aspectos físicos, emocionales y los aspectos sociales.

Género

- El género se refiere a las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a ideas, valores, y modos de actuar; estas diferencias no tienen un origen biológico, sino que son construcciones que la cultura impone a hombres y mujeres para cumplir determinados papeles.

Salud reproductiva

- La salud reproductiva supone un estado de completo de bienestar físico, mental y social en lo que respecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Tener la libertad de procrear y decidir hacerlo, cuando y con que frecuencia.

Adolescencia

- Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. Esta etapa se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales
- La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.



3. Derechos sexuales y reproductivos del adolescente.

1. El derecho a ser ella/el mismo, libre de tomar sus propias decisiones de expresar lo que piensa, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a, de escoger casarse (o no casarse) y de planear una familia.

2. El derecho a estar informado, sobre sexualidad, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA y sobre sus derechos sexuales.

3. El derecho a estar protegido de embarazos no planeados, ITS, VIH/SIDA y de abusos sexuales.

4. El derecho a tener servicios médicos confidenciales, a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos.

5. El derecho a participar en la planeación de programas juveniles, tomar parte en reuniones y seminarios y tratar de influir en los gobiernos, por los medios apropiados

4. Fisiología de la adolescencia

Crecimiento y maduración física

Los cambios físicos en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal con el desarrollo de órganos y sistemas, adquisición de la masa ósea, así como la maduración.

Crecimiento y desarrollo

Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos. La talla definitiva, se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos.

Cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas

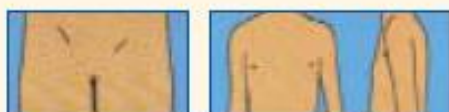
Las chicas acumulan más grasa que los chicos y, en estos, predomina el crecimiento óseo y muscular. En la edad adultez, los hombres tienen un porcentaje de grasa de 12-16%, y las mujeres del 18-22%. Durante esta época, se produce aumento de los diferentes órganos (corazón, pulmones, hígado, etc), se ensancha la pelvis en las mujeres y los hombros en los varones.

Maduración sexual

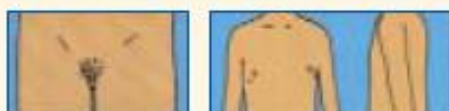
La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable; por ello, es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual, que se evalúa mediante los estadios de Tanner (1962) y se basa en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios.

Adquisición de la masa ósea (MO)

La mineralización ósea está determinada por la interacción de factores genéticos, ambientales y hormonales. Cada individuo tiene un potencial genético de desarrollo de la MO, que solo se alcanza plenamente si los factores ambientales, como la actividad física y la nutrición con aporte de calcio, son óptimos.



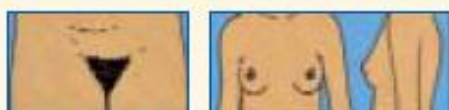
Estadio 1. Pecho infantil, no vello púbico.



Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.



Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.



Estadio 4. Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.



Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Tomado de Tanner 1962.



Estadio 1. Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.



Estadio 2. Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.



Estadio 3. Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.



Estadio 4. Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.

Estadio 5. Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Tomado de Tanner 1962.

5. Anatomía del sistema reproductor femenino y masculino.

Aparato reproductor masculino

Los órganos genitales masculinos son: Los testículos, con funciones endocrinas (producción de hormonas masculinas) y funciones de génesis y maduración de los gametos masculinos o espermatozoides, que serán trasladados a través de las vías espermáticas hasta la uretra, la cual desemboca en el exterior a través del pene. Incluyen otros órganos accesorios, como la próstata y las glándulas de Cowper

1. Los testículos:

Los testículos son dos órganos situados en el exterior de la cavidad abdominal, debajo del pene y alojados en las bolsas escrotales o escroto, este tiene la función de mantener los testículos a una temperatura ligeramente inferior a la del cuerpo. Tienen forma ovalada, con un diámetro mayor de unos 4 cm, una anchura de 3 cm y un espesor de 2,5 cm, y cada uno de ellos pesa alrededor de 20 g.

2. Vías espermáticas

Las vías espermáticas comienzan en los tubos seminíferos del testículo, su función de las vías espermáticas es que mediante la contracción de su capa muscular ayudan a los espermatozoides en su trayecto hacia el exterior, en el momento de la eyaculación.

3. Próstata

La próstata es una glándula de secreción exocrina que se sitúa debajo de la vejiga, rodeando la uretra y los conductos eyaculadores que desembocan en la uretra. Crece hasta el tamaño del adulto 3 cm de altura, 4 cm de anchura y 2 cm de grosor.

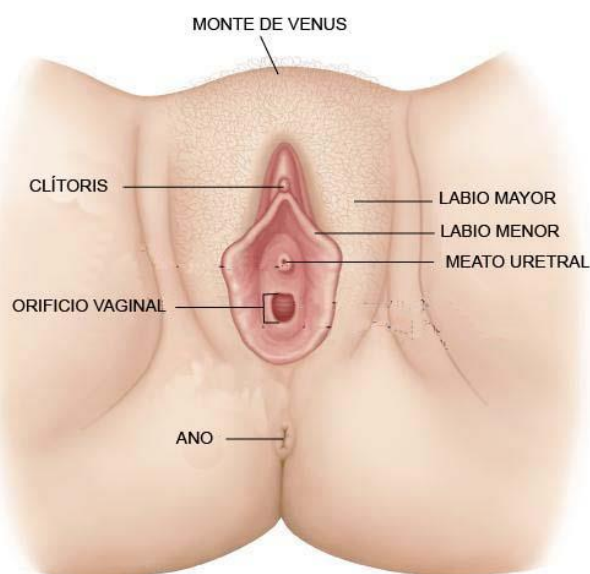
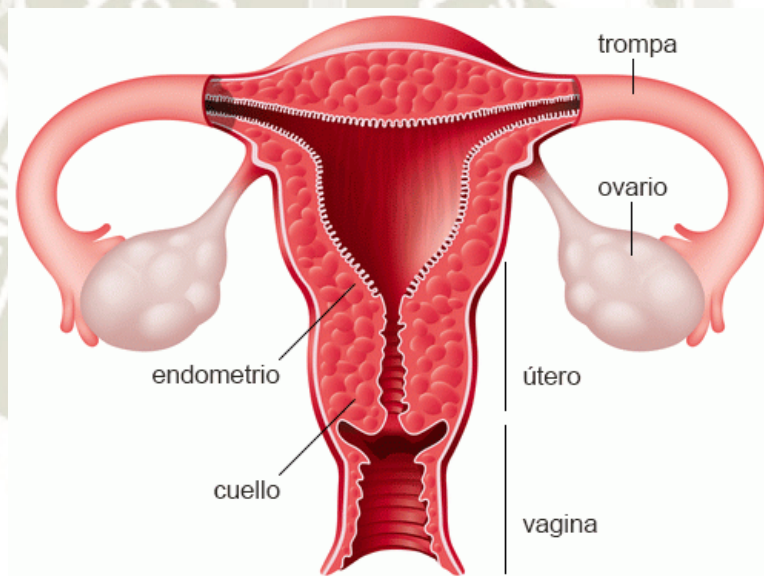
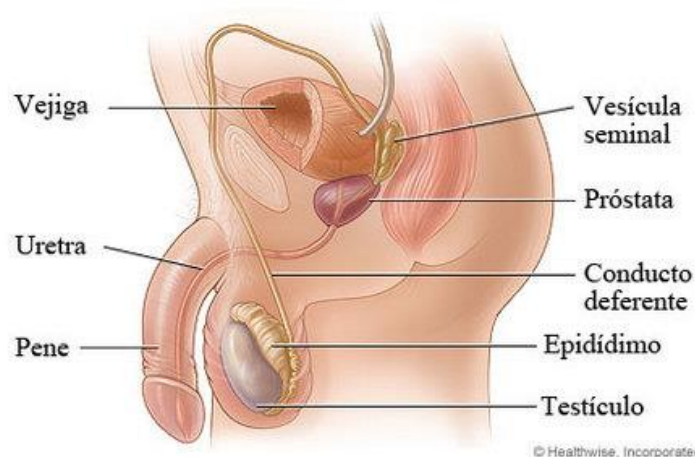
4. Uretra masculina

La uretra desciende verticalmente, atravesando la próstata desde su base hasta el vértice: es la uretra prostática tiene una longitud de unos 3 cm y la uretra peneana mide unos 15 cm de longitud; por lo tanto, la longitud total de la uretra es de unos 20 cm.

5. Pene

El pene es un órgano cilíndrico que pende sobre las bolsas escrotales. Su tamaño y consistencia varían en estado de flaccidez o de erección: en estado flácido mide unos 10 cm y en erección se vuelve rígido y mide unos 15 cm.

El pene interviene en la micción y es órgano copulador en el acto sexual.



Aparato reproductor femenino

El aparato genital femenino se compone de dos ovarios, dos trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva.

1. Ovarios

Los ovarios son los órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y progesterona, tienen consistencia dura y forma de almendra, con un diámetro mayor de unos 3,5 cm y 1,5 cm de espesor. Las dos grandes funciones del ovario son la formación y liberación de células sexuales y secreción endocrina de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona).

2. Trompas de Falopio

Las trompas son los conductos que se encargan de llevar los óvulos desde el ovario hasta el útero, miden aproximadamente 10 o 12 cm y constan de cuatro porciones: pabellón, ampolla, istmo y porción intramural.

3. Útero

El útero está situado entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y por encima de la vagina, con la que se continúa caudalmente. Tiene forma de cono, un poco aplanado y con el vértice hacia abajo. Mide unos 7 cm de altura y, en su parte más abultada por arriba unos 5 cm de anchura. Tiene dos funciones, mantener el embrión durante el embarazo y expulsarlo cuando el feto llega a término.

4. Vagina

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva, situada entre la vejiga y el recto, mide de 7 a 10 cm y sus paredes son muy elásticas y plegadas para permitir la salida del feto en el parto. La vagina cumple la función de órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene, contribuye a la lubricación durante el acto sexual mediante la secreción mucosa, necesaria para que el coito produzca una sensación satisfactoria.

5. Genitales externos

El conjunto de órganos genitales externos de la mujer se denomina vulva.

Conformada por labios mayores, labios menores y el clitoris (órgano eréctil de la mujer).

6. Cambios en la adolescencia

➤ Cambios biofisiológicos

Las hormonas más implicadas directamente en la sexualidad son:

Los estrógenos, la progesterona y la testosterona.

Estrógenos

Hormona femenina. A partir de la pubertad se incrementa su producción. Relacionada con el deseo sexual y el desarrollo de los caracteres sexuales. Su secreción aumenta durante la ovulación.

Progesterona

Hormona protectora de la gestación en la mujer.

Testosterona

Es la hormona masculina que se produce en los testículos. A partir de la pubertad se incrementa su producción. Relacionada con el deseo sexual y con el desarrollo de los caracteres sexuales.



Eyacuación

- Al llegar la pubertad, el cerebro indica a los testículos que produzcan testosterona y así comienza la producción de espermatozoides (entre 100 y 300 millones al día). Los espermatozoides del testículo derecho atraviesan el epidídimo derecho y los del izquierdo el epidídimo izquierdo; maduran y se desarrollan, atraviesan el conducto deferente y pasan junto a las vesículas seminales. Mientras pasan se mezclan con el fluido de las vesículas seminales y la próstata, esta mezcla es el semen. A lo largo de la vida, los hombres producen dos billones de espermatozoides, a un ritmo de 1.000 por segundo.



Menstruación

- Al llegar a la pubertad, el cerebro indica a los ovarios que produzcan estrógeno, lo que indica a los óvulos que maduren. Así, una vez al mes, un óvulo sale del ovario y se lanza de una trompa de Falopio donde aguarda antes de llegar hasta el útero.
- El ciclo menstrual tiene una duración media de 28 días, la primera mitad del ciclo comienza el primer día de la regla y dura hasta la ovulación (aproximadamente el día 14) y está controlada por la acción de los estrógenos. La segunda mitad del ciclo comienza con la ovulación y dura hasta el primer día de la próxima regla y está controlada por la progesterona.
- La duración del ciclo oscila entre 24 y 32 días y es muy habitual que hasta los 18 años los ciclos sean irregulares.
- Si no hay espermatozoides en el útero, el endometrio y todos los tejidos que se han preparado durante el ciclo se expulsan junto con una cantidad de sangre (unos 35 ml por término medio): es la regla, que suele durar de 3 a 6 días.





Cambios
psicológicos
e
intelectuales

Aparece una mayor curiosidad por conocer el mundo que lo rodea. La persona accede a una nueva forma de pensamiento, puede formular hipótesis, razonar acerca de ellas y extraer sus propias conclusiones. Tiene opiniones propias y críticas sobre el amor, los estudios, los amigos, la familia, etc. Piensa sobre sus propios pensamientos, puede orientar su afecto hacia determinadas ideas y valores y comprometerse en algún modo con ellos.

Cambios
sociales

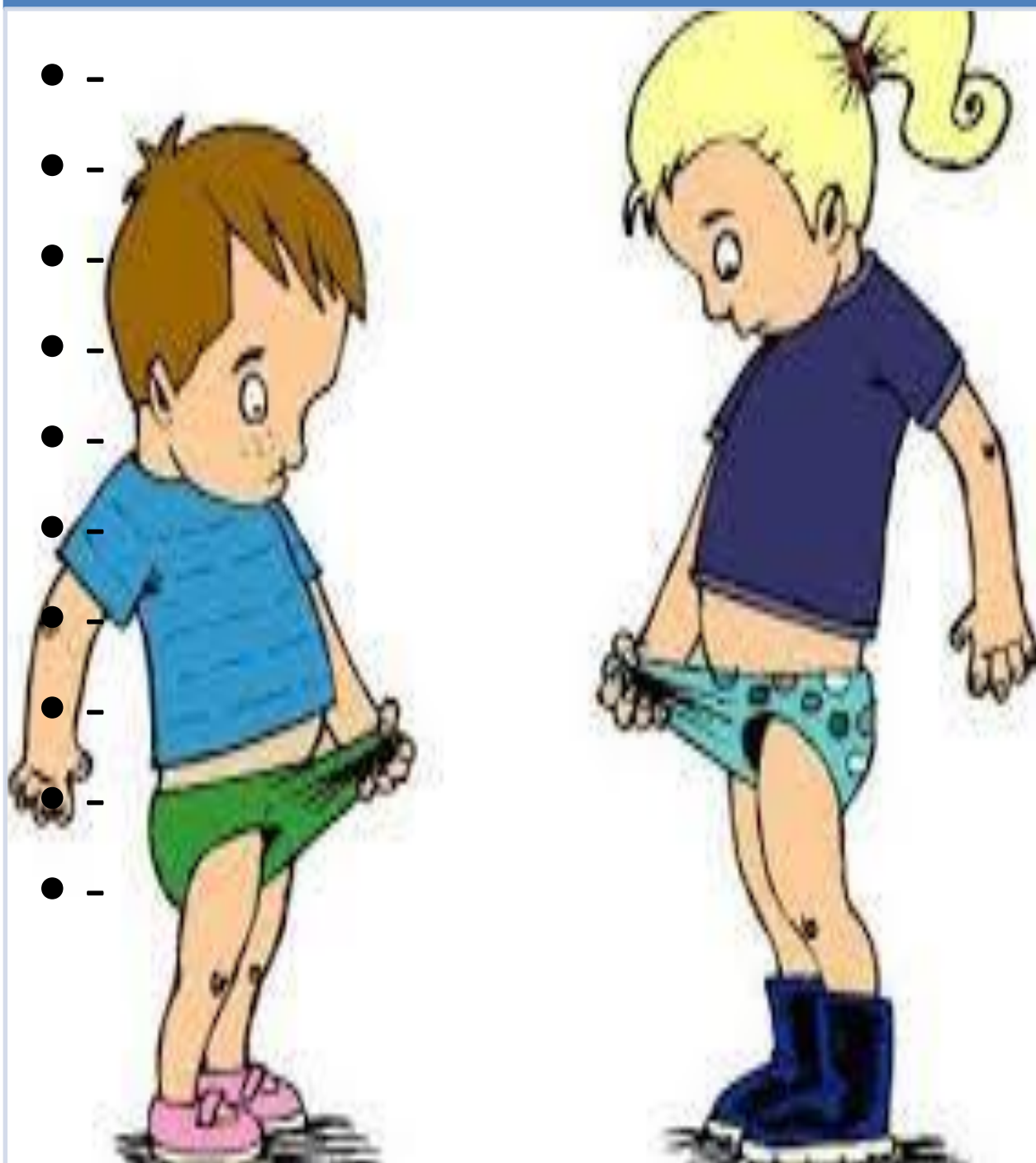
Se descubre "lo social", a la persona le importa pertenecer a un grupo y compartir ideas o gustos. Aparecen cambios en la capacidad de integración social, en el grupo de iguales se conforman una serie de normas y nuevos valores. Se sigue formando y consolidando la identidad sexual y afectiva. El deseo sexual aparece, se encuentra la atracción física hacia otra persona, con el deseo de disfrutar de su compañía, con sentimientos, deseos y conductas sexuales que son una novedad. Siente placer sexual consigo mismo y con otras personas. Durante este tiempo se van definiendo la orientación sexual, los gustos y preferencias personales.

Autoestima

La autoestima es la forma en que nos percibimos y nos sentimos. Influye cómo nos ven otras personas significativas para nosotros y cómo creemos que nos ven. Esta forma de percibirnos se basa en las experiencias que tenemos con otras personas y en las atribuciones que realizamos de nuestra conducta

TALLER 1:

Compromisos sobre responsabilidad de mi sexualidad



EMBARAZO ADOLESCENTE

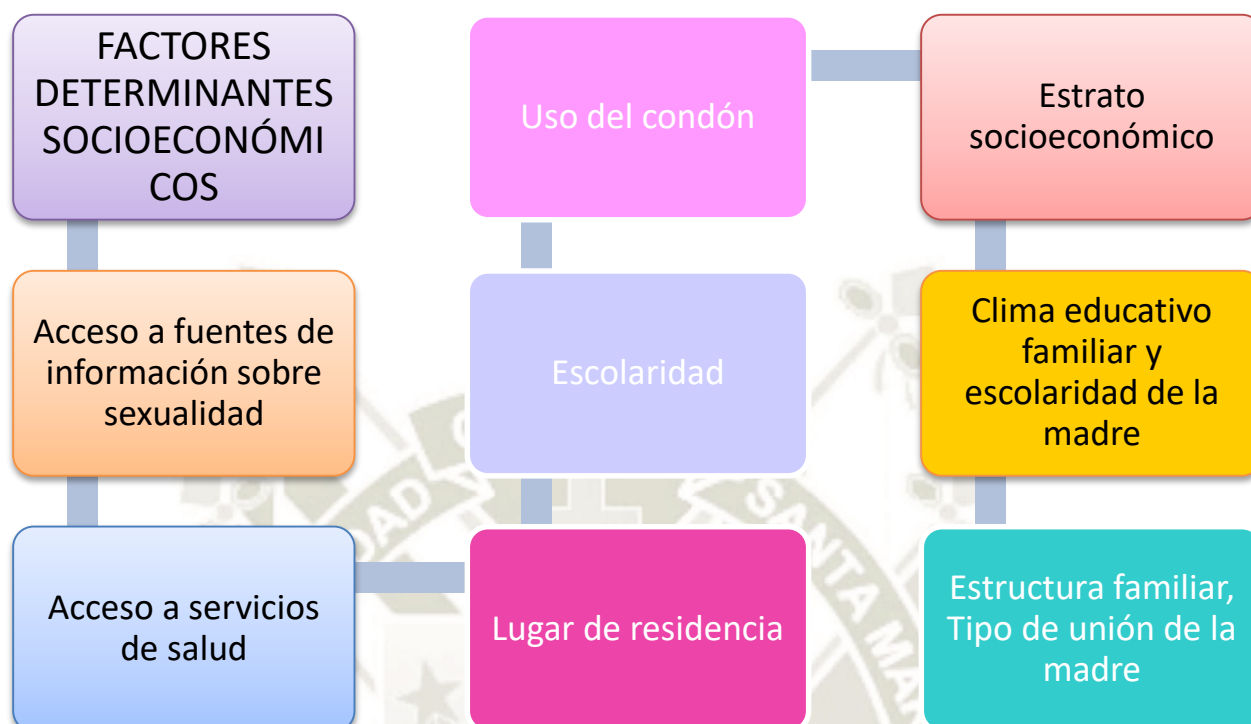
1. Antecedentes:

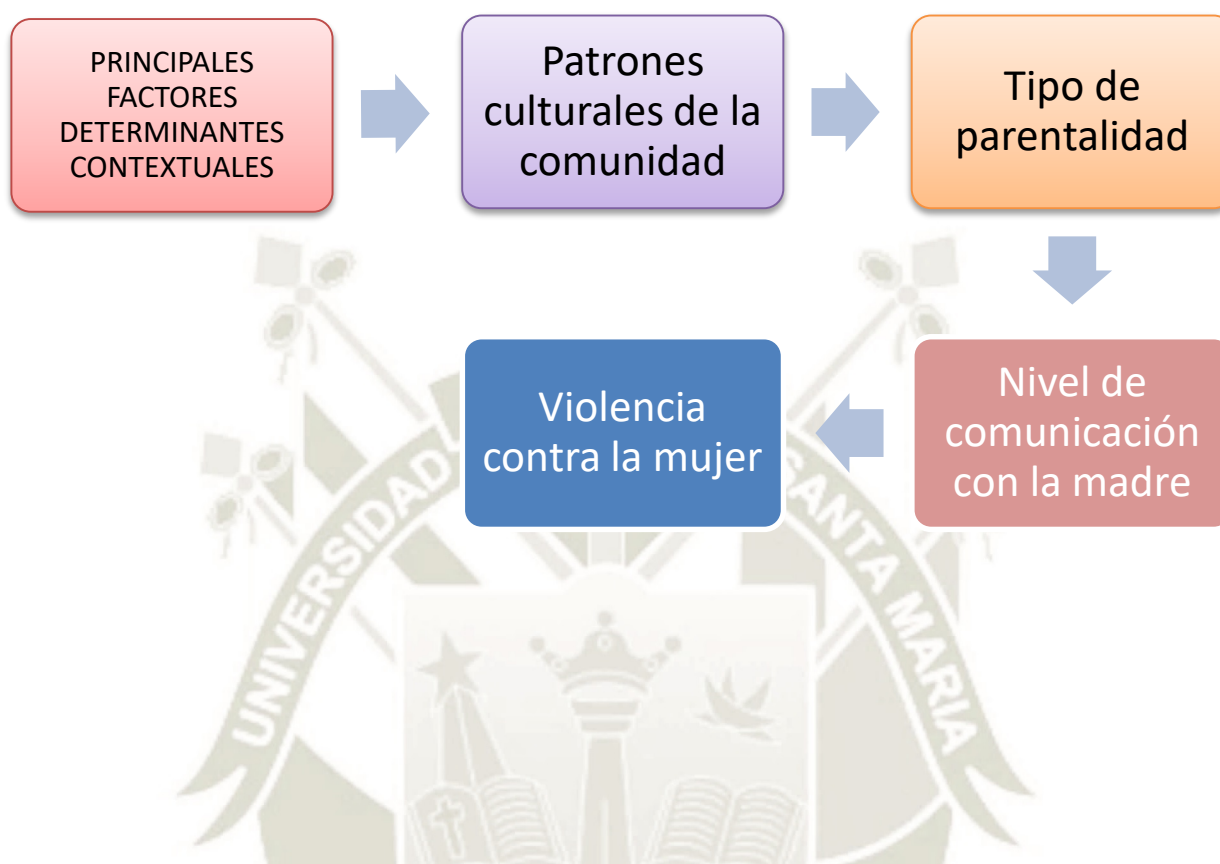
La fecundidad global en el Perú ha ido en descenso en los últimos 25 años, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento. Según la ENDES 2012, la Tasa de Fecundidad en las adolescentes (15 a 19 años) es del orden de 64 x 1000 mujeres. El porcentaje de embarazo en adolescentes ha presentado una tendencia al aumento en los últimos años.

Mientras que la ENDES 2000 reportó que 13,0% de las adolescentes eran madres o estaban embarazadas, la ENDES 2012 muestra que el 13,2% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% ya es madre, y el 2,4% está gestando por primera vez. Respecto a los embarazos no planeados la misma encuesta muestra que asciende al 57,8% en las mujeres menores de 20 años. (ENDES 2012).









2. Tres tipos de intervenciones.

Aspectos educativo

- Educación en salud
- Educación para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes
- Servicios comunitarios educativos
- Servicios de orientación/consejería
- Educación en salud más habilidades para la vida y grupos de autoayuda para adolescentes.

Promoción de métodos anticonceptivos

- Promoción del uso de métodos anticonceptivos con o sin distribución de los mismos, dirigido en general a los y las adolescentes independientemente de si han iniciado o no su actividad sexual. El foco de esta intervención está dirigido a influir en las actitudes de los y las adolescentes hacia el uso de los anticonceptivos una vez hayan decidido iniciar su actividad sexual.

Intervenciones múltiples:

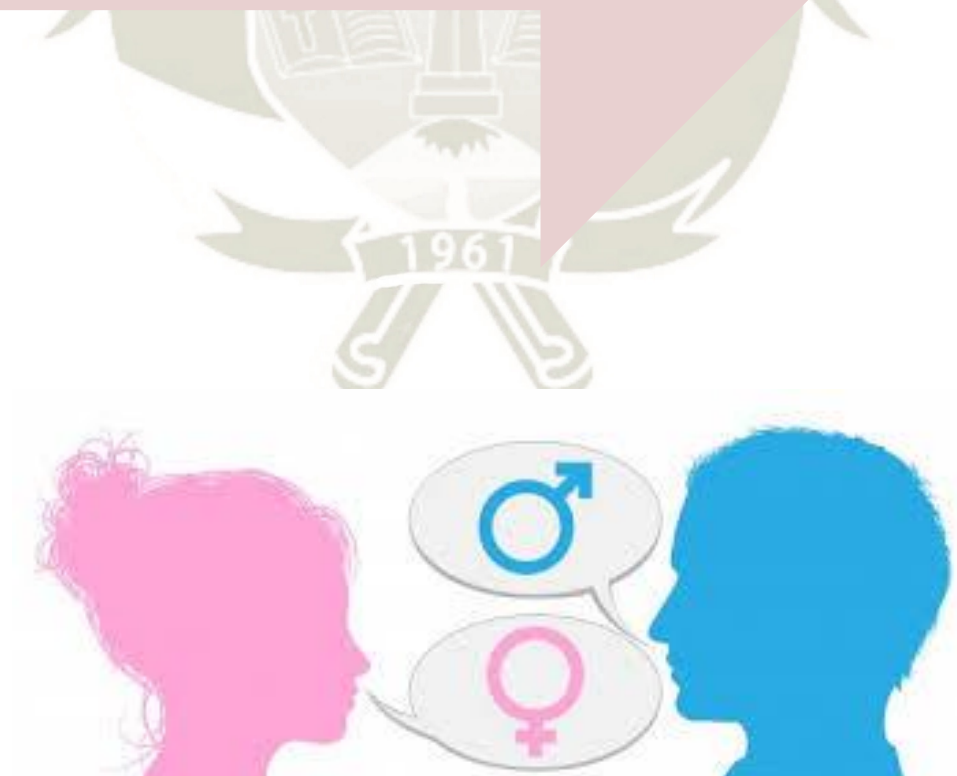
- Combinación de intervenciones educativas con promoción de la anticoncepción y acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva amigables para las y los adolescentes. Una importante lección de dichos esfuerzos es que en la actualidad las comunidades tienen más opciones para desarrollar sus propias iniciativas adecuándolas a los valores, oportunidades y presupuestos locales disponibles. Cabe resaltar que los líderes de dichos programas son los gobiernos locales.

3. Estrategias de prevención y promoción de embarazo adolescente.

Servicios de salud que aseguran una atención de alta calidad en salud sexual y reproductiva.

Programas de educación sexual diseñados en un currículo basado en evidencias y orientado a la familia.

Estrategias de desarrollo juvenil para fortalecer habilidades para la vida y mejora en el acceso a oportunidades educativas, económicas y culturales basadas en la comunidad.



TALLER 2:

Nombrar 10 consecuencias de embarazo adolescente



INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

1. Antecedentes

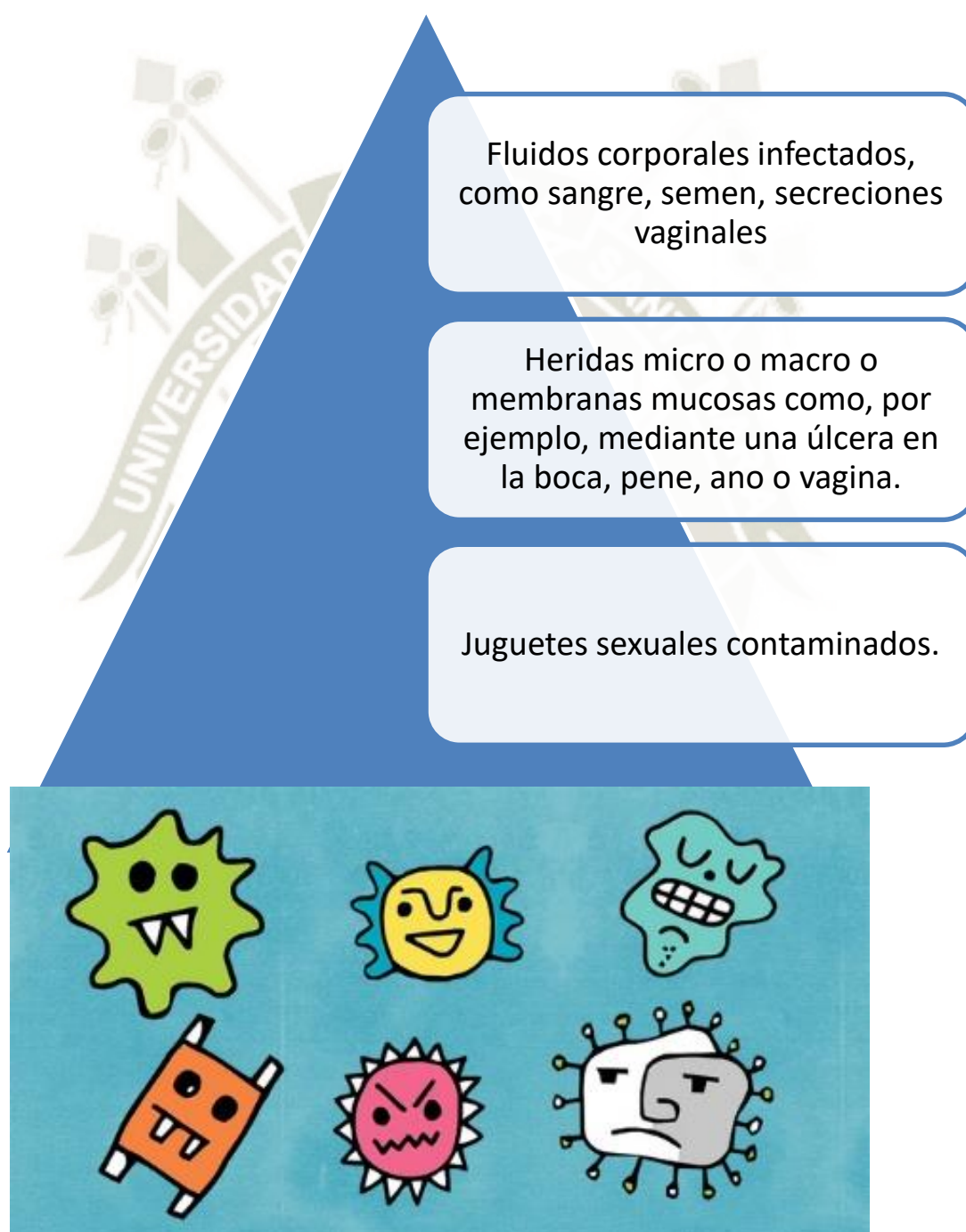
De acuerdo a las estadísticas del MINSA, entre 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65,657 casos de infección por VIH, y 34,438 casos de SIDA.

De los casos notificados de SIDA, el 2.6% fueron diagnosticados cuando los pacientes tenían entre los 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Dado el largo período de incubación de esta enfermedad, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. De ahí la necesidad de mejorar los programas de educación sexual para adolescentes, así como poner a su disposición insumos para su protección. El 26.5% de todos los casos notificados de SIDA en adolescentes y jóvenes eran mujeres, con una relación de 2.8 hombres por mujer.



2. Formas de transmisión

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se transmiten generalmente mediante el contacto sexual sin protección cuando existe penetración, ya sea vaginal o anal, aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral u otras vías como la sanguínea o perinatal.



3. Factores que incrementan el riesgo de contagio de ITS

Factores biológicos

- Edad
- Tipo de relación sexual

Factores conductuales

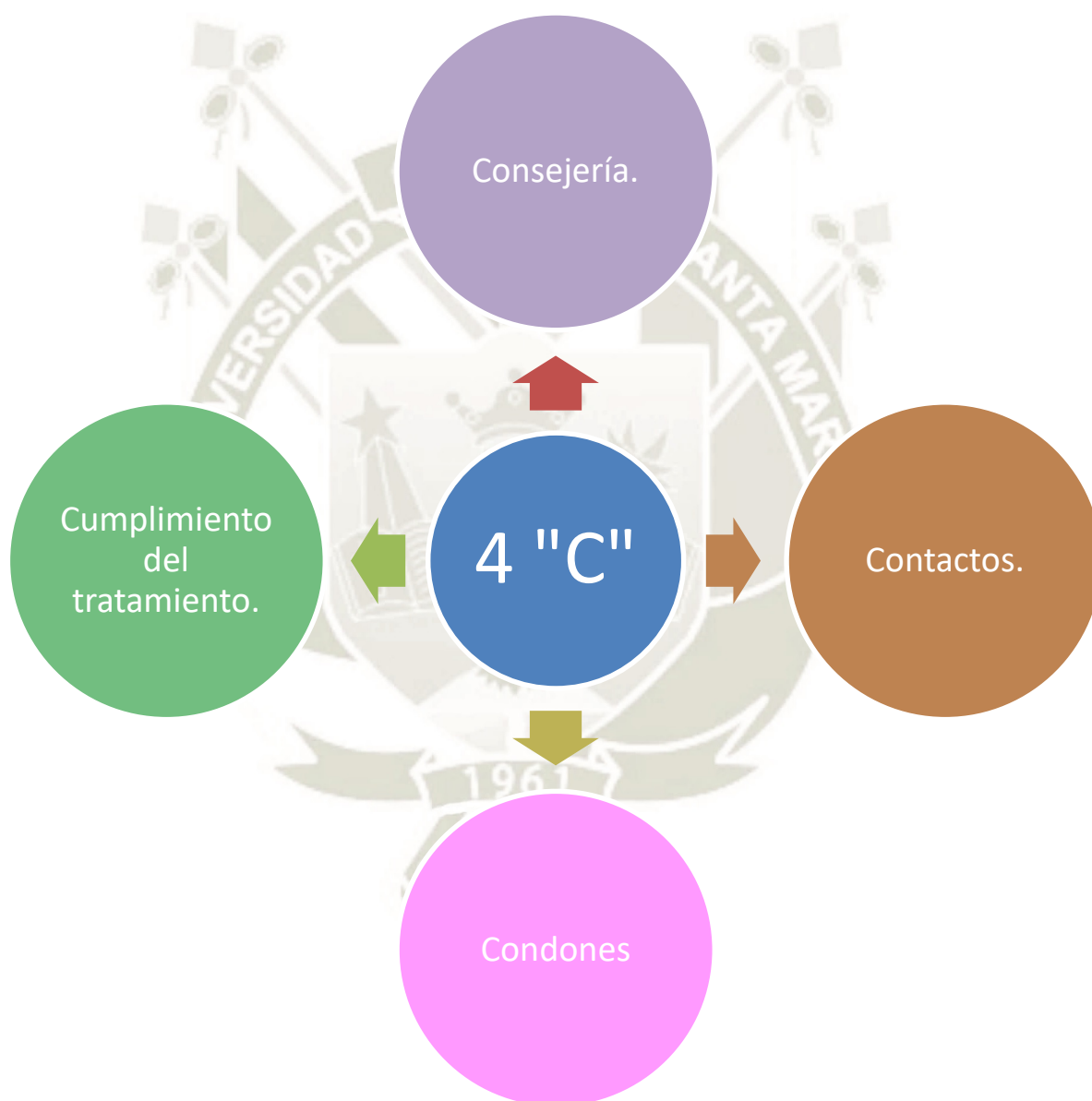
- Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas
- Tener varias parejas sexuales simultáneas.
- Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.
- Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca
- Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección.
- Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
- Tener relaciones sexuales bajo violencia.

Factores sociales

- Hombres que tienen sexo con hombres.
- Mujeres transgénero.
- Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.
- Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados.
- Personas privadas de la libertad.
- Mujeres y hombres que viven violencia sexual.
- Jóvenes sin información y servicios adecuados.
- Poblaciones indígenas o marginadas.
- Población migrante.
- Mujeres embarazadas

4. Las 4 “C”

Principales componentes de la información y consejería del paciente con ITS es el uso de la regla las 4Cs.





Consejería

- Se refiere a la comunicación directa entre dos personas, una con un problema que la aqueja y la otra tratando de ayudar a comprenderlo y resolverlo.

Cumplimiento del tratamiento

- Para mejorar el cumplimiento del tratamiento se deberán brindar instrucciones muy precisas sobre el tratamiento a seguir, debiendo discutirse con el paciente sobre los problemas potenciales que pudiese enfrentar gran cantidad de medicamentos a ingerir, costos elevados, efectos indeseables, etc.



Contactos

- Se define como contactos a todas las parejas con las que el paciente ha tenido relaciones sexuales en los últimos 60 días, 90 días y 12 meses.
- Se debe tener presente en todo momento que los principios de un buen manejo de contactos se basan en: Ser confidencial, Ser voluntario, ofertar servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS disponibles para todas las parejas sexuales de los casos índices, proteger de la discriminación y estigmatización a los pacientes.

Condomes

- Todo persona que consulte por una ITS puede volver a adquirir otra igual o similar en el futuro. Los mensajes educativos y la consejería deben lograr el cambio de conductas hacia comportamientos de menor riesgo, esto incluye la compra o adquisición y uso del condón. Es importante enfatizar que el condón brinda doble protección:
- Protege de las ITS incluyendo el VIH, protege de los embarazos no deseados o no esperados.

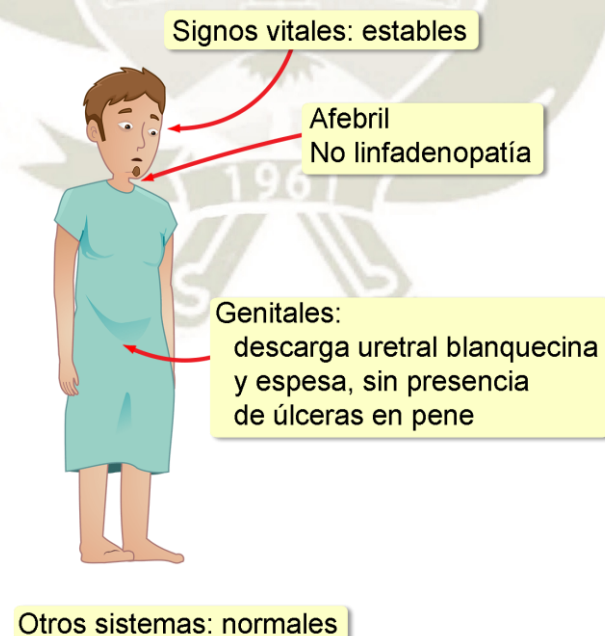


5. Prevención de ITS



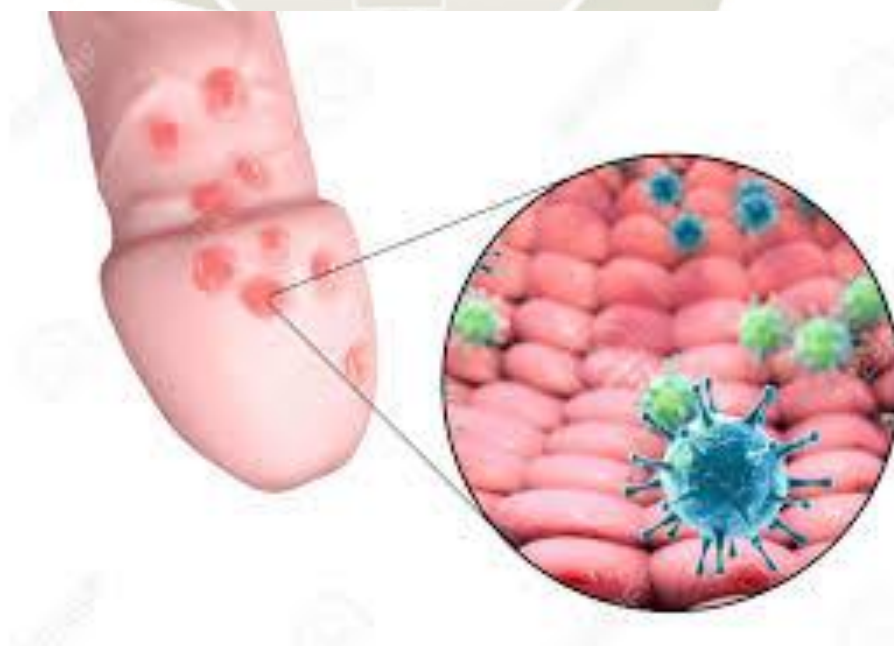
6. Tipos de Infecciones de transmisión sexual

SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL	
Definición	Es la infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.
Etiología (Causantes)	Neisseria gonorrhoeae Chlamydia trachomatis



SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

Definición	La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una “herida” o “llaga” en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas.
Etiología (Cusante)	Herpes genital (Virus del Herpes simple) Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>) Chancroide (<i>Haemophilus ducreyi</i>)



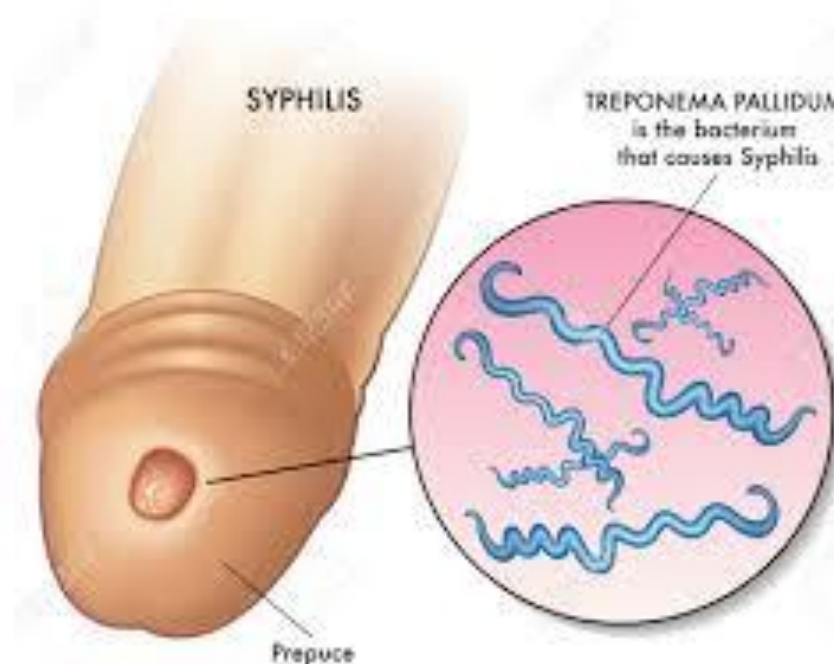
SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

Definición	Aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor, y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con ardor y dolor al orinar, dolor al mantener relaciones coitales. Este flujo vaginal o “descenso”, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina ocasionado por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido como las infecciones por tricomonas
Causas	Vaginosis bacteriana Trichomona vaginalis Infección por Candida Albicans



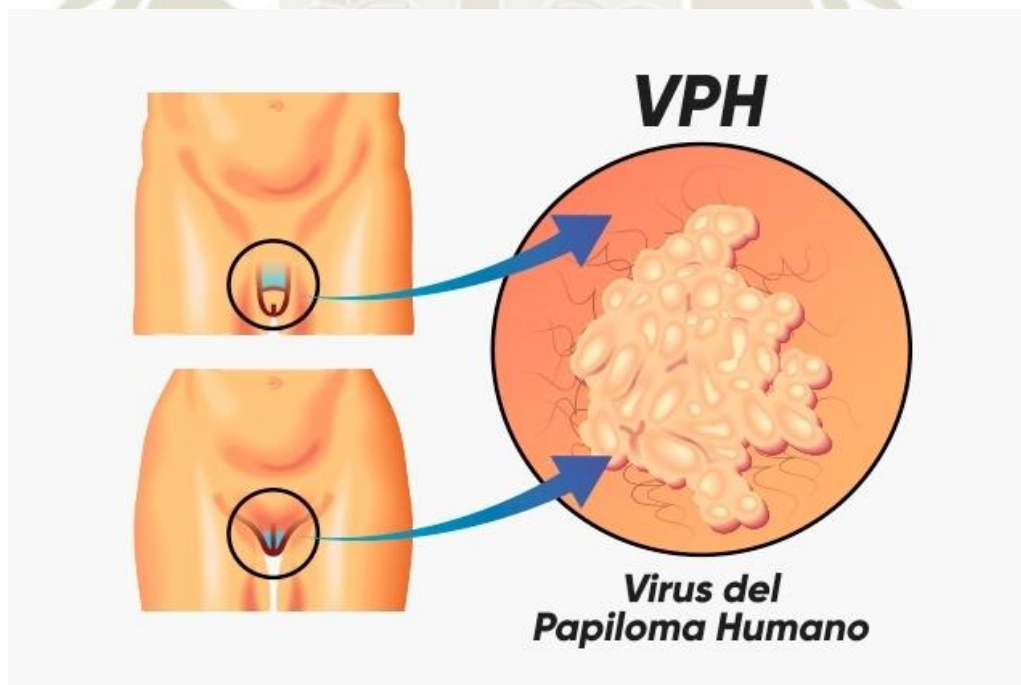
SIFILIS

Definición	Los pacientes con Sífilis pueden buscar tratamiento por síntomas o signos asociados a infección primaria (ejm: úlcera o chancro en el sitio de infección); infección secundaria (ejm: con manifestaciones que incluyen lesiones cutáneas como exantema, lesiones mucocutáneas y adenopatías); o infección terciaria (ejm: lesiones cardíacas, neurológicas, oftalmológicas, auditivas o goma sifilítica).
Etiología	Treponema pallidum



INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Definición	El VPH es un virus ADN con más de 70 genotipos identificados, más de 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital.
Tipos de VPH	Condiloma ano genital. Neoplasia cervical Cáncer invasivo



7. VIH / SIDA

Antecedentes

- Casos acumulados de VIH a Octubre 2017: 109,263 casos de VIH y casos SIDA 40,551
- Número de personas viviendo con VIH/SIDA en 2016: 70,000 personas.
- Epidemia concentrada en homosexuales (prevalencia 12.4%) vs. población general (prevalencia 0.23%)
- La transmisión es predominantemente sexual (97%)
- Relación hombre/mujer: 4/1
- Lima y Callao concentran el 70% de los casos.

VIH

- El **VIH** es el virus que se transmite de persona a persona. Con el tiempo, el VIH destruye un tipo de células importante del sistema inmunitario (denominado células CD4 o células T) que nos protegen de las infecciones. Cuando no tienes suficientes células CD4, tu cuerpo no puede combatir las infecciones como lo haría normalmente.

SIDA

- El **SIDA** es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene SIDA cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de defensas. es la fase más grave de la infección por VIH y, con el tiempo, termina provocando la muerte.

VIAS DE TRANSMISION

Tener sexo vaginal, anal y oral.

Compartir agujas o jeringas

Tener heridas o ampollas abiertas que entran en contacto con sangre, semen (esperma) o secreciones vaginales infectados con VIH

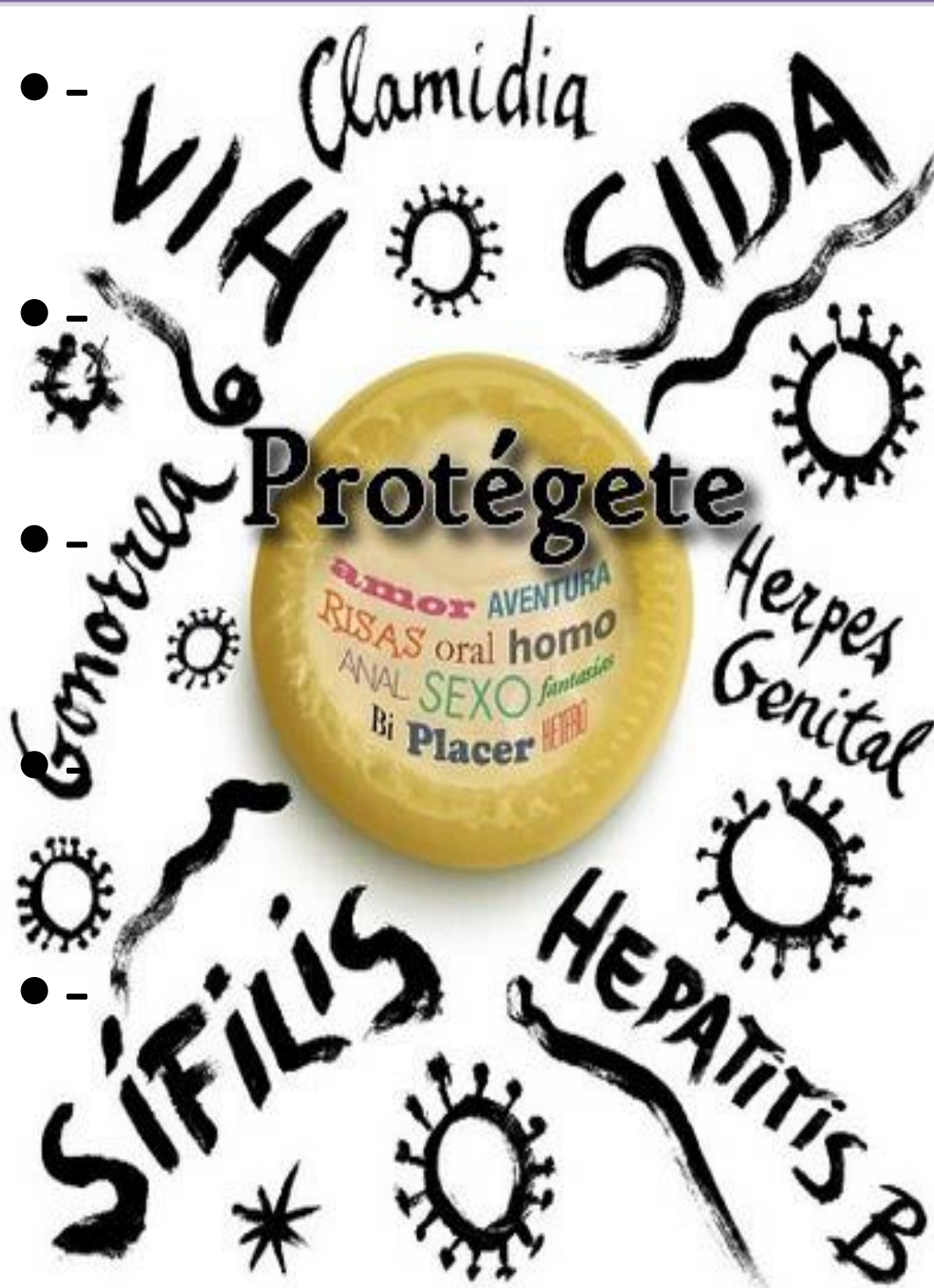
Transmisión materna perinatal:
Embarazo, parto y lactancia.

Sexo sin protección



TALLER 3:

Nombrar 5 ITS



METODOS ANTICONCEPTIVOS

Atención integral en salud sexual y reproductiva para los adolescentes

- Es la provisión continua y con calidad de una atención integral, orientada hacia la promoción, prevención, acceso a métodos anticonceptivos, recuperación y rehabilitación en salud sexual y reproductiva, en el contexto de su vida en familia y en la comunidad

Edad fértil

- Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. De 15 a 49 años.

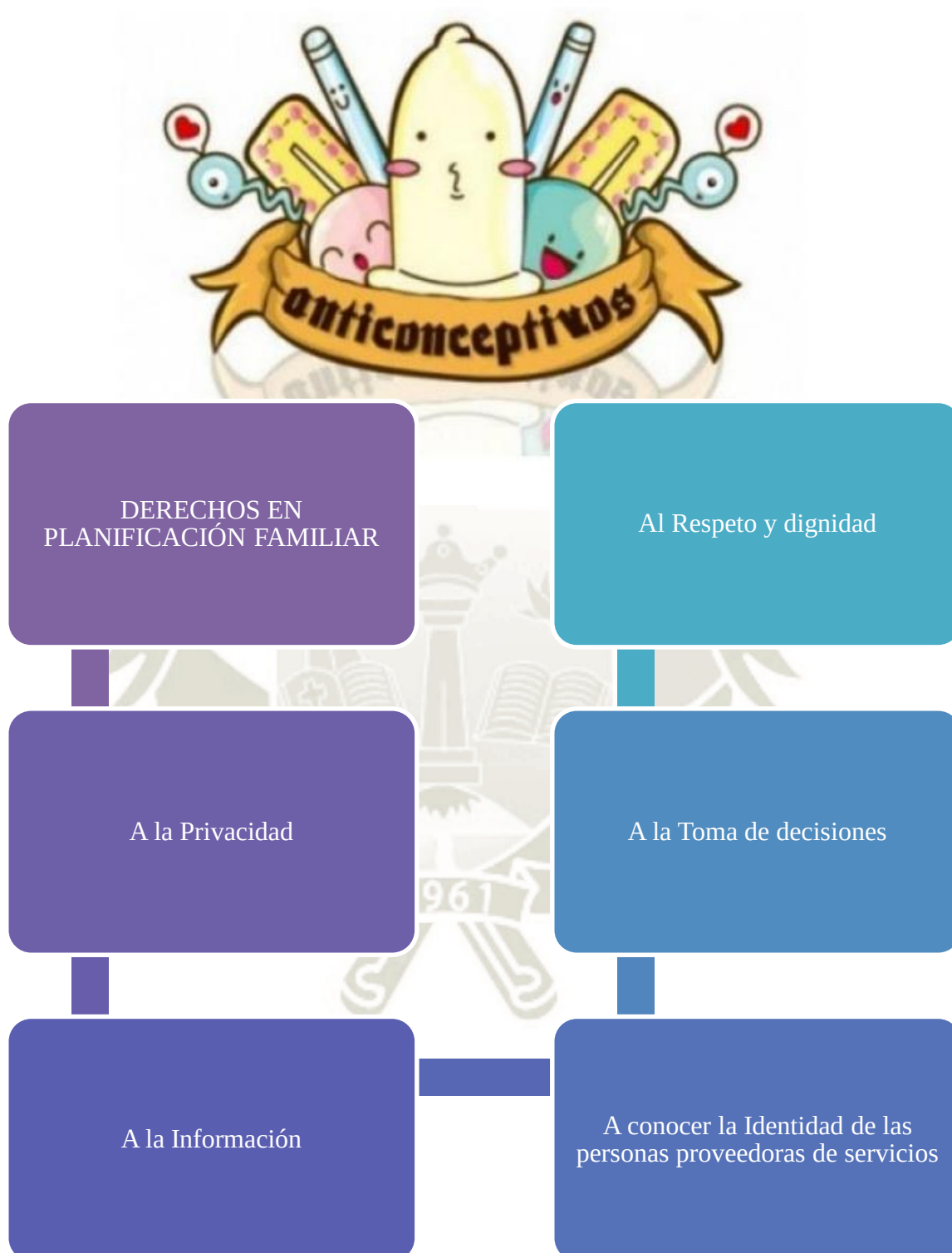
Planificación familiar

- Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos.

Método Anticonceptivo

- Procedimiento que previene o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen, los métodos anticonceptivos permite a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.

1. Conceptos generales



**DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN
PLANIFICACIÓN FAMILIAR**



Disfrutar del más alto nivel posible de salud
física, mental y social



Decidir libre y responsablemente sobre el número
y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la
información, la educación y los medios
necesarios para poder hacerlo.



Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin
discriminación por edad, orientación sexual,
estado civil, religión, creencias, entre otros, a los
servicios de atención que incluyan la salud sexual
y reproductiva incluyendo planificación familiar



Tener acceso a una amplia gama de métodos
anticonceptivos para poder realizar una elección
libre y voluntaria, y que no esté limitada por su
capacidad económica.



MÉTODO DEL RITMO, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO

Mecanismo de acción (Forma que actúa)	Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.
Contraindicaciones para su uso	Mujeres con ciclos menstruales irregulares Adolescentes que aún no han regularizado su ciclo menstrual
Forma de uso	La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses. De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil: ✓ Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto. ✓ Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19no día del ciclo menstrual.

MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

Mecanismo de acción (Forma que actúa)	Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.
Contraindicaciones para su uso	Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual. Infecciones, enfermedades o uso de medicamentos que alteren o afecten el moco cervical. Utilizar con precaución en mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de lactar
Forma de uso	La mujer debe Identificar el periodo fértil de acuerdo a las características del moco cervical. La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas. El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la desaparición brusca de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad. Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación.



CONDÓN MASCULINO

Mecanismo de acción (Forma que actúa)	Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.
Contraindicaciones para su uso	Alergia o hipersensibilidad al látex
Forma de uso	Asegurarse de la integridad del envase Verificar la fecha de manufactura en el sobre, no deberá ser mayor de cinco años. Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo desde la erección antes de la penetración (coito). Cada condón se usa una sola vez, si tuviera otra relación sexual use otro condón. Se debe retirar antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.

CONDÓN FEMENINO

Mecanismo de acción (Forma que actúa)	Impide el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino.
Contraindicaciones para su uso	Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.
Forma de uso	Revisar el paquete del condón, si está dañado o roto, no debe utilizarlo. Lavarse las manos con un jabón neutro y agua limpia. Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante, introducir el condón en la vagina, elegir una posición en que se esté cómoda para la inserción (en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada), sostener el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo, apretar el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo medio, sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón, sosteniendo el condón con los tres dedos de una mano, con la otra mano separar los labios de la vagina, colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo, luego con el dedo índice por dentro del condón empujar el anillo interno dentro de la vagina unos 2,5 centímetros del condón con el anillo externo quedarán fuera del cuerpo. Asegurar que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior, después de que el hombre retira su pene, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro los fluidos y suavemente, retirarlo de la vagina, sacarlo con cuidado y arrojarlo en la basura.



ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Mecanismo de acción (Forma que actúa)	Supresión de la ovulación. Espesamiento del moco cervical.
Contraindicaciones para su uso	Sangrado genital sin explicación, diabetes mellitus, tabaquismo, Migraña con aura a cualquier edad, trombosis venosa profunda.
Forma de uso	Inicio del método: - Entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual. En los siguientes ciclos: - En los productos de 28 píldoras: Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior. - Debe ser administrado por personal capacitado. - Instrucciones en caso de olvido en la toma del Anticonceptivo oral combinado: - En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.

TALLER 4 :

Nombrar 5 métodos anticonceptivos

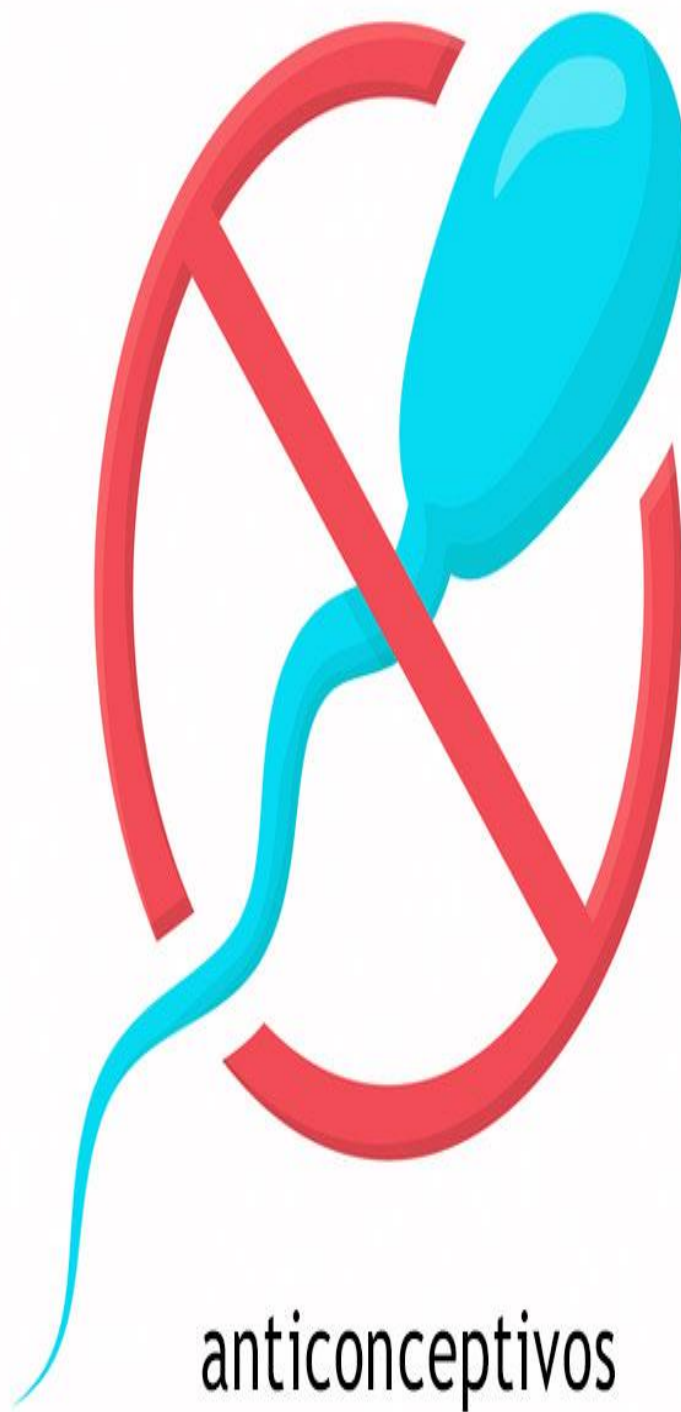
● -

● -

● -

● -

● -



anticonceptivos

REFERENCIAS

1. Alvarado.J “Educación sexual preventiva en adolescentes escuela Liceo 2015- Chile” Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Jealvarado>
2. UNFPA United Nations Population Fund: Salud sexual y reproductiva. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/temas/salud-sexual-y-reproductiva-5>
3. Marquez.S, Moro.M "Actitud hacia la sexualidad en estudiantes de secundaria de la institucion educativa experimental UNAP, distrito de san juan bautista- 2013". Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2198/T-000-M26.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Quintanilla.M, Freck.J, Ruelas.E, Valera.Y: Salud.gob. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: Un derecho a conquistar. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
5. OMS. Organización mundial de salud: Salud Sexual. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
6. Documento técnico situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
7. OMS. Organización mundial de salud: Desarrollo en la adolescencia. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
8. Guemes M. Ceñal M. Hidalgo M. Pediatría Integral: Desarrollo durante la adolescencia. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
9. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino: Editorial CEP. Tema 46. Página 233. [Internet]. Disponible en: https://www.academia.edu/30146051/TEMA_TEMAS_46_46_ANATOM%C3%8DA_Y_FISIOLOG%C3%8DA_DEL_APARATO_REPRODUCTOR_ANATOM%C3%8DA_Y_FISIOLOG%C3%8DA_DEL_APARATO_REPRODUCTOR_MASCULINO_Y_FEMENINO_MASCULINO_Y_FEMENINO_C_C_E_

E_P_P

10. Asesoría Psicosocial del Centro Informajoven: Informa Joven: Sexualidad, Cambios en la pubertad y adolescencia. España. Disponible en:
https://www.informajoven.org/info/salud/k_7_7.asp
11. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013 - 2021. Perú. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3033.PDF>
12. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS. México. 2011. Disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_preencion_diagnostico_ITS-FEB13CS4.pdf
13. Guía nacional de manejo de infecciones de transmisión sexual. Perú 2006. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida/GuiaNacionalITS_Dic2006.pdf
14. Manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS): Modulo de capacitación: Funciones de la consejería. Perú – 2009. Pág. 119-120. Disponible en: <https://eaics.files.wordpress.com/2017/03/modulo-capac-ms-obj1vih5r.pdf>
15. Ruiz P. Situación del VIH y TARV en el PERÚ. 2018. Disponible en:
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/Reunion esTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>
16. OMS. Organización mundial de salud: VIH / SIDA. Disponible en:
https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
17. Planned Parenthood Federation of America. Enfermedades de transmisión sexual: VIH / SIDA. Disponible en:
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vih-sida>
18. Norma técnica de salud de planificación familiar. Perú 2017. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>