

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO “DILO POR
DOS” PARA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA -
HUÁNUCO, 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MEDICO CIRUJANO**

TESISTA:

CUELLAR JANAMPA, JORGE ANTONIO

ASESORES:

DR. DÁMASO MATA, BERNARDO CRISTÓBAL

HUÁNUCO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A Dios, nuestro padre, guía y
protector.

A mis padres, hermanos por su
apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Facultad de Medicina, por
guiarme en este camino de aprendizaje

A los asesores de Tesis por su dedicación y tiempo
para orientarme en el desarrollo de la
investigación.

A la Institución Educativa "San Agustín" por ser
partícipe de esta investigación.

RESUMEN

Introducción: Los adolescentes son vulnerables a daños en su salud sexual y reproductiva debido a los numerosos cambios que experimentan. Las conductas sexuales de riesgo son conductas que incrementan la probabilidad de sufrir daños a la salud sexual con consecuencias como infecciones de transmisión sexual y VIH y embarazos adolescentes. El objetivo de este trabajo fue determinar la efectividad del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” para las Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes de una Institución Educativa de Huánuco en el año 2019. **Métodos:** Es un estudio Analítico, Cuasi experimental, Longitudinal y Prospectivo. Las variables de estudios son las conductas sexuales de riesgo y el programa educativo preventivo “Dilo por Dos”. La población lo conforman 179 estudiantes del tercer año de educación secundaria, que están distribuidos en 4 secciones, de la Institución Educativa “San Agustín”; de los cuales se realizó un muestreo probabilístico utilizando el software Epidat 3.1. El muestreo aleatorio simple seleccionó una muestra representativa de 104 estudiantes, teniendo en cuenta una proporción esperada del 20% basado en estudios previos, con una confianza del 95% y un 5% de error. Se realizó un cuestionario que evaluó el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes sobre las conductas sexuales de riesgo, además, las experiencias sexuales de los adolescentes en relación a las conductas sexuales de riesgo y midió el nivel de funcionalidad familiar. La intervención constó de 6 talleres con una duración 45 minutos cada uno,

desde julio a noviembre del 2019. Se recopilaron y analizaron los datos usando Excel y SPSSv.23. Se utilizó el análisis estadístico de McNemar para las muestras dependientes y chi-cuadrado para las variables cualitativas.

Resultados: El nivel de conocimientos aumentó significativamente de 7.1% a 47.3% ($p=0.000$), el nivel habilidades de 17.9% a 50.0% ($p=0.000$) y el nivel de actitudes de 81.3% a 92.9% ($p=0.011$). El inicio temprano de las relaciones sexuales se asoció significativamente con la edad ($p=0.002$) y con el nivel de funcionalidad familiar ($p=0.035$). No se obtuvo asociaciones estadísticamente significativas en las demás variables que componen las conductas sexuales de riesgo: promiscuidad, relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos, uso de drogas durante las relaciones sexuales. **Conclusiones:** El programa educativo preventivo “Dilo por Dos” aumentó significativamente el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes de los participantes.

Palabras clave: Efectividad, Intervención, Conducta sexual, Adolescente.
(DECS, <http://decs.bvs.br/>).

ABSTRACT

Introduction: Adolescents are vulnerable to damage to their sexual and reproductive health due to the numerous changes they experience. Sexual risk behaviors are behaviors that increase the likelihood of suffering damage to sexual health with consequences such as sexually transmitted infections and HIV and teenage pregnancies. The objective of this work is to determine the effectiveness of the Preventive Educational Program “Dilo por Dos” for Sexual Risk Behaviors in adolescents of a high school of Huanuco at 2019. **Methods:** It is an Analytical, Quasi-experimental, Longitudinal and Prospective study. The study variables are sexual risk behaviors and the preventive educational program “Dilo por Dos”. The population is conform of 179 students of the third grade of secondary education, which are distributed in four sections, of the high school "San Agustín"; of which a probabilistic sampling was performed using Epidat 3.1 software. Simple random sampling selected a representative sample of 104 students, taking into account an expected proportion of 20% based on previous studies, with 95% confidence and 5% error. A questionnaire was conducted that assessed the level of knowledge, skills and attitudes about sexual risk behaviors, in addition, sexual experiences of adolescents in relation to sexual risk behaviors and measured the level of family functionality. The intervention consisted of 6 sessions with a duration of 45 minutes each, from July to November 2019. It was used Excel and SPSSv.23. to collect and analyze the data. It was used the McNemar statistical analysis for the

dependent samples and chi-square analysis for the qualitative variables.

Results: The level of knowledge increased significantly from 7.1% to 47.3% ($p = 0.000$), the skill level from 17.9% to 50.0% ($p = 0.000$) and the level of attitudes from 81.3% to 92.9% ($p = 0.011$). Early onset of sexual relations was significantly associated with age ($p = 0.002$) and with the level of family functionality ($p = 0.035$). There were not statistically significant associations in the other variables that make up sexual risk behaviors: promiscuity, sexual relations without contraceptive use, drug use during sexual intercourse.

Conclusions: The preventive educational program "Dilo por Dos" significantly increased the level of knowledge, skills and attitudes of the participants.

Keywords: Effectiveness, Intervention, Sexual behavior, Adolescent.
(MESH, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

ÍNDICE

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	viii
Índice.....	x
Introducción.....	12
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.1. Fundamentación del problema de investigación.....	17
1.2. Formulación del problema de investigación.....	17
1.3. Formulación de objetivos generales y específicos.....	17
1.4. Justificación.....	18
1.5. Limitaciones.....	19
1.6. Formulación de hipótesis generales y específicas.....	20
1.7. Variables.....	21
1.8. Definición teórica y Operacionalización de variables.....	23
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	27
2.1. Antecedentes.....	27
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	27
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	31
2.1.3. Antecedentes Regionales.....	36
2.2. Bases teóricas.....	37
2.2.1. Conductas sexuales de riesgo.....	37
2.2.1.1. Inicio temprano de las relaciones sexuales.....	39
2.2.1.2. Promiscuidad.....	40
2.2.1.3. Relaciones sexuales sin uso de anticonceptivo.....	41

2.2.1.4. Uso de sustancias durante las relaciones sexuales.....	42
2.2.2. Programa Educativo.....	46
2.2.3. Adolescencia.....	53
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	69
3.1. Ámbito.....	69
3.2. Población.....	69
3.3. Muestra.....	71
3.4. Nivel de estudio.....	74
3.5. Diseño de investigación.....	74
3.6. Métodos, técnicas e instrumentos.....	76
3.6.1. Instrumento de recolección de datos.....	76
3.6.2. Intervención educativa.....	77
3.7. Validación y confiabilidad del instrumento.....	79
3.8. Análisis e interpretación de datos.....	79
3.9. Consideraciones éticas.....	79
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	81
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	84
CONCLUSIONES.....	89
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	99
NOTA BIBLIOGRÁFICA.....	156

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva y sexual de las personas es importante en varias etapas de la vida, especialmente en los grupos poblacionales más jóvenes. En la actualidad, los adolescentes llegan antes a la pubertad y se casan más tarde, por lo que se forma una brecha más amplia entre el inicio de la adolescencia y el matrimonio, que los hace más vulnerables a conductas que afecten su salud sexual. Existe, además, una disminución progresiva de la edad de la primera relación sexual y por consiguiente, un porcentaje cada vez mayor de adolescentes que tienen relaciones sexuales (1,2).

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo humano potencialmente crítica por los numerosos cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales que conlleva, convirtiendo a los adolescentes en seres vulnerables que se enfrentan a potenciales peligros que afectarían su salud física y mental, entre ellos, accidentes, crímenes, consumo de drogas e incluso la muerte y el suicidio; en cuanto a su salud reproductiva y sexual, tienen mayor tendencia a contraer enfermedades de transmisión sexual y VIH, embarazos no planeados, etc. Consecuencias que reflejan la inmadurez del cerebro adolescente (3).

Las conductas sexuales de riesgo son todas las conductas que incrementan la probabilidad de sufrir daños a la salud reproductiva y sexual, que expone a los individuos a problemas de salud pública como las ITS,

infecciones por VIH y los embarazos no deseados (4). Según datos del CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU), el 41.2% de los jóvenes estadounidenses tuvieron relaciones sexuales, entre los cuales el 3.9% tuvo relaciones sexuales antes de los 13 años, el 11.5% tenía múltiples parejas sexuales, el 20.6% había sufrido el abuso de alcohol y narcóticos antes de una relación sexual; además, solo el 56.9% había usado condón durante las relaciones sexuales y el 13.8% no había usado ningún método anticonceptivo. De la misma manera, estudios en países latinoamericanos como Colombia, muestran que uno de cada cinco adolescentes había tenido relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, y que el 68% de estos individuos tenían conductas sexuales de alto riesgo (2,5). Es importante destacar que, con el inicio temprano de la actividad sexual, la prevalencia de VIH en adolescentes ha alcanzado la cifra de 1.2 millones a nivel mundial. Una séptima parte de los nuevos casos de VIH en el mundo ocurre entre adolescentes y alrededor del 40% de los abortos inseguros en países con bajos recursos ocurren durante la adolescencia. Sin mencionar las consecuencias a largo plazo que acarrea la exposición a ITS, como la infertilidad, el dolor pélvico crónico y su relación a cánceres, como el de cuello uterino (1).

Dentro del territorio nacional en el 2015, según datos del INEI, la población de 10 a 19 años constituyó el 18.6% de la población peruana. De los estudiantes que cursan educación secundaria, el 19.7% dijeron que tuvieron

relaciones sexuales por lo menos una vez en su vida. De los cuales, el 46.7% debutó su primera relación sexual con una edad inferior a los 14 años. Los varones tienen porcentajes más altos (28.3% tuvieron relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años) que las mujeres (11.1% ya iniciaron su vida sexual y 36.1% antes de los 14 años). Siguiendo esta línea, se indica que las mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años de edad aumentaron del 5.1% al 6.9% desde el año 2000 al año 2015. Además, el 13.6% de las mujeres con edades entre los 15 y los 19 años están o han estado embarazadas por lo menos una vez. De éstas, el 23.2% pertenecen al medio rural y el 10.7%, al medio urbano. Así mismo, las adolescentes de nivel educativo secundario (37.9%) tienen seis veces más riesgo de quedar embarazadas a comparación de las que tienen nivel educativo universitario o superior (6.1%) (6).

Estos resultados coinciden con estudios realizados en poblaciones de escolares en Lima, donde el inicio de la actividad sexual de los adolescentes hombres se encuentra entre los 13 y 14 años y en las mujeres, los 15 años (3). Y en trabajos llevados a cabo en el interior del país, donde el 21.4% de los estudiantes habían sostenido relaciones coitales y que la edad promedio fue de 14 años, siendo mayor la población masculina (30.72%) (4).

Por otro lado, el Ministerio de Salud notificó que entre 1983 y el 2016, se informaron un total de 65,657 casos de infección por el virus del VIH, y en el caso de SIDA, 34,438 casos. En relación a los casos de SIDA, el 2.6%

fueron diagnosticados cuando los individuos tenían entre 10 y 19 años de edad, y el 29.3% entre los 20 y 29 años de edad. Debido a que el virus tiene un período largo de incubación, se presume que un porcentaje importante de ellos debieron infectarse antes de los 20 años de edad. De la misma forma, la relación de casos de SIDA en adolescentes es de 2.8 hombres por cada mujer infectada. Así mismo, en los adolescentes de 12 a 18 años de edad, el porcentaje de casos de ITS según el MINSA para la consulta externa fue del 0.9%, entre ellas, la sífilis (precoz, tardía y las no especificadas) fue la más identificada con un total de 39.6%, la tricomoniasis con 22.5%, la gonorrea con 16.8% y el herpes simple de tipo anogenital con 10.4% (6).

En nuestro contexto, Huánuco es la séptima región en mayor cantidad de embarazos adolescentes (15-19 años), por detrás de Ucayali, Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín y Cajamarca. La encuesta ENDES del 2013 indica que un 15.8% de las adolescentes del país ya son madres o al menos están embarazadas por primera vez. Respecto a esta población, un gran porcentaje apenas tiene estudios primarios (42.6%) y además viven en el área rural (27.1%) (7).

En cuanto al uso de medidas de protección, el uso de preservativos en los adolescentes es un claro ejemplo de su comportamiento errático, pues, aunque la mayoría de jóvenes lo utilizan durante su primera relación sexual, dejan de ser consecuentes con esta práctica en los siguientes encuentros sexuales, por considerarlo innecesario. El abuso de sustancias como el

alcohol y los narcóticos también están relacionados con las conductas de riesgo en esta población (8).

Por todo esto, decidí abordar el tema de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, siendo ésta una población vulnerable debido a los cambios físicos y cognoscitivos propios de su desarrollo, que los exponen a consecuencias graves para su salud y desarrollo personal. Así también propongo el Programa Educativo que ayudaría a prevenir los efectos indeseados de estas conductas.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La salud sexual y reproductiva de las personas es importante en varias etapas de la vida, especialmente en los grupos poblacionales más jóvenes. En la actualidad, los adolescentes llegan antes a la pubertad y se casan más tarde, por lo que se forma una brecha más amplia entre el inicio de la adolescencia y el matrimonio, que los hace más vulnerables a conductas que afecten su salud sexual. Existe, además, una disminución progresiva de la edad de la primera relación sexual y por consiguiente, un porcentaje cada vez mayor de adolescentes que tienen relaciones sexuales (1,2).

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo humano potencialmente crítica por los numerosos cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales que conlleva, convirtiendo a los adolescentes en seres vulnerables que se enfrentan a peligros para su bienestar físico y mental que incluyen altas tasas de mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios; y en cuanto a la salud sexual y reproductiva, están más expuestos a las infecciones de enfermedades de transmisión sexual y por VIH, embarazos no planeados, etc. Consecuencias que reflejan la inmadurez del cerebro adolescente (3).

Las conductas sexuales de riesgo son todas las conductas que se dan en una situación que aumenta la probabilidad de sufrir daños a la salud sexual

y reproductiva, que expone a los individuos a problemas de salud pública como las ITS, infecciones por VIH y los embarazos no deseados (4). Según el informe del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el 41.2% de los jóvenes estadounidenses tuvieron relaciones sexuales, entre los cuales el 3.9% tuvo relaciones sexuales antes de los 13 años, el 11.5% tenía múltiples parejas sexuales, el 20.6% había sufrido el abuso de alcohol y narcóticos antes de una relación sexual; además, solo el 56.9% había usado condón durante las relaciones sexuales y el 13.8% no había usado ningún método anticonceptivo. De la misma manera, estudios en países latinoamericanos como Colombia, muestran que uno de cada cinco adolescentes había tenido relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, y que el 68% de estos individuos tenían conductas sexuales de alto riesgo (2,5). Es importante destacar que, con el inicio temprano de la actividad sexual, la prevalencia de VIH en adolescentes ha alcanzado la cifra de 1.2 millones a nivel mundial. Una séptima parte de los nuevos casos de VIH en el mundo ocurre entre adolescentes y alrededor del 40% de los abortos inseguros en países con bajos recursos ocurren durante la adolescencia. Sin mencionar las consecuencias a largo plazo que acarrea la exposición a ITS, como la infertilidad, el dolor pélvico crónico y su relación a cánceres, como el de cuello uterino (1).

Dentro del territorio nacional en el 2015, según datos del INEI, la población de 10 a 19 años constituyó el 18.6% de la población peruana. De lo

estudiantes que cursan educación secundaria, el 19.7% refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos, el 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28.3% tuvieron relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años), que entre las mujeres (11.1% ya iniciaron su vida sexual y 36.1% antes de los 14 años). Siguiendo esta línea, se indica que el porcentaje de mujeres que inició actividad sexual antes de los 15 años de edad se incrementó del 5.1% al 6.9% desde el año 2000 al año 2015. Además, el 13.6% de las mujeres con edades entre los 15 y los 19 años están o han estado embarazadas por lo menos una vez. De éstas, el 23.2% pertenecen al medio rural y el 10.7%, al medio urbano. Así mismo, las adolescentes de nivel educativo secundario tienen seis veces más riesgo de quedar embarazadas con respecto a las que tienen nivel educativo universitario o superior (37.9% y 6.1%, respectivamente) (6).

Estos resultados coinciden con estudios realizados en poblaciones de escolares en Lima, donde el inicio de la actividad sexual de los adolescentes hombres se encuentra entre los 13 y 14 años y en las mujeres, los 15 años (3). Y en trabajos llevados a cabo en el interior del país, donde el 21.4% de los estudiantes habían sostenido relaciones coitales y que la edad promedio fue de 14 años, siendo mayor la población masculina (30.72%) (4).

Por otro lado, el Ministerio de Salud notificó que entre 1983 y el 2016, se informaron un total de 65,657 casos de infección por el virus del VIH, y en

el caso de SIDA, 34,438 casos. En relación a los casos de SIDA, el 2.6% fueron diagnosticados cuando los individuos tenían entre 10 y 19 años de edad, y el 29.3% entre los 20 y 29 años de edad. Debido a que el virus tiene un período largo de incubación, se presume que un porcentaje importante de ellos debieron infectarse antes de los 20 años de edad. De la misma forma, la relación de casos de SIDA en adolescentes es de 2.8 hombres por cada mujer infectada. Así mismo, en los adolescentes de 12 a 18 años de edad, el porcentaje de casos de ITS según el MINSA para la consulta externa fue del 0.9%, entre ellas, la sífilis (precoz, tardía y las no especificadas) fue la más identificada con un total de 39.6%, la tricomoniasis con 22.5%, la infección gonocócica con 16.8% y la infección por virus del herpes simple de tipo anogenital con 10.4% (6).

En nuestro contexto, Huánuco es la séptima región en mayor cantidad de embarazos adolescentes (15-19 años), por detrás de Ucayali, Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín y Cajamarca. La encuesta ENDES del 2013 indica que un 15.8% de las adolescentes peruanas ya son madres o al menos están embarazadas por primera vez. Respecto a esta población, un gran porcentaje apenas tiene estudios primarios (42.6%) y además viven en el área rural (27.1%) (7).

En cuanto al uso de medidas de protección, el uso de preservativos en los adolescentes es un claro ejemplo de su comportamiento errático, pues, aunque la mayoría de jóvenes lo utilizan durante su primera relación sexual,

dejan de ser consecuentes con esta práctica en los siguientes encuentros sexuales, por considerarlo innecesario. El abuso de sustancias como el alcohol y los narcóticos también están relacionados con las conductas de riesgo en esta población (8).

Por todo esto, decidí abordar el tema de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, siendo ésta una población vulnerable debido a los cambios físicos y cognoscitivos propios de su desarrollo, que los exponen a consecuencias graves para su salud y desarrollo personal. Así también propongo el Programa Educativo que ayudaría a prevenir los efectos indeseados de estas conductas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la efectividad del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” para las Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019?

1.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” para las Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en la prevención de Conductas Sexuales de Riesgo antes de ejecutado el Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.
- Identificar el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en la prevención de Conductas Sexuales de Riesgo después de ejecutado el Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.
- Comparar el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en la prevención de Conductas Sexuales de Riesgo antes y después de ejecutado el Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.
- Evaluar los factores epidemiológicos con las Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se ha realizado por un futuro profesional de la salud comprometido con la promoción y prevención de la salud, y en este caso, en la prevención de conductas sexuales de riesgo en la población adolescente.

El programa educativo preventivo “Dilo por dos” tiene por finalidad concientizar a los/las adolescentes sobre su vulnerabilidad frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), infecciones por VIH/SIDA y el embarazo no deseado. Para ello, se procuró incorporar conocimientos sobre prevención de situaciones que afectan su salud sexual y reproductiva. Poniendo énfasis en la necesidad de desarrollar habilidades para anticiparse a las vivencias sexuales y adoptar comportamientos de protección sexual, difíciles de cumplir en esta población vulnerable.

En cuanto al Ministerio de Salud, como ente rector de la salud pública del país, se encarga de diseñar y proponer políticas de salud, en especial, en este caso, en lo que se refiere a los derechos en salud de los adolescentes, que constituyen un importante sector de la población y que se necesita atender sus necesidades en salud.

Considero que con la realización de este estudio lograré brindar información actualizada a las instituciones educativas y a los profesionales de salud de nuestra región, para promover el trabajo intersectorial (educación y salud) con la finalidad de promover programas de educación dirigida a los grupos de riesgo, así como a los padres, profesores y autoridades. Y de esta manera lograr, con un trabajo en conjunto, para la prevención de conductas

sexuales de riesgo en adolescentes, con la finalidad de buscar el bienestar de los adolescentes.

1.5. LIMITACIONES

Las limitaciones para el desarrollo de este trabajo fueron la postergación de las fechas establecidas para los talleres educativos debido a eventos académicos de la institución que no fueron planificados en un principio. Por otro lado, se separó a dos alumnos de la investigación por no completar adecuadamente el pretest.

1.6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS GENERALES Y ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS GENERAL

- **Hipótesis de investigación:**

Hi. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” es efectivo para las Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

- **Hipótesis nula:**

Ho. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” no es efectivo para las Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” aumenta el nivel de conocimientos sobre Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

Ho₁. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” no aumenta el nivel de conocimientos sobre Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

Hi₂. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” mejora las habilidades de prevención de Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

Ho₂. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” no mejora las habilidades de prevención de Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

Hi₃. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” mejora el nivel de actitudes sobre Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

Ho₃. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” no mejora el nivel de actitudes sobre Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco en el año 2019.

1.7. VARIABLES

1.7.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- Conductas sexuales de riesgo

Dimensiones e Indicadores:

- Inicio temprano de las relaciones sexuales: Edad en la que se inicia las relaciones sexuales.
- Promiscuidad: Número de parejas sexuales en 6 meses o menos.
- Relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos: Relaciones sexuales sin uso de preservativo.
- Uso de sustancias durante las relaciones sexuales: Consumo de alcohol y/o drogas antes o durante las relaciones sexuales.

1.7.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”

Dimensiones e Indicadores:

- Conocimientos: Nivel de conocimientos sobre ITS/VIH, embarazo adolescente y métodos anticonceptivos.
- Habilidades: Nivel de habilidades de prevención de Conductas Sexuales de Riesgo.

- Actitudes: Nivel de actitudes de prevención de Conductas Sexuales de Riesgo.

1.7.3. VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad.
- Género.
- Religión.
- Funcionalidad familiar.

1.8. DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definiciones operacionales	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías	Indicador	Índice	Fuente	Técnica de investigación
Variable dependiente										
Conductas sexuales de riesgo	Es toda conducta sexual que se da en una situación que aumenta la probabilidad de sufrir daños a la salud sexual.	Inicio temprano de las relaciones sexuales	Es el inicio de la actividad sexual antes de los 16 años	Cualitativa nominal	Nominal	Sí No	Edad en la que se inicia las relaciones sexuales	Inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años	Pre-test y Post-test	Encuesta
		Promiscuidad	Es el acto de tener 2 o más parejas sexuales en un tiempo igual o menor a 6 meses	Cualitativa nominal	Nominal	Sí No	Número de parejas sexuales en 6 meses o menos	Más de una pareja sexual en 6 meses o menos	Pre-test y Post-test	Encuesta
		Relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos	Es el hecho de no usar anticonceptivos en la práctica sexual	Cualitativa nominal	Nominal	Sí No	Relaciones sexuales sin uso de preservativo		Pre-test y Post-test	Encuesta
		Uso de sustancias durante las relaciones sexuales	Es el acto de consumir alcohol y/o drogas antes o durante las relaciones sexuales	Cualitativa nominal	Nominal	Sí No	Consumo de alcohol y/o drogas antes o durante las relaciones sexuales		Pre-test y Post-test	Encuesta
Variable independiente										
Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”	Es un conjunto de acciones sistemáticas, planificadas, basadas en	Conocimientos	Es el resultado del examen de conocimientos del pre-test y post-test	Cualitativa ordinal	Ordinal	Excelente Bueno Regular Malo	Nivel de conocimientos sobre ITS/VIH, embarazo adolescente y	Elevado: 17-20 Bueno: 13-16 Regular: 9-12 Malo: 0-8	Examen teórico del Pre-test y Post-test	Encuesta

	necesidades identificadas y orientada a unas metas, como respuesta a esas necesidades, con una teoría que lo sustente.						métodos anticonceptivos.			
		Habilidades	Es el resultado de habilidades del pre-test y post-test	Cualitativa ordinal	Ordinal	Excelente Bueno Regular Malo	Nivel de habilidades de prevención de Conductas Sexuales de Riesgo	Elevado: 18-21 Bueno: 14-17 Regular: 10-13 Malo: 0-9	Pre-test y Post-test	Encuesta
		Actitudes	Es el resultado de actitudes del pre-test y post-test	Cualitativa ordinal	Ordinal	Excelente Bueno Regular Malo	Nivel de actitudes de prevención de Conductas Sexuales de Riesgo	Elevado: 28-33 Bueno: 22-27 Regular: 16-21 Malo: 0-15	Pre-test y Post-test	Encuesta
Variables intervinientes										
Edad	Tiempo cronológico transcurridos desde el nacimiento hasta la actualidad	Edad	Diferencia entre la fecha actual menos la fecha de nacimiento	Cuantitativa discreta	Razón	Valor obtenido	Años cumplidos	Años cumplidos	Ficha sociodemográfica	Encuesta
Género	Condición biológica del sexo de la persona que contesta	Género	Características fenotípicas que distinguen al varón de la mujer	Cualitativa nominal	Nominal	Femenino Masculino	Fenotipo	Fenotipo	Ficha sociodemográfica	Encuesta
Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social, además	Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad	Cualitativa nominal	Nominal	Católica Evangélico Testigo de Jehová Mormón Otros	Católica Evangélico Testigo de Jehová Mormón Otros		Ficha sociodemográfica	Encuesta

	de prácticas rituales.									
Funcionalidad familiar	Es el conjunto de relaciones familiares que están establecidas entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para arreglar conflictos y establecer comunicación entre sus integrantes, permitiendo espontaneidad, empatía y apoyo emocional.	Adaptación	Capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas de estrés familiar	Cualitativa ordinal	Ordinal	Funcionalidad normal Disfunción leve Disfunción moderada Disfunción severa	Puntaje del resultado del test de Apgar familiar	Funcionalidad normal: 17-20 Disfunción leve: 13-16 Disfunción moderada: 10-12 Disfunción severa: 0-9	Test Apgar familiar	Encuesta
		Participación	Capacidad de implicar a los miembros familiares en la toma de decisiones relacionadas con el mantenimiento familiar							
		Gradiente de recursos	Capacidad de desarrollar la maduración física, emocional de la familia gracias al apoyo y asesoramiento mutuo							
		Afectividad	Capacidad de brindar cariño y amor a otros miembros de la familia							
		Capacidad resolutive	Capacidad de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales							

			de otros miembros de la familia							
--	--	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Manaseri et al. (2019), en su estudio “Pono Choices: Lessons for School Leaders From the Evaluation of a Teen Pregnancy Prevention Program” evaluó el impacto de un programa gubernamental de la Oficina de Salud de los Adolescentes (OAH) de EEUU llamado “Pono Choices” en el estado de Hawai con alumnos de escuela intermedia, conformado por adolescentes de 11 a 13 años. El diseño empleado fue un ensayo aleatorio controlado grupal en 34 escuelas intermedias del estado de Hawai con 1783 estudiantes participantes, se realizaron encuestas de seguimiento previas, posteriores y de un año posterior a la intervención para indicar la eficacia del currículo del programa enfocado para prevenir del embarazo en adolescentes. Indicaron los resultados que los estudiantes que experimentaron el programa educativo Pono Choices tuvieron tasas significativamente más altas de aumento de conocimiento que los estudiantes en las escuelas de control, en cuanto a conocimientos sobre salud sexual el grupo experimental obtuvo 72.8% y el grupo control 57.2%; de la misma manera, se mejoraron las habilidades para el manejo de las relaciones de 62.7 a 75.7% y las actitudes hacia conductas

sexuales sanas aumentaron de 87.9% a 93.7%. Sin embargo, no existieron desigualdades significativas en cuanto al inicio de la actividad sexual de los grupos en el seguimiento de 1 año. En conclusión, el conocimiento y la retención de información sobre la prevención de las ITS y el embarazo en adolescentes con precisión médica pueden implementarse en programas educativos en escuelas (9).

Seangpraw et al. (2017), realizó el estudio "The effect of sex education and life skills for preventive sexual risk behaviours among university of students in Thailand" que comparó la efectividad de la ejecución de un Programa de habilidades para la vida en la prevención de Conductas Sexuales de Riesgo entre estudiantes universitarios en la provincia de Phayao, en Tailandia. Se empleó un diseño cuasi-experimental con un pre-test y un post-test en una muestra de estudiantes universitarios de primer año. Los estudiantes de la misma facultad se dividieron en un grupo de intervención, compuesto por 300 estudiantes, y en un segundo grupo de 250, que fue el grupo control. El grupo de intervención participó en el programa que incluyó conferencias, lluvia de ideas, discusiones grupales, juegos de rol y simulaciones. Se llevaron a cabo seis sesiones semanales de 90 minutos cada una. Los datos se recolectaron mediante cuestionarios y se analizaron por estadísticas descriptivas. Se indicó que la implementación de un mayor conocimiento y la mejora de las habilidades para la vida frente a las conductas sexuales de riesgo fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en el grupo de intervención. De la

misma manera, el grupo de intervención también mostró habilidades de comunicación significativamente mejores y medidas preventivas hacia las conductas sexuales de riesgo a diferencia del grupo control ($p < 0,001$) (10).

Ballester-Arnal (2017), en su trabajo “Effectiveness of a Brief Multi-Component Intervention to HIV Prevention Among Spanish Youth” evaluó el impacto a largo plazo de un programa corto sobre prevención del VIH en jóvenes españoles. Los criterios de elegibilidad se basaron en las características de riesgo de la infección por VIH en su contexto. Se incluyeron jóvenes españoles entre 18 y 25 años. Se utilizó un plan de muestreo no probabilístico intencional y 467 jóvenes participaron al inicio del estudio. Además, los participantes fueron evaluados una semana ($n = 346$), un mes ($n = 324$), tres meses ($n = 331$) y un año ($n = 101$) después de proporcionar la intervención preventiva del VIH. Este estudio utilizó un diseño longitudinal para evaluar la efectividad a corto, mediano y largo plazo del programa. El objetivo general era reducir los factores de riesgo para la infección por VIH y las conductas sexuales de riesgo. Estos resultados han mostrado efectos positivos después de la intervención en casi todas las variables evaluadas. Los jóvenes tuvieron una mejora significativa en el conocimiento sobre el VIH / SIDA, la susceptibilidad percibida al VIH, la competencia percibida, la gravedad real percibida del SIDA o la confianza en el condón (11).

Carvajal et al. (2017), en su trabajo “Intervención educativa en adolescentes sobre conocimientos en la prevención de ITS/VIH-SIDA”, evaluó

la efectividad de un programa educativo sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y de VIH, llevado a cabo en un grupo de adolescentes de la Escuela Secundaria Básica “Héroes de Bolivia”, Güines, Mayabeque, Cuba, durante el año 2015. El diseño de estudio fue pre experimental de tipo test antes/después sin grupo control. El grupo de estudio lo constituyeron todos los estudiantes del noveno grado. El estudio se constituyó de 3 fases: una diagnóstica, en la cual se aplicó una encuesta que evaluó los conocimientos previos sobre el tema; de intervención, donde se aplicó el programa educativo y la final de evaluación, concluyéndose la efectividad de la intervención. Los resultados fueron sometidos a análisis estadísticos, los cuales indicaron que alrededor del 50% de los adolescentes mostraron conocimientos adecuados sobre la identificación de las ITS antes de la intervención educativa, el 20% sobre criterios de curación, el 61.18% conocían los factores de riesgo, además, el 38.82% conocían sobre protección frente a las ITS y el 21.18% sobre las ventajas del uso del preservativo; que aumentaron a más del 80%, 95%, 98.82%, 96.47% y 95.29%, respectivamente; considerándose que el programa aumentó significativamente los conocimientos sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y de VIH (12).

Millán et al. (2015), demostró en su trabajo “Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva”, el efecto de una intervención educativa en alumnas de educación secundaria. Se optó por un

diseño cuasi-experimental comparativo de valor metodológico desarrollado en varias secundarias básicas urbanas de Cumanayagua, Cuba, con una población de 180 estudiantes femeninas pertenecientes al noveno grado desde septiembre del 2010 a junio del 2011. Se utilizó un cuestionario con las variables de interés para caracterizar el comportamiento e identificar los conocimientos de las alumnas en relación a la educación sexual y la salud reproductiva, el mismo que fue aplicado al final de la intervención. Se realizaron 8 sesiones que duraron entre 30 y 45 minutos, se incluyeron diversas técnicas. En los resultados se logró elevar el conocimiento sobre el momento oportuno para iniciar las relaciones sexuales, de 18% a un 71%; riesgos del embarazo y el aborto, a un 71%; sobre el riesgo del embarazo en la primera relación sexual, al 75%; capacidad de identificación de las ITS y sus consecuencias al 75%. De la misma forma se logró aumentar el conocimiento en las categorías de: muy suficientes de un 13.9% a un 26.7% y suficientes de un 28.9% a un 53.9% y los insuficientes disminuyeron de un 57.2% a un 19.4%; constituyéndose efectivo el programa con un puntaje general de 85.7%. Por lo que se concluye la mejoría de los conocimientos y las actitudes en relación a la salud reproductiva después de realizado el programa psicoeducativo (13).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Cercado y Castillo (2019) con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo “Conociendo mi sexualidad” en el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes, realizaron una investigación cuantitativa de tipo pre experimental, que se ejecutó en la Institución Educativa San Nicolás en la ciudad de Huamachuco, durante el 2018, en total 30 alumnos fueron la muestra. Se utilizó un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes, luego la información obtenida fue procesada empleando el programa estadístico IBM y analizada mediante la prueba estadística de “Homogeneidad marginal”. Los resultados obtenidos después del análisis, permitieron llegar a las siguientes conclusiones: El 70% de los estudiantes tenía conocimiento medio, el 17% conocimiento alto y el 13% conocimiento bajo antes de aplicar el programa educativo. Luego de la aplicación del programa educativo, el 97% obtuvieron un conocimiento alto y el 3% un conocimiento medio. Se concluye que el programa educativo fue efectivo al mejorar el nivel de conocimiento sobre sexualidad (14).

Aguirre R. (2018) en su trabajo describe la efectividad que tuvo un programa educativo sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva en adolescentes. El estudio tuvo un diseño cuantitativo, cuasi experimental de tipo pre-test y post-test, prospectivo y de corte longitudinal; que contó con una muestra de 76 adolescentes que cumplieron con los criterios de selección,

fueron escogidos de forma probabilística y por un muestreo por conglomerados. Se utilizaron encuestas para la recolección de datos y se realizaron análisis estadísticos de los resultados. Se encontró que el 64.5% de las adolescentes tuvo una edad promedio de 15 años, ya habían tenido relaciones sexuales un 28.9%, estaban gestando un 2.6%, 100% aún no tenían hijos y ya habían utilizado algún método anticonceptivo un 18.4% de las adolescentes, de las cuales 42.9% prefirieron el preservativo, el anticonceptivo oral combinado un 28.6%, el inyectable mensual un 14.3%, el anticonceptivo oral de emergencia un 7.1% y el inyectable trimestral un 7.1%. Antes de realizada la intervención educativa, 13.2% de las adolescentes presentaron un nivel de conocimiento malo, 35.5% conocimiento regular, 46.1% conocimiento bueno y 5.2% conocimiento excelente; de esta manera, luego de la intervención, las adolescentes que presentaron un nivel excelente de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva fue de 100%. El promedio de la diferencia de puntajes entre el pre-test y post-test fue -12.03; encontrándose una diferencia significativa ($p < 0,001$). Se concluyó que la intervención educativa tuvo un efecto significativo en los adolescentes al aumentar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva (15).

Rodriguez G. y Villanueva K. (2017) en el estudio “Eficacia de talleres educativos sobre paternidad responsable en la prevención del embarazo en adolescentes. Institución Educativa Privada Amigos de Jesús, La Esperanza – Trujillo. 2015” informa la efectividad de su intervención educativa en forma

de talleres sobre paternidad responsable y prevención de embarazo adolescente. El diseño de estudio fue cuasi experimental, con un diseño de pre y post test, en una muestra de 48 alumnos. Los talleres se llevaron a cabo en seis ocasiones, uno por semana, que incluyeron diversas metodologías. Para medir los conocimientos y actitudes se aplicó un cuestionario, validado por juicio de expertos. Antes de desarrollar los talleres educativos, el nivel de conocimientos fue malo en 92.0%, 6.0% regular y 2.0% bueno y el nivel de actitudes fue desfavorable en 46.0%, intermedio 42.0% y favorable 12.0%. Luego de desarrollar los talleres educativos; el nivel de conocimiento aumentó bueno en 71.0% y regular en 29.0% y el nivel de actitudes fue favorable en un 92.0% e intermedio en 8.0%. De esta manera, se concluyó que los talleres educativos fueron eficaces incrementando el nivel de conocimientos y actitudes en la prevención del embarazo en adolescentes (16).

Napa G. (2015) en su tesis explica el impacto que tuvo el programa educativo en adolescentes de la I.E.P. "Nazareno" del distrito de Villa María del Triunfo, Lima. El estudio se consideró de tipo cuantitativo, diseño cuasi-experimental, y de corte transversal. La muestra lo constituyó 52 adolescentes de 1ero, 2do y 3er año de secundaria de la institución. Se utilizó un cuestionario, validado previamente por juicio de expertos, con preguntas sobre bases conceptuales, dimensiones de la sexualidad y conductas sexuales en los adolescentes, que fue aplicado antes y después de la ejecución de programa. En los resultados, se obtuvo que antes del desarrollo

de la intervención, 52 (100%) adolescentes no conocían sobre sexualidad, luego de la ejecución de la misma, el 96.15% (50) estudiantes obtuvieron un conocimiento adecuado. Es por este motivo, que el programa de intervención de enfermería se consideró significativamente efectivo (17).

Carrasco Valerio, M. & Farías Martínez, R. (2015) realizaron un taller educativo determinando la eficacia en la prevención de infecciones de transmisión sexual en gestantes del hospital distrital “Santa Isabel” Del Porvenir. La investigación se diseñó como cuasi experimental, y el muestreo aleatorio simple arrojó una muestra final de 60 gestantes. Se trabajó con dos grupos, cada uno de ellos formado por 30 gestantes, desarrollándose el taller educativo solo al grupo caso. Se observó que el nivel de conocimiento sobre las ITS, prevención de las ITS era malo en un 80% y el uso correcto del preservativo e higiene íntima malo en un 86.7%, antes de la intervención. Después de aplicar el taller, llegaron a determinar que elevaron sus conocimientos significativamente (18).

Dueñas (2015) realizó una investigación sobre la efectividad de un módulo educativo sobre el nivel de conocimientos de sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA de los estudiantes de tercer año de secundaria de la Institución educativa República de Colombia 2014. Donde determinó y demostró la efectividad del “módulo educativo”, conversando con los adolescentes de estilos de vida saludables, de la sexualidad y de la prevención de ITS/ VIH y SIDA. Finalmente, el 94% de encuestados aumentó

su nivel de conocimientos de 12.57 a 19.39 y pasaron de nivel bajo a nivel alto (19).

2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Malpartida y Maiz (2017) realizaron un trabajo de investigación con madres pertenecientes al comité de vaso de leche “Santa Rosa” en el distrito de Pillco Marca, Huánuco. La metodología empleada fue de tipo cuasi-experimental, de tipo prospectivo y longitudinal; la muestra fue formada por 50 madres de familia. Después de la aplicación del programa educativo “Cuidando nuestra salud” se concluyó: que el porcentaje de madres estudiadas antes de aplicar el programa educativo obtuvieron conocimientos malos en un 68%, presentó una actitud negativa un 78% y prácticas inadecuadas sobre ITS y VIH / SIDA 86%. Después de haber aplicado el programa educativo, el 90% de madres evaluadas obtuvieron conocimientos buenos, además el 92% actitudes positivas y finalmente el 94% prácticas adecuadas sobre las ITS y VIH/SIDA (20).

Miranda R. (2016) realizó un trabajo titulado “Influencia de un programa educativo en el nivel de conocimiento de la salud sexual y reproductiva de los alumnos del Colegio Nacional «Juana Moreno»” cuyo objetivo fue determinar el impacto de dicho programa, que fue aplicado a 45 adolescentes. El método de estudio fue cuasi experimental, prospectivo. Los resultados del trabajo de investigación mostraron que previo al programa los adolescentes

respondieron de forma correcta sobre sexualidad un 18%, embarazo adolescente un 64% e infecciones de transmisión sexual un 58%; y después de este, los porcentajes de conocimientos ascendieron a 80%, 58% y 84%, respectivamente. Se concluyó que el programa educativo mejoró los conocimientos respecto a la salud sexual y la reproductiva en los adolescentes (21).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Se define a la Conducta Sexual de Riesgo (CSR) como toda conducta sexual que se da en una situación que aumenta la probabilidad de sufrir daños a la salud sexual, como adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o sufrir un embarazo no deseado (1,3–5,22).

Varios autores indican que, a pesar de existir un buen conocimiento de las consecuencias negativas que pueden acarrear, el nivel prevalencia en la población aún es alto. En el caso de los adolescentes, esta situación se intensifica debido a los factores físicos, emocionales y psicológicas de su propio desarrollo y que los vuelven más susceptibles. Los factores que influyen en las conductas sexuales de riesgo se pueden dividir, desde una teoría ecológica, en tres categorías: el microsistema, el mesosistema y el macrosistema (5):

- El microsistema incluye factores predisponentes individuales que proporcionan la lógica y la motivación de la conducta, entre ellos está la edad, el género, la raza, el estado civil, el lugar de residencia, la religión, el nivel de educación, los rasgos de personalidad, los problemas psicológicos, las experiencias infantiles, la imagen corporal y la coincidencia de conductas de alto riesgo.
- El mesosistema agrupa factores ambientales que motivan la conducta, incluye factores como la estructura familiar, los pares y la educación sexual.
- Finalmente, en el macrosistema están los factores de refuerzo social que están presentes después de mostrar un comportamiento y proporcionan una motivación constante para continuar o repetir la conducta, estos son el impacto de la cultura y las tradiciones de la sociedad, la situación económica y los medios de comunicación (1,23,24).

Las CSR se desarrollan de una manera multidimensional, de esta manera se agrupan en la dimensión biológica (no utilización de métodos anticonceptivos, inicio muy temprano de relaciones sexuales, alto número de parejas sexuales y consumo de alcohol o drogas), psicológica (inicio con muy poca información, o con una conducta centralizada en los genitales y arrepentimiento) y psicosocial (abuso sexual, alienación de la conducta sexual). De estas conductas, las más importantes y que han sido objeto de estudio son cuatro: el inicio temprano de relaciones sexuales, las múltiples

parejas sexuales o promiscuidad, el coito sin uso de métodos anticonceptivos y el abuso de sustancias previo o durante las relaciones sexuales (4,5,22).

Se desarrollan las siguientes conductas sexuales de riesgo:

2.2.1.1. Inicio temprano de las relaciones sexuales

Se considera inicio temprano de las relaciones sexuales con 16 años o menos (22,25). Los determinantes que se han relacionado al inicio de la actividad sexual precoz son varios, incluyen los de tipo individual, familiar, y sociocultural:

- Individuales: Se describe el ser varón, el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas.
- Familiares: Se incluye la ausencia de uno o ambos padres, vivir con familias reconstituidas, mayor escolaridad de los padres (carrera técnica o profesional), además de baja educación sexual en el hogar, que los padres trabajen, el tipo de relación con los padres, así como también, el menor control y baja supervisión de padres para con los hijos. Sin embargo, algunos autores señalan que las conductas disciplinarias extremas, ya sea un déficit o exceso de normas, incrementarían la probabilidad del inicio temprano de relaciones sexuales entre los adolescentes.
- Socioculturales: Aunque varios estudios han demostrado que el estado socioeconómico de la persona tiene muy poco efecto sobre el momento

del inicio de relaciones sexuales, podrían aumentar la prevalencia cuando se asocian a otros factores.

El ambiente y el contexto social que rodean al adolescente, el comportamiento de sus pares o amigos y la percepción de presión que tienen los adolescentes por parte de su grupo de amigos para tener o no relaciones sexuales influyen la aprobación de la actividad sexual por parte de estos. Además, se ha demostrado que el rechazo de los pares, es decir, amigos, se ha asociado a mayor riesgo de actividad sexual, debido a la baja autoestima del adolescente, aunque esto sólo se vinculó a la población de niñas.

Entre las consecuencias del temprano inicio de las relaciones sexuales, se encuentra el embarazo no deseado, de los cuales el 59% de embarazos terminan en nacimientos y 41% en abortos, siendo 14% de ellos abortos involuntarios. El embarazo en la adolescencia, especialmente, en menores de 15 años, se asocian a complicaciones durante la gestación, durante el parto y el puerperio. Así también, el riesgo de adquirir una ITS y/o infección por VIH es significativamente más alto en los grupos que inician su actividad sexual antes de los 16 años (25).

2.2.1.2. **Promiscuidad**

La promiscuidad sexual se refiere tener relaciones sexuales con más de una pareja en un período de tiempo relativamente corto (por ejemplo, dentro

de un ciclo de ovulatorio), aunque varios autores consideran un tiempo de 6 meses.

Una característica de esta práctica es que los individuos promiscuos pueden o no exhibir vínculos sociales a largo plazo con uno (o más) compañero (s).

Bajo ciertas condiciones, las relaciones sexuales con múltiples parejas son adaptables. Las perspectivas evolutivas enfatizan las diferencias sexuales psicológicas adaptativas involucradas en la producción de un comportamiento sexual promiscuo. Además de tales adaptaciones psicológicas diferenciadas por sexo y típicas de las especies que subyacen en el comportamiento sexual promiscuo, las perspectivas evolutivas apuntan a la variación individual y socioecológica para explicar las diferencias a nivel individual y poblacional en la psicología y el comportamiento sexual (26).

2.2.1.3. **Relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos**

El uso de métodos anticonceptivos y dentro de ellos, del preservativo masculino, es una práctica muy poco empleada por los jóvenes, a pesar de que es considerado el principal método para evitar enfermedades de transmisión sexual y VIH. Solo el 20% de los hombres y el 17.2% de las mujeres refieren haber usado condón en el último año.

La utilización o no del preservativo es un fenómeno muy complejo que requiere de la comprensión de múltiples aspectos. Existen situaciones de tipo social implicadas, así como el soporte dentro de la familia, pues es ahí donde

se enseñan las estrategias de comunicación que los jóvenes tendrán frente a su pareja, y brinda a los adolescentes, recursos psicológicos para establecerse emocionalmente de forma correcta (27).

Estudios realizados en nuestro país, indican que los factores en los varones para el no uso de preservativo fueron la falta de disponibilidad del condón en el momento de las relaciones sexuales, la relación amorosa con la pareja y la disminución del placer. En cuanto a las mujeres, los factores que indicaron fueron la pérdida del romanticismo, la interferencia con la relación sexual y el uso de otro método anticonceptivo (como anticonceptivos hormonales y/o DIU) (28).

2.2.1.4. Uso de sustancias durante las relaciones sexuales

El consumo de drogas, entre ellas el alcohol, causa cambios en la forma de tomar de decisiones sobre las relaciones sexuales y se relaciona a una mayor probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo.

Existen varias drogas que actúan como estimulantes sexuales, de esta manera reducen las inhibiciones e incrementan el deseo sexual. Para muchos jóvenes el consumo de drogas conduce a las relaciones sexuales, pues sostienen la idea que el consumo de sustancias aumenta el placer sexual.

Se han estudiado a fondo los efectos de las diferentes drogas sobre el deseo y el acto sexual: el cannabis, la cocaína, el LSD, el éxtasis, las anfetaminas, etc. Aunque muchas de estas se consumen por su impacto en la sexualidad, se asocian comúnmente a experiencias sexuales efímeras

como “de una sola noche” y por supuesto, conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, existe incertidumbre sobre la forma concreta de esta relación (29).

El alcohol es la droga más frecuente en adolescentes por varios motivos, entre ellos el sentirse alegres por la euforia del momento, porque los hace sentirse más seguros y también les da más confianza para la interacción de grupos reduciendo la tensión psicológica. Agregándose a esto, la adolescencia se caracteriza por tener motivaciones para experimentar nuevas emociones, lo que genera el inicio de la vida sexual del adolescente bajo los efectos del alcohol. En estudios nacionales como el de Melgar et al., se estudió la relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales esporádicas en los adolescentes del nivel secundario de una Colegio Nacional en el distrito de Chorrillos-Lima, y los resultados arrojaron que el 83.3% consumieron alcohol y tuvieron relaciones sexuales esporádicas, concluyéndose una relación significativa entre ambas variables (30).

Trujillo et al. manifiesta en su estudio que, a medida que las expectativas sobre el consumo de alcohol son más altas, existe un uso inadecuado del preservativo en el último año, así como involucrarse en relaciones sexuales esporádicas y tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales bajo los efectos de la droga. En cuanto a las relaciones sexuales luego de consumir bebidas alcohólicas, la expectativa común entre los jóvenes es la idea de que el alcohol aumentaría la sexualidad y el placer. Finalmente concluye que el alcohol es “la sustancia más utilizada para iniciar las relaciones y representa

una estrategia para lograr sexo; los varones creen que baja la resistencia de algunas chicas que se muestran tímidas o indecisas, del mismo modo, algunas de las chicas buscan por sí mismas esos efectos a través del alcohol” (31).

Por último, los hallazgos sugieren la importancia de considerar las diferencias relacionadas con el género en los efectos de los factores de riesgo y de protección al diseñar e implementar programas de prevención. Para los niños, los esfuerzos deben centrarse en la reducción de la delincuencia entre pares; mientras que, para las niñas, se debe enfatizar la mejora del apoyo familiar, siendo muy común los problemas psicológicos, como la depresión, en la población femenina (23,32–34).

Los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva en centros de salud y campañas a instituciones públicas son indicados para abordar el alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazo en la población adolescente (35).

Algunos instrumentos de medición utilizados en trabajos anteriores fueron:

- **Índice de conductas sexuales de riesgo (ICSR):** Es un indicador popular para evaluar las CSR desarrollada por Ingledew y Ferguson (2007). El instrumento perteneciente a su trabajo “Personality and riskier sexual behaviour: Motivational mediators” se aplicó por primera vez en un país de lengua hispana en 2011 por Valle Solís en una población estudiantil mexicana (36). Debido a que este instrumento está en inglés, se utilizó la

técnica back-translation (traducción de inglés-español, español-inglés) siguiendo el procedimiento mencionado por Burns & Grove (2009). El instrumento tiene ocho ítems e identifica los siguiente: la experiencia sexual (dos ítems) y las conductas sexuales de riesgo en las personas (seis ítems), de las cuales, las opciones de respuesta solo pueden ser dicotómicas, es decir; Sí y No (22,36).

Rubia y Torteya (2016) analizaron la validez de este indicador y describen que, en cuanto a la distribución de los ítems, la frecuencia del valor de riesgo fue significativamente menor que la frecuencia de no riesgo en los ítems 6, 7 y 8, prueba binomial: $p < .001$ en los tres casos, presentando el ítem 7 efecto suelo con 91.6% de los casos en el valor 0. En cuanto a la consistencia de los ítems, excepto el ítem 2, que tuvo una correlación policórica con el resto de la escala (ICSR) menor que .30 y no significativa, $p = .652$, los otros seis ítems sí cumplieron con el criterio de correlación con el resto de la escala significativa y fueron mayor que .30. Los autores decidieron eliminar los ítems 2 y 3 y así se mejoró el valor de consistencia interna de la escala (22).

- **Cuestionario confidencial de vida sexual activa:** Se elaboró por el Ministerio de Salud de Colombia con la colaboración de la OPS en 1997 para medir la variable de estudio: conductas sexuales de riesgo, siendo citado de forma significativa por Uribe et al. en 2005. El instrumento

original consta de 22 ítems con formato de múltiple respuesta según la pregunta; puede ser dicotómica, de opción múltiple y escala Likert (31).

- **Indicador para la medición de Comportamiento sexual de riesgo:** Bautista et al., por intermedio de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo, realizó una “Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes”, en la que en uno de sus acápite propone indicadores sistematizados para poder medir el comportamiento sexual de riesgo en jóvenes. Esta lista, recoge los indicadores más relevantes, seleccionados luego de la experiencia de trabajo con este tipo de poblaciones y en esta área de estudio. El cuestionario se compone de 26 ítems ordenados en 9 temas, estos son sobre: debut sexual, compañeros sexuales, relaciones sexuales entre el mismo sexo, identidad sexual, sexo transaccional, comportamientos de alto riesgo, VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y salud reproductiva, fecundidad e intención de embarazo (37).

2.2.2. PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO

2.2.2.1. Definición

Analizando el término Programa, encontramos que no existe una definición única o exacta, por el contrario, existen un sinnúmero de conceptos con elementos comunes entre ellos. En general, un programa es un plan en el cual una acción está dirigida hacia la búsqueda de una meta.

Otros autores, entienden que programa “esmuña planificación y ejecución en determinados períodos de unos contenidos, encaminados a lograr unos objetivos establecidos a partir de las necesidades de las personas, grupos o instituciones inmersas en un contexto espacio-temporal determinado”.

Por lo tanto, se puede concluir que un programa o proyecto de intervención consiste en un conjunto de acciones sistemáticas, con planificación previa, que se basan en necesidades identificadas y orientadas a una meta, siempre con una base teórica que sustente su aplicación.

2.2.2.2. Características

- El programa tiene una serie de actividades con una duración determinada y específica. Se diferencia de los programas de prestación de servicios, que tienen un proceso continuo.
- Se combina el uso de recursos humanos, técnicos, financieros y materiales.
- El programa tiene que alcanzar resultados, en relación con los objetivos en su diseño y conceptualización previa.

Debido a esto, todo programa educativo tiene que ser participativo y lo consta tres momentos: el Inicio, que activa la atención, presenta la visión preliminar de la lección, aumenta el interés y la motivación; el Desarrollo, en la cual se recuerda el conocimiento previo, también procesa la nueva información y se focaliza los puntos importantes; y, por último, el Cierre, en la cual se revisa y se resume la lección previa y se termina la sesión. Además,

se debe tener en cuenta que la evaluación es un proceso continuo durante toda la instrucción.

La finalidad de la aplicación de programas educativos en sexualidad es el poder lograr cambios cognitivos en la población objetivo, para ello, es necesario la implantación de conocimiento homogéneo y técnico, a su vez, que promueva las intervenciones de los individuos, y beneficie el logro más rápido de los resultados.

2.2.2.3. Clasificación

Existen varias clasificaciones en relación a los tipos de proyectos. Se mencionan los siguientes tipos:

- Proyectos de evaluación
- Proyectos de desarrollo tecnológico
- Proyectos de intervención
- Proyectos de investigación
- Proyectos de investigación-acción.

Las diferencias entre estos tipos de proyecto no están totalmente claras y, por lo tanto, suelen haber metodologías, recursos técnicos y procedimientos comunes en la realización de ellos.

Realizar el proyecto de intervención implica fundamentarla, justificarla, explicar sus antecedentes y el modo de ejecutarla con todo detalle, además de en qué consiste la intervención y a quién va dirigida. Y por, sobre todo,

describir cuáles son los beneficios esperados. Los componentes comunes a cualquier tipo de proyecto los configuran el QUÉ, el POR QUÉ, el PARA QUÉ y el CÓMO.

2.2.2.4. Doctrina

El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” para las conductas sexuales de riesgo en adolescentes fue diseñado como base principal con un enfoque constructivista del aprendizaje, con la cual se busca la transmisión, la asimilación y la consolidación del conocimiento en los adolescentes, aportando información para mejorar la educación sexual y salud reproductiva. Se busca impulsar el ejercicio de sus derechos en los adolescentes y evitar consecuencias significativas como son los embarazos no deseados y el contagio de ITS.

El Modelo Constructivista se centra en el individuo, es decir, en sus experiencias previas, de las que construye nuevas percepciones mentales; sus principales exponentes difieren:

- a.** Cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (Piaget)
- b.** Cuando esto lo realiza en interacción con otros (Vigotsky)
- c.** Cuando es significativo para el sujeto (Ausubel)

El conocimiento es un proceso dinámico, no es el resultado de una copia de la realidad. Interactúa con la información, para adquirir una interpretación o, a veces, reinterpretación mental. Quizás este el modo que trata explicar el significado que adquirimos de la información que nos llega y que, según el

proceso de análisis intrínseco y capacidad para cambiar esquemas, ayuda a adquirir conocimientos nuevos y fusionarlos a la realidad previa.

Varios pensadores desarrollan una visión constructivista: Piaget, Vygotski, Ausbel, Bruner, Dewey, Gagné, Gestalt, Wallon, Novak, etc. Por esto, deducimos que el constructivismo se compone de un conjunto de visiones psicológicas, educativas, epistemológicas y socioculturales.

2.2.2.5. Estrategia de enseñanza (ECA): Exploración, Conceptualización y Aplicación

La estrategia de enseñanza que se utilizará en el desarrollo de las sesiones educativas de este programa educativo se conoce como la técnica “Exploración, Conceptualización Aplicación” (ECA). La estrategia ECA, presentada originalmente por Villarini et al. en 1991, se origina de las bases teóricas y de la investigación científica en la forma en que aprenden los seres humanos (38). Se desarrolla un plan de actividades en secuencia entre el educador y el educando, organizado de tal forma que se mejoren las condiciones adecuadas para el logro del aprendizaje. De esta manera, trata de alejarse del concepto tradicional de la enseñanza, como mera forma de transmitir información a convertirse en una de transmisión interactiva, dinámica en la cual ambos implicados, educando y estudiante, construyen un nuevo conocimiento a partir de conocimientos previos y el propio proceso educativo. Ahora, la estrategia ECA es un proceso de enseñanza en la que el educador partirá de la experiencia previa de las participantes para luego

ofrecer el contenido del tema. La estudiante deberá utilizar el contenido aprendido para culminar una tarea asignada por el educador y de esta manera, demostrar la adquisición correcta de los conceptos (39).

La estrategia ECA tiene varias bases teóricas que se exponen a continuación: En primer lugar, aprender es un acto de pensar, es decir, de procesar información y luego de utilizar esa información para construir nuevas destrezas y actitudes. Segundo, el conocimiento es desarrollado por el educando a partir de los estímulos recibidos por los estudiantes. Tercero, la información que brinda el educando debe ser significativa y pertinente para los estudiantes, de esta manera puede haber aprendizaje. Cuarto, existirá un cambio en su comportamiento cuando un estudiante ha aprendido lo que el educador le enseña. El estudiante procesará la información y reproducirá respuestas en la que pueda demostrar lo que aprendió (40).

De la misma forma, el método ECA consta de tres fases, se explican en seguida:

a. Fase de exploración:

El estudiante tiene una base de experiencia y de esta se inicia con la exploración del tema, es decir, de lo que éste conoce y ha experimentado. Esto constituye el proceso de aprendizaje. La tarea de los educadores consistirá en: activar las experiencias previas de las estudiantes, investigar sobre el conocimiento previo de los participantes, relacionar el nuevo conocimiento con las necesidades y experiencias de los estudiantes y

demostrar la necesidad del nuevo aprendizaje, mantener un ambiente de confianza y de respeto, y antes de acabar, presentar el tema y los objetivos del nuevo conocimiento que forman la sesión educativa. Para ello, el educador realizará preguntas para iniciar la discusión del tema y de esta forma se reflexione y se estimule la participación de los estudiantes para que den a conocer sus opiniones. Se explicará la importancia del tema para los estudiantes y se explicarán los objetivos de la sesión educativa para, finalmente, proseguir a la siguiente fase.

b. Fase de conceptualización:

En esta fase se presentarán los conceptos y la información que se quiere transmitir y lo que el adolescente debe saber. Se harán preguntas y se responderá exponiendo y poniendo en claro los conceptos para que los adolescentes tengan un esquema mental adecuado y se debe evaluar constantemente en el momento si se ha comprendido la nueva información. La tarea de los educadores consistirá en: Primero, presentar la información y los conceptos sobre el tema. Segundo, relacionar la nueva información adquirida con los conocimientos y experiencias discutidos en la fase previa de exploración. Tercero, explicar detalladamente los nuevos conceptos teniendo en cuenta las necesidades de las estudiantes y utilizando las opiniones. Cuarto, formular preguntas para dirigir la discusión hacia a los conceptos, habilidades y actitudes que se quieren enseñar. Quinto, corroborar si la audiencia ha comprendido el contenido haciendo retroalimentación mediante

preguntas sobre el tema y la discusión de ejemplos. Finalmente, resumir lo que se explique frecuentemente.

c. Fase de aplicación:

Los educadores utilizarán ejercicios de práctica en la que tendrá que evidenciarse la adquisición de los nuevos conocimientos por parte de las estudiantes. Además, permitirá que los educandos junto a los estudiantes puedan identificar de errores de razonamiento o conceptos mal entendidos, así como dudas que requieran ser subsanadas y la necesidad de una nueva explicación de los conocimientos. La tarea del educando consistirá en: Indicar los ejercicios para poner en práctica los nuevos conocimientos a través de ejercicios de roles, simulaciones, etc. Así, se fijarán los conocimientos para un cambio de conducta, basado en conocimientos, habilidades y actitudes nuevas frente las conductas sexuales de riesgo. Evaluar el logro del aprendizaje identificando fortalezas y debilidades. Y sobre todo, clarificar dudas y ofrecer nuevas explicaciones cuando los estudiantes hayan construido mal los conceptos (41).

2.2.3. ADOLESCENCIA

La OMS tiene de definición a la adolescencia como la etapa de crecimiento y desarrollo del ser humano que se produce luego de la etapa de la niñez y antes de la edad adulta, comprendida desde los 10 hasta los 19 años. Se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios físicos y

cognoscitivos, pues es una de las etapas de transición más importantes, superado solo por la etapa por la que pasan los lactantes. Sin embargo, la pubertad vendría a ser la transición de la niñez a la adolescencia.

Los factores biológicos que determinan la adolescencia son universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo puede que varíen a lo largo del tiempo, entre unas culturas, y dependiendo también de los contextos socioeconómicos de cada persona. Por lo tanto, se han registrado durante los últimos años muchos cambios en relación con esta etapa tan importante, por ejemplo, en cuanto el inicio más acelerado de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la globalización y el cambio de las prácticas y actitudes en la sexualidad.

La adolescencia es un periodo en la cual el individuo se prepara para la edad adulta durante la cual se expone a diversas experiencias importantes que lo ayudarán a desenvolverse en la etapa adulta. Entre estas experiencias, se encuentra la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad y la capacidad de razonamiento abstracto. Y aunque en la adolescencia existe un crecimiento excepcional, se presentan también riesgos considerables, dentro los cuales el ambiente social influiría mucho.

También se experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. La conducta que se establece durante este proceso, por ejemplo, el consumo o abstención de drogas, así como la decisión frente a las prácticas sexuales, llegan a desencadenar efectos positivos o negativos perdurables en

la salud futura de los adolescentes. Se concluye, entonces, que este proceso es una oportunidad única para influir en los adolescentes por parte de los educandos (42).

2.2.3.1. Etapas de la adolescencia

La adolescencia se puede dividir en las siguientes etapas:

- **Pre adolescencia:** 8 – 9 años. Existe una diferenciación incipiente entre niños y niñas.
- **Adolescencia temprana:** 10 – 14 años. Existe una rápida aceleración del crecimiento físico. Además, se prepara el pensamiento concreto e inicio del pensamiento abstracto.
- **Adolescencia intermedia:** 15 – 17 años. Se termina casi por completo el desarrollo puberal. Existe un gran interés por la sexualidad y hay un distanciamiento de los progenitores. El adolescente tiende a sentirse único e invulnerable.
- **Adolescencia tardía:** 18 – 19 años. Prefieren estar en pareja que en grupo. También se reafirma la personalidad. Y finalmente, se establece casi por completo el sistema de valores y la preferencia vocacional.

2.2.3.2. Cambios Físicos

La pubertad dura alrededor de cuatro años y comienza con los cambios hormonales; generalmente, empieza antes en las niñas que en los varones y termina cuando la persona tiene la capacidad de poder reproducirse. Pero el

tiempo en que se presentan estas etapas varía mucho de persona a persona.

Por lo tanto, existen dos etapas que marcan la pubertad:

- 1) Primero, la activación de las glándulas suprarrenales.
- 2) Segundo, la maduración de los órganos sexuales.

Tanto para las niñas como para los niños, el estirón del crecimiento adolescente es igual. Aparecen las características sexuales secundarias y se manifiestan con la producción de esperma (en los varones) y la menstruación (en las mujeres), que se llama menarquía cuando es la primera vez.

Según estudios en el campo de la neurociencia, el cerebro adolescente aún no madura por completo. Al parecer, el cerebro adolescente pasa por una segunda oleada de producción de materia gris, específicamente en los lóbulos frontales, y luego se produce una eliminación del exceso de neuronas. De esta manera, el desarrollo de los lóbulos frontales genera una maduración del pensamiento abstracto y mejor toma de decisiones. Sin embargo, los adolescentes procesan la información emocional con la amígdala del sistema límbico, mientras que los adultos lo procesan en el lóbulo frontal. Debido a esto, el cerebro adolescente hace juicios menos razonados y menos exactos. Este proceso, junto a la motivación, impulsividad y la adicción a ciertas sustancias podría explicar que los adolescentes tengan conductas más arriesgadas con respecto a su salud (43).

Cambios físicos en el varón: En el inicio de la pubertad, se incrementa la amplitud de los pulsos secretorios de GnRH en el hipotálamo, esto se regula

por la acción de señales estimulantes (sistema glutaminérgico, noradrenérgico) e inhibitoras (sistema gabaérgico). Así, se activa el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, se liberan, luego, FSH y LH en la glándula hipófisis. La FSH actúa sobre las células primitivas del testículo, promoviendo la espermatogénesis, la LH implica el desarrollo de las células de Leydig, que, a su vez, producen testosterona, y esta hormona estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Se produce la maduración de las glándulas suprarrenales entre los 6-8 años, expresándose con la aparición de vello púbico y axilar. Este proceso es independiente del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. El aumento del tamaño de los testículos es primer cambio que se presenta, aumenta de 2 milímetros a 12 milímetros a los 13 años. Continúa la aparición del vello púbico de forma oscura y rizada alrededor de dos años después de la aparición del vello axilar. La voz se escucha más gruesa y coincide con el "estirón", para finalmente, tener un aumento de su masa muscular.

Cambios físicos en la mujer: Las hormonas hipofisarias se secretan antes en la mujer. La producción de estradiol es determinada por el FSH y estimula los folículos primordiales del ovario. Algunos folículos se desarrollan más que otros gracias al LH, y solo madura como ovocito secundario femenino. La FSH y LH se secretan de manera cíclica y controlan el ciclo menstrual. Los ovarios inician la producción de estrógeno, que genera el crecimiento de los órganos sexuales femeninos y el desarrollo de las mamas.

Es por ello que, el aumento en el tamaño de los senos y el pezón (botón mamario) constituye el primer cambio. Este se hace más oscuro y redondo, que corresponde al estadio II de Tanner sobre el desarrollo corporal. De la misma manera, se ensanchan las caderas y comienza el crecimiento de vello tanto en los órganos sexuales como en las axilas. La menarquía (primera menstruación) es el indicador de madurez sexual y se presenta alrededor de los 2 años de la aparición de estadio II de Tanner (44).

2.2.3.3. Cambios cognoscitivos

Según Piaget, el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo es desarrollado en la adolescencia, hablamos del conocimiento formal. Esto se demuestra con la capacidad de pensar de forma abstracta. Por lo general, esta capacidad empieza aproximadamente a los 11 años. Pueden darles significado a símbolos y por lo tanto aprender álgebra y cálculo. Pueden pensar en términos de lo que podría ser y no sólo de lo que es concretamente. Pueden apreciar mejor las metáforas y por lo tanto, encuentran más significados en la literatura. Pueden imaginar posibilidades de muchas formas y generar y probar hipótesis.

La maduración de los lóbulos frontales del cerebro permite que los adolescentes procesen la información y puedan explicar los avances cognoscitivos. Ahora, la experiencia propia de cada individuo tiene una gran influencia en la determinación de cuales conexiones neuronales se atrofian y

cuales se fortalecen. Por lo tanto, el progreso del procesamiento cognoscitivo es muy diferente entre adolescentes.

Autores indican que entre los 16 y 18 años el joven típico conocen más o menos de 80,000 palabras. Con el pensamiento abstracto, los adolescentes pueden definir términos más abstractos como “amor, justicia y libertad”. Hacen uso más frecuente de términos como, “sin embargo, por lo demás, de todos modos, por consiguiente, de verdad y probablemente” para expresar relaciones lógicas. El adolescente también tiende a tomar una perspectiva social y ajusta su forma de hablar al nivel de la persona con la que se comunica. Esta capacidad termina siendo fundamental para conversar con otros adolescentes.

Para el logro educativo de los adolescentes, influyen factores como las prácticas de crianza, la confianza en la autoeficacia, las influencias culturales y de los pares, el género y por supuesto, la calidad de la educación.

En cuanto a las metas propuestas por los adolescentes en cuanto a su educación y vocación, influyen otros factores, tales como los valores parentales y la autoeficacia (44).

2.2.3.4. Sexualidad en la adolescencia

Dentro de la formación de la identidad, la formación de la conciencia sexual propia es un aspecto importante de la formación, y termina afectando las relaciones y la imagen que se tiene de sí mismo. Aunque se sepa que este

proceso es impulsado por los factores biológicos, la expresión final está determinada por la sociedad.

Conducta sexual: El 42.5% de los adolescentes de entre 15 y 19 años han tenido relaciones sexuales según registros de EEUU y 77% de los jóvenes de 20 años han tenido relaciones sexuales en el mismo país. Esta estadística no ha cambiado desde la década de 1960.

La adolescente mujer promedio tiene su primera relación sexual a los 17 años y el varón a los 16, y aproximadamente un 25% adolescentes indicaron que tuvieron su primera relación sexual alrededor de los 15 años. Aunque normalmente se sabía que los varones empezaban antes su vida sexual antes que las mujeres, las tendencias están cambiando. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en 2007 en EEUU, 48% de los varones de tercero de secundaria ya eran sexualmente activos y lo mismo para el 57% de las mujeres de la misma edad.

Exposición a riesgos sexuales: Dentro de las preocupaciones en la vida sexual de los adolescentes, estos se preocupan mucho en cuanto infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH y de posibilidad de embarazarse. Entre los factores que aumentan el riesgo está el inicio temprano la actividad sexual, las múltiples parejas, el no uso de anticonceptivos de manera regular y tener una información errada acerca de las relaciones sexuales. Otros factores a destacar, es el vivir en ambientes socioeconómicos bajos, el abuso de drogas

y el hecho de tener compañeros problemáticos. Por otro lado, se ha demostrado que la supervisión de los padres ayudaría a reducir los riesgos.

Es un factor importante la ausencia del padre, en especial al inicio de la vida y además se ha demostrado que los individuos que tienen una relación estrecha y cálida con su madre, demoran el inicio de su vida sexual. En general, parece que mantener una relación estrecha y afectuosa con los adolescentes se asociaría con un inicio más tardío de la actividad sexual.

Es importante distinguir que la religión y la moral bien establecida ayudaría también a demorar el inicio de las relaciones sexuales.

La percepción de las normas del grupo de iguales es uno de los factores de influencia más poderosos. Con bastante frecuencia, los adolescentes sienten una presión por sus pares para realizar actividades de las que no se sienten listos. Por ejemplo, en una encuesta estadounidense, al menos el 75% de estudiantes entre 15 y 17 años dijeron que habían sido presionados de alguna manera para comenzar su vida sexual, la mayoría fueron varones.

Uso de anticonceptivos: Es de resaltar que el uso en general de anticonceptivos entre los adolescentes aumentó desde la década de los 90. Los adolescentes que por alguna u otra razón usan más de un método anticonceptivo o conversan sobre anticoncepción antes de tener su primera relación sexual, se ha demostrado, que son más propensos a usar anticonceptivos durante esa primera relación y las subsecuentes.

El uso regular del preservativo es el mejor salvavidas para los adolescentes sexualmente activos, pues les brinda protección contra las ITS y evita el embarazo no deseado. El uso de preservativo masculino ha aumentado en los últimos años, al mismo tiempo que el anticonceptivo oral de emergencia y de otros métodos hormonales de anticoncepción. Sin embargo, incluso en estudios de campo de 2003, el porcentaje de los estudiantes de secundaria sexualmente activos que dijeron haber usado preservativo en su última relación sexual fue solo un 63%. De la misma forma, se demostró que los adolescentes que empiezan a usar anticonceptivos hormonales orales, muy frecuentemente dejan de usar preservativo y de esta manera se exponen a contraer ITS y el VIH.

Infecciones de transmisión sexual: Cada año, se estima que, se diagnostican 19 millones de nuevas infecciones de transmisión sexual en el mundo. De acuerdo con un estudio en Estados Unidos, 3.2 millones de adolescentes mujeres entre 14 y 19 años (casi un 25% del total de adolescentes mujeres) han tenido por lo menos una ITS. Entre las causas más importantes está el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual aumenta el número de parejas de alto riesgo; el acto de no usar o no utilizar de manera regular los preservativos masculinos; y, en el caso de las mujeres, la preferencia por tener relaciones sexuales con varones mayores. Con todo esto, a pesar de que el riesgo de contraer ITS es muy alto en los adolescentes,

no se percatan de la situación y cada uno de ellos menciona que su riesgo es bajo.

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más prevalente, afecta aproximadamente al 18.3% de los adolescentes de 14 a 19 años, además de ser principal causa de cáncer cervical en las mujeres convirtiéndose en la mayor epidemia en el mundo. El riesgo de tener VPH aumenta a 50% en mujeres con tres o más parejas. Actualmente se conocen aproximadamente 150 tipos del VPH, y entre los que causan el cáncer cervical son los serotipos 16 y 18. Sin embargo, actualmente se tiene una vacuna que previene los tipos del VPH causantes de la mayor parte de los casos de cáncer cervical y verrugas genitales (serotipos 6, 11, 16 y 18) y es propia de cada política de salud pública en cada país. La vacuna se aplica a niñas de 11 y 12 años, así como para mujeres de 13 a 26 años que no hayan sido vacunadas.

Otras ITS más benignas son la clamidia y la gonorrea. Pero si no se detectan a tiempo, pueden generar graves problemas de salud, como la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), que incluso puede formar abscesos pélvicos y peritonitis; además que es la principal causa de infertilidad y el antecedente más importante para la formación de embarazos ectópicos. Según estudios en Estados Unidos, casi el 10% de adolescentes mujeres y 20% de varones jóvenes están infectados con clamidia y/o gonorrea.

El herpes genital también constituye una enfermedad de transmisión sexual que es altamente contagiosa, recurrente y a menudo dolorosa. Puede causar

encefalitis y problemas congénitos al recién nacido cuya madre tenga la enfermedad activa en ese momento. El tipo VHS II es principalmente causante del herpes genital que se presenta como una úlcera con vesículas que progresan a lesiones costrosas sobre un halo eritematoso. Su prevalencia ha aumentado en los últimos 30 años. De la misma forma, el virus de la hepatitis B (VHB) también es una enfermedad de transmisión sexual importante a pesar de tener una vacuna disponible. La tricomoniasis es una infección parasitaria que puede transmitirse por medio del acto sexual e incluso trajes de baño, provoca un flujo amarillo verdoso con un olor desagradable, prurito genital y síntomas urinarios.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), productor del SIDA, se contagia a través de fluidos corporales (sangre y semen) y sigue siendo una epidemia mundial muy importante. En general, la persona se contagia por compartir agujas en el acto inyectarse drogas por vía parenteral o por el acto sexual con un infectado. Se tiene tropismo por los linfocitos T CD4 y esto genera vulnerabilidad del sistema inmune, lo que aumenta la predisposición a infecciones oportunistas, algunos de ellos siendo fatales para el enfermo.

Embarazo en la adolescencia: Según datos estadísticos de EEUU, más del 40% de adolescentes han estado embarazadas por lo menos una vez antes de los 20 años, y de este conteo, más de la mitad (51%) de las jóvenes deciden tener a sus bebés. Además, el 67% de las adolescentes que logran terminar su embarazo tienen entre 18 y 19 años, 31% tiene entre 15 y 17 años

y 2% de los nacimientos pertenecen a adolescentes menores de 15 años. Las mismas estadísticas señalan que el 35% de las adolescentes decide abortar y 14% de los embarazos adolescentes termina en aborto espontáneo. Estas cifras no se compararían a las pertenecientes a países pobres, pues el escenario sería aún peor, como en nuestro país.

Entre las adolescentes embarazadas, los embarazos no planeados constituyen más del 90% y aproximadamente el 50% de ellos ocurre dentro de los primeros seis meses de haber iniciado su vida sexual. En un estudio en California para 9,159 mujeres, el grupo de adolescentes embarazadas mencionaba que habían sufrido algún tipo de abuso físico, emocional o sexual durante la niñez, así como haber estado expuestas al divorcio o separación de los padres o no haber crecido con padre, además de estar expuestas a violencia doméstica y abuso de drogas. Los padres adolescentes, además, suelen tener pocos recursos financieros, bajo desempeño académico y una muy alta probabilidad de dejar el colegio. De hecho, muchos padres adolescentes son producto de embarazos adolescentes.

El futuro de los embarazos en adolescentes, en general, tienen malos resultados. Las madres generalmente son pobres y con escasa educación, y algunas son drogodependientes. También poseen una mala alimentación, no ganan el peso suficiente, están expuestos a la anemia y no reciben un buen cuidado prenatal. Es por esto que sus bebés nacen prematuros o con retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) y corren un mayor riesgo de otras

complicaciones del parto: como la muerte intrauterina; o en la infancia: problemas de salud y académicos, así como abuso por parte de sus progenitores o sus pares; y por supuesto, problemas del desarrollo que se alargan hasta la adolescencia e incluso la edad adulta.

Ahora, el hecho es que los bebés de madres adolescentes más adineradas también están en riesgo. Se estudiaron adolescentes entre 13 a 19 años de clase media y se llegó a la conclusión que, a diferencia de mujeres embarazadas de entre 20 y 24 años, recibían bebés con bajo peso al nacer, incluso cuando las madres estaban casadas, tenían una educación aceptable y habían recibido un cuidado prenatal adecuado. Probablemente, el cuidado prenatal no puede superar la desventaja biológica que implica el embarazo de una adolescente que recién acabó de madurar o incluso aún está en proceso de su maduración biológica y cognoscitiva.

Prevención del embarazo adolescente: Se han llevado a cabo varios programas de educación sexual, sobre todo en países de Europa y de forma intensiva por mucho tiempo. Estos programas se caracterizaban por enseñar a los jóvenes a postergar las relaciones sexuales, además de hacerles entender la importancia de usar anticonceptivos. De la misma manera, incluían acápites sobre la capacidad de decisiones sobre su vida sexual de forma responsable y sobre la capacidad de comunicarse con la pareja de forma asertiva. También se caracterizan por informar las consecuencias negativas de una práctica irresponsable de la vida sexual, entre ellas el

embarazo en adolescentes y la infección por enfermedades de transmisión sexual.

Al igual que en EEUU, en varias partes de mundo como en nuestro país, la construcción de los programas de educación sexual son temas de salud pública y son ellos quienes tienen la última palabra sobre el contenido de esta. Es cierto que algunos críticos de la educación sexual afirman que la sexualidad enseñada en el colegio conduce a una más temprana actividad sexual, a pesar que la evidencia demuestra lo contrario.

A diferencia de nuestra región, los países europeos ya llevan un pie adelante en cuanto servicios de reproducción se refiere. Los anticonceptivos se brindan de forma gratuita a los adolescentes en muchos países de esa región. Por ejemplo, en Suecia luego de la introducción de la educación para el control natal, el acceso gratuito a anticonceptivos y el aborto gratuito a solicitud, la tasa de partos en adolescentes se redujo cinco veces.

Para poder solucionar el problema del embarazo de adolescentes se requiere un esfuerzo multisectorial. Se debe prestar atención a los factores de riesgo para los adolescentes y a las familias (es decir, reducir la pobreza, aumentar el empleo) y deben tomarse en cuenta la importancia de los jóvenes en mayor riesgo. Debido a esto, se deben incluir programas que alienten la posposición del inicio sexual, y también, reconocerse que muchos adolescentes ya son sexualmente activos y para ellos se necesitaría educación en la para prevención de ITS y de embarazo no deseado.

Finalmente, para aportar, gracias a que las adolescentes que tienen altos estándares para su vida profesional y afectiva no se embarazan a temprana edad, los programas que generan motivación a los jóvenes para alcanzar sus metas vocacionales y que se encargan de elevar su autoestima y autoconfianza han tenido mayor éxito (45).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ÁMBITO

El enfoque del presente estudio es **Cuantitativo**, debido que se pretende recolectar datos para probar una hipótesis, sobre una base en la medición numérica y el análisis estadístico. Por lo tanto, se busca ser objetivo aplicando una lógica deductiva y cuya meta es generar y probar la teoría. Para lograrlo, se describió, explicó, comprobó y predijo los fenómenos, buscando una relación de causalidad (46).

3.2. POBLACIÓN

POBLACIÓN BLANCO O DIANA

Adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “San Agustín”
– Huánuco

POBLACIÓN ACCESIBLE

Adolescentes del 3° año de nivel secundario de la Institución Educativa
“San Agustín” – Huánuco

POBLACIÓN ELEGIBLE

Para obtener esta población tenemos que tomar en cuenta los criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes matriculados en el 3° año de educación secundaria.
- Adolescentes con asistencia académica periódica.
- Adolescentes con edades entre 13, 14 y 15 años.
- Adolescentes con participación mayor al 80% de las sesiones según el programa educativo preventivo “Dilo por Dos”, e incluye el pre y post test.
- Adolescentes que accedan voluntariamente al estudio y tengan el consentimiento informado de sus padres y/o apoderado.

- **Criterios de exclusión:**

- Adolescentes de otros niveles académicos y/o secciones de la institución educativa.
- Adolescentes que no presentan asistencia académica periódica.
- Adolescentes cuyas edades no se encuentran en los rangos descritos.
- Adolescentes que no participen por lo menos al 80% de las sesiones según el programa educativo preventivo “Dilo por Dos”, e incluye el pre y post test.
- Adolescentes que deseen, explícitamente, no participar en el estudio y no tengan el consentimiento informado de sus padres y/o apoderado.

- Adolescentes que, a pesar de aceptar participar, hayan resuelto alguna de las pruebas de manera incompleta.

3.3. MUESTRA

La población lo conforman 179 estudiantes del 3° año de educación secundaria distribuidos en 4 secciones de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco.

Se realizó un muestreo probabilístico, porque todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtuvo por medio de una selección aleatoria, evitando de esta manera, sesgos de selección (46).

Consecuentemente, se utilizó el software Epidat 3.1; donde se consideró una proporción esperada del 20%, basándonos en estudios nacionales sobre el inicio de la actividad sexual en adolescentes del Ministerio de Salud (6) Benito et al. (4) y Mayorga et al. (3). El nivel de confianza fue 95% y se consideró una precisión absoluta del 5%; obteniéndose una muestra representativa de 104 estudiantes.

Unidad de Muestreo: Adolescentes del 3° año de educación secundaria de la I.E. “San Agustín” que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Análisis: Adolescentes del 3° año de educación secundaria de la I.E. “San Agustín” que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Muestreo: La muestra calculada de 104 de alumnos del 3er año de secundaria está repartida en 4 secciones, por lo que se optó en realizar un muestreo por conglomerados:

Alumnos del 3er año de educación secundaria de la I.E. "San Agustín" –

Huánuco

Secciones y número de alumnos:

Alfa	45
Beta	41
Delta	51
Sigma	42

De los cuales se realizó el **muestreo por conglomerados**, obteniéndose el siguiente número de alumnos:

Alfa	26
Beta	24
Delta	30
Sigma	24

- Sección Alfa:

Tamaño poblacional: 45

Tamaño muestral: 26

Número de sujetos seleccionados:

3	4	5	6	7	8	10
14	15	18	19	21	22	23
25	26	27	28	29	32	34
36	38	40	42	45		

- Sección Beta:

Tamaño poblacional: 41

Tamaño muestral: 24

Número de sujetos seleccionados:

4	5	7	9	10	11	14
16	17	20	21	22	24	25
27	28	30	32	34	36	37
39	40	41				

- Sección Delta:

Tamaño poblacional: 51

Tamaño muestral: 30

Número de sujetos seleccionados:

1	2	3	4	5	7	8
9	13	15	16	17	19	20
21	22	23	24	26	28	29

30	31	33	34	37	39	42
46	49					

- Sección Sigma:

Tamaño poblacional: 42

Tamaño muestral: 24

Número de sujetos seleccionados:

1	2	4	6	7	8	9
10	12	14	17	19	22	24
29	30	31	33	34	35	36
38	40	41				

3.4. NIVEL DE ESTUDIO

Este estudio es de nivel Explicativo debido a que busca la relación causa-efecto entre el programa educativo “Dilo por Dos” y el nivel de conocimiento, nivel de habilidades y nivel de actitudes en los adolescentes y de esta manera prevenir las conductas sexuales de riesgo que les podría causar efectos adversos a su salud sexual y reproductiva.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación corresponde a un diseño Analítico, Cuasi - experimental, Longitudinal y Prospectivo:

- Según la comparación de las poblaciones: Analítico. Cuya finalidad es la de buscar el impacto de la variable independiente sobre la variable dependiente.
- Según la interferencia del investigador: Cuasi - Experimental. Debido a que existirá manipulación de la variable independiente y no se asignará aleatoriamente los sujetos al grupo de investigación.

Se grafica de la forma:

G O₁ X O₂

Donde:

G: Grupo experimental

O₁: Pre - test

X: Tratamiento, estímulo o condición experimental

O₂: Post - test

- Según la evolución del fenómeno estudiado: Longitudinal. Ya que la recolección de datos será en más de un momento.
- Según el periodo en que se capta la información: Prospectivo. Pues el efecto de la variable independiente sobre la dependiente se conseguirá luego de haberse iniciado el estudio.

3.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.6.1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la medición de datos se utilizó una encuesta que fue tomada en dos momentos, como pre-test antes de la intervención y como post-test luego de esta.

El pre-test constó de 60 preguntas: 3 concernientes a datos epidemiológicos, que evaluaron la edad, el género y la creencia religiosa. Los conocimientos fueron evaluados por 20 preguntas sobre cambios en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y métodos anticonceptivos; se consideró “Elevado” un puntaje de 17-20, “Bueno” con puntaje de 13-16, “Regular” con 9-12 puntos y “Malo” con menos de 8 puntos. Un número de 7 preguntas evaluaron las habilidades para el adecuado afrontamiento de las CSR; se consideró “Elevado” un puntaje de 18-21, “Bueno” con puntaje de 14-17, “Regular” con 10-13 puntos y “Malo” con menos de 9 puntos. Las últimas 11 preguntas midieron las actitudes frente a las CSR; se consideró “Elevado” un puntaje de 28-33, “Bueno” con puntaje de 22-27, “Regular” con 16-21 puntos y “Malo” con menos de 15 puntos. El Test de Apgar Familiar de 5 preguntas clasificó la funcionalidad familiar en “Normal” (17-20 puntos), “Disfunción leve” (13-16 puntos), “Disfunción moderada” (10-12 puntos) y “Disfunción severa” (0-9 puntos). Completaron el cuestionario 14 preguntas sobre la experiencia sexual de los participantes con respecto a las CSR, estas se agruparon dentro de 4 variables: Inicio temprano de las

relaciones sexuales (inicio de la actividad sexual antes de los 16 años), Promiscuidad (más de una pareja sexual en menos de 6 meses), No uso de métodos anticonceptivos (uso infrecuente del preservativo) y Consumo de drogas durante las relaciones sexuales (consumo de alcohol u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales).

3.6.2. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” tuvo como objetivos: incrementar los conocimientos sobre las CSR y su prevención, proveer habilidades para prevenir el daño a la salud por las CSR, favorecer al cambio de actitudes frente a estos comportamientos y promover buenas prácticas para el adecuado cuidado de la salud sexual en los adolescentes.

Se programaron 6 talleres educativos para cada sección que incluían los temas: Cambios en la adolescencia, Conductas sexuales de riesgo, Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, Embarazo adolescente, Anticoncepción y Planificación familiar, y Proyecto de vida y Toma de decisiones. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 45 minutos y estuvo a cargo del investigador y 1 interna de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHEVAL) para el adecuado desarrollo de los mismos.

Se usó el esquema pedagógico ECA de Villarrini et al. (38), que consistió en 3 etapas de enseñanza: Exploración, donde se realizaron preguntas para explorar los conocimientos y las actitudes que presentaron los participantes

antes del desarrollo del tema, el promedio de tiempo fue de 10 minutos; Conceptualización, donde se definieron teóricamente los conceptos del tema de cada taller, las características, los factores de riesgo, las consecuencias, los medios de prevención y de enfrentamiento a la presión, así mismo tuvo una duración aproximada de 15 minutos; y la fase de Aplicación, en la que se ejecutó la actividad de aprendizaje, que consistió en ejercicios para poner en práctica los nuevos conocimientos a través de juegos de roles, dramatizaciones, simulaciones, elaboración de mapas mentales y exposiciones, que en conjunto tuvo un aproximado de 20 minutos. Antes de terminar el taller se hizo una retroalimentación para consolidar los nuevos conocimientos y habilidades.

Se utilizaron diversos recursos didácticos: la transmisión de información, a través de exposiciones, lecturas comentadas y conferencias magistrales; el análisis de situaciones, con mesas redondas, conversatorios y debates; la reflexión personal, gracias a lluvia de ideas, frases incompletas, fichas temáticas, dibujos; técnicas vivenciales, sociodramas, juego de roles; recursos audiovisuales; elaboración de ensayos, que consistió en análisis de casos y simulaciones; y finalmente evaluaciones, con preguntas y respuestas comentadas durante el taller.

Al final de la última sesión se realizó el post-test para evaluar los resultados, se usó la misma estructura del instrumento de medición que en el pre-test.

3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento de medición fue validado por juicio de expertos con una puntuación promedio de 93,53%.

De la misma manera, se llevó a cabo un estudio piloto en 20 estudiantes de 3er año de secundaria de otra institución educativa privada de la misma ciudad para corregir las dudas de los participantes sobre las preguntas. Estos estudiantes no ingresaron al estudio.

3.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se recolectaron los datos en el programa Microsoft Excel 2016 y fueron analizados en el programa Epidat 3.1 y SPSS v.23.

El análisis estadístico descriptivo midió la frecuencia y la proporción de las variables cualitativas; y la media, mediana y desviación estándar de la variable cuantitativa (edad). De la misma manera, se utilizó la prueba estadística de Mc Nemar para el análisis inferencial de las muestras dependientes: el nivel de conocimientos, nivel de habilidades y nivel de actitudes antes y después de realizada la intervención. Se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrada para analizar la asociación entre las variables intervinientes y las conductas sexuales de riesgo.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Dirección de Investigación Universitaria (DIU) de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, por lo que cumple con las normas de la Declaración de Helsinki - Seúl 2008, la Declaración de Bioética y DD.HH. UNESCO 2005, la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud Ley 29414 (Oct. 2009) y la Ley de protección de los datos personales, Ley 29733 (julio 2011).

Debido a la naturaleza del estudio, se entregó consentimientos informados a los padres o tutores y a los adolescentes, asentimientos informados; explicando las características principales del proyecto y los beneficios de su participación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

La población estuvo constituida por 179 estudiantes de los que se seleccionó mediante muestreo probabilístico y por conglomerados a una muestra significativa mínima de 104 participantes. Debido a un inicio por 114 participantes, pero 2 estudiantes no llenaron adecuadamente el cuestionario, por lo que quedaron disponibles 112 adolescentes para el estudio. La proporción de mujeres fue de 52.7%, ligeramente mayor a la de varones con 47.3%. La mayor proporción de estudiantes tuvieron una edad de 14 años (67.9%), con una media de 13.88 años ($DE \pm 0.55$). La creencia religiosa con mayor proporción de estudiantes fue la Católica (65.2%), seguida de Evangélico (23.2%), Otros (7.1%), Mormón (3.6%) y Testigo de Jehová (0.9%). De la misma manera los estudiantes percibieron en su hogar una funcionalidad familiar de tipo "Normal" en mayor medida (32.1%), seguido de "Disfunción leve" (25.9%), "Disfunción severa" (24.1%) y "Disfunción moderada" (17.9%). En general, el 67.9% de los adolescentes percibieron algún grado de disfunción familiar en su hogar (Tabla 1).

Para el análisis inferencial, se dicotomizaron las variables nivel de conocimientos, nivel de habilidades y nivel de actitudes. Se usó "Adecuado" para las categorías "Elevado" y "Bueno" y se cambió a "No adecuado" las

categorías “Regular” y “Malo”. De esta manera el análisis inferencial demostró que hubo un cambio significativo en el nivel de conocimientos, con nivel “Adecuado” de 7.1% antes de la intervención a 47.3% luego del programa ($p=0.000$), y un estadístico de Mc Nemar de 35.200. El nivel de habilidades aumentó de forma significativa de 17.9% a 50.0% al nivel “Adecuado” ($p=0.000$) con un estadístico de Mc Nemar de 21.875. El nivel de actitudes también cambió significativamente al nivel “Adecuado” de 81.3% 92.9% ($p=0.011$), con un estadístico de Mc Nemar de 7.347 (Tabla 2).

El análisis inferencial entre las variables intervinientes con las variables que componen las Conductas Sexuales de Riesgo tuvo resultados diferentes. El inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 16 años) demostró una asociación estadísticamente significativa con la edad ($p=0.002$) y con el nivel de funcionalidad familiar ($p=0.035$), esta última variable fue dicotomizada usando la categoría “Normal” para indicar la misma categoría y se usó “Disfunción” para agrupar “Disfunción leve”, “Disfunción moderada” y “Disfunción severa” (Tabla 3). En la población que inició su vida sexual antes del inicio del estudio ($n=14$), no se encontraron más asociaciones significativas entre las variables intervinientes y las demás variables que pertenecen a las Conductas Sexuales de Riesgo: Promiscuidad (más de 1 pareja sexual en menos de 6 meses) (Tabla 4), No uso de métodos anticonceptivos (frecuencia de uso de condón) (Tabla 5) y Uso de drogas con

las relaciones sexuales (consumo de alcohol previo a las relaciones sexuales)
(Tabla 6).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La Institución Educativa “San Agustín” se encuentra en la ciudad de Huánuco, provincia de Huánuco, Perú. Es un colegio mixto privado que contiene los tres niveles educativos: inicial, primaria y secundaria. Este último con un enfoque preuniversitario y con horarios de estudio expandidos a comparación de otras instituciones de la ciudad. Debido a su nivel socioeconómico medio-alto, los padres tienen la obligación de alentar a sus hijos, pues el desarrollo escolar está acompañado de oportunidades y éxito escolar, además de la superioridad de condiciones en las que se encuentran para estudiar al tener adecuados medios y ambientes. El planteamiento de la institución demuestra que la participación de los padres en los aspectos de la vida escolar estimula positivamente el rendimiento académico de sus hijos.

Dentro de este contexto, la aplicación del programa educativo aumentó significativamente el nivel de conocimientos sobre las conductas sexuales de riesgo, embarazo adolescente, ITS y VIH, resultado que se compara a intervenciones como el de Zapata y col. (15) en una población de adolescentes similar y con las mismas edades que en el presente estudio. Constantine y col. (47) también pudo aumentar el nivel de conocimientos inmediatamente después de ejecutar su programa. Otro trabajo más extenso

como el de Seangpraw y col. (10) indicó también un aumento significativo de los conocimientos sobre las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, existen trabajos que no tuvieron los mismos resultados, como los estudios de Duflo y col. (48) y Jenner y col. (49) debido probablemente a la situación en que se llevaron a cabo las intervenciones, pues fueron impartidas en zonas rurales y el seguimiento no terminó siendo el esperado. El trabajo de Shafii y col (50) utilizando un programa en un computadora, logró aumentar el nivel de conocimientos pero no fue significativo. La intervención “Dilo por Dos” se realizó en las aulas del salón de clase, se tuvo un estricto control de la asistencia y se evitaron los distractores externos durante su desarrollo, además se utilizaron estrategias didácticas que mantuvieron a los adolescentes motivados. Esto explicaría el aumento significativo de conocimientos (51–53).

En cuanto al nivel de habilidades, los resultados indicaron un aumento estadísticamente significativo después de tomado el post-test. Coincide con el trabajo de Constatine y col. (47) luego de terminada la última sesión educativa. Los estudios de Kemigisha y col. (54) y Seangpraw y col. (10) también pudieron mejorar las capacidades de prevenir conductas sexuales de riesgo inmediatamente después de llevada a cabo la intervención, pero difieren en los resultados al año de seguimiento donde no se evidenció una diferencia significativa. Los trabajos de Jenner y col. (49), Duflo y col. (48) y Shafii y col. (50), no tuvieron resultados significativos tratando de mejorar las habilidades,

concluyen que deberían tomarse en cuenta no solo los conocimientos y la mejora de habilidades, sino la construcción de actitudes. De la misma manera, indican la importancia de una buena autoestima en los participantes (51,55). El Programa “Dilo por Dos” desarrolló talleres participativos donde el estudiante demostró las habilidades adquiridas.

El nivel de actitudes aumentó significativamente luego de la ejecución del programa, resultados de Seangpraw y col (10) y Ballester Arnal y col. (11) indicaron resultados similares, pues agregaron en su intervención temas para la mejora de la autoestima y la adecuada toma de decisiones. Espada y col. (56) también pudo mejorar las actitudes incluso a los 2 años de seguimiento incidiendo en las construcciones psicosociales. Por otro lado, estudios como los de Duflo y col. (48) y Kemigisha y col. (54) indicaron una mejora no significativa de las actitudes en los adolescentes a pesar de haber aumentado significativamente el nivel de conocimientos. El investigador cree que la mejora de las actitudes deben ser abordadas en igual medida que los conocimientos y habilidades, pues este enfoque integral es el que tendría mejores resultados, como se pudo demostrar en los resultados obtenidos en este estudio (9,57–59).

La variable interviniente edad resultó significativa únicamente para el análisis inferencial de los participantes que tuvieron relaciones sexuales a edad temprana, es decir, antes de los 16 años, resultado que se compara a estudios como las de Leal y col. (60) donde refiere que los adolescentes,

especialmente mujeres, con inicio sexual temprano se exponen a la afectación de su salud física, mental y social, lo que debe advertir a quienes trabajan con adolescentes para la detección e intervención oportuna. Otra investigación refiere que el embarazo en la adolescencia tiene como factores de riesgo a las primeras relaciones sexuales entre los 15 y 19 años y además de no poseer conocimiento alguno sobre las complicaciones del embarazo (55).

La variable interviniente funcionalidad familiar resultó significativa y únicamente para el análisis inferencial de los participantes que tuvieron relaciones sexuales, resultado que se compara a estudios como los de Silva y col. (61) en los que la mayoría de participantes del estudio hicieron uso de métodos anticonceptivos (MAC) durante las relaciones sexuales. Otro trabajo como el de Yimer y col. (62) concluye que la crianza autoritaria y la alta calidad de las relaciones entre padres y adolescentes reducen las conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes en este entorno. Otro estudio que respalda la variable interviniente de funcionalidad familiar es la de Estrada y col (63) donde el análisis bivariado concluye que la autoeficacia del uso adecuado del condón y los conocimientos sobre riesgo de embarazo se relacionan con que los padres les orienten sobre temas de sexualidad, y con la satisfacción que les trae el asistir a la escuela. Es importante destacar que los adolescentes tienen que reconocer y aceptar a sus padres y maestros como una fuente de información necesaria y que piensen que son ellos quienes deberían formarlos en salud sexual y reproductiva, incluso a pesar de existir barreras en la

comunicación con sus progenitores cuando se trata de tocar temas relacionados con la sexualidad (52).

CONCLUSIONES

1. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” logró aumentar el nivel de conocimientos sobre Conductas Sexuales de Riesgo en los adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” con una mejora del 7.1% al 47.3% en el nivel Adecuado.
2. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” logró aumentar el nivel de habilidades de prevención de Conductas Sexuales de Riesgo en los adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” con una mejora del 17.9% al 50.0% en el nivel Adecuado.
3. El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” logró aumentar el nivel de actitudes asertivas frente a las Conductas Sexuales de Riesgo en los adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín” con una mejora del 81.3% al 92.9% en el nivel Adecuado.
4. El inicio temprano de las relaciones sexuales se asoció significativamente a la edad y al nivel de funcionalidad familiar de los adolescentes del 3er año de secundaria de la Institución Educativa “San Agustín”.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

A las Autoridades en Salud

Promover políticas públicas en favor de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y no temer un posible aumento de conductas de riesgo, al contrario, el conocimiento adecuado y responsable educaría y evitaría consecuencias dañinas en esta población.

A las Instituciones Educativas

Implementar una educación integral, con valores y conocimiento responsable como los impartidos en el Programa Educativo de este trabajo de investigación. Crear un consenso con los padres de familia para adecuar temas de este tipo en la currícula educativa.

A los futuros investigadores

Realizar estudios experimentales en poblaciones más grandes y de diferentes realidades socioeconómicas, y de esta manera ampliar el conocimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hajizade-Valokolaee M, Yazdani-Khermandichali F, Shahhosseini Z, Hamzehgardeshi Z. Adolescents' sexual and reproductive health: an ecological perspective. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2017 [citado 28 de abril de 2019];29(4). Disponible en: <https://www.degruyter.com/view/j/ijamh.2017.29.issue-4/ijamh-2015-0097/ijamh-2015-0097.xml>
2. Morales A, Vallejo-Medina P, Abello-Luque D, Saavedra-Roa A, García-Roncallo P, Gomez-Lugo M, et al. Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*. 17 de diciembre de 2018;18(1):1377.
3. Mayorga E, Ñiquen M, Franco R, Servan C, Rojas E ddy, Arango K, et al. Comportamiento Sexual de riesgo en escolares de secundaria de Lima Sur. *Cátedra Villarreal - Psicol* [Internet]. 7 de junio de 2017 [citado 28 de abril de 2019];1(1). Disponible en: <http://revistas.unfv.edu.pe/index.php/CVFP/article/view/129>
4. Benito CMÁ, Ventura JCE, Enríquez CNM, Meza MG. Estudio descriptivo de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de las zonas urbanas. *Horiz Cienc*. 7 de julio de 2016;6(10):152-72.
5. Arabi-Mianrood H, Hamzehgardeshi Z, Khoori E, Moosazadeh M, Shahhosseini Z. Influencing factors on high-risk sexual behaviors in young people: an ecological perspective. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2017 [citado 28 de abril de 2019];0(0). Disponible en: <https://www.degruyter.com/view/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0162/ijamh-2016-0162.xml>
6. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017 [Internet]. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Huánuco. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1228/PDF/libro.pdf
8. Miranda PSF, Aquino JMG, Monteiro RMP de C, Dixe M dos ACR, Luz AMB da, Moleiro P, et al. Comportamentos sexuais: estudo em jovens. *Einstein São Paulo* [Internet]. 2018 [citado 28 de abril de 2019];16(3).

Disponible

en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-45082018000300211&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

9. Manaseri H, Roberts KD, Barker LT, Tom T. Pono Choices: Lessons for School Leaders From the Evaluation of a Teen Pregnancy Prevention Program. *J Sch Health*. abril de 2019;89(4):246-56.
10. Seangpraw K, Somrongthong R, Choowanthanapakorn M, Kumar R. THE EFFECT OF SEX EDUCATION AND LIFE SKILLS FOR PREVENTIVE SEXUAL RISK BEHAVIOURS AMONG UNIVERSITY OF STUDENTS THAILAND. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 15 de octubre de 2017;29(4):540-6.
11. Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C. Effectiveness of a Brief Multi-Component Intervention to HIV Prevention Among Spanish Youth. *AIDS Behav*. 1 de septiembre de 2017;21(9):2726-35.
12. Carvajal ÉF, Pérez MM, Cordero MEA, Gómez LH. Intervención educativa en adolescentes sobre conocimientos en la prevención de ITS/VIH-SIDA. *Medimay*. 17 de junio de 2017;24(2):125-42.
13. Millán ZLH, Bravo Polanco E, Hernández P de la CL, Águila Rodríguez N, Cepero Águila L. Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva. *Rev Cuba Enferm [Internet]*. 23 de marzo de 2015 [citado 29 de abril de 2019];31(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62067>
14. Cercado Esteban VP, Castillo Quispe JN. Efectividad del programa educativo conociendo mi sexualidad en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes. Huamachuco. *Univ Nac Trujillo [Internet]*. 11 de marzo de 2019 [citado 29 de abril de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11927>
15. Zapata A, Danae R. Efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes del tercer año de secundaria de una institución educativa pública, 2018. *Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]*. 2019 [citado 29 de abril de 2019]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/10317>
16. Rodriguez Bacilio GI, Villanueva Medina KY. Eficacia de talleres educativos sobre paternidad responsable en la prevención del embarazo en adolescentes. *Institución educativa privada amigos de Jesus, la*

- esperanza - trujillo. 2015. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2017 [citado 29 de abril de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3538>
17. Anton N, Isaac G. Efectividad del programa de intervención de Enfermería "La sexualidad con responsabilidad y cuidado en la adolescencia" en los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes en una institución educativa 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 29 de abril de 2019]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4056>
 18. Valerio MC, Martínez RF, Gonzales RV, Carrillo YM. EFICACIA DE UN TALLER EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES. HAMPI RUNA. 26 de agosto de 2016;15(1):109-128-128.
 19. Mera D, Elizabeth M. Efectividad de un módulo educativo sobre el nivel de conocimientos de sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida de los estudiantes de tercer año de secundaria-institución educativa República de Colombia-2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 29 de abril de 2019]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4332>
 20. Malpartida Malpartida LL, Maiz Elias EL. Efectividad de un programa educativo para el cambio de conocimientos actitudes y practicas sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida en las madres beneficiarias del comité de vaso de leche Santa Rosa de Pillcomarca. Enero a junio 2017, Huánuco - Perú. Univ Nac Hermilio Valdizán [Internet]. 2017 [citado 13 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/3386>
 21. Tarazona M, Zoila R. INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL "JUANA MORENO". Univ Huánuco [Internet]. 2017 [citado 30 de abril de 2019]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/414>
 22. Rubia JM de la, Torteya DG. Validación Local de una Escala de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes Escolarizados Mexicanos. Rev Int Psicol. 2016;15(02):1-56.
 23. Alimoradi Z, Kariman N, Simbar M, Ahmadi F. Contributing Factors to High-Risk Sexual Behaviors among Iranian Adolescent Girls: A Systematic Review. Int J Community Based Nurs Midwifery. enero de 2017;5(1):2-12.

24. Alfonso Figueroa L, Figueroa Pérez L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. abril de 2017;21(2):143-51.
25. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol*. junio de 2016;81(3):243-53.
26. Gladden P, Tedesco A. Sexual Promiscuity. En: *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing; 2018.
27. Bahamón Muñetón MJ, Vianchá Pinzón MA, Tobos Vergara AR. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicol Desde El Caribe*. agosto de 2014;31(2):327-53.
28. Soto V. Factores asociados al no uso del condón: Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *An Fac Med*. junio de 2006;67(2):152-9.
29. Lomba L, Apóstolo J, Mendes F. Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*. 1 de diciembre de 2009;21(4):309-26.
30. Melgar MO-, Pérez-Saavedra V, Valentín-Ballarta JJ, Hurtado ALZ-. Asociación entre consumo de alcohol y relaciones sexuales ocasionales en los adolescentes. *Rev Enfermería Hered*. 19 de enero de 2016;8(2):109.
31. Trujillo León J. Expectativas sobre el consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en jóvenes estudiantes. Pontif Univ Católica Perú [Internet]. 30 de septiembre de 2015 [citado 6 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6293>
32. Yi S, Poudel KC, Yasuoka J, Palmer PH, Yi S, Jimba M. Role of risk and protective factors in risky sexual behavior among high school students in Cambodia. *BMC Public Health*. 12 de agosto de 2010;10:477.
33. Morrison-Beedy D, Grove L, Ji M, Baker E. Understanding the “Why” for High Risk Behavior: Adolescent Girls’ Motivations for Sex. *J Assoc Nurses AIDS Care JANAC*. 2017;28(6):877-87.
34. Noya Iñape K. Clima social familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de la institución educativa Alejo Huarauya Palomino,

- Pachabamba, Huánuco - 2017. Univ Nac Hermilio Valdizán [Internet]. 2017 [citado 28 de abril de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/2770>
35. Peltzer K, Pengpid S. Risk and Protective Factors Affecting Sexual Risk Behavior Among School-Aged Adolescents in Fiji, Kiribati, Samoa, and Vanuatu. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28(5):404-15.
 36. Valle-Solís MO, Benavides-Torres RA, Álvarez-Aguirre A, Peña-Esquivel JN. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2011;19(3):133-6.
 37. Bautista-Arredondo S, López-Peña P, McCoy S, Muñoz R, Saric D, Vivo S. Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes [Internet]. BID; 2013 [citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/4250>
 38. Chávez G, Milagros S. Efectividad del Programa Educativo «Exprésate» en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa «Peruano Suizo», Comas 2011. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2012 [citado 14 de diciembre de 2019]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3258>
 39. Guzmán JC, Martínez Villegas MF, Verdejo Manzano ME, Guzmán JC, Martínez Villegas MF, Verdejo Manzano ME. Una experiencia innovadora para enseñar contenidos psicológicos. *Sinéctica*. junio de 2017;(49):0-0.
 40. Martínez SR, Piñeiro I, Regueiro B, Estévez I, Val C. Estrategias cognitivas, etapa educativa y rendimiento académico. *Rev Psicol Educ*. 2017;12(1):19-34.
 41. Ferreira GMO, Villa SV, Ramírez JJC. Incidencia de la Estrategia ECA Y Las Tic en el Desarrollo de Destrezas del Pensamiento en Estudiantes de Secundaria. *Escenarios*. 2016;14(1):102-16.
 42. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado 17 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 43. Trujillo EV, Henao J, González C. TOMA DE DECISIONES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN LA ADOLESCENCIA. *Acta Colomb Psicol*. 30 de octubre de 2015;10(1):49-63.

44. Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, Hidalgo Vicario. Pubertad y adolescencia. *Rev Form Contin Soc Esp Med Adolesc.* 27 de febrero de 2017;5(1):7-22.
45. Papalia DE. *DESARROLLO HUMANO*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; 2010. 832 p.
46. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education; 2014. 633 p.
47. Constantine NA, Jerman P, Berglas NF, Angulo-Olaiz F, Chou C-P, Rohrbach LA. Short-term effects of a rights-based sexuality education curriculum for high-school students: a cluster-randomized trial. *BMC Public Health.* 26 de marzo de 2015;15(1):293.
48. Duflo E, Dupas P, Ginn T, Barasa GM, Baraza M, Pouliquen V, et al. HIV prevention among youth: A randomized controlled trial of voluntary counseling and testing for HIV and male condom distribution in rural Kenya. *PloS One.* 2019;14(7):e0219535.
49. Jenner E, Jenner LW, Walsh S, Demby H, Gregory A, Davis E. Impact of an Intervention Designed to Reduce Sexual Health Risk Behaviors of African American Adolescents: Results of a Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health.* septiembre de 2016;106(S1):S78-84.
50. Shafii T, Benson SK, Morrison DM, Hughes JP, Golden MR, Holmes KK. Results from e-KISS: electronic-KIOSK Intervention for Safer Sex: A pilot randomized controlled trial of an interactive computer-based intervention for sexual health in adolescents and young adults. *PLOS ONE.* 23 de enero de 2019;14(1):e0209064.
51. Baca-Sánchez J, Hidalgo-Palacios C, León-Jiménez F, Malca-Tello N. Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú, 2015. *Acta Médica Peru.* enero de 2019;36(1):38-45.
52. Orcasita MSc LT, Palma MSc D, Sadeghian Psic HC, Villafañe Psic A, Sánchez Psic DM, Sevilla PhD TM, et al. Sexuality in Schooled Men Adolescents: A Comparative Analysis between Public and Private Institutions in Colombia. *Rev Cienc Salud.* abril de 2018;16(3):408-28.
53. Castillo-Ávila IY, Ramírez-Aguilar JP, Silva-Yepes KP, Caballero-Pacheco MA, Arrieta-Yepes K. Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes de Cartagena, Colombia. *Univ Salud.* marzo de 2017;19(1):26-36.

54. Kemigisha E, Bruce K, Ivanova O, Leye E, Coene G, Ruzaaza GN, et al. Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda. *BMC Public Health* [Internet]. 28 de octubre de 2019 [citado 4 de noviembre de 2019];19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6819440/>
55. Rodríguez Rodríguez N, Cala Bayeux Á, Nápoles Pérez JL, Milán Arenado Y, Aguilar Tito M, Rodríguez Rodríguez N, et al. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Rev Inf Científica*. octubre de 2018;97(5):945-54.
56. Espada JP, Escribano S, Morales A, Orgilés M. Two-Year Follow-Up of a Sexual Health Promotion Program for Spanish Adolescents. *Eval Health Prof*. 2017;483-504.
57. Capote Rodríguez A, Martín AC, García Milian AJ, Pérez Piñero JS. Necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de La Habana Vieja, Cuba. *Rev Cuba Salud Pública*. junio de 2017;43(2):166-79.
58. Ramos ES, González ER. Comportamiento ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villavicencio (Meta, Colombia). *Investig En Enferm Imagen Desarro*. 16 de mayo de 2017;19(2):53-68.
59. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN ADOLESCENTS: THE FRAGILITY OF AUTONOMY. *Hacia Promoc Salud*. junio de 2016;21(1):52-62.
60. Leal F. I, Molina G. T, Luttges D C, González A. E, Gonzalez A. D, Leal F. I, et al. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. abril de 2018;83(2):149-60.
61. Silva AF da, Lopes MHB de M. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de ensino médio. *Adolesc E Saude*. 2018;15(2):102-12.
62. Yimer B, Ashebir W. Parenting perspective on the psychosocial correlates of adolescent sexual and reproductive health behavior among high school adolescents in Ethiopia. *Reprod Health* [Internet]. 21 de mayo de 2019 [citado 6 de septiembre de 2019];16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528244/>
63. Estrada F, Campero L, Suárez-López L, Vara-Salazar E de la, González-Chávez G. Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en

hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. Salud Pública México. octubre de 2017;59:556-65.

ANEXOS

ANEXO N°1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO “DILO POR DOS” PARA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA – HUÁNUCO, 2019.

FINANCIADOR: Dirección de Investigación Universitaria – Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

LUGAR: Institución Educativa Integrada Privada “San Agustín” – Huánuco.

Estimado Padre de Familia:

Su menor hijo(a) ha sido seleccionado e invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida si él/ella participará en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

El investigador a cargo de este estudio cursa el 6to año en la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Este proyecto determinará la efectividad de un programa educativo preventivo llamado “Dilo por Dos” para prevenir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes. El resultado de la intervención contribuirá a dotar a los adolescentes de herramientas para salvaguardar su salud sexual y reproductiva; así también, como guía para orientar a las autoridades, adolescentes y padres de familia a evitar conductas que conlleven a afectar su integridad; además de que servirá a los investigadores para realizar su tesis de grado.

Se pedirá la participación de los alumnos matriculados en el 3er grado de educación secundaria de esta institución educativa, seleccionados de manera aleatoria hasta completar una muestra de 104 alumnos.

El proyecto de intervención constará de un cuestionario de 60 preguntas donde se medirá el nivel de conocimiento, habilidades y actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo; además se preguntará sobre la experiencia personal del participante frente a estas conductas. Luego, se realizarán 6 talleres educativos que constarán de los siguientes temas: Adolescencia, Conductas Sexuales de Riesgo, Infecciones de Transmisión Sexual/VIH, Embarazo adolescente, Anticoncepción, Proyecto de vida y Toma de decisiones.

La duración del cuestionario será de 30 minutos, los talleres tendrán una duración de 45 minutos y serán aplicados cada 2 semanas. El cuestionario y los talleres no afectarán el horario académico establecido por la institución, previa coordinación con la dirección del colegio.

La participación es completamente voluntaria. Los participantes pueden abandonar el estudio cuando lo deseen.

En este estudio los participantes pueden sentir que se vulnera su privacidad, puesto que algunas preguntas apuntan a conocer su vida sexual. Sin embargo, en ningún momento del estudio, se juzgará sus actitudes y comportamientos respecto al tema mencionado o los resultados obtenidos del estudio.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por la participación de su hijo en este estudio. La participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento acerca del comportamiento adolescente y las posibles intervenciones sanitarias.

La información personal que su hijo/a dará al investigador en el curso de este estudio permanecerá en **secreto** y no será proporcionada a ninguna persona; además, no es necesario que escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario (anónimo). Los resultados de la investigación se darán a conocer a la institución. Solo el investigador y el personal de apoyo tendrán acceso a estos cuestionarios.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad del participante no será divulgada.

La información será revisada por el Comité de Ética de la facultad de Medicina Humana, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que la identificación e información sea borrada de nuestra base de datos. En el momento que el participante decida retirar su participación deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, y los resultados de la evaluación serán incinerados.

Agradezco su gentil colaboración.

Huánuco, ____ de _____ del 2019

Firma y nombre del Padre o

Firma del Investigador

Apoderado del Participante

ANEXO N°2 ASENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO “DILO POR DOS” PARA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA – HUÁNUCO, 2019.

FINANCIADOR: Dirección de Investigación Universitaria – Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

LUGAR: Institución Educativa Integrada Privada “San Agustín” – Huánuco.

Estimado alumno:

Usted ha sido seleccionado e invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este documento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

El investigador a cargo de este estudio cursa el 6to año en la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, identificado como Jorge Cuellar Janampa.

Este proyecto determinará la efectividad de un programa educativo preventivo llamado “Dilo por Dos” para prevenir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

Se pedirá la participación de los alumnos matriculados en el 3er grado de educación secundaria que serán seleccionados de esta Institución Educativa.

El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento que decida.

Para la recolección de información relacionada con este estudio se solicitará a los voluntarios participar de una encuesta por medio de un cuestionario que consta de 60 preguntas, donde se pretende determinar el nivel de conocimiento, habilidades y actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo; además preguntará sobre la experiencia personal del voluntario frente a estas conductas.

En este estudio los participantes pueden sentir que se vulnera su privacidad, puesto que algunas preguntas apuntan a conocer su vida sexual. Sin embargo, en ningún momento del estudio, se juzgará sus actitudes y comportamientos respecto al tema mencionado o los resultados obtenidos del estudio.

La información personal que usted dará a los investigadores en el curso de este estudio permanecerá en **secreto** y no será proporcionada a ninguna persona; además, no es necesario que escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario (anónimo). Los resultados de la investigación se darán a conocer a la institución. Solo el investigador y el personal de apoyo tendrán acceso a estos cuestionarios.

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que su información sea borrada de nuestra base de datos. Al retirar su participación Usted deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, en dicho caso los resultados de la evaluación serán incinerados.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Los entrevistadores podrán ser localizados:

CUELLAR JANAMPA, Jorge

Número de celular: 998847758

Agradecemos su gentil colaboración.

Huánuco, ____ de _____ del 2019



Huella digital

Firma y nombre del Participante

Firma del Investigador

ANEXO N°3 CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN:

Estimado estudiante:

Recibe un cordial saludo, mi nombre es Jorge Cuellar Janampa, soy estudiantes del 6to año de Medicina Humana de la UNHEVAL y estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar la Efectividad del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” para las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, por ello solicito tu colaboración para responder el presente cuestionario, el cual es ANÓNIMO.

Las respuestas a estas preguntas se utilizarán únicamente con fines de investigación. Tu nombre nunca se asociará con tus respuestas, y ningún padre, maestro o director podrá ver tus respuestas. Esto es estrictamente confidencial (privado) y es muy importante que respondas las preguntas con sinceridad. Este cuestionario es voluntario y no estás obligado a responder si no lo desea. Algunas de las preguntas pueden parecer bastante personales, pero, por favor, sé honesto, trata de responder todo y recuerda que tus respuestas son completamente confidenciales.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan preguntas con sus respectivas alternativas, elige para cada una de ellas solo una respuesta y marque con una (X) la que creas conveniente. Utiliza solo lapicero azul o negro. No dejes preguntas sin contestar. Usted dispone de 30 minutos.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Género: Masculino () Femenino ()
3. ¿Con qué creencia religiosa te identificas?
 - a. Católica.
 - b. Evangélico.
 - c. Testigo de Jehová.
 - d. Mormón.
 - e. Otros.

II. CONOCIMIENTOS

Esta sección pregunta sobre su conocimiento sobre el embarazo y la prevención de las ITS (infecciones de transmisión sexual), marca solo una de las respuestas.

1. ¿Cuáles son los primeros cambios que aparecen en la pubertad en el varón y la mujer?
 - a. La aparición del vello pubiano en el varón y del vello axilar en la mujer.
 - b. El crecimiento de los testículos en el varón y del botón mamario en la mujer.
 - c. El rápido crecimiento en el varón y la aparición de flujo vaginal en la mujer.
 - d. La aparición de glándulas sudoríparas en la axila en ambos sexos, junto con el cambio de voz en el varón.
 - e. No sé.
2. ¿Cuál es la diferencia entre los conceptos: adolescencia y pubertad?
 - a. Ambas comienzan y terminan simultáneamente, con los primeros cambios puberales y al finalizar el crecimiento.
 - b. La pubertad es el proceso biológico en que los niños se transforman en personas sexualmente maduras, capaz de reproducirse; la adolescencia incluye el crecimiento y el desarrollo emocional, social, vocacional, económico y la adquisición de una identidad.
 - c. La pubertad se refiere a la adolescencia temprana y media, en cambio la adolescencia propiamente dicha comienza con la menarquía en las mujeres, la eyaculación en los varones y se caracteriza por la iniciación sexual.
 - d. Pubertad y adolescencia son términos similares utilizados para designar el mismo proceso evolutivo.
 - e. No sé.
3. Teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo (pensamientos) y emocional (sentimientos), la adolescencia media se caracteriza por:
 - a. Preocupación por los cambios corporales.
 - b. Consolidación de la identidad sexual.
 - c. Surgimiento del impulso y experimentación sexual.
 - d. Definición vocacional.
 - e. No sé.
4. Las personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) tienen un mayor riesgo de adquirir todas las patologías que se enuncian, excepto:

- a. Infertilidad.
 - b. Cáncer al cuello uterino.
 - c. Infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
 - d. Anemia.
 - e. No sé
5. La causa más frecuente de úlcera genital en el mundo es por:
- a. Sífilis.
 - b. Herpes genital.
 - c. Chancroide.
 - d. Ingesta de tetraciclinas.
 - e. No sé.
6. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es:
- a. Un virus ARN monocatenario.
 - b. Un virus ARN bicatenario.
 - c. Un virus ADN monocatenario.
 - d. Un virus ADN bicatenario.
 - e. No sé.
7. La mayor epidemia existente en la actualidad, que afecta a millones de personas en todo el mundo, está producida por:
- a. El virus del sida.
 - b. El virus de la gripe.
 - c. El virus del papiloma humano.
 - d. El virus de la meningitis.
 - e. No sé.
8. El método ELISA para detectar infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana):
- a. Es una prueba de cribado.
 - b. Es una prueba diagnóstica.
 - c. Es una prueba de confirmación.

- d. Es una prueba cruzada.
 - e. No sé.
9. La prueba de laboratorio llamada Western Blot:
- a. Es una prueba de confirmación de infección por VIH.
 - b. Es una prueba diagnóstica de sida.
 - c. Es una prueba de despistaje para infección por VIH.
 - d. Es una prueba cruzada.
 - e. No sé.
10. ¿Qué método anticonceptivo no necesita seguimiento por parte de los/as profesionales de la salud?
- a. Las pastillas hormonales.
 - b. El preservativo masculino.
 - c. El DIU (Dispositivo Intrauterino).
 - d. Las hormonas inyectables mensuales.
 - e. No sé.
11. ¿A qué se le llama conducta sexual de riesgo?
- a. Son prácticas que aumentan el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
 - b. Son prácticas que disminuyen el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
 - c. Son prácticas que aumentan el riesgo de adquirir solo el VIH, pero no ITS.
 - d. Son prácticas cotidianas que aumentan nuestra salud.
 - e. No sé.
12. ¿De las siguientes conductas, cuál no se considera como conducta sexual de riesgo?
- a. Tener relaciones sexuales con varias personas diferentes.
 - b. Ingerir alcohol u otras drogas antes de tener relaciones sexuales.
 - c. Rechazar las presiones grupales ante conductas de riesgo.

- d. No utilizar el condón durante las relaciones sexuales coitales.}
 - e. No sé.
13. ¿Cuál es la única forma 100% efectiva de prevenir el embarazo?
- a. Condones.
 - b. No tener relaciones sexuales.
 - c. Pastillas anticonceptivas.
 - d. Inyecciones hormonales.
 - e. No sé.
14. Un embarazo puede ocurrir como resultado de:
- a. Sexo vaginal sin protección.
 - b. Sexo oral.
 - c. Abstinencia del sexo.
 - d. Usar un baño contaminado.
 - e. No sé.
15. ¿Qué tipo de método anticonceptivo impide que los ovarios de las mujeres liberen óvulos?
- a. DIU (Dispositivo Intrauterino) de cobre.
 - b. Métodos hormonales.
 - c. Métodos de barrera.
 - d. Abstinencia.
 - e. No sé.
16. ¿Qué fluido corporal puede transmitir el VIH?
- a. Orina.
 - b. Saliva.
 - c. Semen.
 - d. Lágrimas.
 - e. No sé.
17. Se puede saber que una persona tiene una infección de transmisión sexual (ITS) por:

- a. Su reputación.
 - b. La manera en cómo se viste.
 - c. No se puede decir sin tener una prueba de laboratorio.
 - d. Por la forma en que camina.
 - e. No sé.
18. ¿Cuál de estos métodos anticonceptivos puede ayudar a prevenir la propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS)?
- a. Pastillas anticonceptivas.
 - b. Condones.
 - c. Espermicidas y diafragmas.
 - d. DIU (Dispositivo Intrauterino).
 - e. No sé.
19. ¿Cuál es el mecanismo de acción de los anticonceptivos de emergencia?
- a. Impedir la implantación del embrión.
 - b. Producir contracciones uterinas y favorecer la expulsión del feto.
 - c. Solo alterar la migración espermática.
 - d. Alterar la migración y función espermática e interferir en el proceso ovulatorio.
 - e. No sé.
20. ¿En cuál de estos casos, usted está en alto riesgo de contraer el VIH?
- a. Uso de agujas esterilizadas durante un tatuaje.
 - b. Sentado en un asiento de inodoro en un baño público.
 - c. Relaciones sexuales sin condón.
 - d. Darle la mano a un paciente con VIH.
 - e. No sé.

III. HABILIDADES

Esta sección pregunta sobre la dificultad que se puede tener para establecer una relación saludable de pareja y tomar buenas decisiones sobre la actividad sexual.

Contesta de acuerdo a qué tan difícil o fácil se hace para ti realizar las siguientes conductas.

	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil
1. Identificar las conductas sexuales de riesgo más importantes.				
2. Conocer las consecuencias perjudiciales de las conductas sexuales de riesgo.				
3. Comunicar efectivamente a mi pareja sobre mis intenciones y deseos sobre la actividad sexual.				
4. Rechazar el sexo no deseado y/o desprotegido.				
5. Decidir cuándo es el mejor momento para empezar la vida sexual.				
6. Ser capaz de seguir los pasos para el correcto uso del condón.				
7. Poder obtener/comprar condones u otros anticonceptivos.				

Fuente: Modificado de Manaseri et al. Pono Choices. 2019

IV. ACTITUDES

Esta sección pregunta qué tan importante crees que son ciertos comportamientos o actividades.

	No importante	Poco importante	Importante	Muy importante
1. Entender los cambios que ocurren durante la adolescencia.				
2. No tener sexo hasta que me sienta listo.				
3. Evitar conductas sexuales de riesgo.				

4. Prevenir el sexo no consentido en la adolescencia.				
5. Saber qué tipo de métodos anticonceptivos puedo usar para prevenir un embarazo no deseado.				
6. Tomar responsabilidad personal por mi salud sexual.				
7. Comunicarme abiertamente sobre la intención sexual con mi pareja.				
8. Conocer múltiples formas de prevenir las ITS y el VIH.				
9. Usar condones para prevenir las ITS y el embarazo no deseado.				
10. Usar formas alternativas para mostrar afecto que no sea tener relaciones sexuales.				
11. Tener un proyecto de vida.				

Fuente: Modificado de Manaseri et al. Pono Choices. 2019

V. EXPERIENCIA PERSONAL

Esta sección pregunta sobre cualquier experiencia que puedas haber tenido con las relaciones sexuales (lo que significa que un hombre pone su pene en la vagina de una mujer).

1. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

a. Sí.

- b. No.
2. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?
 - a. Nunca he tenido relaciones sexuales
 - b. 13 años o menos.
 - c. 14 años.
 - d. 15 años.
 - e. 16 años o más.
 3. ¿En esa primera relación sexual, tú o tu pareja usó condón?
 - a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
 - b. Sí.
 - c. No.
 4. ¿En tu primera relación sexual, qué te motivó a hacerlo? (*Puedes marcar más de una opción*)
 - a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
 - b. Estaba listo/a.
 - c. Fue algo inesperado.
 - d. Mi pareja me convenció.
 - e. Mi pareja me obligó.
 - f. Por presión de mis amigos/as.
 - g. Otro _____.
 5. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida?
 - a. 0
 - b. 1
 - c. 2 - 3
 - d. 4 – 5
 - e. Más de 6
 6. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?
 - a. Nunca he tenido relaciones sexuales.

- b. He tenido relaciones sexuales, pero no en los últimos 6 meses.
 - c. Con 1 persona.
 - d. Con 2 personas.
 - e. Con 3 personas o más.
7. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales, tú y tu pareja usan condón?
- a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
 - b. Nunca.
 - c. A veces.
 - d. Casi siempre.
 - e. Siempre.
8. Si no has usado condón, ¿cuál fue la razón? *(Puedes marcar más de una opción)*
- a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
 - b. Porque no me gusta usarlo.
 - c. Porque a mi pareja o la persona con la que tuve relaciones sexuales no le gusta usarlo.
 - d. Porque me resulta difícil hablar (negociar) del uso del condón.
 - e. Porque me avergüenza comprarlos.
 - f. Porque confío en mi pareja o la persona con quien tuve relaciones sexuales.
 - g. Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas.
 - h. Porque el condón se dañó, se rompió y no teníamos otro a la mano.
 - i. Porque no sé cómo utilizar un condón.
 - j. Siempre utilizo condón.
9. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales estando bajo el efecto de alguna de las siguientes drogas? *(Puedes marcar más de una opción)*
- a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
 - b. He tenido relaciones sexuales, pero nunca bajo el efecto de alguna droga.
 - c. Alcohol.
 - d. Marihuana.

- e. Cocaína.
 - f. PBC (Pasta Básica de Cocaína).
 - g. Pegamentos o inhalantes.
 - h. Pastillas alucinógenas (Éxtasis, LSD).
 - i. Pastillas para los nervios (Alprazolam, Clonazepan, Diazepam).
 - j. Otros _____.
10. ¿Tomaste alcohol o usaste drogas la última vez que tuviste relaciones sexuales?
- a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
 - b. Sí.
 - c. No.
11. ¿Durante los últimos doce meses, te has hecho una prueba de embarazo?
- a. Sí.
 - b. No.
12. ¿Has estado embarazada alguna vez?
- a. Sí.
 - b. No.
13. ¿En los últimos doce meses, has tenido alguna Infección de Trasmisión Sexual (ITS), como úlcera en los genitales (herpes, sífilis) o una secreción maloliente que sale de tu pene o vagina (gonorrea, clamidia) o verrugas genitales (condilomas)?
- a. Sí.
 - b. No.
14. ¿Qué hiciste para tratar esa(s) Infección(es) de Trasmisión Sexual? (*Puedes marcar más de una opción*)
- a. Nunca he tenido Infecciones de Trasmisión Sexual.
 - b. Nada.
 - c. Consulté en una botica o farmacia.
 - d. Consulté a un médico u otro profesional de salud.
 - e. Consulté a un amigo, familiar o conocido.

f. Me automediqué.

Fuente: Modificado de Manaseri et al. Pono Choices. 2019

VI. APGAR FAMILIAR

Esta sección pregunta sobre el grado de satisfacción con respecto a varios aspectos dentro de la familia a la que perteneces.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
2. ¿Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?					
3. ¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades?					
4. ¿Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor?					
5. ¿Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero?					

Muchas gracias por tu cooperación.

ANEXO N°4

Tabla 1. Características demográficas de los participantes (n=112)

Características	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	53	47.3
Femenino	59	52.7
Edad (años)		
13	25	22.3
14	76	67.9
15	11	9.8
Edad (años)		
X \pm DS	13.88 \pm 0.55	
Creencia religiosa		
Católica	73	65.2
Evangélico	26	23.2
Testigo de Jehová	1	0.9
Mormón	4	3.6
Otros	8	7.1
Funcionalidad familiar		
Normal	36	32.1
Disfunción leve	29	25.9
Disfunción moderada	20	17.9
Disfunción severa	27	24.1

ANEXO N°5

Tabla 2. Análisis inferencial de la efectividad del Programa Educativo Preventivo "Dilo por Dos" (n=112)

Características	Programa Educativo				p	IC 95%	
	No	%	Sí	%		Inf	; Sup
Nivel de Conocimientos sobre CSR							
Adecuado	8	7.1	53	47.3	0.000 ^{&}	22.26	48.14
No adecuado	104	92.9	59	52.7			
Nivel de Habilidades sobre CSR							
Adecuado	20	17.9	56	50.0	0.000 ^{&}	8.83	34.93
No adecuado	92	82.1	56	50.0			
Nivel de actitudes sobre CSR							
Adecuado	91	81.3	104	92.9	0.011 ^{&}	1.02	15.71
No adecuado	21	18.8	8	7.1			

& McNemar

ANEXO N°6

Tabla 3. Análisis inferencial de los participantes que tuvieron relaciones sexuales (n=112)

Características	Tuvo relaciones sexuales				p	RR	IC 95%		
	Sí	%	No	%			Inf	;	Sup
Género									
Masculino	7	13.2	46	86.8	0.943*	1.11	0.42	2.97	
Femenino	7	11.9	52	88.9		0.89	0.38	2.39	
Edad (años)									
13	2	8.0	23	92.0		1.00			
14	7	9.2	69	90.8	0.002*	1.15	0.26	5.19	
15	5	45.5	6	54.5		5.68	1.30	24.92	
Creencia religiosa									
Católica	12	16.4	61	86.6		1.00			
Evangélico	2	7.7	24	92.3		0.47	0.11	1.95	
Testigo de Jehová	0	0.0	1	100.0	0.491*	0.00			
Mormón	0	0.0	4	100.0		0.00			
Otros	0	0.0	8	100.0		0.00			
Funcionalidad familiar									
Normal	1	2.8	35	97.2	0.035**	6.16	0.84	45.27	
Disfunción	13	17.1	63	82.9					

* Chi-cuadrado

** Prueba exacta de Fisher

ANEXO N°7

Tabla 4. Análisis inferencial del número de parejas sexuales en los últimos 6 meses (n=10).

Características	Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses				p	RR	IC 95%	
	1	%	> 1	%			Inf	;
Género								
Masculino	4	80.0	1	20.0	0.500*	0.50	0.06	3.90
Femenino	3	60.0	2	40.0		2.00	0.26	15.62
Edad (años)								
14	4	66.7	2	33.3	0.666*	1.33	0.17	10.25
15	3	75.0	1	25.0		0.75	0.10	5.77
Creencia religiosa								
Católica	7	77.8	2	22.2	0.300*	4.50	1.33	15.28
Evangélico	0	0.0	1	100.0				
Funcionalidad familiar								
Normal	0	0.0	1	100.0	0.274*	0.41	0.17	1.43
Disfunción	7	77.8	2	22.2				

* Chi-cuadrado

ANEXO N°8

Tabla 5. Análisis inferencial de la frecuencia de uso de condón (n=14).

Características	Uso de condón				p	RR	IC 95%	
	No Siempre	%	Siempre	%			Inf	Sup
Género								
Masculino	5	71.4	2	28.6	0.500*	1.25	0.56	2.77
Femenino	4	57.1	3	42.9		0.80	0.36	1.77
Edad (años)								
13	1	50.0	1	50.0		0.50		
14	4	57.1	3	42.9	0.667*	0.57	0.25	5.26
15	4	80.0	1	20.0		0.80	0.37	6.85
Creencia religiosa								
Católica	9	75.0	3	25.0	0.109*	1.66	0.81	3.41
Evangélico	0	0.0	2	100.0				
Funcionalidad familiar								
Normal	1	100.0	0	0.0	0.674*	0.90	0.37	2.21
Disfunción	8	61.5	5	38.5				

* Chi-cuadrado

ANEXO N°9

Tabla 6. Análisis inferencial de relaciones sexuales bajo el efecto de una droga (n=14).

Características	Relaciones sexuales y consumo de drogas				p	RR	IC 95%	
	Sí	%	No	%			Inf	; Sup
Género								
Masculino	0	0.0	7	100.0	0.096*	2.75	1.26	6.00
Femenino	3	42.9	4	57.1				
Edad (años)								
13	0	0.0	2	100.0	0.437*	0.00	0.14	0.40
14	1	14.3	6	85.7				
15	2	40.0	3	60.0				
Creencia religiosa								
Católica	2	16.7	10	83.3	0.396*	0.33	0.05	2.18
Evangélico	1	50.0	1	50.0				
Funcionalidad familiar								
Normal	0	0.0	1	100.0	0.786*	1.10	0.91	1.33
Disfunción	3	23.1	10	76.9				

* Chi-cuadrado

ANEXO N° 10



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE MEDICINA
E.P. MEDICINA HUMANA



**PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO “DILO POR
DOS” PARA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO EN ADOLESCENTES**



Huánuco – Perú

2019

I. PRESENTACIÓN

La salud sexual y reproductiva de las personas es importante en varias etapas de la vida, especialmente en los grupos poblacionales más jóvenes. En la actualidad, los adolescentes llegan antes a la pubertad y se casan más tarde, por lo que se forma una brecha más amplia entre el inicio de la adolescencia y el matrimonio, que los hace más vulnerables a conductas que afecten su salud sexual. Existe, además, una disminución progresiva de la edad de la primera relación sexual y, por consiguiente, un porcentaje cada vez mayor de adolescentes que tienen relaciones sexuales.

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo humano potencialmente crítica por los numerosos cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales que conlleva, convirtiendo a los adolescentes en seres vulnerables que se enfrentan a peligros para su bienestar físico y mental que incluyen altas tasas de mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios; y en cuanto a la salud sexual y reproductiva, están más expuestos a las infecciones de enfermedades de transmisión sexual y por VIH, embarazos no planeados, etc.

De esta manera, se presenta a las conductas sexuales de riesgo como todas las conductas que se dan en una situación que aumenta la probabilidad de sufrir daños a la salud sexual y reproductiva, que expone a los individuos a problemas de salud pública como las ITS, infecciones por VIH y los embarazos no deseados. Siendo el grupo más vulnerable el de los adolescentes por su ya citada transición hacia la adultez.

El Programa Educativo Preventivo “Dilo Por Dos” para las conductas sexuales de riesgo es una herramienta para mejorar la educación sexual y salud reproductiva de los adolescentes en etapa escolar buscando impulsar el ejercicio de los derechos de los adolescentes, a fin de empoderar a las mujeres y fomentar la participación de los varones en las responsabilidades que conllevan las prácticas sexuales; proveyéndoles de conocimientos científicos sobre los temas de sexualidad, habilidades para la prevención y actitudes asertivas para hacer frente a las situaciones de riesgo. Además de llevar información a todos los espacios públicos de la ciudad, propiciar la reflexión y la comunicación de los adolescentes con sus padres, madres, maestros y compañeros de vida, y de respetar los valores de responsabilidad, tolerancia y justicia para todas y todos.

II. CONTENIDO

A. POBLACIÓN OBJETIVO: Adolescentes del 3° año de nivel secundario de la Institución Educativa “San Agustín” – Huánuco, con matrícula regular y de asistencia académica periódica.

B. ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

Localización: I.E “San Agustín”

Escenario: Aulas de la I.E “San Agustín”

Duración: 9 semanas

Número de evaluaciones: 2 (pre-test y post-test)

Número de talleres educativos: 6

Número de taller de padres: 1

Número de participantes: 104 de alumnos del 3er año de secundaria distribuidos en 2 grupos de trabajo.

Horario: Jueves, durante la mañana.

Duración del taller: 45 minutos.

Personal responsable: Jorge Antonio Cuellar Janampa

Recursos: Humanos y materiales

C. OBJETIVOS: El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” logrará en los participantes:

- Incrementar los conocimientos sobre las conductas sexuales de riesgo y su prevención.
- Proveer habilidades para prevenir el daño a la salud por las conductas sexuales de riesgo.
- Favorecer al cambio de actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo.
- Promover buenas prácticas para el cuidado de la salud sexual en los adolescentes.

D. METODOLOGÍA:

El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” se desarrolla en base a la fusión de diversas técnicas educativas, en las que se destacan las siguientes:

- *Transmisión de información:* Exposición, lectura comentada, conferencias magistrales.
- *Análisis de situaciones:* Mesa redonda, conversatorio, debates, diálogos simultáneos.

- *Reflexión personal:* Lluvia de ideas, frases incompletas, fichas temáticas y/o informativas, dibujos.
- *Vivenciales:* Sociodrama, juego de roles.
- *Audiovisuales:* Videos.
- *Ensayo:* Análisis de casos, historietas, simulación.
- *Evaluación:* Preguntas y respuestas.

Las técnicas educativas tienen diferente utilidad de acuerdo al tema y los objetivos de cada taller educativo.

E. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO:

El Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos” se desarrollará en relación a los 6 talleres educativos que se presentan de la siguiente manera:

(Presentación de la sesión educativa)

- *Tema*
- *Objetivos*

(Estrategia ECA)

- *Introducción*
- *Exploración*
- *Conceptualización*
- *Aplicación*

F. MATERIALES EDUCATIVOS Y OTROS RECURSOS DIDÁCTICOS:

Los materiales educativos necesarios y empleados para la adquisición de aprendizaje son: Proyector multimedia, laptop, cámara fotográfica, CDs, diapositivas, pizarra acrílica, trípticos, dípticos, materiales de escritorio, papelógrafos, cartulinas, hojas de colores.

G. INDICADORES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

La evaluación de los participantes se efectuará mediante la aplicación de un pre y post-test donde se medirán los conocimientos a través de un cuestionario de 20 preguntas, las habilidades evaluadas contarán con 7 preguntas y las actitudes, con 11 preguntas de valoración; además se aplicarán 14 preguntas sobre la vida sexual del adolescente y 5 preguntas con respecto a la funcionalidad familiar, estos últimos para evaluar los datos epidemiológicos. Los participantes contarán con

un total de 40 minutos para la solución de los instrumentos de evaluación.

De esta manera, se pretende determinar la efectividad del programa educativo. Y para el posterior seguimiento y reforzamiento de los aprendizajes se realizará el taller de padres al finalizar el post-test.

TALLER N°1

CAMBIOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS:

Al concluir el taller educativo se espera que los adolescentes puedan:

- + *Conocer y comprender los aspectos básicos sobre el funcionamiento del propio cuerpo.*
- + *Conocer los cambios biológicos y psicosociales durante la adolescencia, las variaciones dentro de la normalidad.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	ESTRATEGIA EDUCATIVA
INTRODUCCIÓN (3 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes. • Promover la identificación general de los aspectos educativos de cada sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y bienvenida a los participantes a la primera sesión del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”. • Se ofrece una breve descripción del taller educativo, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes adolescentes. • Se detalla la importancia del trabajo en equipo estableciendo normas de convivencias para el buen funcionamiento del programa. <p>Normas de convivencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los adolescentes que participan en los talleres tienen que respetar y ser respetados. • La puntualidad es importante para la ejecución de las actividades. • La participación activa propicia el aprendizaje y la consolidación de los conocimientos. • Escuchar a los demás sin interrupciones. • Respetar las opiniones, comentarios y/o dudas o preguntas de los demás. • Prestar atención e interés a los contenidos de aprendizaje propuestos y evitar distracciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a cada uno de los participantes • Se detallara lo mencionado en forma dinámica y participativa
FASE DE EXPLOTACIÓN (7 min)		

<ul style="list-style-type: none"> • Explorar conocimientos y actitudes que presentan los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terminada la introducción y presentación del tema; se pregunta a los estudiantes si conocen o tienen alguna información sobre estos temas. • Se propicia la participación activa de los adolescentes con opiniones, pensamientos y postura con respecto al tema planteado. • Utilización de preguntas para la actividad de exploración: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué es la Adolescencia?</i> 2. <i>¿Cuáles son las etapas de la adolescencia?</i> 3. <i>¿Cuáles son los problemas más frecuentes que presentan los adolescentes?</i> 4. <i>¿Cuáles son los cambios biológicos en la adolescencia?</i> 5. <i>¿Cuáles son los cambios psicológicos en la adolescencia?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reflexión personal: fichas temáticas, dibujos y lluvia de ideas. • Distribuir a los participantes en 6 equipos de aproximadamente 5 integrantes cada uno.
FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN (15 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer al desarrollo efectivo de la fase de conceptualización. • Definir la adolescencia • Conocer las etapas de la adolescencia. • Conocer los problemas más frecuentes en los adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia la fase de conceptualización al término de la discusión propiciada por la fase de exploración. • En esta fase se debe relacionar el contenido propuesto con las preguntas sugeridas en la fase de exploración. • Ofrecer un contenido dinámico, interactivo y participativo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Adolescencia <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición ➤ Etapas de la adolescencia <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adolescencia Inicial ✓ Adolescencia Media ✓ Adolescencia Tardía ➤ Problemas más frecuentes en la Adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pide la participación de los estudiantes para la conceptualización de los temas presentados. • Técnica de transmisión de información: Explicación de los temas mediante clases magistrales, utilizando equipo multimedia. • Técnica audiovisual: Video: Se proyecta un video relacionado a la

<ul style="list-style-type: none"> Definir y conocer los cambios biológicos y psicológicos en la adolescencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas de alimentación, problemas emocionales., problemas de conducta, problemas académicos, problemas sexuales, embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual, pandillaje, problemas de uso de drogas y alcohol. ➤ Cambios Biológicos en la Adolescencia <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambios físicos en la mujer: proceso fisiológico y hormonal ✓ Cambios físicos en el varón: proceso fisiológico y hormonal ➤ Cambios Psicológicos de la sexualidad adolescente <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pensamiento del adolescente ✓ Conocimiento y actitudes ✓ Imaginación desbordada ✓ Sentimiento de inseguridad 	<p>Adolescencia, cambios biológicos y psicológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica de Reflexión personal: fichas informativas y trípticos Técnica de análisis de situaciones: Conversatorio: Se realizará un conversatorio para fortalecer ideas o aclarar dudas con respecto a la problemática presentada.
FASE DE APLICACIÓN (20 min)		
<ul style="list-style-type: none"> Consolidar los conocimientos obtenidos. Reconocer los cambios biológicos y psicológicos que trae consigo la adolescencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar si los participantes entendieron, consolidaron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> ¿Qué concepto tienen sobre adolescencia? Y ¿Cuántas etapas presenta? Mencionen algunos problemas que presentan los adolescentes ¿Qué signos nos indica el primer cambio físico en la mujer?; ¿y en el varón? ¿Qué es la menstruación?, ¿Cómo se produce? 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de ensayo: Análisis de casos: Se realiza discusión de casos en relación a los temas aprendidos. Análisis de situaciones: Mesa redonda: Se realizará una mesa redonda para la solución de problemas y/o




	<p>5. <i>¿Qué es la eyaculación?, ¿Cómo se produce?</i></p> <p>6. <i>¿Cuáles son los principales cambios psicológicos del adolescente?</i></p> <p>7. <i>¿Cuál es el principal pensamiento que posee el adolescente?</i></p>	<p>dudas presentadas por los participantes.</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnica de evaluación: Preguntas y respuestas sobre información clave presentada.
--	---	---

TALLER N°2

CONOCIENDO Y PREVINIENDO LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

OBJETIVOS:

Al concluir el taller educativo se espera que los adolescentes puedan:

-  *Identificar las conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias nocivas para la vida del adolescente.*
-  *Evitar las conductas sexuales de riesgo en situaciones de la vida real.*
-  *Saber tomar decisiones en pareja para la prevención de conductas inadecuadas sobre la sexualidad.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	ESTRATEGIA EDUCATIVA
INTRODUCCIÓN (3 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes. • Clarificar cualquier duda que tengan las participantes y reforzar el conocimiento aprendido en el taller anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes a la segunda sesión del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”. • Iniciar con el repaso de los puntos más importantes del taller anterior antes de comenzar con la información de los temas seleccionados para este taller. • Presentación a los participantes al segundo taller del Programa Educativo: “Conociendo y previniendo las conductas sexuales de riesgo” • Se ofrece una breve descripción del taller educativo, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar las siguientes preguntas para el repaso del taller anterior: ¿Quién quiere compartir lo que aprendió sobre el tema anterior? • Se detallará lo mencionado en forma dinámica y participativa.
FASE DE EXPLORACIÓN (7 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar conocimientos y actitudes que presentan los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terminada la introducción, repaso y presentación del tema; se pregunta a los estudiantes si conocen o tienen alguna información sobre estos temas. • Se propicia la participación activa de los adolescentes con opiniones, pensamientos y postura con respecto al tema planteado. • Utilización de preguntas para la actividad de exploración: <ol style="list-style-type: none"> 6. <i>¿Qué es una conducta de riesgo?</i> 7. <i>¿Qué es una conducta sexual de riesgo?</i> 8. <i>¿Cuáles son las conductas sexuales de riesgo más comunes?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reflexión personal: fichas temáticas, dibujos y lluvia de ideas.

	9. <i>¿Cuáles son las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo?</i>	
FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN (15 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer al desarrollo efectivo de la fase de conceptualización. • Definir una conducta sexual de riesgo • Identificar los tipos de conducta sexual de riesgo. • Explorar sobre las potenciales consecuencias de las conductas sexuales de riesgo. • Concientizar en la prevención de estas conductas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia la fase de conceptualización al término de la discusión propiciada por la fase de exploración. • En esta fase se debe relacionar el contenido propuesto con las preguntas sugeridas en la fase de exploración. • Ofrecer un contenido dinámico e interactivo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conductas sexuales de riesgo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición ➤ Tipos de Conductas sexuales de riesgo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio temprano de las relaciones sexuales: factores individuales, familiares y socioculturales-políticos. ✓ Promiscuidad: factores individuales y ambientales. ✓ No utilización de métodos anticonceptivos: falta de previsión, falta de educación sexual, factores ambientales. ✓ Uso de sustancias durante las relaciones sexuales: abuso de alcohol, uso de drogas. ➤ Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Infecciones de Transmisión Sexual ✓ Infecciones por VIH ✓ Embarazo adolescente ➤ Prevención de las conductas sexuales de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pide la participación de los estudiantes para la conceptualización de los temas presentados. • Técnica de transmisión de información: Explicación de los temas mediante clases magistrales, utilizando equipo multimedia. • Técnica audiovisual: Video: Se proyecta un video relacionado a las conductas sexuales de riesgo. • Técnica de Reflexión personal: fichas informativas y trípticos • Técnica de análisis de situaciones: Conversatorio: Se realizará un conversatorio para fortalecer ideas o aclarar dudas con respecto a la problemática presentada.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La abstinencia es la mejor protección: Saber decir “NO” si no te sientes listo. ✓ Saber utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos. ✓ Evitar situaciones de alcohol y drogas. 	
FASE DE APLICACIÓN (20 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los conocimientos obtenidos. • Reconocer los factores de riesgo de su salud sexual y las consecuencias que traen consigo las conductas sexuales de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si los participantes entendieron, consolidaron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué es una conducta sexual de riesgo?</i> 2. <i>¿Cuáles son las conductas sexuales de riesgo más comunes en los adolescentes?</i> 3. <i>¿Cuáles son las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo?</i> 4. <i>¿Cómo evitamos las conductas sexuales de riesgo?</i> • Se realizará el análisis de 2 casos: X y Z; se pedirá a los participantes que formen un círculo, y asesorados por los coordinadores, se darán las pautas respectivas de la dinámica: Se entregará un folio y un lapicero a cada estudiante; uno de ellos procederá a leer el CASO X “Ángela y Carlos” y el CASO Z “Nico y Diana”. Cada participante, luego de la lectura analizará el relato, y acorde a ello resolverá cuáles son las situaciones que comprometen la salud del adolescente y en discusión con el grupo y el coordinador llegarán a plantear las decisiones apropiadas que debe tomar cada personaje. Una vez llegado al consenso de la decisión, procederán a escribir en una mitad de papelote las situaciones de riesgo en 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de ensayo: Análisis de casos; se agruparán en 6 grupos repartiéndose los casos X y Z para luego comentar los resultados.

	la salud del adolescente que han identificado y en la otra mitad las consecuencias positivas y negativas de una adecuada e inadecuada toma de decisión respectivamente.	
--	---	--

CASO X

ÁNGELA Y CARLOS

Ángela es una estudiante del 3er año de secundaria, tiene 14 años, ella se siente enamorada de Carlos un chico del 5to año de 16 años, ellos tienen un amigo en común que cierto día los presenta, desde entonces ellos se agregaron al Facebook, chatean y se frecuentan. A las 4 semanas, Carlos le dice para estar y ella le dice que sí.

Han pasado 3 meses, Carlos le pide a Ángela tener relaciones sexuales ya que ya llevan cierto tiempo y necesitan algo que evite la monotonía en su relación.

Ella piensa:

“Si tengo relaciones con Carlos le voy a dar una gran prueba de mi amor, además yo estoy segurísima de que lo amo, me gustó desde siempre; y me va a querer más... voy a saber qué se siente hacerlo; además... si todos lo hacen ¿Por qué yo no?”

“Pero si tengo relaciones, lo más probable es que quede embarazada, o quizá que contraiga una ITS. Puede ser también que si tengo relaciones sexuales sea más aceptada en mi círculo de amigas y que encuentre el verdadero amor con Carlos”.

“Pero si tengo relaciones sexuales y quedo embarazada... ¿Carlos reconocerá a nuestro hijo?, yo creo que no; ¿y si tengo que abortar? ¿Y si aborto estaré poniendo en riesgo mi salud?”

“Si tengo relaciones sexuales puede ser que Carlos me pierda el respeto, pensará que soy una chica fácil; pero a la vez quiero saber qué se siente, y si lo hago voy a ser popular entre mis amigos”.

“...Además, si tengo relaciones sexuales le voy a demostrar a mis papás que ya no soy una niña. Pero a la vez puedo defraudar la confianza que ellos han depositado en mí; el remordimiento sería tan grande que no me dejaría vivir.”

¿Qué decisión tomaré?

CASO Z

NICO Y DIANA

Nico es un estudiante de Instituto; simpático y alegre por lo que sus amigos le insisten en ir a una disco, a él no le gusta salir a fiestas, pero dado a la insistencia de sus amigos y el miedo a que lo excluyan de su grupo de “patas” acepta ir con ellos. Ahí se encuentra con Diana, una joven guapa, quien resulta ser su ex, ellos habían terminado porque ella tenía relaciones sexuales con otros chicos, ya que él no quería tener relaciones con ella porque no se sentía preparado.

Nico había decidido tomar solo un par de vasos de cerveza, ya que no estaba acostumbrado a tomar y además tenía que ir temprano a clases al día siguiente pues tenía examen. Los amigos de Nico se encargaron de que Diana y él bailaran seguidamente, ella le daba de beber a Nico, y él por no quedar mal aceptaba, ambos se embriagaron. Diana, aprovechando el estado del muchacho le dice que era tarde y que se sentía cansada, por lo que le pide que la acompañe a su casa (donde solo estarían ellos, puesto que los padres de Diana se fueron de viaje).

Una vez en la casa de Diana, ella lo comienza a besar intensamente, Nico corresponde y como estaba excitado accedió porque sentía que era el momento de tener relaciones. Sin embargo, a pesar de la urgencia del “hacer el amor” él quería hacerlo con protección, y recordó que hace mucho tiempo le habían regalado un condón que lo tenía en su billetera, estaba algo maltratado, pero no dudo en usarlo.

Llegaron al coito y en ese momento el condón se rompe, él retira el pene rápidamente. Diana, le bromea y le dice “a lo mejor me has embarazado”, él se asusta y le dice que tome pastillas, a lo que ella contesta que hace una semana ya había tomado y que no era necesario volverlas a tomar.

Días después, Nico sentía picazón en el pene, ardor al orinar; mientras se duchaba descubrió unas manchas blanquecinas en su pene; se lo comenta a sus amigos y ellos le dicen que no le tome importancia, que eso pasa la primera vez, y se burlan de él.

Poco después Diana llama a Nico y le dice que tiene un retraso con su periodo y que la prueba de embarazo resulto positiva, por lo que lo responsabiliza de la situación, exigiéndole apoyo y lo amenaza con contárselo a sus padres.





Nico ante la situación se pregunta angustiado ¿Y ahora qué hago?

TALLER N°3

METODOS ANTICONCEPTIVOS

OBJETIVOS:

Al concluir el taller educativo se espera que los adolescentes puedan:

-  *Conocer los aspectos generales de la anticoncepción en la adolescencia*
-  *Identificar los métodos anticonceptivos más usados*
-  *Explicar los tipos, características y formas de uso de los métodos anticonceptivos.*
-  *Identificar el método más efectivo y seguro en la anticoncepción adolescente.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	ESTRATEGIA EDUCATIVA
INTRODUCCIÓN (3 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes. • Clarificar cualquier duda que tengan las participantes y reforzar el conocimiento aprendido en el taller anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes a la tercera sesión del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”. • Iniciar con el repaso de los puntos más importantes del taller anterior antes de comenzar con la información de los temas seleccionados para este taller. • Presentación a los participantes al tercer taller del Programa Educativo: “Métodos Anticonceptivos” • Se ofrece una breve descripción del taller educativo, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar las siguientes preguntas para el repaso del taller anterior: ¿Quién quiere compartir lo que aprendió sobre el tema anterior? • Se detallará lo mencionado en forma dinámica y participativa.
FASE DE EXPLOTACIÓN (7 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar conocimientos y actitudes que presentan los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terminada la introducción, repaso y presentación del tema; se pregunta a los estudiantes si conocen o tienen alguna información sobre estos temas. • Se propicia la participación activa de los adolescentes con opiniones, pensamientos y postura con respecto al tema planteado. • Utilización de preguntas para la actividad de exploración: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la anticoncepción en la adolescencia? 2. ¿Cómo, cuándo y para qué utilizar anticonceptivos? 3. ¿Cuántos métodos anticonceptivos conoces? 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reflexión personal: fichas temáticas, dibujos y lluvia de ideas. • Distribuir a los participantes en 6 equipos de aproximadamente 5 integrantes cada uno.
FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN (15 min)		

<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer al desarrollo efectivo de la fase de conceptualización. • Definir Método anticonceptivo • Identificar los tipos de Métodos Anticonceptivos. • Concientizar en el uso de los métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia la fase de conceptualización al término de la discusión propiciada por la fase de exploración. • En esta fase se debe relacionar el contenido propuesto con las preguntas sugeridas en la fase de exploración. • Ofrecer un contenido dinámico e interactivo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Métodos Anticonceptivos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición ➤ Anticoncepción en la adolescencia <ul style="list-style-type: none"> ✓ Criterios para la selección de métodos anticonceptivos ✓ Tipos de métodos anticonceptivos. ➤ Métodos anticonceptivos temporales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anticonceptivos hormonales: orales, inyectables y subdérmico. ✓ Dispositivo intrauterino ✓ <i>Métodos de barrera y espermicida: condón masculino, condón femenino y diafragma.</i> ➤ Métodos anticonceptivos naturales o de abstinencia periódica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ EL Método de Días Fijos, Método del Ritmo, Calendario. ✓ El Método de Ovulación. ✓ Coito interrumpido. ➤ Abstinencia Sexual Constante ➤ Anticonceptivo de Emergencia ➤ Métodos Anticonceptivos Permanentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oclusión Tubárica ✓ Vasectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pide la participación de los estudiantes para la conceptualización de los temas presentados. • Técnica de transmisión de información: Explicación de los temas mediante clases magistrales, utilizando equipo multimedia. • Técnica audiovisual: Video: Se proyecta un video relacionado a anticonceptivos en la adolescencia y los diferentes métodos anticonceptivos para que ellos puedan observar las diferentes características. • Técnica de Reflexión personal: fichas informativas y trípticos
---	---	--





FASE DE APLICACIÓN (20 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los conocimientos obtenidos. • Reconocer los factores de riesgo/beneficio de los diferentes métodos anticonceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si los participantes entendieron, consolidaron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 5. <i>¿Qué son los anticonceptivos?</i> 6. <i>¿Cómo elegir un método anticonceptivo?</i> 7. <i>¿Cómo se clasifican los métodos anticonceptivos?</i> 8. <i>¿Cuál es el método anticonceptivo más efectivo y seguro?</i> 9. <i>¿Cuál es el método anticonceptivo que protege también contra el VIH/SIDA?</i> 10. <i>¿Cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes más conocidos?</i> 11. <i>¿Cuándo utilizar el método anticonceptivo de emergencia?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de decodificación: • Comerciales: los participantes se distribuyen en tres equipos de trabajos quiénes va a realizar un comercial en relación al tema de anticonceptivos en la adolescencia: tipos, características, formas de uso, etc. Además de promover el mejor método de anticoncepción.

TALLER N° 4

TODO A SU TIEMPO: PREVINIENDO EL EMBARAZO ADOLESCENTE

OBJETIVOS:

Al concluir el taller educativo se espera que los adolescentes puedan:

-  *Conocer los aspectos fundamentales del embarazo en la adolescencia.*
-  *Identificar las causas del embarazo adolescente.*
-  *Concientizar sobre las consecuencias del embarazo adolescente.*
-  *Conocer el momento de iniciar las relaciones sexuales.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	ESTRATEGIA EDUCATIVA
INTRODUCCIÓN (3 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes. • Clarificar cualquier duda que tengan las participantes y reforzar el conocimiento aprendido en el taller anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes a la cuarta sesión del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”. • Iniciar con el repaso de los puntos más importantes del taller anterior antes de comenzar con la información de los temas seleccionados para este taller. • Presentación a los participantes al segundo taller del Programa Educativo: “Todo a su tiempo: Previniendo el embarazo adolescente” • Se ofrece una breve descripción del taller educativo, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar las siguientes preguntas para el repaso del taller anterior: ¿Quién quiere compartir lo que aprendió sobre el tema anterior? • Se detallará lo mencionado en forma dinámica y participativa.
FASE DE EXPLORACIÓN (7 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar conocimientos y actitudes que presentan los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terminada la introducción, repaso y presentación del tema; se pregunta a los estudiantes si conocen o tienen alguna información sobre estos temas. • Proyectar el video de la canción: “Se quiere, se mata” de Shakira. • Preguntarles a las participantes: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué le ha ocurrido a la joven? 2. ¿Por qué le ha ocurrido esto? 3. ¿Cuáles son las consecuencias que puede ocasionarle? • Invitar a las participantes a dar su opinión, de forma voluntaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reflexión personal: fichas temáticas, dibujos y lluvia de ideas.
FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN (15 min)		

<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer al desarrollo efectivo de la fase de conceptualización. • Definir un embarazo adolescente. • Identificar las causas del embarazo adolescente. • Explorar sobre las potenciales consecuencias del embarazo durante la escolaridad. • Concientizar en la prevención del embarazo a temprana edad. • Conocer el momento de iniciar las relaciones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia la fase de conceptualización al término de la discusión propiciada por la fase de exploración. • En esta fase se debe relacionar el contenido propuesto con las preguntas sugeridas en la fase de exploración. • Ofrecer un contenido dinámico e interactivo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Embarazo Adolescente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición ➤ Causas de embarazo adolescente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conductas sexuales de riesgo: Inicio precoz de las relaciones sexuales, promiscuidad, no utilización de método anticonceptivo eficaz (falta de previsión, falta de educación sexual, factores ambientales), uso de sustancias. ✓ Limitado conocimiento sobre sexualidad. ✓ Deficiente manejo de habilidades sociales en el adolescente. ➤ Consecuencias del embarazo adolescente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La madre adolescente: Maternidad en soltería, Ausentismo escolar, desequilibrio emocional, muerte materna. ✓ El padre adolescente: sentimiento de indiferencia, irresponsabilidad. ✓ Los hijos: dificultades de adaptación, agresividad, desobediencia, falta de concentración, problemas académicos. ✓ La pareja adolescente: paternidad y maternidad temprana no planificada, incremento de obligaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pide la participación de los estudiantes para la conceptualización de los temas presentados. • Técnica de transmisión de información: Explicación de los temas mediante clases magistrales, utilizando equipo multimedia. • Técnica audiovisual: Video: Se proyecta un video relacionado a las conductas sexuales de riesgo. • Técnica de Reflexión personal: fichas informativas y trípticos • Técnica de análisis de situaciones: Conversatorio: Se realizará un conversatorio para fortalecer ideas o aclarar dudas con respecto a la problemática presentada.
---	--	--

	<p>y deberes, matrimonios precipitados, desintegración familiar, inestabilidad económica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La sociedad: crecimiento de la población, incremento de la carga social adicional. ✓ Otras consecuencias: Aborto, adopción ➤ El momento de iniciar las relaciones sexuales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de las pautas necesarias. ✓ Consecuencias de tener relaciones coitales sin estar preparado 	
FASE DE APLICACIÓN (20 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los conocimientos obtenidos. • Proveer de herramientas para hacer frente a la presión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si los participantes entendieron, consolidaron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Cuáles son las principales causas del embarazo adolescente?</i> 2. <i>¿Cuáles son las consecuencias del embarazo adolescente: en la madre, padre, pareja, hijos y sociedad?</i> 3. <i>¿En qué momento uno está listo para empezar las relaciones sexuales?</i> • Se organizará a los participantes en 6 grupos, formando un círculo, cada uno de ellos estará asesorado por un coordinador del programa, se darán las pautas respectivas de la dinámica y en qué consiste: Los integrantes identificarán las frases típicas que usan las parejas para convencer a su enamorado(a) para tener relaciones sexuales y las escribirán en la mitad de un papelote. El grupo comentará sobre cómo se sentirían 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de decodificación: Creatividad; Realización de un slogan y mensaje alusivo a la maternidad adolescente.

	<p>ellos(as) al escuchar esas frases, y mencionarán otras frases efectivas para responder a dicha presión.</p> <p>Las formas efectivas de enfrentar las presiones de sus parejas deberán ser escritas por los estudiantes en la otra mitad del papelote y serán expuestas por un representante del grupo.</p>	
--	---	--

TALLER N°5

ITS - VIH

OBJETIVOS:

Al concluir el taller educativo se espera que los adolescentes puedan:

- + *Incrementar el nivel de información acerca de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH.*
- + *Alcanzar conductas maduras de comportamiento.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	ESTRATEGIA EDUCATIVA
INTRODUCCIÓN (3 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes. • Clarificar cualquier duda que tengan las participantes y reforzar el conocimiento aprendido en el taller anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes a la quinta sesión del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”. • Iniciar con el repaso de los puntos más importantes del taller anterior antes de comenzar con la información de los temas seleccionados para este taller. • Presentación a los participantes al quinto taller del Programa Educativo: “ITS – VIH en adolescentes” • Se ofrece una breve descripción del taller educativo, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar las siguientes preguntas para el repaso del taller anterior: ¿Quién quiere compartir lo que aprendió sobre el tema anterior? • Se detallará lo mencionado en forma dinámica y participativa.
FASE DE EXPLOTACIÓN (7 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar conocimientos y actitudes que presentan los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terminada la introducción, repaso y presentación del tema; se pregunta a los estudiantes si conocen o tienen alguna información sobre estos temas. • Se propicia la participación activa de los adolescentes con opiniones, pensamientos y postura con respecto al tema planteado. • Utilización de preguntas para la actividad de exploración: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué es una ITS?</i> 2. <i>Agentes etiológicos e ITS que pueden producir</i> 3. <i>¿Cuáles son las ITS más comunes?</i> 4. <i>¿Cuáles son las consecuencias de las ITS no tratadas?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reflexión personal: fichas temáticas, dibujos y lluvia de ideas.

	<p>5. <i>¿Qué es el VIH?</i></p> <p>6. <i>¿Cómo se adquiere el virus del VIH?</i></p>	
FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN (15 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer al desarrollo efectivo de la fase de conceptualización. • Definir ITS • Identificar los diferentes tipos de ITS • Explorar sobre las consecuencias de las ITS no tratadas. • Concientizar en la prevención y protección contra las ITS y el VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia la fase de conceptualización al término de la discusión propiciada por la fase de exploración. • En esta fase se debe relacionar el contenido propuesto con las preguntas sugeridas en la fase de exploración. • Ofrecer un contenido dinámico e interactivo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Infecciones de Transmisión Sexual - VIH <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición ➤ ITS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sífilis. ✓ Uretritis, cervicitis ✓ Chancro blando ✓ Condilomas acuminados, papilomas (VPH) ✓ Herpes genital ✓ Vaginitis ➤ VIH <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto de virus ✓ Concepto de enfermedad ✓ Diagnóstico de la infección por VIH ➤ Transmisión y Prevención de las ITS - VIH <ul style="list-style-type: none"> ✓ La abstinencia es la mejor protección: Saber decir "NO" si no te sientes listo. ✓ Saber utilizar adecuadamente los métodos de protección ✓ Evitar situaciones de alcohol y drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pide la participación de los estudiantes para la conceptualización de los temas presentados. • Técnica de transmisión de información: Explicación de los temas mediante clases magistrales, utilizando equipo multimedia. • Técnica audiovisual: Video: Se proyecta un video relacionado a las ITS - VIH. • Técnica de Reflexión personal: fichas informativas y trípticos • Técnica de análisis de situaciones: Conversatorio: Se realizará un conversatorio para fortalecer ideas o aclarar dudas con respecto a la problemática presentada.




FASE DE APLICACIÓN (20 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los conocimientos obtenidos. • Reconocer y mejorar el grado de conocimiento sobre la infección por VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si los participantes entendieron, consolidaron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 7. <i>¿Qué es una ITS?</i> 8. <i>¿Cuáles son las ITS de riesgo más comunes en los adolescentes?</i> 9. <i>¿Cuáles son las consecuencias de las ITS no tratadas?</i> 10. <i>¿Cómo se transmite el VIH?</i> 11. <i>¿Cómo no se transmite el VIH?</i> 12. <i>¿A quién hay que realizar la prueba?</i> 13. <i>¿Cómo puedo reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de evaluación: Preguntas y respuestas sobre información clave presentada.

TALLER N° 6

APRENDIENDO A TOMAR DECISIONES CONSTRUYO MI PROYECTO DE VIDA

OBJETIVOS:

Al concluir el taller educativo se espera que los adolescentes puedan:

-  *Tomar decisiones asertivas en cuanto a su vida sexual.*
-  *Aprender a decir NO ante una situación que afecte su bienestar.*
-  *Construir su proyecto de vida.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	ESTRATEGIA EDUCATIVA
INTRODUCCIÓN (3 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes. • Clarificar cualquier duda que tengan las participantes y reforzar el conocimiento aprendido en el taller anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes a la sexta sesión del Programa Educativo Preventivo “Dilo por Dos”. • Iniciar con el repaso de los puntos más importantes del taller anterior antes de comenzar con la información de los temas seleccionados para este taller. • Presentación a los participantes al segundo taller del Programa Educativo: “Aprendiendo a tomar decisiones construyo mi proyecto de vida” • Se ofrece una breve descripción del taller educativo, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar las siguientes preguntas para el repaso del taller anterior: ¿Quién quiere compartir lo que aprendió sobre el tema anterior? • Se detallará lo mencionado en forma dinámica y participativa.
FASE DE EXPLORACIÓN (7 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar conocimientos y actitudes que presentan los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terminada la introducción, repaso y presentación del tema; se pregunta a los estudiantes si conocen o tienen alguna información sobre estos temas. • Preguntarles a las participantes: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ustedes creen que las personas tienen el derecho de elegir cuándo tener relaciones sexuales y cuándo no? ¿Por qué? 2. ¿Cuándo las personas tienen derecho a decir que no desean tener relaciones sexuales? ¿Por qué? 3. ¿Cuándo, creen ustedes, que un chico o chica debería tener relaciones sexuales? ¿Por qué? 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reflexión personal: fichas temáticas, dibujos y lluvia de ideas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Invitar a las participantes a dar su opinión, de forma voluntaria. 	
FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN (15 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer al desarrollo efectivo de la fase de conceptualización. • Identificar los derechos sobre la vida sexual. • Explorar sobre las potenciales consecuencias de la mala toma de decisiones. • Concientizar la importancia de un proyecto de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia la fase de conceptualización al término de la discusión propiciada por la fase de exploración. • En esta fase se debe relacionar el contenido propuesto con las preguntas sugeridas en la fase de exploración. • Ofrecer un contenido dinámico e interactivo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Derechos de varones y mujeres a tener una vida sexual sana, placentera, responsable y libre de riesgos. ➤ El Proceso de la Toma de decisiones. ➤ Pasos para la toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis y valoración de la situación ✓ Búsqueda de alternativas ✓ Evaluación de ventajas y desventajas ✓ Elección de la decisión ✓ Seguimiento de la decisión ➤ Proyecto de vida <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia ✓ Pasos para construir mi proyecto de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pide la participación de los estudiantes para la conceptualización de los temas presentados. • Técnica de transmisión de información: Explicación de los temas mediante clases magistrales, utilizando equipo multimedia. • Técnica de Reflexión personal: fichas informativas y trípticos • Técnica de análisis de situaciones: Conversatorio: Se realizará un conversatorio para fortalecer ideas o aclarar dudas con respecto a la problemática presentada.
FASE DE APLICACIÓN (20 min)		
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los conocimientos obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si los participantes entendieron, consolidaron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué es el proyecto de vida?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Reflexión personal: Análisis de un tema concreto.

<ul style="list-style-type: none"> • Construir un proyecto de vida • Reforzar el enfrentamiento a la presión de grupo de forma asertiva. 	<p>2. <i>¿Por qué es importante el proyecto de vida?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se organizará a los participantes en 6 grupos, cada coordinador preguntará a los integrantes sobre su proyecto de vida, sus metas y sueños. Reflexionarán juntos sobre los pasos que deben seguirse y en qué momento se podría empezar la vida sexual. • En los mismos grupos, formando un círculo, se darán las pautas respectivas de la dinámica y en qué consiste: Realizarán una dramatización breve sobre una situación en la que mostrarán cómo enfrentan, de manera efectiva, la presión social, ya sea de pareja, amigos(as) y otros(as), para tener relaciones sexuales antes de estar listos(as). Cada grupo mencionará si encontraron formas convincentes y efectivas de enfrentar la presión grupal en las dramatizaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dramatización sobre un situación de riesgo.
--	---	---

ANEXO 11

NOTA BIOGRÁFICA

JORGE ANTONIO CUELLAR JANAMPA

Nacido el 10 de marzo de 1983 en el Asiento Minero de Uchucchacua, provincia de Oyon, departamento de Lima. Segundo hijo de don Erasmo Cuellar Vega y Vilma Janampa Cristóbal.

Cursó estudios primarios y secundarios en el Centro Educativo Fiscalizado 21615 de su tierra natal, a los 18 años emigra a la ciudad de Huánuco en busca de superación personal y profesional. En el 2005 ingresa a la facultad de Medicina Humana en el examen de selección general ocupando el segundo puesto.

Realizó sus prácticas pre profesionales (internado medico) el año 2020 en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, proceso de formación profesional que se vio interrumpido por la pandemia del COVID – 19. A pesar del peligro que representaba la pandemia retomo a concluir el internado médico en octubre del mismo año, pudiendo concluir satisfactoriamente el internado en abril del 2021.

El 2 de junio de 2021 se le logra conferir el Grado Académico de Bachiller en Medicina Humana.



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO
FACULTAD DE MEDICINA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

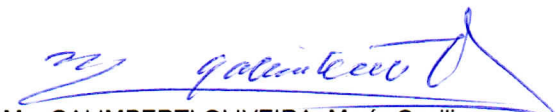
En la ciudad Universitaria de Cayhuayna a los **30** días del mes de **junio** del año **dos mil veintiuno**, siendo las **18 horas con 00 minutos**, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL y la Directiva de Asesoría y Sustentación Virtual de Practicas Pre profesionales, trabajos de Investigación y Tesis en programas de Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan – Huánuco, aprobado mediante la Resolución Consejo Universitario N°0970-2020-UNHEVAL; se reunieron de modo virtual mediante la Plataforma Cisco Webex – <https://unheval.webex.com/meet/soporte.medicina>, los miembros del Jurado calificador de tesis, nombrados con la **Resolución N° 0173-2021-UNHEVAL-FM-D, de fecha 16 de junio del 2021**, para proceder con la Evaluación de la Tesis Titulada "EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO "DILO POR DOS" PARA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA-HUÁNUCO, 2019", elaborado por el Bachiller en Medicina Humana CUELLAR JANAMPA, Jorge Antonio, para obtener el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**, estando conformado el jurado por los siguientes docentes:

✦ Dr. BAUER ORMAECHEA, Erwin Joel	PRESIDENTE
✦ Mg. ALVA DÍAZ, Violeta	SECRETARIA
✦ Mg. GALIMBERTI OLIVEIRA, María Cecilia	VOCAL
✦ Lic. SOSA CORI, Jesús Enrique	ACCESITARIO

Habiendo finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica al sustentante y a los presentes retirarse de la sala de sustentación virtual - videoconferencia por un espacio de cinco minutos aproximadamente para deliberar y emitir la calificación final, quedando el sustentante con la nota de equivalente a 18 con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis Virtual a horas 19:30 en fe de lo cual firmamos.


Dr. BAUER ORMAECHEA, Erwin Joel
PRESIDENTE


Mg. ALVA DÍAZ, Violeta
SECRETARIA


Mg. GALIMBERTI OLIVEIRA, María Cecilia
VOCAL

Observaciones:

-Excelente (19 y 20)
-Muy Bueno (17,18)
-Bueno (14,15 y 16)

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	12/07/2021	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Cuellar Janampa, Jorge Antonio.

DNI: 41674404 Correo electrónico: ballack - 1003@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 998 847 758 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>Medicina</u>
E. P. :	<u>Medicina Humana</u>

Título Profesional obtenido:

Médico Cirujano.

Título de la tesis:

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO "DILLO POR DOS"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	12/07/2021	2 de 2

PARA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA - HUANUCO, 2019.

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 12 de Julio de 2021

Firma del autor y/o autores: