



**UAP**

**UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**“EFECTIVIDAD DE UNA SESION EDUCATIVA ACERCA DE  
SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES DEL  
COLEGIO RICARDO PALMA CHOSICA - 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR  
PANEZ CONDOR ROSARIO SOLEDAD**

**ASESORA  
MG. JENNY MILAGRO SANCHEZ DELGADO**

**LIMA-PERÚ, 2019**

**“EFECTIVIDAD DE UNA SESION EDUCATIVA ACERCA  
DE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES  
DEL COLEGIO RICARDO PALMA CHOSICA - 2016”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Identificar la efectividad de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016 del 2018. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=40 adolescentes), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,867); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ( $\alpha=0,979$ ).

### CONCLUSIONES:

La efectividad de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, encontrando que Antes de la aplicación de la sesión educativa en nivel de conocimiento era Bajo y Después de la aplicación de la sesión educativa se encontró un nivel Alto de conocimiento, esto se produce por la efectividad de la sesión educativa y por la diferencia significativa de - 5,7. Se demostró estadísticamente mediante la T-student con un valor de 8,753, con 39 grados de libertad y con un nivel de significancia de valor  $p<0,05$ .

**PALABRAS CLAVES:** *Sexualidad responsable, efectividad de la sesión educativa, adolescentes.*

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to: Identify the effectiveness of the educational session in the modification of knowledge about responsible sexuality in adolescents del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 40 adolescents), for the collection of the information a Likert type questionnaire was used, the validity of the instrument was carried out through the proof of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,867); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ( $\alpha = 0.979$ ).

## **CONCLUSIONS:**

The effectiveness of the educational session in the modification of knowledge about responsible sexuality in adolescents del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, finding that Before the application of the educational session in level of knowledge was Low and After the application of the educational session a high level of knowledge was found, this is produced by the effectiveness of the educational session and for the significant difference of - 5.7. It was statistically demonstrated by the T-student with a value of 8,753, with 39 degrees of freedom and with a level of significance of p value <0.05.

**KEY WORDS:** *Responsible sexuality, effectiveness of the educational session, adolescents.*

## ÍNDICE

|   | Pág. |
|---|------|
| <b>DEDICATORIA</b>                              |      |
| <b>AGRADECIMIENTO</b>                           |      |
| <b>RESÚMEN</b>                                  |      |
| <b>ABSTRAC</b>                                  | i    |
| <b>ÍNDICE</b>                                   | ii   |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                             | iii  |
|   | v    |
| <br>  |      |
| <b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> |      |
| 1.1. Planteamiento del problema                 | 1    |
| 1.2. Formulación del problema                   | 2    |
| 1.3. Objetivos de la investigación              | 3    |
| 1.3.1. Objetivo general                         | 3    |
| 1.3.2. Objetivos específicos                    | 3    |
| 1.4. Justificación del estudios                 | 4    |
| 1.5. Limitaciones                               | 4    |
| <br>  |      |
| <b>CAPITULOII: MARCO TEÓRICO</b>                |      |
| 2.1. Antecedentes del estudio                   | 5    |
| 2.2. Base teórica                               | 12   |
| 2.3. Definición de términos                     | 57   |
| 2.4. Hipótesis                                  | 59   |
| 2.5. Variables                                  | 59   |
| 2.5.1. Definición conceptual de las variables   | 59   |
| 2.5.2. Definición operacional de las variables  | 59   |
| 2.5.3. Operacionalización de la variable        | 60   |

### **CAPITULOIII: METODOLOGIA**

|   |    |
|---|----|
| 3.1. Tipo y nivel de investigación                        | 61 |
| 3.2. Descripción del ámbito de la investigación           | 61 |
| 3.3. Población y muestra                                  | 61 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 62 |
| 3.5. Validez y confiabilidad del instrumento              | 62 |
| 3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos         | 63 |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b> | 64 |
|--------------------------------|----|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b> | 68 |
|------------------------------|----|

|                     |    |
|---------------------|----|
| <b>CONCLUSIONES</b> | 70 |
|---------------------|----|

|                        |    |
|------------------------|----|
| <b>RECOMENDACIONES</b> | 71 |
|------------------------|----|

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> | 72 |
|-----------------------------------|----|

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia, que comienza a los 10 años y finaliza a los 19, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se basa en una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos. Es donde se comienza la configuración de la personalidad a través de crisis y conflictos identificativos. En la etapa de la adolescencia es cuando se inician generalmente las primeras experiencias sexuales. Aquí es donde el adolescente está preparado biológicamente para mantener relaciones sexuales. Es por ello que se haya normalizado esta práctica.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable.

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y

procesamiento de datos.

Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El inicio a temprana edad de las relaciones sexuales en los adolescentes, se ha vuelto una problemática en salud pública por la consecuencia del embarazo en adolescentes y el incremento de enfermedades de transmisión sexual. El adolescente se ha convertido en una población altamente vulnerable y con mayor riesgo en salud por los diferentes factores a los cuales está expuesto su entorno.

Anteriormente, la educación sexual para adolescentes era prohibido, se prefería mantenerlos en absoluta ignorancia de cualquier hecho o fenómeno que tuviera que ver con la sexualidad; se reprimía cualquier tendencia a la exploración y al goce del cuerpo propio; actualmente se habla sobre sexualidad y se transmite por diversos medios de comunicación; el adolescente por encontrarse en una etapa de transición, muestra una clara inclinación a involucrarse en aspectos que se relacionen con su madurez sexual. Ellos se encuentran con diferentes contextos o con escasa información sobre sexualidad.

Todas estas dificultades han tenido como consecuencias el incremento de la tasa de mortalidad en el adolescente por enfermedades de transmisión sexual e interrupción de embarazos en lugares clandestinos, y a su vez con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna-perinatal en adolescentes que decidieron continuar con su embarazo.

Según la OMS; unos dieciséis millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda de causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo; los niños de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. Cada año, unos tres millones de adolescentes de 15 a 19 años interrumpen su embarazo en lugares clandestinos, con el riesgo de contraer enfermedades, a quedar infértiles o morir en el proceso. Cada día aproximadamente 7000 jóvenes de 10 a 24 años de edad se infectan por el VIH, es decir 5 jóvenes por minuto. En África, todos los años se infectan por el VIH aproximadamente 1,7 millones de jóvenes. En Asia y el Pacífico, todos los años se infectan por el VIH cerca de 1,90000 jóvenes, Cada año se producen 448 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis). En embarazadas con sífilis temprana no tratada, el 25% de los casos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal.

Según INEI- ENDES 2012; En Perú la edad de inicio de la primera relación sexual en adolescentes menores de 15 años en mujeres es de 8,5%, en varones 20,8%; antes de los 18 años alcanzan cifras de 40,6% y de 66,4% respectivamente. Las adolescentes que ya son madres o están embarazadas es del 12,5% de la población del total de adolescentes (3, 600,000 del total de peruanos), identificándose 2 escenarios en donde el embarazo es concentrado en mayor

proporción, las zonas rurales de la selva de los departamentos de Ucayali, Amazonas, San Martín y las zonas urbano marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la efectividad de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016”

## **1.3 ELABORACION DE OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar la efectividad de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016”

### **1.3.2. Objetivo específico**

- Identificar la efectividad de la sesión educativa respecto a la mejora del conocimiento de los adolescentes acerca de las características biológicas.
- Identificar la efectividad de la sesión educativa respecto a la mejora del conocimiento de los adolescentes acerca de las características psicológicas.
- Identificar la efectividad de la sesión educativa respecto a la mejora del conocimiento de los adolescentes acerca de las características sociales

## **1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

La importancia de esta investigación enfoca principalmente al interés preventivo del embarazo a temprana edad y el contagio de enfermedad de transmisión sexual en adolescentes, específicamente para la toma de conciencia de lo importante que es llevar una vida sexual responsable.

Dentro de las causas que favorecen el embarazo a temprana edad y el contagio de enfermedades de transmisión sexual se cuenta como causa principal el desconocimiento de los adolescentes sobre la importancia que tienen los métodos anticonceptivos de barrera.

Es por ello que se debe promover y utilizar diversas estrategias de salud, brindándoles una adecuada información, realizando sesiones educativas didácticas y participativas para que el adolescente llegue a poner en práctica lo aprendido y modificar la escasa información que tienen sobre la importancia de los métodos anticonceptivos de barrera.

Los resultados que se obtendrán en esta investigación, proporcionara información importante sobre la efectividad que tienen los programas de enfermería en la mejora de la calidad de vida del adolescente. De igual manera, esta investigación es importante porque sus resultados pueden guiar a los proyectos de investigación de otros investigadores.

### **1.5 LIMITACIONES Y ALCANCE DE LA INVESTIGACION**

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra son los alumnos del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, ellos no disponen de mucho tiempo porque sus horarios de clases son programados.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1 Antecedentes internacionales**

**HERNANDEZ Martínez, Antonio** en su estudio “Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. España.2009”, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de educación sexual en la adquisición de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y anticoncepción de urgencia, así como el cambio de actitud ante el uso del preservativo. Su método fue cuasi experimental, controlado. Tuvo una población 481 alumnos de primero de bachillerato que pertenecían a centros educativos donde no había ningún programa de educación sexual. Sus resultados fueron que la edad media de los participantes fue de 16,85 años (intervalo de confianza del 95%, 16,77–16,93), el 29,1% (140) ya había mantenido

relaciones sexuales. Se observó una distribución homogénea de las variables de control y asociación estadísticamente significativa entre la intervención y aumento de los conocimientos acerca de métodos anticonceptivos, especialmente de la píldora poscoital. También se halló una asociación estadística en el cambio de actitud y el empleo del preservativo y píldora poscoital a favor del grupo intervención. Entre alguna de las conclusiones tenemos:

*“La intervención educativa es efectiva para el aumento de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y empleo de la píldora poscoital; asimismo, mejora en general la actitud para el fomento del preservativo y el uso racional de la píldora poscoital, tanto al mes como a los 6 meses pos intervención”*

**HERNÁNDEZ Millán Zenia; BRAVO Polanco Eneida** en su estudio “Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva en adolescentes-Cuba 2011” cuyo objetivo es demostrar efectividad de la intervención psicoeducativa en féminas de la enseñanza secundaria, en un antes y un después. El método fue el cuasi experimental comparativo de valor metodológico. Tuvo una población de 180 estudiantes femeninas pertenecientes al 9no grado de secundarias básicas urbanas de Cumana yagua. Sus resultados fueron: se logra elevar el conocimiento: del momento oportuno para iniciar las relaciones sexuales, de 18 % a un 71 %; acerca del riesgo del embarazo en la primera relación sexual, de 37 % al 75 %; riesgos del embarazo y el aborto, de 57 % a un 71 %; identificación de las Infecciones de Transmisión Sexual y sus consecuencias de 27 % al 75 % y de 26 % al 83 % respectivamente. De forma general se logra modificar, de forma creciente, 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 decrecen de un 57,2

% a un 19,4 %, siendo efectivo el programa en un 85,7 %. Entre algunas de sus conclusiones tenemos:

*“el nivel de conocimientos en los adolescentes sobre este tema fue bajo, por lo que mantenían un comportamiento riesgoso; lográndose mejoría después de las intervenciones educativas”.*

**PATRICIA Mantilla Blanca; GALVIS Padilla Carolina; OVIEDO Cáceres María del Pilar** en su estudio “Programas de educación sexual y reproductiva: significados asignados por jóvenes de cuatro municipios de Santander, Colombia, 2013” Su objetivo fue comprender los significados que las y los jóvenes asignan a su participación en tres programas de educación para la salud sexual y reproductiva en Bucaramanga, Floridablanca, Lebrija y Socorro, que permitan contribuir al mejoramiento de los programas educativos impartidos en estos grupos poblacionales. El método fue cualitativo con enfoque descriptivo. Presento el siguiente resultado: Las y los jóvenes participantes en los programas educativos identificaron la experiencia como positiva, que impactó en los diferentes escenarios de sus vidas, resaltando el fortalecimiento de sus habilidades de comunicación y los derechos sexuales como contenido temático de mayor recordación. Entre algunas de sus conclusiones tenemos:

*“Las y los jóvenes construyeron significados de su participación en el programa tanto de manera individual como grupal en la interacción social, los cuales han influido en la vivencia de su sexualidad y en las prácticas en los diversos escenarios de sus vidas, en los roles como hijos, amigos, pareja, líderes y como parte de un grupo social.”*

**VIÑAS Sifontes Leída; CHÁVEZ Roque Mavel** en su estudio “Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. Cuba. 2006” tuvo como objetivo

incrementar y modificar el conocimiento sobre el embarazo en un grupo de adolescentes femeninas. Su método fue cualitativo con enfoque descriptivo. Tuvo una población de 94 adolescentes femeninas, pertenecientes a los seis grupos de la especialidad de contabilidad de dicha institución. Para la selección de la muestra se realizó un listado único con las adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, (fémimas entre 15 y 16 años que desearon participar en la investigación), por sistema aleatorio simple, para lo que se utilizó el programa estadístico EPIDAT, se seleccionaron 30 y conformaron la muestra de la investigación. Sus resultados fueron que el 46,66 % de las participantes experimentó su embarazo en las edades comprendidas entre 14 y 16 años, el 73,33 % de las encuestadas ya habían tenido experiencia de embarazos e interrupciones anteriores; la evolución del conocimiento de las jóvenes antes y luego de las charlas educativas fue significativa, con un aumento del conocimiento entre 23 % y 76,66 % en las variables estudiadas. En algunas de las conclusiones tenemos:

*“Al inicio de la investigación las adolescentes tenían poco conocimiento sobre los temas de sexualidad en la adolescencia luego de la intervención, se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención”.*

### **2.1.2 Antecedentes nacionales:**

**NAPA Anton Grimaldo** en su estudio “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. Villa María del Triunfo-2014”. Cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa de intervención de enfermería en los conocimientos sobre

sexualidad en adolescentes de la I.E.P. “Nazareno” del distrito de Villa María del Triunfo. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi – experimental, de un solo diseño y de corte transversal. Su población fue la muestra estuvo constituida por 52 adolescentes donde presenta los siguientes resultados: Antes del desarrollo del programa de enfermería 52 (100%) adolescentes no conocían sobre sexualidad, luego de la ejecución de la misma, el 96.15% (50) estudiantes conocen sobre este aspecto. Entre algunas de las conclusiones tenemos:

“El programa de intervención de enfermería desarrollado es efectivo porque generó incremento significativo en los conocimientos sobre sexualidad en la población adolescente de la I.E.P. “Nazareno”. La gran mayoría de adolescentes 96.15% (50) luego de participar en el programa educativo conoce sobre sexualidad lo cual permitirá que los mismos afronten de manera positiva los cambios que ocurren en esta etapa y puedan tomar decisiones asertivas al respecto”.

**TIMANÁ Yenque, Liliana** en su estudio “efectividad de una intervención Educativa con cd multimedia en Conocimientos y percepción de riesgo Acerca de infecciones de transmisión Sexual, en adolescentes del 3º al 5º año De secundaria de la región callao”. Cuyo objetivo fue determinar la efectividad de una intervención educativa con CD multimedia en comparación con una intervención educativa tradicional de tipo expositivo en los conocimientos y en la percepción de riesgo acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual e Infección por VIH/SIDA; de los adolescentes del 3º al 5º año de secundaria de las Instituciones Educativas del sector público de la Región Callao. Su estudio fue de nivel explicativo y diseño de tipo cuasi experimental con pre prueba post prueba y grupo control. Tuvo una población de estudio que estuvo conformada por todos los

estudiantes que se encontraban cursando el 3º, 4º y 5º año de educación secundaria en el año 2009, en las diversas Instituciones Educativas del sector público de la Región Callao. Sus resultados fueron: Así mismo se evidenció que cada estrategia educativa en forma independiente mejoro significativamente el nivel de conocimientos global sobre ITS e infección por VIH/SIDA (19.9 vs 24.2,  $p < 0.000$  y 15.5 vs 20.2,  $p < 0.000$ , respectivamente). Tanto la intervención con el CD multimedia y la Intervención Educativa Tradicional de tipo expositivo no tuvieron un efecto positivo en la percepción de riesgo. Así mismo se evidenció que cada estrategia educativa en forma independiente mejoro significativamente el nivel de conocimientos global sobre ITS e infección por VIH/SIDA (19.9 vs 24.2,  $p < 0.000$  y 15.5 vs 20.2,  $p < 0.000$ , respectivamente). Tanto la intervención con el CD multimedia y la Intervención Educativa Tradicional de tipo expositivo no tuvieron un efecto positivo en la percepción de riesgo efecto positivo en la percepción de riesgo. Entre alguna de sus conclusiones tenemos:

“Estadísticamente, no existe evidencia para aceptar que la intervención educativa con el CD multimedia sea más efectiva en mejorar el nivel de conocimientos global sobre ITS e infección por VIH/SIDA en adolescentes del 3º al 5º año de secundaria de las instituciones educativas del sector público de la Región Callao, en comparación a la IET de tipo expositivo. Por lo tanto la hipótesis general planteada en esta investigación se rechaza.”

**LOME León, Deysi** en su estudio “Efectividad de la intervención educativa participativa de enfermería en el nivel de conocimientos de las ITS VIH/SIDA y sus medidas de prevención en adolescentes del 5to año de una institución

educativa de Lima- 2015”.Cuyos objetivos fueron determinar la efectividad que tiene una intervención educativa participativa de enfermería en el nivel de conocimientos de las ITS VIH/SIDA y sus medidas de prevención en los adolescentes el 5 año de la I.E. “Jorge Basadre 6073”.Su estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi experimental de corte transversal. Cuya población y muestra a su vez estuvo conformada por 50 estudiantes. Presentó los siguientes resultados: Del 100% (50) de adolescentes encuestadas, antes de las intervenciones educativas de enfermería; el 86%(43) presentaron un nivel de conocimientos bajo, el 14%(7) un nivel medio y ningún participante logró obtener un nivel de conocimientos alto. Sin embargo, después de dichas intervenciones; el 90%(45) estudiantes obtuvieron un nivel de conocimientos alto, el 10%(5) un nivel medio y ningún participante presento un nivel de conocimiento bajo. Entre alguna de sus conclusiones tenemos:

“La intervención educativa participativa de enfermería es efectiva, puesto que se incrementó el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las ITS VIH/SIDA y sus medidas de prevención en un porcentaje significativo”.

**DE LA CRUZ Paucar Elizabeth; GASCO García Rosa** en su estudio “Efectividad del programa educativo “conversando sobre sexualidad” en el nivel de conocimiento de los adolescentes, Trujillo, 2014”.Cuyo objetivos fue determinar la efectividad del programa educativo “conversando sobre sexualidad” en el nivel de conocimiento de los adolescentes. El estudio es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi experimental de corte transversal. Cuya población fue constituida por 40 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. Sus resultados fueron: Antes de la

aplicación del programa educativo el 70 por ciento de los adolescentes obtuvo un nivel de conocimientos medio sobre sexualidad, después de su aplicación, el 92.5 por ciento presentó un nivel alto. Algunas de las conclusiones tenemos:

“El Programa Educativo fue efectivo al incrementar en el 62.5 por ciento el nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes que participaron en el estudio.”

## **2.2 BASE TEORICA**

### **2.2.1 CARACTERISTICAS DEL ADOLESCENTE:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico. Esta transición se considera un fenómeno biológico, cultural y social.

Es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. (1)

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los

veinte o veintiún años. Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo, etc.

### **CARACTERISTICAS BIOLOGICAS**

La adolescencia se caracteriza por los cambios biológicos y físicos que suele ser el primer criterio para señalar el final de la infancia e inicio de la adolescencia. Estos cambios se refieren principalmente al crecimiento y cambio de forma del cuerpo y al desarrollo de los órganos reproductivos.

La característica biológico física del adolescente es por la maduración biológico inscrita en los genes de nuestra especie. Por ello, el primer determinante del cambio en el adolescente es la herencia genética recibida de sus padres. Determinados índices de correlación entre padres e hijos, como la estatura y la edad de aparición de la primera menstruación, dan cuenta de la influencia de la herencia en este proceso. Igualmente, la mayor precocidad en el sexo femenino en la aparición de los cambios puberales indicaría una determinación genética. Sin embargo, esta influencia no determina por completo los cambios que van a ocurrir, más bien establece un marco y unas tendencias generales que van a ser concretados por la acción de otros agentes biológicos y/o ambientales

El primero de ellos son las hormonas y el funcionamiento del sistema endocrino. Las hormonas son sustancias químicas secretadas por las glándulas endocrinas en el torrente sanguíneo y que tienen efectos de regulación sobre distintos

órganos y funciones del organismo. Viene determinado por un aumento significativo en los niveles de estas sustancias respecto a la infancia, influyendo de manera directa en una diversidad de cambios físicos.

Centrándonos en las hormonas sexuales, los andrógenos y los estrógenos son los tipos principales de hormonas masculina y femenina, respectivamente (aunque ambas están presentes, en diferente concentración, en ambos sexos). La testosterona es un andrógeno cuyo aumento de su concentración en sangre determina en los chicos, entre otros, el desarrollo de los genitales externos, el aumento de estatura y el cambio de voz. Por su parte, el estradiol es un estrógeno que, de la misma manera, determina en las chicas el desarrollo de los senos, el útero, y cambios esqueléticos como el ensanchamiento de la pelvis. El funcionamiento hormonal está determinado por el sistema endocrino, en el cual se produce una interacción retroalimentada negativamente entre estructuras y glándulas cerebrales (hipotálamo e hipófisis) con diferentes glándulas situadas en el resto del organismo (tiroides, suprarrenales, y sexuales). En segundo lugar, algunos estudios han sugerido que determinados procesos puberales se pueden asociar a la consecución de determinados índices en cuanto al peso (Friesch, 1984) y el porcentaje de grasa corporal (49 Kg y un 17 por 100 respectivamente para la aparición de la menarquía). Igualmente, el grado de concentración de una hormona llamada leptina se ha propuesto como un posible marcador del inicio y el desarrollo de la pubertad), por su aparente relación con las reservas de grasa en las chicas y con la concentración de andrógenos en los chicos. Sin embargo, son datos pendientes de una validación más completa

La naturaleza de los cambios fisiológicos implica dos tipos de procesos, en función de su relación con las funciones

reproductoras. Así, se denominan características sexuales primarias y características sexuales secundarias (3)

### **CARACTERISTICAS SEXUALES PRIMARIAS:**

Son las características anatómicas y fisiológicas que nos distinguen a los hombres de las mujeres, es decir al sexo que tenemos. Estos caracteres se determinan desde el momento de la concepción o fecundación, cuando se unen los cromosomas del espermatozoide y del óvulo. Desde que nacemos hasta más o menos los 10 u 11 años de edad, el cuerpo de la mujer y el del hombre tienen el mismo funcionamiento.

Las principales características primarias en las mujeres son los órganos como los ovarios, el útero y la vagina; la cual son los encargados cuando llegan a la maduración a la producción de óvulos y hormonas sexuales femeninas: estrógeno y progesterona., estos permiten la unión de los gametos y alojan al nuevo ser haciendo posible su crecimiento, desarrollo y maduración. Son los encargados de llevarlo al exterior cuando está apto para vivir autónomamente. Se vinculan específicamente con el placer sexual, en tanto otros, tienen función mixta. De la misma manera las principales características primarias en los hombres son los órganos como la próstata, las vesículas seminales, los testículos, el escroto y el pene; la cual son los encargados de la reproducción de los espermatozoides y de los andrógenos u hormonas sexuales masculinas., la producción del líquido seminal y responde a la acción de los andrógenos.

### **CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS**

las características sexuales secundarias implican a procesos de maduración sexual, pero no directamente relacionados con los órganos reproductores: en ambos sexos, el aumento de peso, estatura y fuerza, la aparición del vello en el pubis y otras partes del cuerpo, cambios en la voz y en la piel. En las mujeres, el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de los huesos pélvicos,

Monte de Venus, crecimiento y desarrollo de los labios mayores y menores, el clítoris y vestíbulo y la menarquia. En los hombres el aumento del desarrollo de la musculatura que permite el desarrollo de aptitudes motoras gruesas, emisiones Nocturnas ensanchamiento de los hombros, crecimiento de vello.

### **CARACTERISTICAS PSICOSOCIAL**

El adolescente además de vivir cambios físicos y en la sociedad en que vive, se le suma también cambios psicológicos. Muchas veces el adolescente se muestra decidido y resuelto, pero en el fondo está latente la inseguridad que los cambios ocasionan.

Su indefinición puede notarse en sus pautas de conducta, no sabe si la independencia que pretende debe ser total o con un control paterno, o si en ciertos casos tienen que decidir individualmente o consultar con un mayor.

Los valores y normas de comportamiento que haya incorporado el adolescente a su YO, marcaran su identidad, servirá de brújula en su conducta social y permitirá adquirir una identidad sólida. Para que esto suceda, necesita que sus éxitos y rendimientos sean reconocidos porque son parte del proceso de maduración. Cuestionarlos es aumentar su desorientación. El adolescente debe saber quién es y quien quiere llegar a ser, de lo contrario sus decisiones no serán acertadas.

Los adolescentes no aceptan marcos de referencia, las actitudes de indiferencias y rebeldía aparecen como elementos naturales de la adolescencia, la huida frente a los conflictos interiores y problemas con el mundo que son canalizadas mediante el ruido y aturdimiento. Para demostrar disconformidad se adoptan pautas y gustos estandarizados alejados de lo que piensan y desea la sociedad. Pero este tipo de "Personalidad Estándar" impuesto por un sector no puede considerarse el ideal de identidad personal del adolescente.

Según la teoría de Erick. H. Erickson, que fue un notable profesor de Desarrollo Humano de la Universidad de Harvard, nos da entender que "El concepto de desarrollo psicosocial se refiere básicamente a cómo la interacción de la persona con su entorno está dada por unos cambios fundamentales en su personalidad".

Afirma Erikson..."las diferentes etapas del desarrollo psicosocial se presentan en edades más o menos iguales en todos los seres humanos".

En la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.

Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales. El adolescente procura que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar.

Este comportamiento se diferencia según las diferentes etapas de la adolescencia; en la adolescencia temprana se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo. Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo. Hay una fuerte desidealización de las figuras de autoridad, tendiendo al distanciamiento, desobediencia y evitación de dichas figuras.

En la adolescencia media el grupo de pares como tal comienza a tener mayor relevancia. Es aquí donde cobra importancia la pertenencia al grupo del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos, etc. Estas pertenencias desempeñan variadas funciones, siendo las principales proporcionar al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad, aprender a controlar su conducta social, adquirir destrezas e intereses propios de la edad y compartir problemas y sentimientos comunes. En este período se tiende a asumir los valores y códigos del grupo de pares, lo que aumenta la distancia con los padres, existiendo una tendencia "anti-adulto".

En la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se privilegian. Respecto a las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación y reparación.

Estos vínculos tardíos suponen menos explotación y experimentación que en la adolescencia media, ya no está todo centrado en la aceptación del grupo de pares, sino que se puede compartir con los amigos de un modo más íntimo y diferenciado.

Lo óptimo es que se desarrolle una independencia flexible, es decir que el joven concilie un rol definido, pero al

mismo tiempo autónomo, que le permita contrastar sus valores. Esto va a depender de la solidez previamente lograda en el proceso de socialización.

Si el adolescente fracasa en ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o de extrema dependencia a los pares o a determinados grupos a quienes imitará y a los cuales se someterá.

Es frecuente escuchar a algunas madres que dicen tener un hijo modelo, porque es tranquilo, no sale a ninguna parte y no tiene amigos, ni "malas juntas". Es importante señalar que esta situación no es necesariamente la ideal y que puede llegar a ser incluso bloqueadora de un desarrollo social más sano del joven hacia la autonomía. (4)

## **2.2.2. SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES**

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

Aunque existen componentes característicos a todos los seres humanos que conforman la sexualidad, no se puede hablar de una sexualidad única, sino que existen tantas sexualidades

como seres humanos en el mundo porque cada uno de nosotros posee una construcción individual de su sexualidad.

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En la especie humana, la mujer lleva culturalmente el peso de la preservación de la especie.

En la sexualidad humana pueden distinguirse aspectos relacionados con la salud, el placer, legales, religiosos, etc. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

Esta se desarrolla en el ser humano desde la concepción del mismo, cuando se juntan los gametos sexuales de los padres y se determina el sexo del producto. El niño, desde que nace, tiene una continua etapa de maduración y desarrollo biológico e inicia sus experiencias y descubrimientos sensoriales. Durante esta primera etapa de la infancia, principalmente se inicia la formación del guion sexual el cual se va

acondicionando con los valores y normas familiares, culturales y grupales.

Desde la infancia hasta la vejez ocurren cambios en la sexualidad del individuo. Conocer cuáles son los aspectos que contribuyen a la conformación de una sexualidad sana puede facilitarnos la comprensión de las dificultades que aparecen a lo largo de las etapas vitales del individuo en relación a su sexualidad. De manera sintética, a continuación, se describen alguna de estos aspectos que caracterizan las primeras etapas evolutivas.

Según Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, en la evolución sexual el ser humano los primeros años de vida pasa por diversas etapas y fase en cuanto a su desarrollo psicosexual

En la etapa neonatal al bebé se le asigna un género, encontrando actitudes y conductas diferentes por parte de los progenitores en función de si es niño o niña. El niño o niña procurará ajustarse a las expectativas comportándose de manera diferencial. Desde esta etapa hasta el año de vida se desarrolla la primera etapa del desarrollo Psicosexual de Freud que es la fase oral, donde el foco de la satisfacción está en la boca y el placer se obtiene por los cuidados, a través de la exploración ya que tienden a llevarse objetos a la boca.

En la primera infancia se establecen unos vínculos de afecto con los referentes más próximos. Estos generan sentimientos de protección y se comunican de forma íntima (contacto corporal), proporcionando seguridad y estima hacia uno/a mismo/a. También se aprende a reconocer y a expresar emociones.

A partir del año y medio se adquiere una identidad sexual, es decir el niño o la niña se auto clasifica como niño o niña en función de lo que parece (concepto de género). Desde el

segundo y tercer año de vida, se desarrolla la segunda etapa del desarrollo psicosexual que es la fase anal, en donde el niño siente placer, y el conflicto se centra en el área anal. Esta etapa es ejemplificada en el placer del niño de controlar sus intestinos.

Según La teoría de Piaget el mantiene que los niños pasan a través de etapas específicas conforme su intelecto y capacidad para percibir, las relaciones maduran. Estas etapas se desarrollan en un orden fijo en todos los niños. El cómo Freud nos indica que el ser humana pasa por distintas etapas; una de estas según Piaget es la etapa sensomotora que tiene lugar entre el nacimiento y los dos años de edad, conforme los niños comienzan a entender la información que perciben sus sentidos y su capacidad de interactuar con el mundo. Durante esta etapa, los niños aprenden a manipular objetos, aunque no pueden entender la permanencia de estos objetos si no están dentro del alcance de sus sentidos.

A partir de los 3 años a los 6 años en la tercera etapa, se caracteriza por la exploración del mundo, tanto a nivel físico, como social, con lo que refuerzan los vínculos con su familia y amigos. Ellos desarrollan la tercera etapa del desarrollo psicosexual de Freud que es la fase fálica donde los genitales del niño son su principal zona erógena; los niños se vuelven conscientes de su propio cuerpo, los cuerpos de los otros niños, y los cuerpos de sus padres. Por ello, comienzan a descubrir su sexualidad y nos encontramos con el periodo de enamoramiento del padre del sexo opuesto o en algunos casos hasta del mismo sexo "complejo de Edipo" y "complejo de Electra". Por otro lado, se aprenden a relacionarse con otros y a ensayar sus roles sociales, así como a identificar su propio sexo. Es importante que los padres no coaccionen las conductas que puedan ser del sexo opuesto.

Según La teoría de Piaget él nos indica que durante el periodo de dos años a seis años los niños aprenden como interactuar con su ambiente de una manera más compleja mediante el uso de palabras y de imágenes mentales

Desde 6 a 9 años en la etapa cuarta, comienzan el crecimiento físico va equilibrándose con el desarrollo afectivo, permitiendo que surja el interés de conocer y saber sobre el mundo y sus fenómenos. De la misma manera, es fundamental el reconocimiento de las personas de su entorno hacia ellos, y cómo afecta esto a la concepción de su propia imagen.

El interés sexual se centra en el conocimiento del cuerpo y de los órganos sexuales. Los juegos sexuales, mixtos o entre miembros del mismo sexo, forman parte de esta etapa y son un elemento clave para la formación de la identidad sexual. Los valores de la sociedad y de la familia sobre la sexualidad influyen mucho en esta etapa. Ellos desarrollan la cuarta etapa del desarrollo psicosexual de Freud que suele ser un período comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil y el comienzo de la pubertad, y que representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad. Durante él se observa, desde este punto de vista, una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos

De los 10-14 años las hormonas sexuales se activan en esta etapa, estas son las que determinaran los cambios físicos y psicológicos. Al principio el cuerpo sufre un crecimiento acelerado. Después surgen una serie de cambios de forma a las mujeres le crecen las caderas, los pechos, les sale vello en la pelvis y a los hombres les cambia la voz, les crecen los genitales y les sale vello en el pubis.

Hay cambios en la apariencia, pero psicológicamente aún no han madurado. Las mujeres se desarrollan antes que los niños. Es la etapa de la rebeldía con los padres.

**La Pre adolescencia** En esta etapa se alcanza la madurez biológica, psicológica y social. En este periodo el preadolescente experimenta emociones contradictorias. Por una parte, aún no ha abandonado su parte de niño, pero experimenta a su vez sensaciones propias de adulto.

**Adolescencia** es la búsqueda de una identidad propia es la tarea central. Se crean conflictos e inseguridades. Los conflictos con los padres son numerosos, ya que suelen presionarle y empujarle a tomar decisiones según sus definiciones. Los jóvenes hacen duras críticas a la sociedad y a sus padres. Se crean amistades sólidas. En este momento los jóvenes comienzan a establecer relaciones de pareja. Los padres deben establecer una serie de normas de forma consensuada con sus hijos. A partir de ahí los jóvenes pueden tomar sus propias decisiones siempre que respeten los valores y normas de las personas. Es en esta etapa donde se desarrolló la quinta etapa del desarrollo psicosexual de Freud que es la etapa genital, que abarca la pubertad y la edad adulta, por lo que ocupa la mayor parte de la vida de un hombre y de una mujer, cuyo propósito es el desprendimiento de la psicología cognitiva y la independencia de los padres. (5)

### **SEXUALIDAD RESPONSABLE**

Es la sexualidad que practica un joven o adolescente que ha desarrollado una autonomía personal que le ha llevado a convertirse en una persona responsable y de esta forma, ha reflexionado sobre sus prácticas, sobre la posibilidad de que éstas conlleven riesgos si no toma las medidas de precaución

oportunas, y también de que estos riesgos puedan afectar a terceras personas. De esta forma vive su sexualidad de una manera responsable.

Esta se caracteriza porque es enseñada a través de sesiones educativas sobre la sexualidad, esta no solo induce a la práctica sexual (como está reconocido por la propia Organización Mundial de la Salud, la educación sexual no fomenta la precocidad de las relaciones ni la promiscuidad) sino que potencia la reflexión y el análisis anticipatorio, lo que evita el predominio de la acción irreflexiva sobre el pensamiento lógico.

Ya que el objetivo principal de enseñar una sexualidad responsable es educar a las personas para que vivan su sexualidad de forma saludable, aprender sus derechos sexuales y reproductivos, obtener información y métodos seguros para la regularización de su fecundidad, aprender a conocerse, aceptarse, disfrutar y respetar a los demás. (6)

### **2.2.3. METODOS ANTICONCEPTIVOS**

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción. Estos varían según el momento de uso, aplicación, forma y eficacia, mecanismo de acción, entre otros.

La principal función de los métodos anticonceptivos es impedir el contacto de los espermatozoides con el óvulo e impedir la liberación del óvulo modificando la condición del endometrio). También se establece la abstinencia de actos sexuales de la pareja durante la época fértil en el ciclo menstrual de la mujer.

Los métodos anticonceptivos pueden dividirse en dos grandes grupos, tomando en cuenta la reversibilidad o no del método: los temporales y los permanentes.

Dado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es necesario informar a los y las adolescentes sobre la conveniencia de retrasar los embarazos, para ello se les deben orientar sobre las diversas opciones anticonceptivas.

Existen principios que son básicos en anticoncepción en general, pero más importantes en anticoncepción durante la adolescencia son el uso de método por un miembro de la pareja que no invalida el uso de otro método por el otro miembro, de manera simultánea; también el uso uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera y químicos, o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todos los actos sexuales, sobre todos si son esporádicas y con diferentes parejas.

### **ABSTINENCIA SEXUAL**

Es un comportamiento que consiste en privarse de algunos o todos los aspectos de la actividad sexual por voluntad propia o ajena. La abstinencia por voluntad propia incluye razones religiosas, morales, filosóficas, anticonceptivas o psicológicas. La abstinencia por voluntad ajena incluye razones médicas, legales, económicas o sociales.

La abstinencia sexual es el método más efectivo contra los embarazos no deseados y la propagación de las infecciones de transmisión sexual. En 2004 la revista *The Lancet* publicó un artículo donde apostaba por educar a los jóvenes de manera que retrasasen las relaciones sexuales como la manera más efectiva contra la propagación del sida teniendo en cuenta que los preservativos disminuyen el riesgo de infección, pero nunca lo eliminan. Llamó esta estrategia para priorizar los elementos de la lucha contra el sida con las letras *ABC*, que en inglés son las iniciales de abstinencia, fidelidad y preservativo. Desde ese momento, diversas administraciones públicas la han promovido. Algunos estudios, concluyen que sería efectiva una apuesta más decidida de las administraciones en este sentido. Un de los problemas con el que se han encontrado los impulsores de estas políticas es la dificultad de cambiar los comportamientos de los jóvenes

## **MÉTODOS NATURALES**

Son métodos para evitar el embarazo que se basan en abstenerse de tener relaciones sexuales con penetración durante el periodo fértil del ciclo menstrual. Estos métodos están pensados para parejas estables, y necesitan la participación de ambos miembros de la pareja.

Estos métodos deben ser complementados por algún método no natural si lo que se desea es evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

En los métodos naturales encontramos el método del ritmo o calendario; que consiste en contar los días del ciclo menstrual de la mujer para evitar que se produzca un embarazo. Es el menos eficaz de los métodos de planificación natural y no debería ser utilizado para evitar un embarazo si existe cualquier otra opción posible. En este método primero se

establece la periodicidad de la menstruación, esto es, el tiempo que existe entre una menstruación y otra y tiene mayor efectividad cuando se tienen periodos regulares. Para encontrar y conocer la cantidad de días de la fase infértil preovulatoria, se resta 19 al número de días del ciclo más corto ( $28-19=9$ , en las mujeres regulares); el resultado dirá el último día del periodo preovulatoria, es decir que luego de este comienza la etapa fértil o de ovulación. Para encontrar el inicio de la fase infértil postovulatoria se resta 10 al número de días del ciclo más largo. Por ejemplo, para una mujer cuyo ciclo menstrual se extiende entre 29 y 35 días, se estima que es infértil los primeros 10 días de su ciclo ( $29 - 19 = 10$ ), es fértil entre los días 11 y 24, y vuelve a ser infértil el día 25 ( $35 - 10 = 25$ ). Tiene un nivel de fallo anual del 25%, pero si se utiliza de manera adecuada se puede reducir hasta al 9%. Posee una efectividad del 64%. Esta tasa de fallo es similar a la del condón que para un uso típico rondaría el 15%.

Solo puede ser utilizado por mujeres con menstruaciones regulares (ciclos de 28 a 30 días) sin que haya habido retrasos superiores a los 3 días en medio año; en otros casos no es fiable.

El método de temperatura basal del cuerpo (TBC) es un método que consiste en recoger en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual. De este modo, se advierte el pico de temperatura producido por la ovulación, pues desciende ligeramente la temperatura y aumenta uno o dos días después. Para evitar un embarazo, la pareja debe evitar tener relaciones desde la menstruación hasta tres días después del aumento de la temperatura.

La temperatura se ha de tomar todos los días, durante 5 minutos, vía sublingual, vaginal o rectal (para una mayor

precisión debe utilizarse de la misma manera durante todo el ciclo). Durante la ovulación se producirá un aumento de casi un grado. Hay varios factores que pueden alterar su medición exacta. Lo más efectivo es combinar este método con el método de Billings o moco cervical.

Si se utiliza de manera perfecta, su nivel de fallo anual es del 0,3%. En cambio, con uso típico (normal) el nivel de fallo es del 3,1% (1 de cada 32 mujeres quedará embarazada). Esta tasa de fallo es inferior a la del condón que para un uso típico rondaría el 15%.

El Método de Billings o del moco cervical consiste en la observación de los cambios del moco cervical. Ya que este se caracteriza porque el flujo de la mujer no siempre es igual, sino que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose más abundante, líquido, transparente e hialino (filamentoso) en los días próximos a la ovulación, por lo que la pareja debe de evitar tener relaciones cuando estas características se presenten.

Este método requiere de capacitación previa y de un cuidado constante. Puede resultar muy impráctico. Además, tiene el problema de que el moco cervical se altera cuando existe algún tipo de infección o enfermedad sexual.

Si se utiliza de manera perfecta, su nivel de fallo anual es del 0,9%. En cambio, con el uso típico (normal), su nivel de fallo anual varía del 1 al 25%. Esta tasa de fallo es similar a la del condón que para un uso típico rondaría el 15%.

El método sintotermico es la combinación de los métodos nombrado anteriormente, que son el del moco cervical y la temperatura basal. La mujer tiene que tomar su temperatura todos los días y guardar un registro de los cambios en su fluido cervical para determinar los días en los que existe posibilidad

de quedar embarazada. Estas observaciones pueden complementarse con la observación de la posición del cuello uterino a lo largo del ciclo.

Existen dos principales variables en relación con el método sintotermico. La primera de ellas se deriva de las reglas Sensiplan, método alemán caracterizado por ser el más seguro dentro de los métodos de planificación natural al gozar de un 99.6% de efectividad cuando la mujer se abstuvo durante su periodo fértil. Esta efectividad es similar a la de la pastilla anticonceptiva en uso perfecto.

El método del retiro también se conoce como coitus interruptus o método de “marcha atrás” requiere un gran auto-control, experiencia y confianza, de tal forma que es muy poco confiable. Consiste en sacar el pene de la vagina antes de la eyaculación, lo que limita la posibilidad de que algún espermatozoide llegue al óvulo. Con cada eyaculación se liberan hasta 400 millones de espermatozoides. Sin embargo, no todos los espermatozoides se liberan en el clímax, algunos son un poco más impacientes y escapar un poco antes, y pueden sobrevivir dentro del útero de la mujer hasta por cinco días. Es el menos efectivo que la mayoría de los otros métodos anticonceptivos. Como se usa comúnmente, su efectividad es de solo 78 por ciento, lo que significa que 22 de cada 100 mujeres cuyas parejas usan el método del retiro se embarazarán en un año. (8)

## **METODOS DE BARRERA**

Los anticonceptivos de barrera son dispositivos que tratan de prevenir el embarazo al impedir físicamente que el semen entre en el útero. En este grupo se encuentran condones masculinos, condones femeninos, capuchones cervicales, diafragmas y esponjas anticonceptivas con espermicida.

El preservativo o condón masculino es un método anticonceptivo de barrera que, además de prevenir un embarazo no deseado, contribuye a la prevención del VIH que causa el sida y otras infecciones de transmisión sexual. Es una delgada funda de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene erecto del hombre antes de tener el coito sexual. Se ha comprobado que los condones protegen contra las Enfermedades de transmisión sexual, ya que las infecciones se transmiten por contacto con secreciones corporales mientras que otras lo hacen por contacto piel a piel.

En general, los estudios muestran que los condones son más efectivos para prevenir las ETS que se transmiten por secreciones corporales, como la clamidia, la gonorrea y el VIH. Los condones también pueden disminuir el riesgo de contraer enfermedades que se transmiten por contacto piel a piel, como los virus del herpes y del papiloma humano (VPH). Sin embargo, los condones solo pueden proteger contra estas enfermedades si las lesiones están en áreas que quedan cubiertas por el condón.

El condón femenino es un método anticonceptivo de barrera de uso vaginal alternativo al preservativo masculino. El condón femenino brinda protección contra el embarazo y también contra las infecciones que se propagan durante el contacto sexual, como el VIH. Sin embargo, se cree que no funciona tan bien como el condón masculino para proteger contra las infecciones de transmisión sexual.

El condón femenino está hecho de un plástico delgado y fuerte llamado poliuretano. Una nueva versión, que es más barata, está hecha de una sustancia llamada nitrilo. Consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta 8 horas. A diferencia del preservativo

masculino no queda ajustado a tensión y por la humedad y temperatura propias de la vagina se adhiere cómodamente y su presencia es casi inapreciable.

El diafragma es un dispositivo anticonceptivo que consiste en una pieza flexible y fina con forma de disco que se coloca en el cuello uterino e impide la entrada del espermatozoide. La probabilidad del embarazo en el primer año de uso de un diafragma con espermicida, si es utilizado correctamente, es del 6%. El diafragma puede insertarse en la vagina de dos hasta seis horas antes del coito. Antes de cada nuevo coito hay que aplicar más espermicida en el interior de la vagina. También es necesario comprobar la correcta colocación del diafragma antes de cada acto. Después del coito, la mujer debe mantener el diafragma en su posición durante al menos 6 horas, pero nunca durante más de 24 horas. Puede aumentar el riesgo de contraer infecciones urinarias (es decir, de la vejiga o la uretra).

El capuchón cervical es un implemento utilizado como método anticonceptivo. La cubierta cervical es un dispositivo de hule látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. La succión mantiene la cubierta en su sitio. La cubierta cervical proporciona una barrera para impedir la entrada de los espermatozoides al útero, y así previene la fertilización. Debe permanecer en su sitio por 8 horas después de cada coito y se usa con jaleas o cremas espermicidas. La cubierta cervical tiene una efectividad del 84% al 91% para las mujeres que nunca han dado a luz. Es del 68% al 74% efectivo para las mujeres que sí han dado a luz. Debe ser instalado 24 horas antes del coito, por tanto, no impide la espontaneidad de las relaciones coitales. El capuchón no es muy utilizado debido a que su colocación es difícil y poco práctica. No protege contra las infecciones de

transmisión sexual, es de difícil instalación y aumenta el riesgo de infección urinaria

Las esponjas vaginales es un método anticonceptivo fácil de usar y se adquiere sin prescripción en la mayoría de farmacias, la desventaja de este método anticonceptivo es que puede provocar reacciones alérgicas en algunas mujeres.

Es una esponja sintética y blanda, que está impregnada de espermicida. Se humedece con la jalea o pomada y se introduce en la vagina, hasta topar con el cuello del útero en donde se deja durante toda la relación sexual. Es bastante parecido al diafragma, ya que actúa como mecanismo de barrera.

Después de la relación sexual, la esponja debe permanecer en su lugar hasta por 8 horas. Su efectividad contra el embarazo es del 80%

Los espermicidas son sustancias químicas que alteran la movilidad o matan los espermatozoides. Normalmente se utilizan para incrementar la efectividad de métodos de barrera de contracepción, como los condones masculino/femenino o el diafragma, o bien solos, en óvulos vaginales.

El ingrediente activo más frecuente es el nonoxinol-9, al cual algunas personas son alérgicas. Se ha comprobado que esta sustancia puede incrementar el riesgo de contraer sida, ya que produce pequeñas abrasiones en las paredes vaginales y anales que dejan más expuestas estas zonas al ataque de VIH u otras ETS. También se pueden encontrar realizados a partir de cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfegol, octoxinol-9 y docusato de sodio. Con una correcta utilización, el grado de efectividad oscila en torno al 80%, por el contrario, si el usuario comete algún error, su eficacia se reduce al 30%. Además, el espermicida no protege contra las enfermedades de

transmisión sexual. Puede provocar lesiones vaginales, resequedad y ardor.

## **DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

El dispositivo intrauterino es un dispositivo especial que se coloca a través del cuello uterino. El más común está diseñado para liberar progesterona, hormona sexual que es producida por el mismo cuerpo.

Hay dos tipos principales de DIU, los que son inertes basados en cobre y aquellos basados en hormonas que funcionan por la liberación de progestágenos

La presencia del dispositivo en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio, como parte de una reacción al cuerpo extraño. Estas sustancias son hostiles tanto para el espermatozoide como para los óvulos fecundados y los cigotos. La presencia de cobre incrementa el efecto espermicida y es un abortivo eficiente y confiable.

Los DIU no poseen elementos protectores en contra de una enfermedad de transmisión sexual o la enfermedad pélvica inflamatoria. Los DIU no-hormonales de cobre son considerados seguros durante la lactancia.

Por lo tanto, el mecanismo de los DIU es el espermicida/ovicida, y algunos médicos muestran que los métodos post-fertilización contribuyen significativamente a su efectividad. De modo que como se define que la fertilización es el comienzo del embarazo, este modo de acción secundario ha hecho que este método sea considerado abortivo.

Tienen una tasa de fallo menor al 1% cada año y una tasa de fallo acumulado por 10 años entre 2-6%. Algunos profesionales de la salud prefieren insertar los DIU durante

la menstruación con el fin de verificar que la paciente no esté embarazada en el momento de la inserción. Sin embargo, los DIU pueden ser insertados en cualquier día del ciclo menstrual, con la salvedad de que la paciente no esté embarazada o se sospeche la fecundación. La inserción puede resultar más cómoda durante la mitad del ciclo, cuando el cérvix está naturalmente dilatado. Este método anticonceptivo no previene las enfermedades de transmisión sexual. (9)

### **METODO HORMONAL**

Son varios métodos anticonceptivos que liberan hormonas habitualmente estrógeno y progestina impidiendo que se produzca el embarazo ya sea deteniendo la ovulación (liberación de un ovulo de uno de los ovarios) o aumentando el grosor de la mucosidad en el cuello uterino lo que impide el paso de los espermatozoides.

En la composición de los anticonceptivos hormonales suele haber una o dos hormonas.

El anillo vaginal también conocido como anillo intravaginal o sistema de liberación vagina, es un método anticonceptivo hormonal de larga duración consistente en un anillo de plástico flexible (copolímero Etilvinilacetato) de unos 5 centímetros de diámetro que, colocado en la vagina, libera hormonas femeninas idénticas a la píldora anticonceptiva (etonogestrel y etinilestradiol) en dosis bajas y constantes y que, absorbidas por la mucosa de la vagina, impiden la ovulación. Su eficacia, similar a la píldora anticonceptiva, es del 99,7%. Se cambia únicamente una vez al mes y contiene la mitad de hormonas que otros métodos disminuyendo el riesgo de cáncer de útero.

Los anticonceptivos orales es un medicamento anticonceptivo que se toma por vía oral con el propósito

de evitar el embarazo. La anticoncepción hormonal utiliza sustancias similares a los estrógenos y progestágenos. Estas sustancias van a impedir la liberación de las gonadotropinas del hipotálamo y de la hipófisis, lo que provoca que no se alcance la concentración máxima de LH y FSH y no se produzca la ovulación.

Existen dos formulaciones de anticonceptivos orales para el uso en mujeres:

La píldora anticonceptiva, que contiene estrógeno y un progestágeno, tomado una vez al día. La píldora anticonceptiva tiene como objetivo alterar el ciclo menstrual para impedir la ovulación y, por tanto, la fecundación del óvulo y un posible embarazo no deseado. La píldora anticonceptiva es uno de los métodos anticonceptivos femeninos más utilizados por su alta eficacia que alcanza el 99,9%.. Contiene progesterona, tomado una vez al día.

La píldora de emergencia anticoncepción de emergencia (AE), o contracepción poscoital de emergencia, hace referencia a los métodos anticonceptivos que, si se toman después del coito luego de las relaciones sexuales sin protección, protección insuficiente o agresión sexual, pueden prevenir el embarazo.

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas combinados pueden ser usadas por toda mujer sana que desea evitar o espaciar sus embarazos, y que haya recibido consejería previamente. Las inyecciones anticonceptivas contienen hormonas similares a las producidas por la mujer, evitan temporalmente el embarazo ya que impiden la ovulación y hacen que el moco que se produce en el cuello de la matriz

se vuelva muy espeso impidiendo el paso de los espermatozoides.

Las inyecciones hormonales que contienen sólo progestina, las de aplicación trimestral, se recomiendan en mujeres mayores de 18 años.

Hay dos presentaciones de hormonales inyectables que se usan como anticonceptivos: la de aplicación mensual y la trimestral. La mensual contiene hormonales combinados (estrógeno y progesterona), mientras que la trimestral contiene sólo progestina. Las inyecciones hormonales anticonceptivas se aplican vía intramuscular en el glúteo.

Anticonceptivos inyectables de aplicación mensual, la primera dosis de la inyección se aplica entre el primer y quinto día de la menstruación y las siguientes inyecciones se aplican cada 30 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar su eficacia

Anticonceptivos inyectables de aplicación trimestral, la primera dosis se aplica entre el primer y séptimo día de la menstruación y las siguientes inyecciones se aplican cada 90 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar la eficacia anticonceptiva del método

En ambos casos, si la inyección no se aplica en la fecha indicada es necesario utilizar preservativo en las relaciones hasta la siguiente menstruación y después llevar a cabo su aplicación correcta. Si no se presenta la menstruación, se descartar un posible embarazo.

Los implantes subdérmicos de progestina también conocido como pelet o pellet, es un método anticonceptivo hormonal compuesto por una varilla de pequeño tamaño que se coloca debajo de la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva durante tres o cinco años. Una vez agotada su

efectividad el médico debe retirar el implante. Es un anticonceptivo seguro y muy efectivo y su eficacia no depende de la forma en la que lo uses.

Las barritas liberan lentamente dosis bajas de una hormona parecida a las que produce tu cuerpo que tiene como función que el moco del cuello uterino sea tan espeso que los espermatozoides no lo puedan atravesar.

Se puede sentir dolor o inflamación o tener un moretón en el brazo durante unos pocos días después de la inserción; no se ve fácilmente, pero si tocas la piel sobre el implante, lo podrás sentir. Esto es normal y desaparece sin tratamiento. Los cambios en la menstruación son frecuentes y se presentan en la mitad de las mujeres, éstos son normales y no afectan la salud ni la fertilidad. Los más comunes son la ausencia total de la menstruación y el manchado inesperado ocasional.

#### **2.2.4. EMBARAZO NO DESEADOS EN LA ADOLESCENCIA**

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

Las principales causas de un embarazo no deseado en la adolescente son la práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, la presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales, el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en

la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada y sobre todo carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición, así como la falta de una buena educación sexual. Teniendo como factores de riesgo la aparición temprana de la menarca (primera menstruación), desintegración familiar, relaciones sexuales precoces, libertad sexual, búsqueda de una relación y circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes con problemas mentales.

El embarazo en la adolescencia limita el desarrollo personal, académico y laboral de los jóvenes que tienen entre 14 y 19 años de edad, lo que genera depresión y aislamiento, así como atención física y psicológica, para preservar la salud de ella y del bebé.

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido o continuar con el embarazo no deseado. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades.

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del

hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores

Además, con el embarazo precoz, las adolescentes menores de 16 años corren el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión, diabetes, enfermedades metabólicas, desnutrición, anemia y muerte materna, porque su cuerpo no está plenamente desarrollado para el proceso del embarazo y del parto.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años.

Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

Los especialistas aseguran que con una educación sexual en la adolescencia se puede disminuir la incidencia de la gestación en jóvenes y lograr una cultura de responsabilidad sexual.

De acuerdo con la información publicada en la revista IMSS, en algunas ocasiones, los adolescentes siguen los consejos inadecuados de amigos, por la falta de confianza o la poca apertura que existe para hablar del tema de la sexualidad con su familia.

Por ello tiene gran importancia la prevención brindarles información sobre el uso de métodos anticonceptivos temporales. En esta tarea, se puede buscar la

asesoría de personal médico especializado, para que sea éste quien recomiende el más adecuado

En países en los que las mujeres acceden a niveles más altos de educación formal y su inserción en el mercado laboral es creciente, las expectativas reproductivas cambian y ellas retrasan la edad de unión, el inicio de la vida sexual y el nacimiento del primer hijo, al mismo tiempo que aspiran a formar una familia más pequeña. Para que la mujer no sufra las consecuencias de la contradicción entre lo que quiere y necesita y lo que se espera de ella, es fundamental amortiguar las presiones de la pareja, la familia y la sociedad en favor de una unión y maternidad tempranas y una progenie numerosa. Para lograrlo, es necesario que se establezcan programas amplios de comunicación social en los que se resalten el derecho de las mujeres a un desarrollo personal pleno y los beneficios que, para ellas mismas, la familia y la sociedad resultan de su mejor educación e inserción en el trabajo.

Para que las expectativas reproductivas puedan concretarse es fundamental poner al alcance de todos, pero en especial de los jóvenes, programas y servicios de educación sexual y reproductiva, condición fundamental para que los adolescentes se hagan responsables de su sexualidad y no enfrenten riesgos derivados de esta. Sin acceso a información oportuna y de buena calidad, los jóvenes motivados no podrán concretar sus aspiraciones. Esta información deberá ser veraz y objetiva, sin prejuicios ni barreras morales. Los sectores de la educación y la salud tienen la responsabilidad fundamental de ofrecerla en todas las oportunidades, adaptando los mensajes a las características culturales de aquellos a quienes van dirigidos. Además de la información sobre sexualidad y reproducción, la prevención de embarazos no deseados solo podrá lograrse si los gobiernos y la sociedad civil ofrecen programas y servicios

de anticoncepción accesibles y de buena calidad. Finalmente, también es recomendable que se aproveche todo contacto con las personas que acuden a los servicios de salud para promover la anticoncepción y ofrecer servicios. Es importante recordar que el mal uso o la falta de uso de anticonceptivos es muchas veces el resultado de la pobreza de la información que se proporciona a los pacientes, de la falta de discusión sobre sus necesidades y de las limitadas opciones anticonceptivas disponibles. (10)

#### **2.2.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA**

Las enfermedades de transmisión sexual, también llamadas infecciones de transmisión sexual (ITS) son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre o con otras secreciones, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o durante el parto, desde la madre al hijo

La mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual son causadas por dos tipos de gérmenes: bacterias y virus, pero algunas también son causadas por hongos y protozoarios.

#### **GONORREA**

La gonorrea es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes. La causante es la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino (la abertura de la matriz), el útero (matriz) y las trompas de Falopio (también llamadas oviductos) en la mujer, y en la uretra (conducto urinario) en la mujer y en el

hombre. Esta bacteria también puede crecer en la boca, en la garganta, en los ojos y en el ano.

Los síntomas en la mujer suele ser secreción vaginal inusual, sangrado vaginal inusual, dolor en la parte inferior del abdomen. Aunque puede no tener síntomas o presentar ligeras molestias al orinar o flujo.

Los síntomas en el hombre suele ser el dolor al orinar, secreción uretral purulenta. En el varón transcurren dos a tres días después del contacto sexual antes de que se presenten los síntomas (dolor al orinar, pues sale por la uretra). La gonorrea y la infección por clamidia pueden ocasionar esterilidad cuando no se aplica el tratamiento.

Se diferencia de la sífilis porque las infecciones no son letales, pero pueden ser muy dolorosas y causar la esterilidad.

## **SIFILIS**

Es una infección de transmisión sexual ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*, microorganismo que necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, Su ubicación en general suele ser en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas abiertas de una persona infectada.

Esta enfermedad tiene varias etapas: la primaria, secundaria, la latente y la terciaria (tardía). En la etapa secundaria es posible contagiarse al tener contacto con la piel de alguien que tiene una erupción cutánea en la piel causada por la sífilis.

Si no es tratada a tiempo la enfermedad atraviesa cuatro etapas:

Etapa primaria: El primer síntoma es una llaga en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas son difíciles de detectar porque por lo general no causan dolor,

y en ocasiones ocurren en el interior del cuerpo. Una persona que no ha sido tratada puede infectar a otras durante esta etapa.

Etapa secundaria: Surge alrededor de tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en las plantas de los pies o en alguna otra zona. Entre otros síntomas posibles son: fiebre leve, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida del cabello.

Etapa latente: Si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo, la sífilis entra en una etapa latente, en la que no hay síntomas notables y la persona infectada no puede contagiar a otras. Sin embargo, una tercera parte de las personas que están en esta etapa empeoran y pasan a la etapa terciaria de la sífilis.

Etapa terciaria (tardía): esta etapa puede causar serios problemas como trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un periodo indefinido de deterioro.

## **PAPILOMA HUMANO**

Es una enfermedad infecciosa causada por el VPH (virus del papiloma humano). Se transmite principalmente por vía sexual, aunque puede contagiarse también en piscinas, baños y saunas. Se presenta en la piel de las zonas genitales en forma de verrugas. Las lesiones son apreciables a simple vista o se pueden diagnosticar por observación de tejidos con un microscopio.

Los síntomas más importantes que sugieren la presencia de virus del papiloma humano son irritaciones constantes en la

entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales (se denomina vulvodinia), pequeñas verrugas en el área ano-genital: cérvix, vagina, vulva y uretra (en mujeres) y pene, uretra y escroto(en varones).

Pueden variar en apariencia (verrugas planas no visibles o acuminadas sí visibles), en número y en tamaño, por lo que se necesita un especialista para su diagnóstico. Aparecen alteraciones en el Papanicolaou, lo que refleja que en el cuello del útero hay lesiones escamosas intraepiteliales (zonas infectadas por VPH que pueden provocar cáncer).

## **VIH**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y ataca a los linfocitos T-4, que forman parte fundamental del sistema inmunitario del ser humano. Se caracteriza porque disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

La causa más frecuente de muerte entre las personas que contraen el VIH es la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, aunque también es elevada la incidencia de ciertos tipos de cáncer como los linfomas de células B (linfoma no Hodgkin) y el sarcoma de Kaposi. También son comunes las complicaciones neurológicas, la pérdida de peso y el deterioro físico del paciente. La mortalidad disminuyó mucho con el invento de los medicamentos antirretrovirales.

El VIH se puede transmitir por vía sexual (vaginal o anal) mediante el intercambio de fluidos vaginales, rectales o semen, así como mediante el contacto con el líquido pre

eyaculatorio durante las prácticas sexuales o por transfusiones de sangre. Una madre infectada con VIH también puede infectar al niño durante el embarazo mediante la placenta o durante el parto y la lactancia, aunque existen tratamientos para evitarlo. Tras la infección, pueden pasar hasta 10 años para que se diagnostique el sida, que es cuando el sistema inmunitario está gravemente dañado y no es capaz de responder efectivamente a las infecciones oportunistas.

Es muy importante destacar que una persona infectada por el VIH puede o no desarrollar el sida. Muchos pacientes que han sido diagnosticados seropositivos frente al VIH pasan largos periodos de tiempo sin desarrollar inmunodeficiencia y es una condición que se puede sobrellevar. La condición de sida no es permanente.

Los síntomas del sida en los adolescentes pueden ser los mismos que en los niños y también pueden parecerse más a los síntomas que se presentan a menudo en los adultos con el síndrome. Algunos adolescentes y adultos pueden desarrollar una enfermedad con un aumento en la segregación de espermatozoides, además de otra parecida a la gripe en el plazo de un mes o dos después de la exposición al VIH, aunque muchas personas no desarrollan ningún síntoma al infectarse. Además, los síntomas usualmente desaparecen en el plazo de una semana a un mes, y se confunden a menudo con los síntomas de otra infección viral. Los síntomas pueden incluir fiebre, dolor, malestar, depresión, infertilidad, vómito, diarrea.

Las tres principales vías de transmisión del VIH son sexual, parenteral y vertical. La vía sexual (acto sexual sin protección) es la transmisión que se produce por el contacto de

secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

La vía parenteral (por sangre) es una forma de transmisión a través de jeringuillas infectadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios sanitarios, como ha ocurrido a veces en países pobres; también en personas con hemofilia que han recibido una transfusión de sangre infectada o productos infectados derivados de la sangre; en menor grado, trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo, como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre infectada; también debido a la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones, si se hace sin las debidas condiciones de higiene.

La vía vertical (de madre a hijo) es la transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto o al amamantar al bebé. De las tres, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus), ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada una Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), especialmente indicada para estas situaciones; el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche (y con ello la lactancia), e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido.

## **CLAMIDIA**

Es una infección de transmisión sexual (ITS) de origen bacteriano dada su modalidad de transmisión, que es

una de las más extendidas en los países industrializados, conjuntamente con la infección por herpes y la infección por virus del papiloma humano (VPH), es causada por la colonización, al nivel de los órganos genitales de varones y mujeres, de la bacteria intracelular Gram Chlamydia trachomatis (la misma que es también causante del cuadro clínico denominado tracoma).

Su importancia radica en la magnitud de la diseminación de esta enfermedad, las características peculiares de su presentación clínica y las complicaciones que pueden surgir a causa de una falta de diagnóstico o tratamiento o de ambos. De allí que se requiere de exámenes de laboratorio especiales para realizar el correspondiente diagnóstico de la enfermedad.

La clamidiasis es causada por la Chlamydia trachomatis, una bacteria intracelular gram-negativa, cuyo modo de reproducción presenta características únicas. Esta bacteria es causante de varios cuadros clínicos importantes como Artritis reactiva, tracoma ocular, conjuntivitis ocular, neumonía, Infecciones genitales y perinatales: ocasionadas por los serotipos D hasta Linfogramuloma (LGV) y proctocolitis hemorrágica: Ocasionado por los serotipos L1, L2 y L3.

Raramente se le ha asociado a endocarditis, pleuritis, peritonitis, y posible peri apendicitis, y también en pacientes con inmune-comprometidos.

La Clamidiasis puede no presentar síntomas, en caso de haberlos, estos pueden comenzar a los pocos días del contagio o hasta 8 semanas después.

En los hombres suelen ser necesidad urgente de orinar, ardor al orinar, secreciones por el pene, picazón o ardor dentro del meato urinario (orificio por donde sale la orina), inflamación o dolor en los testículos.

En las mujeres suelen ser flujo vaginal espeso y amarillento (pus), ardor al orinar, secreciones por la uretra (orificio por donde sale la orina), manchas o sangrado fuera de la menstruación, sangrado durante o después de las relaciones sexuales, dolor durante las relaciones sexuales, dolor en el abdomen o la pelvis.

Cuando el contagio es por vía anal suele ser dolor o ardor anal, secreciones por el ano, dolor al defecar.

Cuando el contagio es por vía oral suele ser ardor en boca y lengua, dolor de garganta, úlceras en la boca.

## **HEPATIS C**

La hepatitis C es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al hígado y es causada por el virus de la hepatitis C (VHC); por lo general es asintomática, pero la infección crónica puede producir lesión en el hígado y a la larga originar cirrosis. En algunos casos, los pacientes con cirrosis también presentan insuficiencia hepática, cáncer de hígado y varices esofágicas potencialmente fatales.

La hepatitis C se contrae principalmente mediante el contacto con sangre contaminada asociado con el consumo de drogas por vía intravenosa, el uso de instrumental médico no esterilizado y las transfusiones de sangre no testadas previamente.

La infección de hepatitis C presenta síntomas agudos que suelen ser leves y poco claros, entre los que se incluyen: disminución del apetito, cansancio, náusea, dolor muscular o de las articulaciones y pérdida de peso, y rara vez llega a ocasionar fallo hepático fulminante. La mayoría de los casos de infección aguda no están asociados con la ictericia.

La hepatitis C se propaga por medio del contacto de sangre sin infectar con sangre de una persona infectada (transmisión por vía parenteral); aunque no es habitual también puede contagiarse por sexo desprotegido con una persona infectada, especialmente si existe sangrado.

Se puede contraer hepatitis C al recibir prácticas médicas con mala esterilización (personal sanitario, etc.), al punccionarse con una aguja contaminada con sangre infectada (los trabajadores de la salud pueden contraer la hepatitis C de esta forma); al realizarse un tatuaje o una perforación en alguna parte del cuerpo (los piercings y tatuajes que dejan una herida abierta por tiempo prolongado, por lo cual el virus permanece en el medio ambiente y penetra en las zonas donde hubo piquete o pinchazo, independientemente de si el instrumento estaba estéril o no); al compartir agujas para inyectarse sustancias adictivas; al inhalar sustancias adictivas por aspiración compartiendo el instrumento con el que se aspira, debido a que pueden producirse hemorragias a nivel nasal; al compartir objetos de higiene personal, como cepillos de dientes o cuchillas de afeitar; al haber nacido de una madre que tiene la hepatitis C; rara vez, el contagio puede ser por vía sexual

La hepatitis C no se contagia con un saludo de mano, con un abrazo, con un beso en la cara, al sentarse junto a una persona que tenga la infección, con un beso en la boca, si en las relaciones sexuales se utiliza preservativo.

El tratamiento farmacológico hasta ahora más eficaz se basaba en la asociación de interferón, administrado por vía subcutánea, con otro fármaco antiviral llamado riba virina, por vía oral. A lo largo de los años han existido varias formas de administrar interferón: una vez al día, 3 a 5 veces por semana, etcétera, pero las formas pegiladas actuales permiten que solo

sea necesario una dosis a la semana. Desde 2012 existen 2 nuevos fármacos para el tratamiento de la hepatitis C: telaprevir y boceprevir se añaden al tratamiento combinado de interferón pegilado y ribavirina ,estas consiguen mejorar la proporción de pacientes curados. También son útiles para tratar pacientes en los que han fracasado otras pautas de tratamiento.

## **PREVENCION DE ETS**

Cuidar al máximo la higiene diaria de los órganos sexuales externos para evitar la colonización por microorganismos que pueden producir infecciones e irritaciones.

Examinar los órganos sexuales periódicamente para detectar posibles alteraciones, como hinchazón, enrojecimiento, úlceras, secreciones, olores intensos, etc.

Acudir al médico siempre que se observe alguna alteración.

Informar sobre los modos de transmisión, síntomas y consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual.

Usar preservativos siempre que se mantenga relaciones sexuales esporádicas o con personas desconocidas. En lo relativo al sida, además, no se debe compartir utensilios que puedan causar lesiones en la piel y las mucosas: jeringuillas, cuchillas de afeitarse, cepillos de dientes, etc.

Comunicar siempre la presencia de cualquier enfermedad de transmisión sexual.

Evitar mantener relaciones sexuales si se padece alguna enfermedad de transmisión sexual para no contagiar a otras personas.

Acudir a los centros de salud o de planificación familiar en caso necesario, tanto cuando existan problemas de fertilidad como cuando se desee utilizar métodos anticonceptivos.

Conocer, aceptar y valorar el cuerpo.

Evitar los complejos de culpabilidad o vergüenza en las relaciones sexuales desarrolladas con amor y respeto hacia la pareja.

Respetar a todas las personas independientemente de cuál sea su orientación sexual y valorar a cada una de ellas según sus cualidades personales y no por sus preferencias sexuales.

Tener confianza en la pareja y hablar con ella acerca de las relaciones sexuales anteriores y de posibles enfermedades de transmisión sexual.

Limitación de parejas ya que reduce mucho el riesgo de transmisión si las dos partes hayan recibido una revisión médica, con examen de sangre.

#### **2.2.6. INTERVENCION EDUCATIVA**

Una intervención educativa es un programa específico o un grupo de pasos para ayudar a un adolescente a mejorar en un área que necesite.

Las intervenciones educativas tienen elementos importantes: Tienen una intención, es decir están dirigidas a una deficiencia en particular, son específicas y formales.

Una intervención dura un cierto número de semanas o meses y se revisa periódicamente. Son establecidas de esa manera para que la persona que la realiza pueda supervisar el progreso de la persona antes, durante y después de la intervención.

Las intervenciones, pero también pueden ser flexibles. Por ejemplo, si un programa en particular no está ayudando a un estudiante, la persona que está aplicando la intervención puede cambiarlo. Esto podría significar incrementar la cantidad de tiempo que un estudiante recibe ayuda en lectura cada semana. O podría significar intensificar la ayuda, como trasladarlo de un grupo de enseñanza pequeño a recibir enseñanza individual.

El proceso de usar intervenciones cada vez más intensas es la base de la respuesta a la intervención o la escuela podría implementar el sistema de apoyos de múltiples niveles. Estos métodos se emplean en muchas escuelas para ayudar a estudiantes que tienen problemas

Una intervención no es solo una estrategia. En ocasiones las personas confunden las estrategias con las intervenciones educativas, pero existen diferencias importantes entre ellas. Una estrategia es un grupo de métodos o actividades para enseñar algo.

Una intervención educativa puede incluir estrategias, pero no todas las estrategias son intervenciones. La diferencia principal es que la intervención educativa es formal y dirigida a una necesidad conocida que es supervisada. En contraste, una estrategia puede ser informal y no siempre se supervisa.

#### **2.2.7. ROL SEXUAL**

El Rol Sexual es aquella condición que tiene el ser humano que se desarrolla en la conducta que se genera en una relación de pareja. Básicamente es lo que conocemos como Femenino y Masculino. Estos roles hacen correspondencia con el género físico que la persona tiene por naturaleza, es decir, el femenino se asocia a la mujer, portadora del útero, la vagina y todo el aparato reproductor encargado de formar en el vientre al feto y

el masculino con los hombres que poseen los testículos y el pene que aportan la esperma al proceso de reproducción.

Siendo el Rol Sexual, una condición derivada de la combinación de los factores biológicos y sociales del ser humano, este supone una variable esencial en el desarrollo de las comunidades en todo el mundo, indistintamente de las tradiciones arraigadas, la cultura generada en torno al tema establece que la familia se conforma inicialmente entre un hombre y una mujer, cada uno representando el papel que le dicta su género. En el ámbito cotidiano, todo lo relacionado a la asignación de un género a cualquier artículo, producto o cosa permite que se le denomine un rol sexual. Ejemplo: la ropa interior, son productos que se definen de acuerdo al rol sexual de cada persona porque están diseñadas exclusivamente para cada tipo.

El Rol Sexual más allá de la conexión existente entre el sistema reproductor y el patrón de educación es un factor social, La mayoría de las personas nos sentimos identificados con uno de los dos sexos, es decir, nos auto consideramos como hombres o mujeres. Esta identificación genérica que suele estar sólidamente establecida en la pubertad, es un fenómeno complejo, pues está en relación con una amplia gama de variables, como las características del individuo, grupos sociales en los que éste se desenvuelve, pautas educacionales, etc. Por otra parte, la identificación como hombre o mujer tiene un aspecto dinámico (gender roles) que nos lleva a comportarnos como nosotros creemos que debe de comportarse un hombre o una mujer en las múltiples situaciones que se nos presentan en la vida. Como dicen Money y Ehrhardt, «el dimorfismo de respuestas en base a la forma de los genitales externos es uno de los aspectos más universales de interacción social humana» .

En nuestra sociedad, al igual que en otras muchas, ocurre un fenómeno que viene a aumentar considerablemente la importancia de la categorización hombre/mujer. Este fenómeno consiste en que los niños y niñas no sólo aprenden una serie de definiciones culturales de la masculinidad y la feminidad, que comprenden un amplio y diverso conjunto de asociaciones ligadas al sexo (como anatomía, función reproductora, división del trabajo y atributos de personalidad), sino que también aprenden, asociándolos con el sexo, rasgos que están metafóricamente o remotamente ligados a él, como pueden ser la angulosidad o redondez de un modelo abstracto. No parece, pues, que haya otra dicotomía en la experiencia humana que aparezca con más entidades asociadas que la distinción varón/hembra

Esta importancia de los roles sexuales queda patente en la importancia que ellos tienen tanto para la propia personalidad del individuo como para las relaciones grupales y sociales del mismo. El auto concepto, la autoestima (a nivel individual), las relaciones de pareja, la familia, los grupos de amigos (a nivel grupal) y las relaciones sociales, políticas y económicas están en gran medida influidas por los roles sexuales.

### **ROLES MASCULINO Y FEMENINO**

Los hombres se han reservado para sí el desempeño de aquellas tareas más importantes para el funcionamiento social, especialmente en la medida en que éstas implican el control sobre los demás aspectos de la dinámica social. Así, la economía, política, legislación, religión, educación, etc., han estado siempre en manos del hombre o bajo su supervisión. Igualmente, los varones han desarrollado una serie de mecanismos conducentes al mantenimiento y perpetuación de la situación descrita. Estos mecanismos han consistido,

fundamentalmente, en el fomento para los hombres y el impedimento para las mujeres de una serie de aptitudes, intereses, valores y rasgos de personalidad, y viceversa; así como en la difusión, a través de las instituciones sociales, de los dos conjuntos de rasgos estereotipados, masculino y femenino, de tal manera que los niños y niñas vayan aprendiendo los rasgos que se consideran propios de su sexo. Paralelamente se desarrollan una serie de mecanismos de control -judiciales, reforzamientos sociales, castigos, etc.- que favorecen el aprendizaje en cada sexo de su rol.

Las características propias de cada sexo que encontramos en las expectativas y prescripciones sociales son: los hombres son más inteligentes, fuertes, hábiles y ágiles que las mujeres; están interesados en valores teóricos, económicos y políticos, mientras que las mujeres lo están en valores estéticos, sociales y religiosos; la personalidad del hombre posee como rasgos la independencia, dominancia, motivación por el éxito e inexpresividad, y la de la mujer, la dependencia, afectividad y expresividad; el hombre tiene una sexualidad poderosa y activa, mientras que en la mujer el desarrollo de ésta es mínimo y tiene un carácter marcadamente pasivo.

Los resultados de las investigaciones que han intentado averiguar si esos dos conjuntos de rasgos estereotipados corresponden en la realidad a lo que son los hombres y mujeres y sus respectivos comportamientos han mostrado, en líneas generales (dada la enorme diversidad de comportamientos, aptitudes y actitudes comprendidas) que los hombres y mujeres se adecuan bastante en la práctica a lo que determinan las prescripciones sociales como propio de su sexo. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones han mostrado también que esa correspondencia entre las prescripciones sociales y la realidad se debe,

fundamentalmente, a variables socioculturales y no a determinantes de tipo biológico.

## **IDENTIDAD SEXUAL**

La identidad sexual de una persona está relacionada con la percepción que cada individuo tenga sobre sí mismo, sobre su cuerpo y los rasgos físicos que presente, sin embargo esta percepción puede o no corresponder con el sexo determinado al nacer, generalmente si la persona nace con genitales femeninos entonces se considera una mujer, si por el contrario nace con genitales masculinos entonces se considera un varón.

La identidad sexual está vinculada con el género, ya sea femenino o masculino, es decir, los dos géneros más típicos y comunes dentro de una sociedad. La creación de la identidad sexual es un procedimiento complicado que se inicia durante el embarazo, y que representa un elemento de vital importancia durante la gestación. Tradicionalmente las sociedades suelen calificar a cada individuo por la imagen de sus genitales. Ahora bien, si socialmente a una persona se le cataloga una identidad sexual de mujer, pero sus genitales son de varón, esta persona comenzara a padecer de una inconformidad con la representación de género que se le asigno.

Una de las diferentes formas de identidad sexual es la transexualidad, la cual consiste en que un individuo tiene en cuenta que sus genitales externos no coinciden con lo que realmente siente y se identifica, por lo tanto, busca la manera de hacerse el cambio de sexo, sometiéndose a una cirugía de transformación y recibiendo tratamiento a base de hormonas.

La identidad sexual es la recopilación de diversos aspectos: Biológicos psicológicos y ambientales, en donde la persona

especialmente durante la etapa de la adolescencia es donde comienza a comprenderse, a percibirse desde un punto de vista más amplio, más reflexivo, durante esta etapa es posible que la persona descubra que la manera como era identificado sexualmente no es la manera como se siente realmente, conduciendo al individuo a un estado de angustia y sufrimiento al no sentirse como la mayoría de su género. Es importante que se tenga en cuenta que la identidad sexual de las personas es una cosa totalmente natural y que la sociedad debe impulsar la tolerancia y el respeto hacia todos los individuos, permitiendo que este ser humano pueda mostrarse tal cual es.

La identidad de género proviene del inglés “gender identity”, es la captación subjetiva que una persona tiene sobre sí mismo, en cuanto a sentirse hombre o mujer que además se considera como el sexo psicológico o psíquico que contribuye uno de los tres tipos como la identidad sexual que es un proceso complejo que empieza en la fecundación, pero que se vuelve clave mientras el proceso de formación e incluso en las prácticas vitales tras el nacimiento.

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**EFFECTIVIDAD:** La efectividad es la unión de eficiencia y eficacia, es decir busca lograr un efecto deseado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos

**INTERVENCION EDUCATIVA:** Una intervención educativa es un programa específico o un grupo de pasos para ayudar a un niño a mejorar en un área que necesite.

**CONOCIMIENTO:** El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más

extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

**SEXUALIDAD:** es el conjunto de condiciones que caracterizan el sexo de cada persona u animal. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo.

**ADOLESCENTE:** Es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 24.

**CARACTERISTICAS:** Es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al temperamento, la personalidad o lo simbólico, pero también al aspecto físico.

**ROL SEXUAL:** El Rol Sexual es aquella condición que tiene el ser humano que se desarrolla en la conducta que se genera en una relación de pareja. Básicamente es lo que conocemos como Femenino y Masculino. Estos roles hacen correspondencia con el género físico que la persona tiene por naturaleza, es decir, el femenino se asocia a la mujer, portadora del útero, la vagina y todo el aparato reproductor encargado de formar en el vientre al feto y el masculino con los hombres que poseen los testículos y el pene que aportan la esperma al proceso de reproducción

**IDENTIDAD SEXUAL:** Es el conjunto de características sexuales que nos hacen genuinamente diferentes a los demás: nuestras preferencias sexuales, nuestros sentimientos o nuestras actitudes ante el sexo.

## **2.4 HIPOTESIS**

H1: Si es efectiva la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016”

Ho: No es efectiva la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016”

## **2.5 VARIABLES**

### **2.5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE**

Efectividad de intervención: Capacidad para lograr un objetivo mediante un Conjunto de actividades sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de los objetivos diseñados y orientados a modificar conductas que mejoren la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazado no planificados en los adolescentes

### **2.5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE**

Efectividad de intervención: Capacidad para lograr un objetivo mediante un Conjunto de actividades sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de los objetivos diseñados y orientados a modificar conductas que mejoren la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazado no planificados en los adolescentes.



### 2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| VARIABLES  | DIMENSION DE VARIABLES                         | INDICADOR   | ESCALA         |
|--|--|---|----------------|
| <p style="text-align: center;"><b>SEXUALIDAD<br/>RESPONSABLE</b></p> | <p><b>CARACTERISTICAS<br/>BIOLOGICAS</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Género y sexualidad</li> <li>- Cambios físicos en la mujer</li> <li>- Cambios físicos en el hombre</li> <li>- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)</li> </ul>    | <p>NOMINAL</p> |
|  | <p><b>CARACTERISTICAS<br/>PSICOLOGICAS</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidad sexual</li> <li>- Identidad personal</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Independencia</li> </ul>   | <p>NOMINAL</p> |
|  | <p><b>CARACTERISTICAS SOCIALES</b></p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol sexual</li> <li>- Comportamiento sexual</li> <li>- Masturbación</li> <li>- Embarazo adolescente</li> <li>- Inicio de relaciones coitales</li> <li>- Métodos anticonceptivos</li> </ul> | <p>NOMINAL</p> |

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION:**

El estudio es de enfoque cualitativo ya que se recolecta la información a través de datos no numérico, buscando saber el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes, nivel experimental ya que analiza el efecto producido por la acción de modificar la información que ellos tienen a través de una sesión educativa, método experimental de corte transversal prospectivo.

### **3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION**

El colegio Ricardo Palma se encuentra ubicado en el Jiron Trujillo norte 523 es de nivel secundario y se encuentra en el centro poblado Lurigancho Distrito de Lurigancho

### **3.3. POBLACION Y MUESTRA**

Se ha considerado una población de 40 adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016”, con los criterios de inclusión que los adolescentes sean mayores de 15 años y menores de 17 años, que no padezcan de trastornos psicológicos y que no sean quechua hablantes.

### **3.4. TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se utilizó como instrumento el cuestionario ya que es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados se caracteriza porque se utiliza un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, y organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información. Se utiliza como técnica la encuesta ya que es un procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador recopila datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información ya sea para entregarlo en forma de tríptico, gráfica o tabla. Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, integrada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, ideas, características o hechos específicos.

Este cuestionario consta de 13 preguntas con alternativas múltiples; del ítem 1 – 13 se evaluará el conocimiento sobre características biológicas, sociales y sexuales en la adolescencia.

Este Cuestionario ha sido usado en la tesis titulada “CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DEL C.B.T. NO. 2 ING. RODOLFO NERI VELA, TENANGO DEL VALLE. MÉXICO. 2013” validada y aplicada con anterioridad.

### **3.5. VALIDES Y CONFIABILIDAD**

Para la validez se utilizará el instrumento cuestionario. Que tiene una validez de 0.92 y una confiabilidad de 8.2, el cual servirá como base de este instrumento y se modificara, por lo cual pasara por un juicio de expertos, por un total de 8, que harán las observaciones pertinentes para fortalecer el instrumento, para luego pasar por una prueba piloto.

### **3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTOS DE DATOS**

Para la recolección de datos se espera la aprobación de la institución educativa donde se hará la investigación, a través de una carta dirigida a la directora de la institución educativa, se aplicará el instrumento después de la hora de receso, 11.30 am a 12: 20 pm

Luego de la aplicación del instrumento se consolidará los datos a través de tablas, para este proyecto se utilizará los estadísticos descriptivos.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

### EFFECTIVIDAD DE LA SESIÓN EDUCATIVA EN LA MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACERCA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO RICARDO PALMA CHOSICA 2016

| Niveles de Conocimiento | ANTES |        | DESPUES |      |
|-------------------------|-------|--------|---------|------|
|                         | N°    | %      | N°      | %    |
| ALTO                    | 5     | 12%    | 26      | 65%  |
| MEDIO                   | 10    | 26%    | 8       | 20%  |
| BAJO                    | 25    | 62%    | 6       | 15%  |
| TOTAL                   | 40    | 100%   | 40      | 100% |
| Promedio                | 11,1  |        | 16,8    |      |
| Diferencia              |       | (-5,7) |         |      |

FUENTE: *Elaboración propia*

#### COMENTARIO DE LA TABLA 1:

Antes de la aplicación de la sesión educativa los niveles de conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, es Bajo en un 62%(25), Medio en un 26%(10) y Alto en un 12%(5), con un promedio de 11,1. Después de la aplicación de la sesión educativa fue Alto en un 65%(26), Medio en un 20%(8) y Bajo en un 15%(6), con un promedio de 16,8; haciendo una diferencia de (-5.7). Existiendo una diferencia significativa por la aplicación de la sesión educativa.

**TABLA 2**  
**CONOCIMIENTO ACERCA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE ANTES DE**  
**LA SESIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO RICARDO**  
**PALMA CHOSICA 2016**

| <b>CONOCIMIENTO</b> | <b>N°</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---------------------|-----------|-------------------|
| ALTO                | 5         | 12%               |
| MEDIO               | 10        | 26%               |
| BAJO                | 25        | 62%               |
| <b>TOTAL</b>        | <b>40</b> | <b>100%</b>       |

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**COMENTARIO DE LA TABLA 2:**

Antes de la aplicación de la sesión educativa los niveles de conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016 es Bajo en un 62%(25), Medio en un 26%(10) y Alto en un 12%(5).

**TABLA 3**  
**CONOCIMIENTO ACERCA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE DESPUES**  
**DE LA SESIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO**  
**RICARDO PALMA CHOSICA 2016**

| <b>CONOCIMIENTO</b> | <b>N°</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---------------------|-----------|-------------------|
| ALTO                | 26        | 65%               |
| MEDIO               | 8         | 20%               |
| BAJO                | 6         | 15%               |
| <b>TOTAL</b>        | <b>40</b> | <b>100%</b>       |

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**COMENTARIO DE LA TABLA 3:**

Después de la aplicación de la sesión educativa fue Alto en un 65%(26), Medio en un 20%(8) y Bajo en un 15%(6).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

H1: Si es efectiva la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016.

Ho: No es efectiva la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016.

H1 ≠ Ho

$\alpha=0,05$  (5%)

**Tabla 4: Prueba de Hipótesis mediante la t-Student**

|  |                    | Diferencias relacionadas |                    |                              |   |          | t     | gl | Sig.<br>(bilateral) |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------|------------------------------|---|----------|-------|----|---------------------|
|  |                    | Media                    | Desviación<br>típ. | Error típ.<br>de la<br>media | 95% Intervalo de<br>confianza para la<br>diferencia |          |       |    |                     |
|  |                    |                          |                    |                              | Inferior  | Superior |       |    |                     |
|  | Antes –<br>Después | -5,70                    | 4,234              | 2,050                        | 4,912   | 9,437    | 8,753 | 39 | ,000                |

### COMENTARIO DE LA TABLA 4:

Aplicando la técnica del software SPSS v.21, se obtuvo el valor de la t-Student Calculada ( $t_c$ ) de 8,753; siendo además el valor de la t-Student de Tabla ( $t_T$ ) de 5,623. Como el valor de la T-Calculada es mayor que la T-de tabla ( $t_T < t_c$ ), entonces se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ), con un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

Siendo cierto: Si es efectiva la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

En relación al Objetivo General, se buscó determinar la efectividad de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes, encontrando que Antes de la aplicación de la sesión educativa los niveles de conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, fue Bajo en un 62%(25), con un promedio de 11,1. Después de la aplicación de la sesión educativa fue Alto en un 65%(26), con un promedio de 16,8; haciendo una diferencia significativa de (-5.7). Coincidiendo con HERNÁNDEZ Millán Zenia; BRAVO Polanco Eneida, (2011), Entre algunas de sus conclusiones tenemos: “el nivel de conocimientos en los adolescentes sobre este tema fue bajo, por lo que mantenían un comportamiento riesgoso; lográndose mejoría después de las intervenciones educativas”. Coincidiendo además con TIMANÁ Yenque, Liliana, (2009), Entre alguna de sus conclusiones tenemos: “Estadísticamente, no existe evidencia para aceptar que la intervención educativa con el CD multimedia sea más efectiva en mejorar el nivel de conocimientos global sobre ITS e infección por VIH/SIDA en adolescentes del 3º al 5º año de secundaria de las instituciones educativas del sector público de la Región Callao, en comparación a la IET de tipo expositivo. Por lo tanto la hipótesis general planteada en esta investigación se rechaza.”

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar Antes de la aplicación de la sesión educativa los niveles de conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, encontrando que en mayor porcentaje es de nivel Bajo en un 62%(25), Medio en un 26%(10) y Alto en un 12%(5). Coincidiendo con HERNANDEZ Martínez, Antonio,(2009)”,Entre alguna de las conclusiones tenemos: “La intervención educativa es efectiva para el aumento de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y empleo de la píldora poscoital; asimismo, mejora en general la actitud para el fomento del preservativo y el uso racional de la píldora poscoital, tanto al mes como a los 6 meses post intervención”. Coincidiendo además con

NAPA Anton Grimaldo, (2014). Entre algunas de las conclusiones tenemos: “El programa de intervención de enfermería desarrollado es efectivo porque generó incremento significativo en los conocimientos sobre sexualidad en la población adolescente de la I.E.P. “Nazareno”. La gran mayoría de adolescentes 96.15% (50) luego de participar en el programa educativo conoce sobre sexualidad lo cual permitirá que los mismos afronten de manera positiva los cambios que ocurren en esta etapa y puedan tomar decisiones asertivas al respecto”.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar Después de la aplicación de la sesión educativa, encontrando que en mayor porcentaje fue de nivel Alto en un 65%(26), Medio en un 20%(8) y Bajo en un 15%(6). Coincidiendo con PATRICIA Mantilla Blanca; GALVIS Padilla Carolina; OVIEDO Cáceres María del Pilar, (2013), Entre algunas de sus conclusiones tenemos: “Las y los jóvenes construyeron significados de su participación en el programa tanto de manera individual como grupal en la interacción social, los cuales han influido en la vivencia de su sexualidad y en las prácticas en los diversos escenarios de sus vidas, en los roles como hijos, amigos, pareja, líderes y como parte de un grupo social.” Coincidiendo además con VIÑAS Sifontes Leída; CHÁVEZ Roque Mavel, (2006), En algunas de las conclusiones tenemos: “Al inicio de la investigación las adolescentes tenían poco conocimiento sobre los temas de sexualidad en la adolescencia luego de la intervención, se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención”.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

La presente investigación tiene como título: Efectividad de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, encontrando que Antes de la aplicación de la sesión educativa en nivel de conocimiento era Bajo y Después de la aplicación de la sesión educativa se encontró un nivel Alto de conocimiento, esto se produce por la efectividad de la sesión educativa y por la diferencia significativa de -5,7. Se demostró estadísticamente mediante la T-student con un valor de 8,753, con 39 grados de libertad y con un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

Con respecto a la dimensión Antes de la aplicación de la sesión educativa el nivel de conocimiento acerca de sexualidad responsable en los adolescentes fue de nivel Bajo.

### **TERCERO**

Con respecto a la dimensión Después de la aplicación de la sesión educativa el nivel de conocimiento acerca de sexualidad responsable en los adolescentes fue de nivel Alto.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERO**

Realizar capacitaciones continuas y sistemáticas de las personas encargadas en la formación de los adolescentes: tutor, asesores, profesores, auxiliares, directivos, acerca del conocimiento de la sexualidad responsable.

### **SEGUNDO**

Mejorar los conocimientos acerca de la sexualidad responsable a través de las unidades y sesiones de aprendizaje como tema transversal.

### **TERCERO**

Promover reuniones de interaprendizaje y mejora de los conocimientos acerca de la sexualidad saludable entre pares y padres de familia, que permita una mejor comunicación y manejo de información.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Consultado 22 de setiembre del 2017. Disponible en : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. Portador de salud. Salud Madrid. Consultado el 29 de setiembre del 2017. Disponible en : [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354400639824&language=es&page name=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1160390909812](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354400639824&language=es&page name=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1160390909812)
3. Web Escolar. Web escolar. Consultado 5 de octubre del 2017. Disponible en: <http://www.webscolar.com/la-adolescencia-caracteristicas-fisicas-psicologicas-sociales-y-cognitivas>.
4. Desarrollo Psicosocial. Monografías. Consultado 5 de octubre del 2018. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos60/desarrollo-psicosocial-adolescencia/desarrollo-psicosocial-adolescencia.shtml>.
5. Salud sexual y reproductiva. Slideshare. Consultado 7 de octubre del 2107. Disponible: <https://es.slideshare.net/palomapalomino/sesion-1-conceptualizaciones>
6. [https://es.wikipedia.org/wiki/Abstinencia\\_sexual](https://es.wikipedia.org/wiki/Abstinencia_sexual). REVISADO 6/11/17 06:37
7. Planificación Familiar. Wikipedia. Consultado 6 de octubre del 2017. Disponible: [https://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci%C3%B3n\\_familiar\\_natural](https://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci%C3%B3n_familiar_natural). REVISADO 6/11/17 07:03
8. Diapositiva Intrauterino. Wikipedia. Consultado 6 de setiembre del 2017. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Dispositivo\\_intrauterino](https://es.wikipedia.org/wiki/Dispositivo_intrauterino)
9. El embarazo no deseado: Impacto sobre salud y sociedad en América Latina y Caribe.SciElo. Consultado 6 de noviembre del 2018. Disponible en :<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf> .

# ANEXOS

## CUESTIONARIO

Buenos días Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para la autora.

I. A continuación marque con un aspa en los paréntesis en blanco. Datos generales:

Edad: ..... Sexo: F ( ) M ( )

II. A continuación seleccione con un aspa la alternativa que considera correcta:

**1. La sexualidad es:**

- a. Sexo.
- b. Es tener enamorado.
- c. Comportamientos biológicos, físicos y sociales.
- d. Tener relaciones sexuales cóitales.

**2. Identidad sexual es:**

- a. Saber quién soy como hombre o mujer y aceptarme como soy.
- b. Ser heterosexual, homosexual o bisexualidad.
- c. Serle fiel a mi enamorado/a siempre.
- d. El conjunto de conductas, valores y creencias.

**3. El rol sexual es:**

- a. Tener relaciones sexuales.
- b. Cumplir con mis obligaciones como persona.
- c. Comportarme como hombre y/o como mujer.
- d. Comportarme y hacer lo que me digan los demás

**4. El embarazo es producto de:**

- a. Tener relaciones sexuales

- b. La menstruación
- c. La unión del espermatozoide con el óvulo
- d. No usar un método anticonceptivo

**5. ¿Qué factores predisponen un embarazo?**

- a. Inicio precoz en la actividad sexual.
- b. No utilizan métodos anticonceptivos por falta de compromiso con sus responsabilidades.
- c. Temor de acudir a consultas y guiarse por los amigos
- d. Todas las anteriores

**6. La masturbación:**

- a. Ocurre en todas las etapas de la vida
- b. Es una manifestación normal y transitorio (pasajero)
- c. Es una enfermedad
- d. Produce locura

**7. ¿QUÉ CAMBIOS PRESENTAN LOS HOMBRES EN LA ADOLESCENCIA?**

- a. Aumento de peso
- b. Crecimiento del vello púbico, axilar y facial
- c. Ensanchamiento de cadera
- d. Aumento de fuerza muscular

**8. ¿QUÉ CAMBIOS PRESENTAN LAS MUJERES EN LA ADOLESCENCIA?**

- a. Aumento de peso y tamaño
- b. Crecen los senos y el vello púbico
- c. Crecimiento del cabello y senos
- d. Ensanchamiento de cadera y disminución del apetito

**9. EL ADOLESCENTE PARA TOMAR DECISIONES DEBE:**

- a. Dejarse influenciar por el grupo de amigos
- b. Olvidar las sugerencias y consejos de los adultos
- c. Dejarse llevar por la razón o madurez propia
- d. Pensar en que dar bien con los demás olvidándose de si mismo

**10. EL ADOLESCENTE QUIERE SER INDEPENDIENTE, ESTO SIGNIFICA:**

- a. Hacer lo que quiero
- b. Irme de mi casa
- c. Valerme por mi mismo
- d. No depender de mis padres económicamente

**11. ¿Qué es para ti una infección de transmisión sexual (its)? (marca solo una opción)**

- a. Es una enfermedad que se adquiere por las prendas personales
- b. Es una enfermedad que se adquiere por alimentos contaminados
- c. Es una enfermedad que se adquiere por contacto sexual
- d. No lo se

**12. ¿Cómo se evita una infección de transmisión sexual o el VIH/sida?**

- a. No teniendo relaciones sexuales con extraños
- b. No sentándose en baños desconocidos
- c. Teniendo una pareja sexual estable y escogiendo bien a la pareja
- d. Bañarse o lavarse después de tener relaciones sexuales

**13. Los métodos anticonceptivos suelen utilizarse para:**

- a. Como medio para controlar la natalidad y la superpoblación mundial.
- b. Para evitar embarazos no deseados en adolescentes.
- c. Como medio para evitar la transmisión de determinadas enfermedades infecciosas.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas

**14. ¿Cuál es un método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.**

- a. El DIU
- b. La píldora
- c. El condón
- d. La vasectomía.

**Les agradezco su colaboración y sinceridad.**

| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | MARCO TEORICO   | METODOLOGIA   |
|---|--|---|---|
| <p>¿Cuál es la efectividad antes y después de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016</p> | <p><b>OBJETIVO GENERAL</b><br/>Identificar la efectividad antes y después de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016”</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO:</b><br/>Identificar la efectividad antes y después de la sesión educativa respecto a la mejora del conocimiento</p> | <p><b>A. INTERNACIONALES:</b> HERNANDEZ Martínez, Antonio en su estudio “Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. España.2009</p> <p><b>A. NACIONALES:</b><br/>NAPA Anton Grimaldo en su estudio “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. Villa María del Triunfo-2014”.</p> <p><b>BASE TEORICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.1 Características del adolescente</li> <li>1.1.1.1 Características biológicas</li> <li>1.1.1.2 Características psicosociales</li> <li>1.1.2 Sexualidad responsable en adolescentes</li> <li>1.1.3 Métodos anticonceptivos</li> <li>1.1.4 Embarazo no deseado en la adolescencia</li> <li>1.1.5 Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia</li> <li>1.1.6 Intervención educativa</li> <li>1.1.8 Rol sexual</li> <li>1.1.9 Identidad sexual</li> </ul> | <p><b>TIPO DE INVESTIGACION:</b><br/>El estudio es de enfoque cualitativo ya que se recolecta la información a través de datos no numérico, buscando saber el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes, nivel experimental ya que analiza el efecto producido por la acción de modificar la información que ellos tienen a través de una intervención educativa, método experimental de corte transversal prospectivo.</p> <p><b>POBLACION</b><br/>Se ha considerado una</p> |

|  |   |                               |                                     |   |   |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------------|---|---|
|  | <p>de los adolescentes acerca de las características biológicas.</p> <p>Identificar la efectividad antes y después de la sesión educativa respecto a la mejora del conocimiento de los adolescentes acerca de las características psicológicas.</p> <p>Identificar la efectividad antes y después de la sesión educativa respecto a la mejora del conocimiento de los adolescentes acerca de las características sociales</p> | <b>VARIABLES</b>              | <b>DIMENSION DE VARIABLES</b>       | <b>INDICADOR</b>  | <p>población de 40 adolescentes que estudian en del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016, con los criterios de inclusión que los adolescentes sean mayores de 15 años y menores de 17 años, que no padezcan de trastornos psicológicos y que no sean quechua hablantes.</p> <p><b>INSTRUMENTO</b><br/>Se utilizó como instrumento el cuestionario y como técnica la encuesta.</p> |
|  |   | <b>SEXUALIDAD RESPONSABLE</b> | <b>CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Género y sexualidad</li> <li>- Cambios físicos en la mujer</li> <li>- Cambios físicos en el hombre</li> <li>- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)</li> </ul>    |   |
|  |   |                               | <b>CARACTERISTICAS PSICOLÓGICAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidad sexual</li> <li>- Identidad personal</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Independencia</li> </ul>   |   |
|  |   |                               | <b>CARACTERISTICAS SOCIALES</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol sexual</li> <li>- Comportamiento sexual</li> <li>- Masturbación</li> <li>- Embarazo adolescente</li> <li>- Inicio de relaciones coitales</li> <li>- Métodos anticonceptivos</li> </ul> |   |



## TABLA DE EFECTIVIDAD

Valoración por Dimensiones acerca de la efectividad de la sesión educativa en la modificación del conocimiento acerca de sexualidad responsable en adolescentes del colegio Ricardo Palma Chosica – 2016.

| DIMENSION                    | N° PREGUNTAS | VALORACION                        |
|------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| Características Biológicas   | 5            | 4-5 ALTO<br>2-3 MEDIO<br>0-2 BAJO |
| Características Psicológicas | 3            | 2-3 ALTO<br>1-2 MEDIO<br>0 BAJO   |
| Características Sociales     | 6            | 5-6 ALTO<br>3-4 MEDIO<br>0-2 BAJO |