

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**



**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN NIVEL DE CONOCIMIENTO Y  
ACTITUDES DE ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA "SAN CRISTÓBAL". DISTRITO SOCOS - 2014.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:**

**TELLO LAURA, Karina Diana**

**YUCRA GÁLVEZ, Juana**

**AYACUCHO- PERÚ**

**2015**

**DEDICATORIA:**

A Dios, que siempre nos bendice, guía por el buen camino y nos da fuerzas para seguir luchando venciendo toda adversidad.

A nuestros padres, por darnos la vida y acompañarnos en todo momento, brindándonos amor, orientación y valores para alcanzar nuestras metas.

**Karina y Juana**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, pionera en la formación de profesionales con visión al futuro.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, por ser excelentes amigos y maestros.

Al señor asesor Mg. Edward Barboza Palomino, por su dedicación y apoyo constante en el desarrollo de la tesis.

Al señor director de la Institución Educativa Pública "San Cristóbal" del distrito de Socos y su plana docente, por las facilidades para acceder a la muestra en estudio.

A los estudiantes de la Institución Educativa Pública "San Cristóbal", por su participación en la presente investigación.

# EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE ADOLESCENTES ESCOLARES DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN CRISTÓBAL”. DISTRITO SOCOS – 2014.

## RESUMEN

La presente investigación de tipo aplicativo y de diseño pre-experimental tiene como **Objetivo general**: determinar la efectividad del programa educativo sobre planificación familiar en nivel de conocimiento y actitudes de adolescentes escolares de la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos, Ayacucho - 2014. La **Muestra** intencional fue de 65 adolescentes escolares del 4º y 5º año de Educación Secundaria de una población de 250 (100%). La técnica de recolección de datos fue la encuesta; los instrumentos fue el cuestionario, la escala de actitudes frente a la planificación familiar y la prueba de conocimiento sobre planificación familiar. **Resultados**: Antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, el 47,7% presentó una actitud desfavorable, 30,8% indiferente y 21,5% favorable; en tanto que, después de esta intervención, el 70,8% presentó una actitud favorable, 20% indiferente y 9,2% desfavorable del mismo modo; el conocimiento antes de la aplicación presentó 70,8% un conocimiento malo, 18,5% regular, 10,8% bueno; en tanto que; después de esta intervención presentó un conocimiento bueno con 61,5%, regular 24,6% y malo 13,8%. **Conclusión**: El programa educativo sobre planificación familiar tuvo efecto significativo en incrementar nivel de conocimiento y actitud favorable de los adolescentes escolares de la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos ( $t = 13,387$ ;  $p < 0,05$ ).

**Palabras clave**. Programa educativo, planificación familiar, conocimiento y actitudes de adolescentes.

**EFFECTIVENESS OF EDUCATION PROGRAM ON FAMILY PLANNING  
IN LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF SCHOOL TEEN  
COLLEGE "SAN CRISTOBAL". DISTRICT SOCOS - 2014.**

**ABSTRACT**

This application type research and pre-experimental design has as objective: to determine the effectiveness of the educational program on family planning in level of knowledge and attitudes of adolescents students of School "San Cristobal" of Socos district, Ayacucho - 2014. The intentional sample consisted of 65 adolescent students' 4th and 5th year of secondary education of a population of 250 (100%). The data collection technique was the survey and interview; was the questionnaire instruments, the scale of attitudes towards family planning and test knowledge on family planning. Results: Before the implementation of the educational program on family planning, 47.7% had an unfavorable attitude, indifferent 30.8% and 21.5% in favor; whereas, after the intervention, 70.8% had a favorable attitude, 20% and 9.2% unfavorable indifferent alike; knowledge prior to the application submitted an evil knowledge 70.8%, 18.5% regularly, 10.8% good; while; after this intervention presented a good understanding with 61.5%, average 24.6% and 13.8% bad. Conclusion: The educational program on family planning had a significant effect on increasing level of awareness and positive attitude of adolescents students of School "San Cristobal" district Socos ( $t = 13.387, p < 0.05$ ).

**Key words.** Educational program, family planning, knowledge and attitudes of adolescents.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	07
<b>CAPITULO I</b>	
REVISIÓN DE LITERATURA	14
<b>CAPITULO II</b>	
MATERIALES Y MÉTODOS	36
<b>CAPITULO III</b>	
RESULTADOS	41
<b>CAPITULO IV</b>	
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIÓN	57
RECOMENDACIÓN	59
BIBLIOGRAFÍA	60
<b>ANEXOS</b>	66

## INTRODUCCIÓN

Los adolescentes inician su maternidad cada vez más temprano, hecho que ha convertido al embarazo, en un problema que amerita atención inmediata y abordaje a diferentes niveles y áreas de acción, especialmente en aspectos médico-asistenciales, jurídico y económico con un perfil que promueva la planificación familiar<sup>(1)</sup>

La planificación familiar es uno de los pilares de la salud reproductiva. Dentro del amplio contexto de salud y derechos reproductivos, la planificación familiar debe responder a las necesidades de cada individuo y pareja, promoviendo la participación activa del varón y tomando en consideración las actitudes hacia la anticoncepción, así como de la diversidad cultural de las poblaciones<sup>(2)</sup>.

En el ámbito internacional y nacional, diferentes investigaciones han reportado problemas en la salud reproductiva de los adolescentes, relacionados con la falta de prevención y patrones erróneos de comportamiento, especialmente en Latinoamérica<sup>(3)</sup>.

Los adolescentes, en promedio, inician su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad. Esto ocurre en condiciones inseguras de protección a su salud por la escasa información, lo cual se refleja en la poca utilización de métodos de planificación familiar (MPF), particularmente el condón García, (2006). Refiere que el nacimiento de los hijos propicia deserción escolar, cambios en el rol personal y familiar como escasez de recursos económicos para afrontar la situación: tienen que insertarse tempranamente en el campo laboral pero, por la insuficiente preparación académica, consiguen trabajos con baja remuneración, lo que crea un ambiente de incertidumbre económica que repercute negativamente en la familia <sup>(4)</sup>.

La planificación familiar trae consigo mejoras adicionales para la salud de las mujeres y los niños. La mortalidad y morbilidad de madres e infantes siguen siendo problemas importantes en todo el mundo en desarrollo y se relacionan claramente con los patrones reproductivos. Aunque hay considerables variaciones en los efectos de la reproducción sobre la salud de individuos, familias y países, la disminución de los embarazos de alto riesgo deberá tener repercusiones positivas en la salud materno-infantil en todo el mundo en desarrollo.

El uso de anticonceptivos y el control de la fecundidad ofrecen más seguridad que la procreación no regulada. Los abortos en condiciones inseguras son causa importante de mortalidad materna en muchos países en desarrollo, este hecho debe ser considerado en los países donde se



discuten las ventajas de ofrecer métodos abortivos seguros. Un mayor control de la reproducción deberá mejorar la salud materno-infantil al reducir el número de nacimientos, especialmente los de alta paridad y también los embarazos muy espaciados. La accesibilidad de servicios anticonceptivos debe ser fomentada, sobre todo en combinación con esfuerzos para incrementar la atención prenatal, mejorar las prácticas de lactancia y mejorar otros servicios de salud.

Los esfuerzos en favor de la educación, a través de programas en forma sinérgica con los servicios de salud y de planificación familiar, a fin de mejorar la salud materno infantil, tienen la posibilidad de disminuir las consecuencias del desconocimiento de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

En el distrito de Socos, en el transcurso de las experiencias pre-profesionales en la Institución Educativa "San Cristóbal", se observa que el mayor porcentaje de estudiantes carecen de conocimientos básicos sobre planificación familiar. Por otra parte, los docentes y algunos estudiantes de dicha institución informan en forma textual "que un porcentaje considerable de adolescentes dejan de estudiar principalmente por tener problemas emocionales de pareja, embarazos o por contraer el matrimonio.

Analizado los puntos planteados, se observa una brecha en cuanto al conocimiento y actitud sobre el Programa de Planificación Familiar. Por

esta razón, en concordancia con el Plan Nacional de Población surge la necesidad investigar y proponer un programa educativo sobre "Planificación Familiar".

A pesar de la presencia de programas encaminados a proteger la salud sexual del adolescente, todavía existen vacíos en los conocimientos acerca de cómo protegerse de un embarazo no planeado. Persisten creencias erróneas que dan pauta a comportamientos de riesgo, como el machismo, que dificulta la negociación entre las parejas en la toma de decisiones para elegir un método de planificación familiar y sensación de 'invulnerabilidad' propia de la edad.

Teniendo en consideración este escenario, el problema de investigación se enmarcó en la siguiente interrogante: ¿Cuál será la efectividad del programa educativo sobre planificación familiar en nivel de conocimiento y actitudes de adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos, Ayacucho - 2014?

El objetivo general fue: Determinar la efectividad del programa educativo sobre planificación familiar en nivel de conocimiento y actitudes de adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos, Ayacucho - 2014; mientras que los objetivos específicos fue:

- a) Caracterizar a los adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos según edad y sexo.

- b) Evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo de planificación familiar en adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos.
- c) Evaluar las actitudes antes y después de la aplicación del programa educativo de planificación familiar en adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos.

La hipótesis de investigación responde a la siguiente proposición: El programa educativo sobre planificación familiar tiene efecto significativo en nivel de conocimiento y actitudes de adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos, Ayacucho - 2014.

La presente investigación de tipo aplicativo y pre-experimental se desarrolló en la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos, sobre una muestra intencional de 65 adolescentes escolares del 4º y 5º año de Educación Secundaria de una población de 250 (100%), aplicando la escala de actitudes frente a la planificación familiar y la prueba de conocimiento sobre planificación familiar. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y entrevista, instrumento fue cuestionario; para la prueba estadística se aplicó la prueba test de student.

Los resultados de la investigación determinaron que antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, el 47,7% presentó una actitud desfavorable, 30,8% indiferente y 21,5% favorable; en tanto que, después de esta intervención, el 70,8% presentó una actitud favorable, 20% indiferente y 9,2% desfavorable; del mismo modo en el conocimiento, antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, el 70,8% presentó un nivel de conocimiento malo, 18,5% regular y 10,8% bueno; en tanto que, después de esta

intervención, el 61,5% presentó un nivel de conocimiento bueno, 24,6% regular y 13,8% malo.

Contrastando la hipótesis se concluye que, la significación asociada a la prueba "t" de Student (0,000) menor que el valor crítico ( $\alpha = 0,05$ ), es evidencia suficiente para afirmar que el programa educativo sobre planificación familiar tiene efecto significativo en el nivel de conocimiento ( $t = 13,387$ ;  $p < 0,05$ ) y la actitud de los adolescentes escolares ( $t = 17,828$ ;  $p < 0,05$ ).

En el contexto nacional como regional, la iniciación sexual precoz constituye un problema de salud pública en crecimiento, a una edad en que los adolescentes no han alcanzado la madurez psicológica para ejercer la paternidad o maternidad responsable. De allí que es importante realizar este estudio, ya que el primer beneficiado sería el adolescente, porque a través de los resultados se podrían implementar estrategias de atención en planificación familiar para promover la salud sexual y reproductiva.

Desde el punto de vista de la investigación, se constituye en un aporte importante ya que, si bien es cierto se han realizado investigaciones sobre los adolescentes y la planificación familiar; son escasas las investigación que evalúan la efectividad de un programa educativo sobre planificación familiar en nivel de conocimiento y actitudes de adolescentes escolares. Desde la práctica de enfermería, representa un aporte en el sentido que a través de los resultados se emprenderían acciones para la atención de calidad de los adolescentes en estas consultas de planificación familiar. También se beneficiaría la institución, porque permitiría entender desde una perspectiva integral, la conducta sexual del adolescente y mejorar en ese sentido la atención prestada. Las limitaciones que se tuvieron en el desarrollo de la presente investigación estuvieron referidas a la necesidad de adecuar el desarrollo del programa de planificación familiar al horario establecido por la dirección del plantel, desarrollando los diferentes

contenidos en las horas de tutoría. La tesis tiene la siguiente estructura: Introducción, revisión de literatura, materiales y métodos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## CAPÍTULO I

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### 1.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES

##### 1.1.1. INTERNACIONAL

Higuera (2007), en la investigación "*Oopinión que tienen los adolescentes acerca de la atención en la consulta de planificación familiar, en el Instituto Nacional de Puericultura Dr. Pastor Oropeza*", Venezuela, con el objetivo de conocer la opinión que tienen los adolescentes menores de 19 años, sobre la atención recibida en la consulta de Planificación Familiar, mediante la **metodología** descriptiva y transversal sobre una muestra de 15 adolescentes femeninas a quienes se les aplicó un cuestionario, halló los siguientes **resultados**: en cuanto al trato respetuoso la mayoría indica que fue deficiente cuando los adolescentes manifestaron en un 46,7% que el trato no fue personalizado, el lenguaje no fue claro en un 53,3%, no hubo posibilidad de ser escuchado en un 66,7% e igual porcentaje para la información suministrada. Situación diferente en cuanto a la atención oportuna donde la mayoría de los participantes la concibió como buena

(entre 66,7% a 80% respuestas positivas). En **conclusión**, en el uso de métodos anticonceptivos por los/las adolescentes hay componente afectivo, que se debe tomar en cuenta; por lo que no se puede desvincular la educación sentimental o afectiva de la educación sexual, para las/los adolescentes ambas cosas están íntimamente ligadas y acuden a buscar la información sobre los métodos anticonceptivos en busca de afianzar el amor y el romance <sup>(1)</sup>.

(OMS: 2009) Esta iniciativa se ajusta a las realidades juveniles, en tanto su proceso sociocultural exige, aprendizajes y desarrollo de herramientas que le permitan adaptarse a las situaciones sociales-biológicas y culturales para alcanzar una vida plena <sup>(5)</sup>.

González (2009), en la investigación "*Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar*", Colombia, con el **objetivo** de estimar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil, la estructura y percepción de funcionalidad familiar, aplicando la **metodología** descriptiva y el diseño transversal, sobre una muestra de 13699 adolescentes (10 a 19 años de edad) de 12 colegios públicos de la localidad de suba, aplicando el cuestionario, **determinó** que la prevalencia de relaciones sexuales corresponde al 17 %. El 8% de los hogares presentan disfunción severa y 39% son nucleares incompletos. Las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los varones (OR 0.53; IC 95 %; 0.47-0.59). Se presenta más relaciones sexuales cuando los

adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia (OR 2.06; IC 95 %; 1.72-2.48). En **conclusión**, es más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes<sup>(6)</sup>.

Alemán (2013), en la investigación "*Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería*", México, con el **objetivo** de determinar el nivel de conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería, a través de la **metodología** analítica, transversal y correlacional sobre una muestra intencional de 300 estudiantes de la licenciatura en Enfermería, de 17 a 24 años, aplicando el cuestionario, **determinó** que los conocimientos fueron diferentes según la edad, el estado civil y el nivel escolar: inferiores en menores de 19 años ( $t = -5.217$ ,  $gl = 298$ ,  $p = 0.0001$ ); mayores en divorciados versus solteros y casados ( $F = 5.462$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.001$ ). La asociación entre los conocimientos y comportamientos mostró una correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral), directamente proporcional ( $r = 0.139$ ,  $p < 0.05$ ). Las creencias se relacionaron positivamente con la edad. En **conclusión**, los conocimientos se relacionan con la edad, el estado civil y el nivel de escolaridad. Los comportamientos son similares, independientemente de los conocimientos, influenciados por las creencias<sup>(4)</sup>.



### 1.1.2. NACIONAL

Chávez (2002), en la investigación "Conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar y sexualidad en escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria en colegios de Tintaya Marquiri y Campamento Bhp Tintaya 2001", Cusco, con el **objetivo** de determinar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas de los escolares frente a la sexualidad y los métodos anticonceptivos, utilizando la **metodología** descriptiva – transversal en una muestra intencional de 208 estudiantes, aplicando el cuestionario, **determinó** que el 90,9% de los adolescentes reconoció uno o varios métodos anticonceptivos, siendo los más reconocidos los preservativos (83,7%) y las píldoras (62%). El 7,2% de los adolescentes inició su actividad sexual, en un rango de edades de 12 a 18 años, media de 15,73 años. De estos, el 87% pertenece al sexo masculino y solo un 13% al femenino. Del total de adolescentes que iniciaron su actividad sexual, el 60% utilizaron algún método anticonceptivo. En **conclusión**, la edad que creen adecuada los adolescentes para iniciar sus relaciones sexuales corresponde a una media de  $22,3 \pm 3,66$  años, dando como principales razones la madurez (33%), estabilidad y responsabilidad. El 35% conocen sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, el 65% restante, no conoce o tiene una idea equivocada sobre éstos<sup>(7)</sup>.

Córdova (2007), en la investigación "*Actitudes y conocimientos sobre planificación familiar que influyen en embarazos de adolescentes. Instituto Nacional Materno Perinatal*", Lima, con el **objetivo** de identificar los

factores socioculturales que están influyendo en la incidencia de embarazos en adolescentes y determinar la influencia de las actitudes y conocimientos sobre planificación familiar en la incidencia de embarazos en adolescentes, utilizando la metodología descriptiva y transversal, sobre una población de 60 adolescentes entre 13 a 19 años de edad internadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, aplicando el cuestionario y la escala de actitudes de Likert, halló los siguientes **resultados**: 7 adolescentes tienen un buen nivel de conocimiento con un 16,7% de actitud positiva y 31 adolescentes tienen un nivel de conocimiento deficiente y una actitud negativa 54.8% ( $\text{Chi}^2=27.785$ ;  $\text{RR}=22.334$ ;  $p=0.000$ ). Asimismo, 40 adolescentes que recibieron información alguna vez sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar obtuvieron una actitud aceptable del 45%, mientras que 19 adolescentes que no recibieron información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar presentaron una actitud negativa del 52.6% ( $\text{Chi}^2 =33.854$ ;  $\text{RR}=6.910$ ;  $p=0.049$ ). En **conclusión**, existe la necesidad de mejorar el conocimiento de aspectos relacionados con la sexualidad entre las adolescentes, fortalecer el papel de la mujer en decisiones de la pareja y del hogar, la formación de promotores escolares líderes que eviten la presión ejercida por los amigos y disminuir las presiones sociales y del ambiente; para una mejor calidad de vida y salud de los adolescentes<sup>(8)</sup>.

### **1.1.2. REGIONAL**

Mendoza (2011), en la investigación "*Factores psicológicos y*

*socioculturales asociados con el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes. Institución Educativa San Ramón - Ayacucho, 2008*”, con el **objetivo** de determinar los factores psicológicos y socioculturales asociados con el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes, a través de la **metodología** correlacional y transversal, sobre una muestra al azar simple de 204 adolescentes de 14 a 19 años, aplicando el cuestionario estructurado, el test de rasgo de personalidad, la escala del comportamiento sexual, el inventario de autoestima de Coopersmith y el test de APGAR familiar, halló los siguientes **resultados**: el 45.6% de adolescentes presenta un comportamiento sexual de bajo o mediano riesgo, porque iniciaron con las relaciones coitales. En **conclusión**, el rasgo de personalidad extrovertido y el nivel de autoestima baja; el lugar de procedencia periurbano, la disfuncionalidad familiar y el bajo nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva son factores psicológicos y socioculturales asociados significativamente con el comportamiento sexual<sup>(9)</sup>.

## **1.2 BASE TEÓRICA**

### **1.2.1. CONOCIMIENTO**

El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por el proceso de acontecer social y se halla unido a la actividad práctica

<sup>(10)</sup> Para Bunge (1997) el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos,

enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos<sup>(11)</sup>.

El conocimiento analizado desde diferentes puntos de vista: Desde el punto de vista pedagógico, el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho: es la facultad, que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón. Se clasifica en conocimiento intelectual que tiene como origen las concepciones aisladas de hechos causales de ellos. Desde el punto de vista filosófico, Salazar<sup>(12)</sup> (1998) define el conocimiento en primer lugar como un acto, y segundo como un contenido; dice que el conocimiento como un acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como la percepción del proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es el que se adquiere gracias a los actos de conocer el producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos a otros.

#### **1.2.1.1. TIPOS DE CONOCIMIENTO**

a) **Conocimiento vulgar.** Es el modo común, corriente y espontáneo de conocer, es decir, es el que se adquiere en el trato directo con las personas o las cosas, es ese saber de la vida diaria, y que se adquiere sin habérselo propuesto, sin aplicar un método y sin haber reflexionado. Se

caracteriza por ser: sensitivo, superficial o epidérmico, subjetivo, no sistemático y acrítico<sup>(13)</sup>.

b) **Conocimiento científico.** Se adquiere mediante procedimientos metódicos con pretensión de validez utilizando la reflexión sistemática, el razonamiento lógico y respondiendo a la búsqueda intencionada para la cual se delimita el problema que se desea investigar y se determina los medios de indagación<sup>(13)</sup>.

#### **1.2.1.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO**

Para evaluar el nivel de conocimiento, pueden agruparse los resultados en tres categorías: **bueno, regular y malo**. Estas categorías pueden ser determinadas mediante la escala de estaninos, para lo cual se calcula la suma de los puntajes de todos los ítems, donde los puntajes mayores corresponden al conocimiento bueno y los puntajes menores al conocimiento malo<sup>(14)</sup>.

#### **1.2.2. ACTITUDES**

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se puede encontrar. A continuación se señalan en orden cronológico algunas de ellas<sup>(14)</sup>.

La actitud corresponde a cierta regularidad de los sentimientos,

pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno <sup>(15)</sup>.

La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud <sup>(16)</sup>.

La actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-evitación del individuo con respecto a un objeto <sup>(17)</sup>.

La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores <sup>(18)</sup>.

Así, las actitudes, siendo uno de los principales constructos de la Psicología Social, han ido alcanzado una gran implicación en el campo educativo. Bajo esta concepción, es posible distinguir los siguientes elementos que las caracterizan <sup>(16)</sup>

**a) Signo de las actitudes.** Las actitudes se diferencian en, buenas o positivas si se dirigen a los valores; malas o negativas si se disponen a actos contrarios a nuestra naturaleza y nos orientan hacia los contravalores o si nos alejan de los objetos y situaciones que representan valores con cierto nivel de intersubjetividad social.

**b) Dirección de las actitudes.** Se deriva del signo de la actitud y que se evidencia con el acercamiento/aceptación o con el alejamiento/rechazo

hacia el objeto de la actitud. Se indica en términos bipolares (acepto/rechazo, positiva/negativa).

c) **Magnitud o intensidad de las actitudes.** Se refleja por el grado de acercamiento/aceptación o alejamiento/rechazo hacia el objeto o situación de la actitud. Queda indicada por el nivel de polarización de la actitud.

Uno de los métodos para valorar las actitudes es la Escala Licker. Este método fue desarrollado por Rensis Likert en los años treinta, sin embargo es un enfoque vigente y popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se administra. Se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones<sup>(19)</sup>.

#### **1.2.2.1. COMPONENTES DE LAS ACTITUDES**

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa; sin embargo, existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo.

La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud <sup>(20)</sup>.

a) **Componentes cognitivos.** Incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación <sup>(20)</sup>.

b) **Componentes afectivos.** Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado o apenado) <sup>(20)</sup>.

c) **Componentes conativos.** Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas <sup>(20)</sup>.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud



determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados; *"... la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente"*<sup>(16)</sup>.

Por otra parte es conveniente insistir que la consideración de los tres tipos de respuestas (componentes), no significa de ninguna manera que la actitud pierda su carácter de variable unitaria. Como ya se ha señalado, la actitud es la condición interna de carácter evaluativo y tal como indican diversos autores las respuestas cognitivas, afectivas y conativas no son más que su expresión externa.

En este sentido, Brecler (citado por Bolívar, 1995), presenta dos premisas fundamentales<sup>(16)</sup>:

- Cualquier actitud se puede manifestar a través de tres vías que se diferencian entre sí, pero que convergen porque comparten un sustrato o base común, ya que todos representan la misma actitud.
- Cada tipo de respuesta se puede medir con la utilización de diferentes índices; la relación entre los índices diferentes de la misma

- respuesta debe no sólo ser positiva sino también intensa.

#### 1.2.2.2. TIPOS DE ACTITUDES

a) **Actitud de aceptación.** Es cuando la actitud es positiva y se organiza la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, la estimulación, apoyo, ayuda y la cooperación. En sentido de comprensión viene a ser la predisposición para la comunicación y la interacción humana positiva<sup>(21)</sup>.

b) **Actitud de rechazo.** Cuando una actitud es negativa, se presenta en recelo que aleja a las personas que predispone contra la suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo un mecanismo de defensa con que responde la persona que se encuentra en tensión<sup>(21)</sup>.

c) **Actitud de indiferencia.** La actitud es como una opción, no como imposición, aunque sea por simple dejar pasar. El poder mostrar de forma consciente indiferencia hacia una persona, situación o circunstancia. Siendo la indiferencia ese estado de ánimo en que una persona no siente inclinación ni rechazo hacia otro sujeto, un objeto o asunto determinado.

Es indiferente no siente ni actúa, se mantiene al margen. Dejando de hacer, permaneciendo en estado inactivo<sup>(21)</sup>.

#### 1.2.3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es el proceso por el cual las familias deciden cuándo y cuántos hijos van a tener<sup>(22)</sup>.

La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia <sup>(23)</sup>.

Es el determinante próximo más importante de la fecundidad y constituye también la práctica más eficaz para prevenir los embarazos no deseados y los de alto riesgo para las mujeres, además de ser un factor importante para incrementar la sobrevivencia infantil y de la niñez. El adecuado conocimiento del nivel de uso de métodos empleados para planificar la familia, permitirá también evaluar la efectividad de los programas desarrollados en el pasado, con los desarrollados en la actualidad que son muy seguros y protegen la integridad de la mujer y la familia <sup>(24)</sup>.

#### **1.2.3.1. CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Los métodos anticonceptivos más usados en la actualidad se clasifican en <sup>(24)</sup>.

- **Métodos Naturales.** Dentro de este método se pueden considerar el método del ritmo, del Moco Cervical y de la Temperatura Basal, Lactancia materna exclusiva, coito interrumpido.
- **Métodos de Barrera.** Preservativo, Diafragma cervical, Óvulos Vaginales, etc.

- **Métodos Hormonales.** Anticonceptivos orales (píldora), Inyecciones (mensuales, trimestrales), Implantes (Norplant), Parches y los Anillos Vaginales. En este grupo también podemos clasificar a la anticoncepción de urgencia (Pastillas de Levonorgestrel).
- **Dispositivos intrauterinos (DIU).** T de Cobre, DIU que libera progesterona.
- **Métodos definitivos.** Bloqueo tubárico bilateral (Ligadura de Trompas) y vasectomía.

### 1.2.3.2. TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Pavón (2008), hace la siguiente clasificación de los métodos anticonceptivos<sup>(24)</sup>:

a) **Métodos naturales.** Son aquellos métodos que se basan en la fisiología (función) hormonal normal de la mujer, en los cuales hay abstinencia de tener relaciones sexuales durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada).

**Método del ritmo.** La planificación natural puede llevarse a cabo mediante el método de Ogino-knaus o método rítmico, que se basa en la abstinencia de contacto sexual durante los días fértiles. El periodo fértil se extiende desde 5 días antes de la ovulación hasta 2 días después de la misma. Se controla por medio de la última regla cuando empieza y termina su periodo de fertilidad.

**Moco cervical.** En este método natural se deberá tomar en cuenta la consistencia del moco cervical, cuando este se presenta muy viscoso (se extiende más de 3 centímetros de longitud sin romperse) se deberá evitar las relaciones sexuales, ya que el periodo de ovulación está presente.

**Temperatura basal.** La predicción se efectúa controlando los cambios en la temperatura corporal basal de la mujer para conocer el momento de la ovulación o identificando los cambios de la mucosidad cervical que indica la ovulación, por lo general la temperatura se incrementa un grado el día de la ovulación y permanece así durante varios días.

**Coito interrumpido:** consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación lo que significa que el semen no quedará dentro de la mujer. Este método es de alto riesgo puesto que antes de la eyaculación el hombre arroja un líquido que contiene espermatozoides y que puede fecundar.

**Lactancia materna:** este método consiste en amamantar al bebé por lo menos cada tres horas desde el momento del nacimiento, más de cinco veces al día, lo que disminuye la probabilidad de la ovulación. Su eficacia es del 80 al 95 %, dependiendo de uso adecuado del método.

**b) Métodos de barrera.** Son aquellos métodos que impiden el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas, etc.) o la combinación de ambos.

**Óvulos vaginales.** Contienen espermicidas que forman una barrera protectora, evitando el paso de los espermatozoides hacia el útero. En cada relación sexual se usa uno nuevo. Estos óvulos se usan antes de la relación sexual. Es un método muy efectivo y muy fácil de aplicar.

**El Condón o preservativo.** Es el método más antiguo utilizado por el hombre. Llamado profiláctico o condón. En la actualidad los preservativos se fabrican con látex de goma, y consiste en una funda muy fina que se usa recubriendo el pene para evitar que el líquido seminal que este eyacula pase a la vagina. Debe colocarse después de la erección y antes de la penetración.

**Diafragma.** Es una caperuza de caucho o de goma con un borde flexible de distintas medidas que actúa como obstáculo mecánico tapando el cuello del útero, impidiendo así la entrada de los espermatozoides. Debe ir acompañado siempre de espermicidas para matar e inmovilizar a los espermatozoides, aplicados dentro y fuera del diafragma.

### **c) Métodos Hormonales.**

**Anticonceptivos orales.** Los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas) se usan para prevenir el embarazo. El estrógeno y la progestina son dos hormonas que se encuentran en las mujeres. La combinación de estrógeno y progestina funciona al impedir la ovulación (liberación de los huevos de los ovarios). También funciona al cambiar el recubrimiento del útero (matriz) para prevenir el desarrollo del embarazo y

cambia la mucosidad cervical (cuello uterino) para prevenir el pasaje de los espermatozoides (células reproductivas masculinas). Los anticonceptivos orales son un método muy eficaz de prevención del embarazo, pero no previenen la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana, ni previene la difusión de otro tipo de enfermedades de transmisión sexual.

**Píldoras anticonceptivas de emergencia.** Se denomina Anticoncepción de Emergencia (AE) a los métodos anticonceptivos que las mujeres pueden utilizar en los días siguientes a un coito sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Para tal efecto, se usan pastillas de levonorgestrel solo o pastillas combinadas de estradiol y levonorgestrel. Ambas contienen las mismas hormonas que se usan regularmente como anticonceptivos. La diferencia es que la AE se administra en dosis más altas y solamente dentro de las 72 horas que siguen a la relación sexual no protegida.

**Anticonceptivos inyectables.** Los anticonceptivos inyectables combinados (Cyclofem, Mesigyna) contienen las hormonas estrógeno y progestina. Se administran con inyección intramuscular una vez al mes.

**d) Dispositivos intrauterinos.** Un dispositivo intrauterino es un dispositivo especial que se coloca dentro del cuerpo uterino. Hay más de un tipo de dispositivos. Uno de ellos contiene la hormona progesterona que tu cuerpo produce. El dispositivo de progesterona, tiene un tallo

hueco que contiene la hormona progesterona. Dicha hormona es eliminada de forma continua en el útero. Otro tipo de dispositivo intrauterino está recubierto por cobre.

**e) Métodos definitivos.**

**Ligadura de trompas.** La ligadura de trompas, conocida comúnmente como "ligadura", es una cirugía para cerrar las trompas de falopio de una mujer, que son los conductos que conectan los ovarios con el útero. Normalmente, las trompas de una mujer movilizan óvulos desde el ovario hasta el útero aproximadamente una vez al mes y, si los espermatozoides del hombre se encuentran con un óvulo, se puede presentar el embarazo. Si las trompas están cerradas o "ligadas", los espermatozoides no pueden fertilizar el óvulo y, por lo tanto, no se presentará el embarazo. La ligadura de trompas vuelve a una mujer estéril, es decir incapaz de quedar embarazada, en forma permanente.

**Vasectomía.** La vasectomía es un método quirúrgico de esterilización masculina. En la actualidad, se ha convertido en uno de los sistemas de planificación familiar más solicitados por su sencillez, seguridad y ausencia de efectos secundarios. Consiste en realizar una pequeña incisión en la parte anterior del escroto o bien dos laterales, los conductos seminales (o deferentes) se sacan a través de la incisión, se cortan y se ligan tras extraer un segmento, de forma que los dos extremos de cada conducto quedan anudados y separados entre sí. Los procedimientos en



que no se secciona un segmento de los deferentes están en desuso por mayor porcentaje de fallos. A continuación se introducen nuevamente los conductos en el escroto. El sangrado es mínimo y la herida suele requerir algún punto reabsorbible aunque a veces no lo precisa: se realiza presión para contribuir a su cierre.

#### **1.2.4. PROGRAMA EDUCATIVO**

Conjunto sistematizado de técnicas que se crean a partir de características propias de cada sujeto o grupo, cuya aplicación se orienta a desarrollar habilidades y conductas alternativas ampliando así el repertorio conductual y modificar las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee, pero que son inadecuadas<sup>(25)</sup>.

Se refiere a la organización de los componentes de un sistema de manera eficiente para lograr el resultado adecuado.

##### **1.2.4.1. APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

Cada una de las actividades que plantea el programa recoge la metodología específica para su adecuada aplicación, no obstante, es necesario tener en cuenta una serie de orientaciones generales que servirán como guía o marco de referencia para el desarrollo del conjunto de actividades. El procedimiento en cada sesión se expresa en la siguiente tabla<sup>(25)</sup>

<b>MOMENTOS</b>	<b>PROCESOS PEDAGOGICOS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
<b>INICIO</b>	<b>Motivación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Orientaciones actitudinales.</li> <li>❖ Formación de equipos de trabajo.</li> <li>❖ Observación y manipulación de diversos materiales.</li> </ul>
	<b>Recojo de saberes previos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Recopilación de los saberes previos con diversas técnicas.</li> </ul>
<b>DESARROLLO</b>	<b>Conflicto cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Generación del conflicto.</li> </ul>
	<b>Construcción de conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lectura Informativa (Búsqueda de la información)</li> <li>❖ Problematización, generación de dudas y conflictos.</li> </ul>
	<b>Transferencia Aplicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Consolidación de la información.</li> <li>❖ Elaboración, organizadores de información.</li> </ul>
<b>CIERRE</b>	<b>Realimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reflexión sobre el proceso de aprendizaje, afianzando sus fortalezas y aclarando sus dificultades (meta cognición , meta atención y meta comprensión)</li> <li>❖ Desarrollo de una actividad en su cuaderno.</li> <li>❖ Desarrollo de una pequeña actividad de extensión.</li> </ul>
	<b>Metacognición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Grado de conciencia.</li> <li>❖ Desarrollo de actitudes positivas en planificación familiar.</li> </ul>

### **1.3 HIPÓTESIS**

El programa educativo sobre planificación familiar tiene efecto significativo en nivel de conocimiento y actitudes de adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos, Ayacucho - 2014.

### **1.4. VARIABLE**

#### **1.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

X. Programa educativo sobre planificación familiar

X<sub>1</sub>. Inicio

X<sub>2</sub>. Proceso

X<sub>3</sub>. Salida

#### **1.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Y. Conocimiento sobre la planificación familiar

Y<sub>1</sub>. Definición

Y<sub>2</sub>. Métodos anticonceptivos

Z. Actitud frente a la planificación familiar

Z<sub>1</sub>. Afectiva

Z<sub>2</sub>. Conativa

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativo, porque la información es presentada estadísticamente.

#### **2.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Aplicativo, porque utiliza los aportes de la investigación básica en busca de posibles aplicaciones prácticas.

Nivel explicativo, porque determina la relación de causalidad entre las variables (causa-efecto).

#### **2.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Pre-experimental, porque prescinde de un grupo control.

#### **2.4. ÁREA DE ESTUDIO**

La Institución Educativa Pública "San Cristóbal" del distrito de Socos, provincia de Huamanga, de la región Ayacucho. Consta de 10 secciones a nivel secundario. Administrativamente forma parte de la Unidad de

Gestión Educativa Local de Huamanga y, éste a su vez, a la Dirección Regional de Educación de Ayacucho.

## **2.5. POBLACIÓN**

Integrada por 250 adolescentes escolares de la Institución Educativa Pública “San Cristóbal”, del distrito de Socos, matriculados en el año escolar 2014. Se tuvo en consideración los siguientes criterios:

<b>Criterio</b>	<b>Inclusión</b>	<b>Exclusión</b>
Edad	14 – 19 años	Menores de 14 años Mayores de 19 años
Nivel educativo	Cuarto y quinto	Primero – tercero

## **2.6. TAMAÑO DE MUESTRA**

La muestra no probabilística intencional estuvo constituido por 65 adolescentes escolares del 4º y 5º año de Educación Secundaria de la institución Educativa Pública “San Cristóbal”.

## **2.7. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **2.7.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la evaluación de conocimiento y actitud se empleó como técnica la encuesta.

## **2.7.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para el conocimiento se utilizó el test de conocimiento que consta de 20 items, con coeficiente de Kuder Richardson de 0,978 y para la actitud test de tipo lickert que consta de 20 items con coeficiente alfa de Cronbach de 0,984 que corresponde a un alto nivel de confiabilidad general, el cual fue aplicado en dos momentos; con la finalidad de comparar los resultados del pre y post.

**Nombre.** Escala de actitudes frente a la planificación familiar.

**Autor.** Tello y Yucra (2015).

**Descripción.** Está integrado por veinte ítems distribuidos en dos dimensiones: (a) el componente afectivo de las actitudes se analiza mediante cuestiones relativas al grado de identificación o rechazo a la planificación familiar y los métodos anticonceptivos; y (b) el componente conativo de las actitudes a través del cual se exploran las disposiciones conductuales y experiencias previas en planificación familiar y uso de los métodos anticonceptivos.

**Población objetivo.** Estudiantes del nivel secundario.

**Tipo de administración.** Individual o colectiva.

**Norma de aplicación.** A continuación usted encontrará una serie de preguntas que deberá marcar un aspa (x) o una cruz (+) en la opción que considere correcta.

**Tiempo de aplicación.** En promedio 20 minutos.

**Confiabilidad.** Determinada mediante una prueba piloto aplicada a 10 estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Pública “San Cristóbal”. La técnica empleada fue el Coeficiente Alpha de Cronbach en la que se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0,984.

**Norma de evaluación.** Se establecieron puntos de corte para estratificar las actitudes hacia la planificación familiar: En el sistema centesimal, teniendo como factor corrección a 2,5

- Favorable (67 - 100).

- Indiferente (34 - 66).

- Desfavorable (0 - 33).

**Nombre.** Prueba de conocimiento sobre planificación familiar.

**Autor.** Tello y Yucra (2015).

**Descripción.** Está integrado por 20 preguntas cerradas de opción dicotómica y múltiple, puntuándose con uno la respuesta correcta y con cero la incorrecta.

**Población objetivo.** Estudiantes del nivel secundario.

**Tipo de administración.** Individual o colectiva.

**Norma de aplicación.** A continuación le presentamos una serie de interrogantes que evalúan su nivel de conocimiento sobre planificación familiar.

**Tiempo de aplicación.** En promedio 30 minutos.

**Confiabilidad.** Determinada mediante una prueba piloto aplicada a 10 estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Pública “San Cristóbal”. La técnica empleada fue el Coeficiente de Kuder Richardson en el que se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0,978.

**Norma de evaluación.** Se establecieron puntos de corte para estratificar el clima familiar:

- Bueno (16 - 20 puntos).
- Regular (11 - 15 puntos).
- Malo (0 – 10 puntos).

## **2.8. PROCESAMIENTO**

El procesamiento de datos fue informático mediante el empleo del paquete estadístico IBM - SPSS versión 20,0.

## **2.9. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

Los resultados fueron presentados en tablas y figuras estadísticas de distribución numérica y porcentual. A nivel inferencial se realizó el cálculo de la prueba “t” de Student, al 95% de confianza, para contrastar las hipótesis.



## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

### CUADRO 01.

#### EDAD DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SAN CRISTÓBAL" DEL DISTRITO SOCOS, AYACUCHO-2014.

Edad de los adolescentes escolares	Nº	%
Edad (años)		
14 – 16	40	61,5
17 – 19	25	38,5
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Pre y post test aplicado a los adolescentes de la IE "San Cristóbal", setiembre- 2014.

En la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos el 61,5% de estudiantes tiene edades entre 11 a 14 años y 38,5% de 15 a 19 años.

## CUADRO 02.

### SEXO DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SAN CRISTÓBAL" DEL DISTRITO SOCOS, AYACUCHO-2014.

Sexo de los adolescentes escolares	Nº	P
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>	32	49,2
<b>Femenino</b>	33	50,8
<b>Total</b>	65	100,0

Fuente. Pre y post test aplicado a los adolescentes de la IE "San Cristóbal", setiembre- 2014.

En la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos. Referente al sexo, el 50,8% es de sexo femenino y 49,2% masculino.

### CUADRO 03.

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN CRISTÓBAL” DISTRITO SOCOS, AYACUCHO-2014.

Nivel de conocimiento sobre planificación familiar	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	7	10,8	40	61,5
Regular	12	18,5	16	24,6
Malo	46	70,8	9	13,8
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Fuente. Pre y post test aplicado a los adolescentes de la IE “San Cristóbal”, setiembre- 2014.

En la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos, antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, el 70,8% presentó un nivel de conocimiento malo, 18,5% regular y 10,8% bueno; en tanto que, después de esta intervención, el 61,5% presentó un nivel de conocimiento bueno, 24,6% regular y 13,8% malo.

**Estadísticos del conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo de planificación familiar en adolescentes escolares de la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos.**

<b>Estadísticos del conocimiento sobre planificación familiar</b>	<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
N	65	65
Media	10,12	15,69
Desviación típica	2,713	3,056

**Fuente.** Pre y post test aplicado a los adolescentes de la IE “San Cristóbal”, setiembre- 2014.

<b>Prueba “t” para muestras relacionadas</b>						
<b>Diferencias relacionadas</b>				<b>T</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Media</b>	<b>Desviación típ.</b>	<b>95% Intervalo de confianza para la diferencia</b>				
		<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>			
5,569	3,354	4,738	6,400	13,387	64	,000

En la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos, antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, el conocimiento promedio equivalía a  $10,12 \pm 2,713$  y después de esta intervención, el conocimiento promedio es de  $15,69 \pm 3,056$ .

La significación asociada a la prueba “t” de Student (0,000) menor que el valor crítico ( $\alpha = 0,05$ ), es evidencia suficiente para afirmar que el programa educativo sobre planificación familiar tiene efecto significativo en nivel de conocimiento de los adolescentes escolares de la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos ( $t = 13,387$ ;  $p < 0,05$ ).

#### CUADRO 04

### ACTITUDES ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN CRISTÓBAL” DEL DISTRITO SOCOS, AYACUCHO-2014.

Actitudes frente a la planificación familiar	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Desfavorable	31	47,7	6	9,2
Indiferente	20	30,8	13	20,0
Favorable	14	21,5	46	70,8
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Fuente. Pre y post test aplicado a los adolescentes de la IE “San Cristóbal”, setiembre- 2014.

En la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos, antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, el 47,7% presentó una actitud desfavorable, 30,8% indiferente y 21,5% favorable; en tanto que, después de esta intervención, el 70,8% presentó una actitud favorable, 20% indiferente y 9,2% desfavorable.

**Estadísticos de las actitudes antes y después de la aplicación del programa educativo de planificación familiar en adolescentes escolares de la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos.**

Estadísticos de actitudes sobre planificación familiar	ANTES	DESPUÉS
N	65	65
Media	40,03	75,45
Desviación típica	17,912	17,933

Fuente. Pre y post test aplicado a los adolescentes de la IE “San Cristóbal”, setiembre- 2014.

Prueba “t” para muestras relacionadas						
Diferencias relacionadas				T	gl	Sig. (bilateral)
Media	Desviación típ.	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
		Inferior	Superior			
35,415	16,016	31,447	39,384	17,828	64	,000

En la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos, antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, la actitud promedio equivalía a  $40,03 \pm 17,912$  y después de esta intervención, una actitud promedio es de  $75,45 \pm 17,933$  puntos. La significación asociada a

la prueba "t" de Student (0,000) menor que el valor crítico ( $\alpha = 0,05$ ), es evidencia suficiente para afirmar que el programa educativo sobre planificación familiar tiene efecto significativo en la actitud de los adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos ( $t = 17,828$ ;  $p < 0,05$ ).



## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

La presente investigación trata de la efectividad del programa educativo sobre planificación familiar en el nivel de conocimiento y actitudes de los adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos.

Los resultados hallados en el **cuadro 01**, acerca de los adolescentes escolares del 4º y 5º año de Educación Secundaria de la Institución Educativa "San Cristóbal" de Socos, se caracterizan por: 61,5% se encuentran entre las edades 14 a 16 años y 38,5% de 17 a 19 años.

En el **cuadro 02**, se encontró que referente al sexo, el 50,8% es de sexo femenino y 49,2% masculino.

Hallazgos semejantes al **cuadro 01 y 02**, reportan los investigadores: Grimaldo <sup>(26)</sup> al evaluar Calidad de vida en estudiantes de nivel secundario de la ciudad de Lima - 2009; encontró que 51.1% de estudiantes son mujeres y 45,9% varones. Mayores porcentajes de estudiantes de cuarto y quinto fluctúan entre 46% de 15 años, 36% de

16 años y 11,4% de 14 años. Por su parte Díaz <sup>(27)</sup> en su trabajo de investigación "Clima de clase y rendimiento académico de alumnos del cuarto de secundaria del taller industria del vestido en ventanilla", Lima, encontró edad mínima 13 años y máxima 18 años. 30% de 16 años, 23% 15 y 14 años respectivamente, 1% de 13 años y 2% de 18 años. Sexo: 56% mujeres y 44% varones. Finalmente de manera similar los investigadores Castro y otros <sup>(28)</sup> de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, en instituciones educativas de la ciudad de Cartagena - Argentina, han concluido: edad mínima es de 13 y edad máxima de 19 años. El mayor número de estudiantes se encuentra en el rango de 16 a 18 años con un 53% y el menor número de estudiantes con 19 años que corresponde al 1%. Se deduce que más de la mitad de la población se encuentra entre las edades de 16 a 18 años. Sexo: femenino 54% y masculino 46%.

El 100% de los escolares del 4º y 5º año de Educación Secundaria de la Institución Educativa "San Cristóbal" de Socos, se encuentran en la fase de adolescencia (14 a 19); y por tanto, como indica Avellaneda <sup>(29)</sup> se encuentran en una etapa de transformaciones y cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y afectivos. Cobran significativa importancia en el entorno social, en sus normas, modos de afrontar y resolver los conflictos propios del desarrollo. Dichos cambios está influido principalmente por el entorno familiar y social donde se desarrolla el adolescente.

En los escolares de 4<sup>to.</sup> Y 5<sup>to.</sup> Año de educación secundaria de las Institución Educativa "San Cristóbal" de Socos y de otras instituciones Educativas de zonas rurales de Ayacucho, tan igual que de los colegios secundarios de la ciudad de Lima e inclusive de otros países como Argentina, los rangos de edad fluctúan entre 14 a 19 años, centrándose con mayor frecuencia entre 14 a 16 años y mayor porcentaje sexo femenino que masculino.

Los resultados encontrados en el **cuadro 03**, El nivel de conocimiento sobre planificación familiar de los adolescentes de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos: antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, 70,8% fue malo, 18,5 regular y 10,8% bueno, con una media 10,12 Ds  $\pm$  2,713 puntos, dicho resultado es afines con los resultados obtenidos por los investigadores:

Hallazgos semejantes al **cuadro 03** reportan los investigadores: Alfaro <sup>(30)</sup>, en la República de Nicaragua, en trabajo de investigación sobre Planificación Familiar, encuentra que el 88 % de las adolescentes desconoce el uso correcto de los anticonceptivos, el 49 % nunca recibió información sobre planificación familiar. El 37 % de los maestros y 40 % de los padres ignoran por completo el uso de todos los métodos. El 65 % de los maestros y 45 % de los padres nunca han hablado sobre el tema de sexualidad con sus alumnos e hijos respectivamente.

En el mismo orden Salazar <sup>(31)</sup> y otros en estudio "Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en

adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú 2007, arribaron a que un porcentaje significativo de 50% de los adolescentes tienen conocimientos malo sobre sexualidad y 15.5% muy malo.

Del mismo modo Chávez (2002) <sup>(7)</sup>, en la investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar y sexualidad en escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria del colegio de Tintaya Marquiri y Campamento Bhp Tintaya”, Cusco 2001, determinó que el 65% desconocen sobre planificación familiar en la dimensión de sexualidad y métodos anticonceptivos, prevaleciendo una idea equivocada sobre dichos temas.

Por otro lado Sales y Colaboradores <sup>(32)</sup>, reportan que la “mayoría de los adolescentes no están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados”; por lo mismo, “anualmente ocurren alrededor de 33 millones de casos nuevos de infección de transmisión sexual a nivel mundial; alrededor de 85 % de estos casos ocurren en países en desarrollo”.

Por otra parte, refiere que la Educación Sexual Integral (ESI) es una acción formativa presente en todo el proceso educativo, que contribuye al desarrollo de conocimientos, capacidades y actitudes para que las y los estudiantes vivan su sexualidad en el marco del ejercicio de sus derechos y responsabilidades con los demás; de una manera saludable, placentera

y responsable, teniendo en cuenta las particularidades de cada etapa de su desarrollo en el contexto de relaciones interpersonales democráticas, equitativas y respetuosas<sup>(33)</sup>.

De acuerdo a los análisis de los resultados del presente trabajo de investigación y con los sustento, de otras investigaciones citadas, se infiere que el mayor porcentaje de los estudiantes de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de educación secundaria tienen un nivel de conocimiento deficiente o malo sobre planificación familiar; tanto en la República de Nicaragua, a nivel del Perú, como: Lima, Cusco y en este último caso en los adolescentes de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos. Dentro de este contexto de información de esta última institución se diseñó y se aplicó el Programa Educativo de Planificación Familiar; lográndose como resultado después de la aplicación del programa que el nivel de conocimiento de los adolescentes mejoró a 61,5% buena, 24,6% regular y 13,8% malo; con una media de 15,69 Ds  $\pm$  3,056 puntos, situándose en la categoría regular.

El programa educativo sobre planificación familiar diseñado y aplicado fue una experiencia positiva, porque los estudiantes participaron activamente en los talleres y exhibieron interés para aprender nuevos conocimientos que serán de mucha utilidad en su vida futura, donde tendrán la decisión de cuándo y cuántos hijos tener a través del ejercicio de una maternidad y paternidad responsable.

Como se puede observar en el cuadro 03, existen diferencias con la

evaluación antes de la aplicación y después de la aplicación del programa educativo de planificación familiar, por lo que para encontrar el nivel de significancia de la variación entre los dos momentos, se procede a realizar el análisis de la prueba “t” de Student: Resultando el valor de la prueba “t” de Student (0,000) menor que el valor crítico ( $\alpha = 0,05$ ), que es evidencia suficiente para afirmar la hipótesis de que el “programa educativo sobre planificación familiar tiene efecto significativo en nivel de conocimiento de los adolescentes escolares de la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos” ( $t = 13,387$ ;  $p < 0,05$ ).

Luego de un amplio análisis mediante diferentes procesos y pruebas estadísticas se concluye que el programa educativo diseñado y aplicado sobre planificación familiar fue efectivo en el logro del nivel de conocimiento y actitudes de los adolescentes escolares de la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos.

En el **cuadro 04** se encontró, En la Institución Educativa “San Cristóbal” del distrito Socos, antes de la aplicación del programa educativo sobre planificación familiar, el 47,7% presentó una actitud desfavorable, 30,8% indiferente y 21,5% favorable; en tanto que, después de esta intervención, el 70,8% presentó una actitud favorable, 20% indiferente y 9,2% desfavorable.

De acuerdo al procedimiento estadístico, la actitud promedio antes de la intervención equivalía a  $40,03 \pm 17,912$  y después de esta intervención,

se obtiene actitud promedio de  $75,45 \pm 17,933$  puntos.

Los resultados de esta investigación sobre la actitud de los adolescentes hacia planificación familiar antes de la intervención del programa educativo fue desfavorable, lo cual es concordante con los resultados de la investigación desarrollada por Córdova (2007)<sup>(8)</sup>. “*Actitudes y conocimientos sobre planificación familiar que influyen en embarazos de adolescentes. Instituto Nacional Materno Perinatal*”, Lima; quien reporta que el 54,8% tiene una actitud negativa frente a la planificación familiar. Por otra parte de manera similar a los 2 autores anteriores Gonzales 2007<sup>(34)</sup> en investigación desarrollada en Universidad Veracruz México, concluye que el 50 % de los adolescentes poseen una actitud conservadora y el 42 % una actitud liberal frente a la planificación familiar.

Mientras Quispe y colab. 2003<sup>(35)</sup> en investigación sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata – Cusco, reportó que el 54,6 % demostró una actitud regular hacia la sexualidad.

Finalmente Higuera (2007)<sup>(1)</sup>, en la investigación “opinión que tienen los adolescentes acerca de la atención en la consulta de planificación familiar, en el Instituto Nacional de Puericultura Dr. Pastor Oropeza”, Venezuela, en el uso de métodos anticonceptivos por los/las adolescentes, refiere que hay componente afectivo que se debe tomar en cuenta; por lo que no se puede desvincular la educación sentimental o afectiva de la educación sexual, para las/los adolescentes ambas cosas

están íntimamente ligadas y acuden a buscar la información sobre los métodos anticonceptivos en busca de afianzar el amor y el romance.

Según García <sup>(36)</sup>, la actitud contiene tres elementos: cognitivo, afectivo o emocional y conductual.

Los resultados de esta investigación y de las investigaciones citadas demuestran que los adolescentes con bajo nivel de información tienen actitud desfavorable hacia planificación familiar, pero, luego de la aplicación del programa educativo; se logró incrementar el nivel de conocimiento y como consecuencia se consiguió cambio de actitud de indiferente 21,5% a favorable 70,8% frente a la planificación familiar; es decir, mejora la forma de sentir y la tendencia a actuar de una u otra forma frente a situaciones sexuales como: pornografía, preferencias sexuales, normas o costumbres sociales, relaciones prematrimoniales, noviazgo, matrimonio y conducta sexual. Para encontrar el nivel de significancia de la variación entre los dos momentos, se procede a realizar el análisis de la prueba "t" de Student: Siendo el valor de la prueba "t" de Student (0,000) menor que el valor crítico ( $\alpha = 0,05$ ), que es evidencia suficiente para afirmar la hipótesis, que el "programa educativo sobre planificación familiar tiene efecto significativo en la actitud de los adolescentes escolares de la Institución Educativa San Cristóbal del distrito Socos" ( $t = 17,828$ ;  $p < 0,05$ ).



## CONCLUSIONES

1. Los escolares de 4<sup>to.</sup> Y 5<sup>to.</sup> año de educación secundaria de la Institución Educativa "San Cristóbal" de Socos, se caracterizan por que existe mayor porcentaje de Adolescentes entre 14 a 16 años de edad y sexo femenino con una minimidad de diferencia más que del sexo masculinos.
2. nivel de conocimiento sobre planificación familiar de los adolescentes antes de la aplicación del programa educativo fue malo (70,8%). Después de la aplicación del Programa Educativo, el nivel de conocimiento de los adolescentes mejoró a 61,5%.
3. La actitud de los escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos, antes de la aplicación del programa educativo, 47,7% tenían una actitud desfavorable; en tanto, que después de esta intervención, el 70,8% presentó una actitud favorable.
4. El programa educativo sobre planificación familiar tuvo efecto significativo en incrementar nivel de conocimiento y actitud favorable de

los adolescentes escolares de la Institución Educativa "San Cristóbal" del distrito Socos ( $t = 13,387$ ;  $p < 0,05$ ).

## **RECOMENDACIONES**

1. Al Sector Salud, aplicar el presente programa educativo sobre planificación familiar en las diferentes instituciones educativas públicas y privadas para promover la salud sexual y reproductiva, disminuyendo el riesgo de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.
2. A las autoridades del Sector de Educación, supervisar el cumplimiento en cada institución sobre el desarrollo de la asignatura "Educación para la Salud".
3. A los padres de familia, practicar una comunicación asertiva con sus hijos sobre diversos temas, entre ellos, de sexo y sexualidad.
4. A los estudiantes de la Facultad de Enfermería, realizar otros trabajos de investigación experimentales, aplicando el presente programa educativa sobre planificación familiar en diferentes contextos o espacios para ratificar o refutar su efectividad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. HIGUERA F. "Opinión que tienen los adolescentes acerca de la atención en la consulta de planificación familiar, en el Instituto Nacional de Puericultura Dr. Pastor Oropeza 2007" [tesis de licenciatura]. Venezuela: Facultad de Medicina escuela de Enfermería; De La Universidad Central Venezuela; 2007.
2. PÉREZ G, GOTILLA A, GIL F, MACCHETTO A, NÚÑEZ A, CRAVIOTO M *ET AL*. La planificación familiar en el contexto de la Salud Reproductiva. México, DF: Espiral Editora [Internet] 1998.[11 de agosto de 2013]; 32(12).Disponible en: [bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?i=000395](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?i=000395)
3. RASMUSSEN CRUZ BL, HIDALGO-SAN MARTÍN A, HIDALGO-RASMUSSEN C. Comportamientos de riesgo de enfermedades y lesiones en estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Jalisco, México- 2005. Guadalajara, México: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente (UIESSA); 2005. pdf. 27-38. Disponible en: [www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462013000100005pdf](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462013000100005pdf).
4. ALEMÁN RIVERA IS, CORTÉS ESCÁRCEGA I, PÉREZ CUEVAS R. "Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería". México. Rev. Bol Med Hosp Infant Mex 2013; 70(1):19. Disponible en: <http://www.misrespuestas.com/que-es-la-planificacion-familiar.html>
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS (2009, octubre 20). Visitado Noviembre 12, 2009 de: [26 de julio de 2013]; 45(20) Disponible en: <http://www.who.int/es/>
6. GONZÁLEZ BORROTO J. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Colombia.

Rev.saludpública vol.11 n.1 Bogotá Jan./Feb. 2009.11(1)1426.Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol8\\_2\\_08ped07208.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol8_2_08ped07208.pdf).

7. CHÁVEZ, M. Conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar y sexualidad en escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria en colegios de Tintaya Marquiri y Campamento Bhp Tintaya 2001. Revista sitúa -UNMSM; 10 (20).disponible en:  
<http://www.misrespuestas.com/que-es-la-planificacion-familiar.html>.

8. CÓRDOVA S. Actitudes y conocimientos sobre planificación familiar que influyen en embarazos de adolescentes. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima. Rev. de Ciencias de la Salud expo. 2007; 2 (1): 345-12.Disponible en: <http://familydoctor.org/o/planificaion/familiar/home/conocimiento/126.html>

9. MENDOZA W. Factores psicológicos y socioculturales asociados con el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes. Institución Educativa San Ramón - Ayacucho. [tesis de licenciatura]. Ayacucho: Facultad de Enfermería de la UNSCH; 2008.

10. FERNÁNDEZ, V. Aspectos legales de la investigación. España. Disponible en : <http://estudiantespilas.wikispaces> 2012

11. BUNGE, M. (1997) La investigación científica. Buenos Aires. Argentina: Sudamericana.

12. SALAZAR A. "El punto de Vista Filosófico", 1ra edición, Editorial El Alce Lima-Perú, 1988 pág.308.Disponible en:<http://es.shvoong.com/humanities/1730884-los-tres-niveles-delconocimiento/>

13. MARTÍNEZ, B. Y CÉSPEDES N. "Metodología de la investigación. Estrategias para investigar cómo hacer un proyecto de investigación. Lima: 2008". Revista científica de la Facultad de Humanidades, Ediciones Libro Amigo. Disponible en:

<http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/educare/article/view/11>

14. CUBA E, CHÁVEZ B. Nivel de conocimiento y actitud frente a la discapacidad en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal De Huamanga. Ayacucho. [tesis de licenciatura]. Ayacucho: UNSCH; 2012.
15. LEÓN J, GÓMEZ T. Psicología Social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. 1ra ed. España McGraw-Hill/Interamericana; 1998.
16. BOLÍVAR, A. La Evaluación de valores y actitudes. ed. 1ra. Edit. España. Abya –Yala/internacional; 1995.
17. SUMMERS, G. Medición de actitudes. ed. 1ra. México: Edit. Trillas. 1976 Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0382.pdf>
18. MARÍN, R. Valores, objetivos y actitudes en educación. ed. 1ra. España: Edit. Miñón; 1976. Disponible en: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/numero\\_15/marin%20maria\\_herrera\\_1.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/numero_15/marin%20maria_herrera_1.pdf)
19. CHIROQUE, S. (2004) Diseños e instrumentos de investigación. Lima: Universidad Peruana Unión. Disponible en: [ww.ipp-peru.com/wp-content/uploads/CV-SCH-2009.pdf](http://www.ipp-peru.com/wp-content/uploads/CV-SCH-2009.pdf)
20. MORALES, F. (1999) Psicología social y metodología de las Cc. del comportamiento. Universidad de Granada. ed. 1ra. Edit. Mc Graw-Hill. Madrid. Disponible en: <http://www.ugr.es/~eutrasoc/guiasdocentes/psicologia-social.pdf>
21. VILCHES, A. y GIL-PEREZ, D. Construyamos un futuro sostenible. Dialogos de supervivencia Madrid. Rev. Cambridge University Press [Internet] 2003. [13 de enero de 2014]; 46(11). Disponible en: <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=print&sid=1306>

22. FACHO S, MUNARES O. Actitud y conocimiento tras la aplicación de informativos sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de la universidad wiener. Lima-2012. Rev Peru Med Exp; 24(21): 53-10. Disponible en: <http://www.uwiener.edu.pe/portales/obstetricia/documentos/obstetricia.pdf>
23. MINSA. Programa de planificación familiar. Lima [Internet] 2012. [11 de julio de 2014]; 28(6). Disponible en <http://www.minsa.gob.pe>.
24. PAVÓN BRIVON C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar de las madres de la comunidad irubi parroquia apuela cantón cotacachi de enero a agosto del 2008. [tesis de licenciatura]. Ecuador: Facultad Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte; 2009.
25. PRETEL K. Efecto de un programa de entrenamiento de habilidades sociales en el nivel de emociones negativas en adolescentes del cebsa «Luis Carranza» Ayacucho - 2009 [tesis de maestría]. Ayacucho: UNSCH.
26. GRIMALDO MUCHOTRIGO M. Calidad de vida de estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. Revista Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia) 2009, reproducido con autorización de la Universidad de San Martín de Porres y Universidad Nacional Federico Villarreal. Disponible en: [mgrimaldo2001@yahoo.com](mailto:mgrimaldo2001@yahoo.com)
27. INOCENTE DÍAZ N. "Clima de clase y rendimiento académico de alumnos del cuarto de secundaria del taller industria del vestido en Ventanilla- 2010" [Tesis de maestría]. Lima: Escuela de Postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola; 2010.
28. CASTRO PEÑALOZA M, PENICHE MONSALVE A y PEÑA WILCHES J. Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivo asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en la ciudad de

Cartagena. [Tesis de maestría]. Cartagena - 2012. Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería. Corporación Universitaria Rafael Núñez; 2012.

29. AVELLANEDA C. Narrativas sobre el embarazo adolescente en la ciudad de Quito, Material audiovisual, UPS, 2009. Disponible en: [http://www.cнна.gov.ec/\\_upload/Plan\\_Prevencción\\_Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.cнна.gov.ec/_upload/Plan_Prevencción_Embarazo_Adolescente.pdf)

30. ALFARO BLANDÓN J. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. León. Nicaragua; 2000.

31. SALAZAR GRANARA A, ÁLVAREZ SANTA MARÍA, SOLANO ROMERO I. "Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú 2007

32. SALES J, MILHAUSEN R, DICLEMENTE R. A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimize future prevention efforts. Sexually Transmitted Infectious 2006. [En línea] Disponible:

33. <http://www.obgyn.net/young-woman/younwoman.asp?page=/yw/articles/folgar0699-sp>.

34. MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) [Internet] 2006, [11 de julio de 2013]; 13(6). Disponible en: [http://www.educ.ar/recursos/ver?rec\\_id=107056](http://www.educ.ar/recursos/ver?rec_id=107056).

35. GONZÁLEZ PÉREZ G, PRIETO VIANEY R. Actitudes de los adolescentes acerca de la sexualidad. [tesis de licenciatura]. México: Facultad de medicina de la Universidad Veracruzana. México. 2007.



36. QUISPE W, QUISPE A, QUISPE G. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata - Cusco. 2003. Disponible en: [http://www.uvquispe.sld.Cu/nivel-de-conocimientos-sobre-los métodos- anticonceptivo- en adolescentes-del-p-129k](http://www.uvquispe.sld.Cu/nivel-de-conocimientos-sobre-los-métodos-anticonceptivo-en-adolescentes-del-p-129k). [Abril 2003] pdf.
37. GARCÍA F, ALFARO A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. Rev. Iberoa. 2009. (1):3-8. [Internet] Disponible:[http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revistas/numero%2014/sexualidad4anticoncepci%f3n- en-j.htm](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revistas/numero%2014/sexualidad4anticoncepci%f3n-en-j.htm). [Abril 2009].

**ANEXOS**

## INSTRUMENTOS

### ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

#### INTRODUCCIÓN

Estimado estudiante: Somos egresadas de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. En esta oportunidad solicito su apoyo respondiendo a la siguiente escala personal y anónima.

#### INSTRUCCIONES

A continuación usted encontrará una serie de declaraciones que deberá marcar con un aspa (x) o una cruz (+) y completar los espacios en blanco.

#### I. DATOS GENERALES

1.1. Edad \_\_\_\_\_ años

1.2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

#### II. DATOS ESPECÍFICOS

N°	ITEM	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
1	Es conveniente tener relaciones sexuales prematrimoniales	0	1	2
2	Cuando el/la adolescente tiene pareja está bien tener relaciones sexuales	0	1	2
3	Una adolescente con pareja puede tener relaciones sexuales planeadas	2	1	0
4	Está bien prevenir el embarazo cuando se tienen relaciones sexuales ocasionales	2	1	0
5	Cuando se embaraza una adolescente es adecuado interrumpir el embarazo	0	1	2
6	Lo más adecuado es usar el condón al tener relaciones sexuales ocasionales	2	1	0
7	Todas las personas deben decidir cuándo tener hijos.	2	1	0
8	Todas las personas deben decidir cuántos hijos	2	1	0
9	Estoy dispuesto (a) a utilizar preservativos para evitar embarazos no deseados.	2	1	0
10	Estoy dispuesto (a) a utilizar preservativos para evitar infecciones de transmisión sexual.	2	1	0
11	El uso de preservativos disminuye el pacer sexual.	0	1	2

12	Los métodos naturales no son nada seguros.	0	1	2
13	Los métodos naturales utilizados apropiadamente son seguros	2	1	0
14	La anticoncepción oral de emergencia es un método de planificación familiar de rutina.	0	1	2
15	La píldora del día siguiente predispone al cáncer.	0	1	2
16	Los métodos hormonales (píldoras, inyectables o implantes) predisponen al cáncer.	0	1	2
17	Los métodos hormonales esterilizan a las mujeres.	0	1	2
18	La ligadura de trompas disminuye el deseo sexual de la mujer	0	1	2
19	La vasectomía disminuye la virilidad del varón	0	1	2
20	La vasectomía predispone a la homosexualidad.	0	1	2

**Fuente.** Tello y Yucra, 2014.

**Nota:** El puntaje global deberá ser multiplicado por 5 para obtener un valor centesimal (100).

- Favorable (67 - 100).
- Indiferente (34 - 66).
- Desfavorable (0 - 33).

## TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**Instructivo:** Lee cuidadosamente este cuestionario, sé lo más sincero(a) posible, estamos tratando de evaluar cuánto sabes sobre planificación familiar.

1. **Marca la respuesta correcta con respecto al significado de planificación familiar:**
  - Decidir cuándo y cuántos hijos tener.
  - Evitar relaciones sexuales.
  - Evitar embarazos.
  - Ninguna de las anteriores.
2. **Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a:**
  - Relaciones sexuales entre hombre y mujer.
  - A la forma en cómo se viven los roles de padre y madre.
  - Prevenir enfermedades de transmisión sexual.
  - A las relaciones afectivas en la pareja.
  - A relaciones sexuales entre personas de un mismo género o sexo.
3. **La responsabilidad del embarazo es:**
  - Solamente de la mujer.
  - Es responsabilidad del hombre.
  - Del personal del Sub centro de salud.
  - De la pareja en conjunto.
4. **¿Qué es un método anticonceptivo?**
  - Un método para no tener hijos.
  - Un método que me protege de ITS.
  - Un método que me hace engordar.
  - Un método nocivo para nuestro organismo.
5. **¿Conoce que ventajas le brinda el uso de métodos Anticonceptivos?**
  - Es 100% seguro.
  - Le protege de ITS.
  - Le produce dolor de cabeza.
  - Le aumenta o disminuye de peso.
  - Le produce sangrado vaginal abundante.
  - Disfruta del momento de su relación sexual.
6. **Cuando una persona (hombre o mujer) utiliza anticonceptivos es porque:**
  - Tiene varias parejas.
  - Es respetuosa con su pareja.
  - Sólo piensa en sí misma.
  - Es responsable.
7. **Marca la respuesta correcta con respecto a la edad más adecuada para el inicio de las relaciones sexuales:**
  - a. 10 a 19 años.
  - b. 20 a 35 años.
  - c. 36 a 56 años.
  - d. Más de 56 años.
8. **Marque la respuesta incorrecta, en relación a los anticonceptivos:**
  - Las pastillas anticonceptivas son efectivas cuando se toman diariamente.
  - El método de ritmo es el que tiene mayor tasa de fallos.
  - El dispositivo intrauterino (T de Cobre) es un método definitivo.
  - El preservativo es el método anticonceptivo 99% seguro.

9. **Señala la respuesta correcta en relación a la conexión que tiene las relaciones sexuales con las relaciones amorosas:**
- Siempre hay que tener relaciones sexuales con la persona que se ama.
  - El amor es la principal razón por la cual se inicia las relaciones sexuales.
  - Las relaciones sexuales son iniciadas independiente del amor que se tenga.
  - El amor nace luego de mantener relaciones sexuales con la pareja.
10. **Señala la respuesta correcta en relación a la edad de la pareja para iniciar actividad sexual:**
- No interesa la edad de la pareja, se puede tener relaciones a cualquier edad.
  - Generalmente las relaciones sexuales en adolescentes son con otros adolescentes.
  - Siempre los adolescentes inician relaciones sexuales con personas mayores.
  - Se inicia actividad sexual en la adolescencia con una pareja menor que uno.
11. **Si el o la adolescente inició su actividad sexual ¿importaría la forma de pensar y actuar de su pareja con respecto al amor y el sexo? Marca la respuesta correcta:**
- Sí, porque me indicará posibles riesgos.
  - No, porque no aportaría nada a la relación actual.
  - No se sabe, es muy incierto el planear el futuro
12. **Indica cuál es la mejor persona que te proporcionaría información para tomar una buena decisión con respecto al inicio de la actividad sexual, marca la respuesta correcta:**
- Los profesionales de salud.
  - Los padres.
  - Los profesores.
  - Los amigos.
13. **Marque la respuesta incorrecta, en relación a las principales motivaciones que llevan al adolescente a iniciarse sexualmente:**
- Atracción física.
  - Por amor.
  - Por curiosidad.
  - Por venganza.
14. **Señala cuáles son infecciones de transmisión sexual (ITS) marca la respuesta correcta:**
- VIH/SIDA, sífilis, gonorrea.
  - Infección urinaria, condilomas, uretritis.
  - Cáncer de mama e infección del tracto urinario.
  - Infección urinaria, uretritis, cáncer de mama.
15. **¿Con el uso del condón durante el acto sexual, cuál de las siguientes enfermedades le prot**
- Sífilis.
  - Virus del papiloma humano genital.
  - Herpes.
  - Gonorrea.

- VIH/SIDA.
  - Todas las anteriores.
  - Ninguna de las anteriores.
- 16. ¿Qué método anticonceptivo considera menos nocivo?**
- Ritmo.
  - Condones.
  - Pastillas.
  - T de cobre.
  - Implante Subdermico (tubitos en el brazo).
  - Coitos Interruptus (Terminar afuera).
- 17. Marque la respuesta correcta acerca de las píldoras anticonceptivas:**
- Las píldoras anticonceptivas combinadas Ud. debe tomar todos los días 1 vez al día y a la misma hora.
  - Las píldoras anticonceptivas combinadas Ud. debe tomar 3 a 4 veces a la semana.
  - Las píldoras anticonceptivas combinadas le produce sangrado y cólicos menstruales.
- 18. Marque la respuesta correcta respecto a la inyección anticonceptiva:**
- Se coloca: Cada 30 días.
  - Cada 90 días.
  - A y B.
  - Ninguno de los anteriores es correcta.
- 19. Referente a la inyección anticonceptiva:**
- Inhibe o impide la ovulación.
  - Hace que ovule más frecuente.
  - No interviene la ovulación.
- 20. Marque lo correcto con respecto a la T de cobre:**
- Efecto inmediato.
  - Hay riesgo de olvidarse.
  - Es muy costosa.
  - Molestia de espalda.

**Fuente.** Tello y Yucra, 2014.

- Bueno (16 – 20)
- Regular (11 - 15)
- Malo (0 - 10)

## ANEXO N° 02

### PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**DENOMINACIÓN.** Programa Educativo PLANFA.

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA.** I.E.P. "San Cristóbal".

**DEFINICIÓN.** Instrumento pedagógico para la aplicación de la educación sobre planificación familiar para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

**INTRODUCCIÓN.** La planificación familiar se ha desarrollado a partir de criterios sobre la salud y el bienestar del individuo. El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y está fundamentado en las áreas de la salud. Ya que implica una concepción muy amplia, se refiere a la toma de decisiones sobre cuándo y cuántos niños desean tener una pareja; el planificar en el área reproductiva es muy importante, ya que así optaremos a una calidad de vida mejor.

**FUNDAMENTACIÓN.** Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos. Dichos problemas se conocen y están documentados, e incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En muchos lugares se han organizado servicios de planificación familiar, eso se debe a que muchas mujeres están especialmente alertas a la necesidad de la anticoncepción para mejorar su vida reproductiva, la política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, esto significa tener servicios adecuados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles.



La presente guía de planificación familiar pretende motivar hacia la educación de los **ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "SAN CRISTÓBAL". DISTRITO DE SOCOS**, que requieren mayor información. Si bien es cierto que cuentan con Centro de Salud y docentes de la Institución Educativa para la atención médica e información; sin embargo no se ha planteado programas de autoeducación sexual que ayuden específicamente a disminuir y solucionar problemas de planificación familiar por todo lo expuesto se ha detectado previamente, que mediante esta guía podremos mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes de dicha institución educativa para contribuir a prevenir y evitar embarazos no deseados, aborto, ITS y muerte.

Esta guía ofrece un modelo y un enfoque conceptual con el propósito de promover la salud sexual y reproductiva, incluyendo la reducción de embarazos no planificados.

Esta guía pretende que los usuarios que asisten al Centro de Salud solo con leer logren cumplir, aprender los métodos de Planificación Familiar los mismos que podrá solicitarlos en esta casa de salud y ponerlos en práctica.

**JUSTIFICACIÓN.** En el distrito de Socos, en el transcurso de las experiencias pre-profesionales en la Institución Educativa "San Cristóbal", se observa que el mayor porcentaje de estudiantes carecen de conocimientos básicos sobre planificación familiar. Por otra parte, los docentes y algunos estudiantes de dicha institución informan en forma textual "que un porcentaje considerable de adolescentes dejan de estudiar principalmente por tener problemas emocionales de pareja, embarazos o por contraer el matrimonio.

Analizado los puntos planteados, se observa una brecha en cuanto al conocimiento y actitud sobre el Programa de Planificación Familiar. Por esta razón, en concordancia con el Plan Nacional de Población surge la

necesidad de investigar y proponer un programa educativo sobre "Planificación Familiar".

## OBJETIVOS

**Objetivo general.** Fortalecer la capacidad para la planificación familiar.

**Objetivos específicos:**

- Utilizar las aportaciones de las teorías de aprendizaje para promover el ejercicio de un comportamiento sexual responsable.
- Motivar el aprendizaje en los estudiantes mediante la aplicación de talleres educativos.
- Contribuir a la disminución de los índices de embarazos no planificados y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

## CONTENIDOS

TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	RESPONSABLE
Adolescencia	Enseñar los cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que ocurren en la etapa	folletos y videobeam	Prof UNSCH
Salud sexual y reproductiva	Enseñar a los adolescentes sobre salud sexual reproductiva.	Videobeam y folletos	Karina Tello
Embarazos: No deseado, a destiempo y	Enseñar ventajas y desventajas	Videobeam y folletos	Karina Tello
Embarazos no planificados	Enseñar los riesgos a los cuales están expuestos en caso de un embarazo junto	Videobeam, folletos y carteleras	Karina Tello

Planificación familiar	Enseñar el concepto de planificación familiar	Carta leras y folletos	Juana
Métodos de planificación Familiar	Conocerán el uso , ventajas, desventajas de todos los métodos anticonceptivo	videobeam folletos rotafolio	Juana
Mitos y creencias sobre sexualidad	Escuchar mitos y creencias, aclarar dudas y que ellos identifique las verdades y mentiras	Hojas de papel, marcadores, lápices	Juana

### SECUENCIA DE LOS TALLERES EDUCATIVOS

MOMENTOS	PROCESOS PEDAGOGICOS	ESTRATEGIAS
<b>INICIO</b>	<b>Motivación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Orientaciones actitudinales.</li> <li>❖ Formación de equipos de trabajo.</li> <li>❖ Observación y manipulación de diversos materiales.</li> </ul>
	<b>Recojo de saberes previos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Recopilación de los saberes previos con diversas técnicas.</li> </ul>
<b>DESARROLLO</b>	<b>Conflicto cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Generación del conflicto.</li> </ul>
	<b>Construcción de conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lectura Informativa- (Búsqueda de la información)</li> <li>❖ Problematización, generación de dudas y conflictos.</li> </ul>
	<b>Transferencia Aplicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Consolidación de la información.</li> <li>❖ Elaboración organizadores de información.</li> </ul>
<b>CIERRE</b>	<b>Realimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reflexión sobre el proceso de aprendizaje, afianzando sus fortalezas y aclarando sus dificultades. (meta cognición , meta atención y meta comprensión)</li> <li>❖ Desarrollo de una actividad en su cuaderno.</li> <li>❖ Desarrollo de una pequeña actividad de extensión.</li> </ul>
	<b>Metacognición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Grado de conciencia.</li> <li>❖ Desarrollo de actitudes positivas en planificación familiar.</li> </ul>

## PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ELABORADO POR TELLO LAURA, KARINA DIANA Y YUCRA GALVEZ,  
JUANA

PRIMERA SESIÓN EDUCATIVA				
OBJETIVOS EDUCATIVOS:				
<ul style="list-style-type: none"><li>• Crear sensación de grupo.</li><li>• Conocer la importancia de la sexualidad y falsas creencias.</li><li>• Evitar los embarazos no deseados y complicaciones.</li><li>• Conocer y evitar los abortos y consecuencias.</li></ul>				
CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
Presentación de las Educadoras y el Grupo	Coloquio	Grupos	10 minutos	Bolígrafos/ papeles
Aplicación del pre test de planificación familiar y sexualidad	Cuestionario	Individualizada	40 minutos	escala Cuestionario
Concepto de sexualidad, falsas creencias	Tormenta de ideas	GG	10 minutos	Rotafolio - pizarra
	Expositiva		25 minutos	Bolígrafos Ordenador + PowerPoint
Embarazo en adolescentes y consecuencias	Expositiva	GG	20 minutos	Rotafolio - pizarra Bolígrafos Ordenador + PowerPoint
Planificación familiar y clasificación de métodos	Expositiva	GG	20 minutos	Rotafolio - pizarra Bolígrafos Ordenador + PowerPoint

## SEGUNDA SESIÓN EDUCATIVA

### OBJETIVOS EDUCATIVOS:

- Conocer la importancia, efectos, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
1. definicion de métodos temporales hormonales	Expositiva	GG	5 minutos	Ordenador + PowerPoint
1.1. Píldoras anticonceptivas	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
1.2. Minipildoras	Expositiva	GG	15 minutos	Ordenador + PowerPoint
1.3. Implante Sub dérmico	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
Inyectables	Expositiva	GG	25 minutos	Ordenador + PowerPoint
1.4. Parches Contraceptivas	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
1.5. Métodos Temporales Intrauterinos	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint

**TERCERA SESIÓN EDUCATIVA****OBJETIVOS EDUCATIVOS:**

- Conocer la importancia, efectos, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.

<b>CONTENIDOS</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>AGRUPACIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS</b>
2. Definición métodos temporales de barrera	Expositiva	GG	05 min.	-Ordenador + PowerPoint
2.1. Preservativo Masculino y femenino	Expositiva	GG	25 min.	-Ordenador + PowerPoint
2.2. Espermicidas Vaginales	Expositiva	GG	25 min.	-Ordenador + PowerPoint
2.3. Diafragma	Expositiva	GG	25 min.	-Ordenador + PowerPoint

### CUARTA SESIÓN EDUCATIVA

#### OBJETIVOS EDUCATIVOS:

- Conocer la importancia, efectos, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
3. Definición de metodos naturales	Técnica de relajación de schultz	GG	30 min	Radio con CD, melodías relajantes, colchonetas
3.1. Calendario del Ritmo	Expositiva	GG	30 min	Ordenador + PowerPoint
3.2. Lactancia Materna	Expositiva	GG	30 min	Ordenador + PowerPoint
3.3. Método de Billigs o de la Mucosidad Cervical	Expositiva	GG	30 min	Ordenador + PowerPoint
3.4. Coitos Interrupto	Expositiva	GG	30 min	Ordenador + PowerPoint
4. Definición de métodos definitivos quirúrgico 4.1.ligadura de trompas	Expositiva	GG	30 min	Ordenador + PowerPoint
4.2. vasectomía	Expositiva	GG	30 min	Ordenador + PowerPoint
4.3. pastillas del día siguiente	Expositiva	GG	30 min	Ordenador + PowerPoint

### QUINTA SESIÓN EDUCATIVA

#### OBJETIVOS EDUCATIVOS:

- Aprender cuales son las enfermedades que se contraen con el uso desenfrenado de las relaciones sexuales.
- Dar explicación sobre cuáles son los riesgos que corremos por causas de estas enfermedades.
- Mostrar la importancia que es protegernos para no causarnos daño.

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
5.definicion y clasificación de enfermedades de transmisión	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
a) vaginosis	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
b)sifilis	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
c)clamidia	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
d) virus del papiloma humano	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
e) herpes	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
f) tricomoniasis	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
g) candidas	Expositiva	GG	20	Ordenador +



			minutos	PowerPoint
h) condilomas	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
i) gonorrea	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint
j) VIH/SIDA	Expositiva	GG	20 minutos	Ordenador + PowerPoint

## SESION FINAL

### OBJETIVOS EDUCATIVOS

- Observar los cambios producidos (conocimientos y actitudes sobre el tema tras realizar el programa educativo

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
Pos tes de conocimientos y actitudes	Cuestionario y escala	Individualizada	15 minutos	Cuestionario y escala
Rueda, cierre del taller, despedida y agradecimiento	Coloquio	GG	20 minutos	Agua de manzana y panecitos

### ANEXO 03

#### PRUEBA DE FIABILIDAD DE LA ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,984	20

Estadísticos total-elemento				
Nº Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	121,3000	1291,122	,906	,986
2	121,1000	1363,211	,201	,987
3	121,4000	1324,489	,605	,986
4	121,4000	1285,156	,896	,986
5	121,3000	1281,789	,944	,986
6	121,1000	1292,544	,938	,986
7	121,1000	1292,544	,938	,986
8	121,5000	1319,389	,776	,986
9	121,2000	1343,956	,510	,987
10	120,8000	1332,844	,452	,987
11	120,9000	1332,544	,426	,987
12	120,9000	1332,544	,426	,987
13	121,3000	1296,900	,917	,986
14	121,5000	1286,056	,953	,986
15	121,5000	1286,056	,953	,986
16	121,3000	1276,900	,934	,986
17	121,1000	1329,878	,585	,986
18	121,2000	1338,178	,506	,987
19	121,3000	1291,122	,906	,986
20	121,3000	1296,900	,917	,986

**PRUEBA DE FIABILIDAD DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTO HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**Estadísticos de fiabilidad**

Kuder Richardson	N de elementos
,978	20

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
Nº ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Kuder Richardson si se elimina el elemento
1	120,9000	1332,544	,426	,987
2	121,3000	1296,900	,917	,986
3	121,5000	1286,056	,953	,986
4	121,5000	1286,056	,953	,986
5	121,3000	1276,900	,934	,986
6	121,1000	1329,878	,585	,986
7	121,2000	1338,178	,506	,987
8	121,5000	1319,389	,776	,986
9	121,2000	1343,956	,510	,987
10	120,8000	1332,844	,452	,987
11	120,9000	1332,544	,426	,987
12	120,9000	1332,544	,426	,987
13	121,3000	1296,900	,917	,986
14	121,5000	1286,056	,953	,986
15	121,5000	1286,056	,953	,986
16	121,3000	1276,900	,934	,986
17	121,1000	1329,878	,585	,986
18	121,2000	1338,178	,506	,987
19	121,3000	1291,122	,906	,986
20	121,3000	1296,900	,917	,986

**ANEXO 04**  
**PROGRAMA EDUCATIVO**  
**INDICE DE CONTENIDOS**

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. PRESENTACIÓN**
- 3. JUSTIFICACIÓN**
- 4. OBJETIVOS**
- 5. MARCO CONCEPTUAL**
  - 5.1. Sexualidad
  - 5.2. Falsas creencias
  - 5.3. Embarazo en adolescentes y consecuencias
  - 5.4. Enfermedad de transmisión sexual.
  - 5.5. Conceptos Generales Método de Planificación Familiar y  
Clasificación de Métodos Anticonceptivos
  - 5.6. Métodos temporales hormonales
    - Píldoras Anticonceptivas.
    - Minipíldoras
    - Implante Su dérmico
    - Inyectables
    - Parches Contraceptivos
    - Métodos Temporales Intrauterinos
  - 5.7. Métodos temporales de barrera
    - Preservativo Masculino
    - Espermicidas Vaginales

- Diafragma

#### 5.8. Métodos naturales

- Calendario del Ritmo
- Lactancia Materna
- Método de Billings o de la Mucosidad Cervical
- Coitos Interrupto

#### 5.9. Métodos definitivos o quirúrgicos.

- Ligadura de Trompas
- Vasectomía

#### 5.10. Pastillas del día siguiente

### 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### 7. EVALUACIÓN

# **GUÍA EDUCATIVA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

## **INTRODUCCIÓN**

La planificación familiar se ha desarrollado a partir de criterios, la salud y el bienestar del individuo. El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y está fundamentada en las áreas de la salud. Ya que implica una concepción muy amplia se refiere a la toma de decisiones sobre cuando y cuantos niños desean tener una pareja al planificar el área reproductiva, es muy importante, ya que así optaremos a una calidad de vida mejor.

## **MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR**

La mayor parte de los métodos de control de natalidad son reversibles, es decir, cuando dejan de utilizarse hombres y mujeres vuelven a ser fértiles. Por el contrario, los métodos quirúrgicos son, en muchos casos, irreversibles, es decir una vez que se recurre a ellos mujeres y hombres no pueden ser padres de nuevo.

La falta de planificación familiar en Ecuador incide en que este sea el país con mayor densidad poblacional de Sudamérica (54,82 habitantes por cada km<sup>2</sup>), sobre todo en los sectores más pobres, donde a mayor número de hijos, menores las posibilidades de lograr educación media y empleo.

El problema en mención como consecuencia de deficiente Planificación Familiar, provoca en los jóvenes otros problemas como las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos y muertes los peligros que corren las parejas y los jóvenes

sexualmente activos. En los países en desarrollo las mujeres generalmente tienen más hijos que los que quieren.

Igualmente desde 1990 el Ministerio de Educación, a través del Viceministerio de la Juventud ha logrado definir y mantener el Proyecto Nacional de Educación Sexual, capacitando a docentes, diseñando paquetes pedagógicos, realizando investigaciones y creando la infraestructura administrativa a nivel Departamental y Municipal.

El Gobierno Nacional, en respuesta a los compromisos mundiales, ha adoptado las políticas relacionadas con la educación sexual y la salud reproductiva, surgidas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994. Allí se llamó la atención sobre el problema de la salud genésica, la necesidad de ejecutar acciones con orientación de género, abogar por los derechos de reproducción y por el papel de la mujer en su desarrollo.

Los objetivos de la Conferencia hacen énfasis en las actividades de planificación familiar y la necesidad de servicios integrales, con el fin de abordar los problemas de sexualidad; incluyendo a los hombres y buscando la satisfacción de las necesidades de los adolesce



## PRESENTACION

Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos. Dichos problemas se conocen y están documentados, e incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En muchos lugares se han organizado servicios de planificación familiar, eso se debe a que muchas mujeres están especialmente alertas a la necesidad de la anticoncepción para mejorar su vida reproductiva, la política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, esto significa tener servicios adecuados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles.

El presente programa de planificación familiar pretende motivar hacia la educación de los **ADOLESCENTES ESCOLARES** de la **INSTITUCION EDUCATIVA "SAN CRISTÓBAL".** **DISTRITO DE SOCOS,** que requieren mayor información. Si bien es cierto que cuentan con Centro de Salud y docentes de la Institución Educativa para la atención médica e información; sin embargo no se ha planteado programas de autoeducación sexual que ayuden específicamente a disminuir y solucionar problemas de planificación familiar por todo lo expuesto se ha detectado previamente, que mediante esta guía podremos mejorar los conocimientos, actitudes y

prácticas de los adolescentes de dicha institución educativa para contribuir a prevenir y evitar embarazos no deseados, aborto, ITS y muerte materna.

Este programa ofrece un modelo y un enfoque conceptual con el propósito de promover la salud sexual y reproductiva, incluyendo la reducción de embarazos no planificados.

### **JUSTIFICACIÓN**

Este trabajo de investigación se considera uno de los pilares más fuertes para influir en la estructura social y cultural de los adolescentes. Esta inversión recae en la gente, en el capital humano y en las estructuras de la vida colectiva, como en la posibilidad de generar nueva normatividad social. Las estrategias educativas que recaen directamente en el ser, en las relaciones afectivas y en los vínculos que establecemos los seres humanos son prioritarias.

### **OBJETIVOS**

Diseñar estrategias en salud sexual y reproductiva que permitan informar, educar y hacer asesorías a los adolescentes y familiares con el fin de contribuir a la disminución de los índices de embarazos no planificados y para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Contribuir a la disminución de los índices de embarazos no planeados/no deseados, mortalidad materna juvenil, infecciones de transmisión sexual.

## **MARCO CONCEPTUAL**

**Sexualidad.-** La OMS Define la sexualidad como la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. La sexualidad como la expresión integral de los individuos como seres sexuales en una sociedad, cultura y tiempo determinado, es considerada como el elemento básico de la personalidad, producto del aprendizaje sociocultural, y por tanto está sujeto al cambio. Es decir, la sexualidad no es algo meramente físico, sino que tiene implicaciones afectivas, emocionales o incluso sociales. La pubertad y adolescencia es un momento decisivo de la maduración sexual, porque provoca el desarrollo del sistema reproductor y, por tanto, la capacidad de concebir hijos y sentir atraídos hacia otras personas. Dentro del proceso de sexualidad están comprendidas las características biológicas, psicológicas y socioculturales, que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como varones o mujeres. **A la base biológica de la sexualidad se le denomina sexo biológico**, que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino. Nacido el niño, con sus órganos sexuales diferenciados, se le da un sexo de asignación de acuerdo a la conformación de sus genitales externos, lo que va establecer cuáles son las expectativas de la familia y especialmente de la sociedad, en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido, y así decimos que se ha **establecido**

**su sexo social** (nombre, tipo de ropa, etc.). A partir de ese momento los estímulos ambientales que lo rodean, especialmente centrados en la familia, van a empezar a moldear su conducta hacia un comportamiento femenino o masculino, **determinando así el sexo psicológico** (es decir que va a sentirse como hombre o mujer y va a actuar de acuerdo a ello). Si el sexo biológico coincide con el social y el psicológico se puede decir que se logra la identidad sexual.

**Embarazo:** Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.

**Embarazo adolescente:** El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre durante la edad de la adolescencias, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad; independiente de la edad ginecológica.

**Intención del Embarazo:** no deseado, destiempo y planificado.

## **EMBARAZO NO DESEADO**

El **embarazo no deseado** (también denominado **embarazo no previsto, no querido, 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.

Cuando llega un embarazo no deseado existen dos alternativas: continuar con el embarazo o abortar. Si se **decide por seguir con el embarazo**, este momento será el pistoletazo de salida para todo lo que está por venir. Los síntomas de embarazo, los médicos, las ecografías, los miedos, los anhelos. Toda una aventura. **Si se decide por abortar e interrumpir el embarazo**, también hay que prepararse para lo que está por venir. Un aborto es una experiencia traumática con profundos efectos psicológicos.

### **FACTORES ASOCIADOS/CAUSALES**

**Edad.** Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias.

#### **Condición socioeconómica**

De acuerdo con su **condición socioeconómica**, las mujeres de hogares relativamente pobres eran las más proclives a indicar que su embarazo era no deseado (26%), en tanto que las del nivel económico más alto eran las menos proclives a tener esta experiencia (14%). Las mujeres de ingresos medios eran más proclives que los dos grupos anteriores a manifestar que su embarazo más reciente se había producido antes del tiempo deseado.

**Religioso:**

**Creencias:** En nuestras comunidades prevalece la religión católica y protestante, pero, a parte también existe las creencias propias de la región, los mitos, los encantamiento que tiene sus años en los más ancianos.

Hay líderes de iglesias sostienen que las familias deben tener el número de hijos que quieran, como dice la sagrada biblia "Fructificar y multiplicaos",<sup>45</sup> por lo que sus feligrés tienen cierto respeto y optan por métodos naturales como la lactancia materna.

**MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD**

En nuestra cultura existe una serie de creencias, mitos y prejuicios con respecto a la sexualidad y sus diferentes dimensiones. Cuando hablamos de mitos, nos estamos refiriendo a aquellas explicaciones o interpretaciones falsas, como mentiras, que se han transmitido o heredado por generaciones, a tal punto que se llegan a considerar como verdades naturales y aceptables. Los mitos además determinan el comportamiento y los pensamientos de las personas, por lo que pueden afectar o poner en riesgo la vivencia de la sexualidad.

Por eso es muy importante poder identificar y cuestionar estas falsas creencias, para que también se pueda orientar a los jóvenes que no han descubierto aún las mentiras que en los mitos se encierran. Los principales mitos sobre la sexualidad se pueden clasificar de esta forma:

**Sobre la sexualidad:** Plantean que el único fin de la sexualidad es la reproducción, por lo que solo sirve para tener hijos. Además se considera que la sexualidad se vive exclusivamente a través de la penetración del pene en la vagina (a esto se le llama genitalización de la sexualidad, pues reduce la vivencia de la misma a los órganos genitales). Hay que recordar que la sexualidad también tiene otras finalidades, además de la reproducción, que son igualmente importantes, como proporcionar y obtener placer, dar afecto y cariño a la persona que se quiere, comunicarte, expresar el amor, entre otras. Ejemplos de estos mitos son: "si uno no ha hecho el amor (relaciones coitales) no ha vivido la sexualidad", "solo se obtiene placer sexual con la penetración", "todas las parejas deben tener hijos", "la sexualidad fue creada para reproducirse.

**Sobre la moral:** Estos mitos transmiten la idea de que la sexualidad es sucia, mala, dañina y vergonzosa, provocando culpa en quienes viven placer en sus experiencias sexuales. Es necesario recordar que, siempre y cuando se respeten los gustos y necesidades propias y de la otra persona, y no se cause ningún tipo de daño físico o psicológico, no hay nada de malo, dañino o sucio en la sexualidad. Algunos de estos mitos pueden ser: "la auto estimulación causa locura", "a las personas que se masturban les salen espinillas", "tener deseos sexuales es malo e indecente", "una muchacha buena no debe pensar en el sexo.

**Sobre el género:** Son todos aquellos mitos que establecen diferencias que causan discriminación entre hombres y mujeres respecto a su sexualidad. Estos mitos corresponden a la ideología patriarcal, la cual otorga mayor permiso al hombre para expresar su sexualidad y en cambio reprime y censura a las mujeres. Se debe tomar en cuenta que tanto hombres como mujeres tienen deseos sexuales, capacidad para sentir placer y para expresar su sexualidad, es decir, que todas y todos tenemos los mismos derechos. Estos mitos sostienen cosas como las siguientes: "los varones tienen que demostrar su hombría conquistando mujeres y llevándolas a la cama", "un hombre que dice no a una relación coital es homosexual", "los hombres no deben llorar ni ser tiernos", "el hombre tiene más necesidades o deseos sexuales que la mujer", "hay dos tipos de mujeres: una para casarse y otra para acostarse", "la mujer que no es virgen no vale nada", "una mujer no debe tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales", entre otras muchas más:

**Sobre los peligros del conocimiento:** Se cree que informarse y aprender sobre la sexualidad va a provocar que las personas solo piensen en tener relaciones sexuales. Por eso, algunas personas adultas pueden creer que hablar sobre sexualidad clara y abiertamente con el adolescente es como incitarlo o darle permiso para la actividad sexual. Sin embargo, se sabe que el conocimiento verdadero, claro y sin mitos te puede ayudar a vivir la sexualidad con mayor responsabilidad, sin ignorancia, vergüenza ni culpa. Esto porque la



información permite que tengas más capacidad para tomar decisiones, así como para cuidarte y cuidar a tu pareja de riesgos que afecten su salud y desarrollo (como embarazos no planificados o el contagio de alguna infección de transmisión sexual). Entre estos mitos se pueden citar: "hablar con los hijos de sexo es como prestarles la cama para que lo hagan", "la educación sexual debe limitarse a hablar de los aparatos reproductivos, porque si no se les despiertan las ganas", "la persona que sabe mucho de sexo es porque tiene mucha experiencia", "una mujer que conoce cómo se usan los métodos de planificación, seguro se anda acostando con todos".

**Sobre las prácticas sexuales normales y permitidas:** Estos mitos plantean que existen algunas prácticas sexuales que son prohibidas, anormales o "antinaturales", como el auto estimulación, los juegos sexuales, el sexo oral. o practicar diferentes posiciones durante el coito. Esto provoca que las personas se sientan culpables o temerosas si disfrutan alguna actividad de este tipo. Las verdaderas restricciones que deben tenerse con respecto a las prácticas sexuales tienen que ver con: que ambos miembros de la pareja estén de acuerdo en practicarlas; que no exista presión o chantaje para que la otra persona haga algo que no quiere o le incomoda; que se respeten los gustos, deseos y preferencias de ambas personas; que se converse abiertamente sobre lo que gusta o desagrada; y no causar ni causarse daño físico o psicológico<sup>(41)</sup>.

Algunos de los mitos más frecuentes de este tipo son: "los homosexuales son personas desviadas o anormales", "no se debe tener contacto sexual durante la menstruación", "quienes se masturban son depravados sexuales", "la única práctica sexual normal es la penetración del pene en la vagina".

**Sobre la edad:** Se considera que la sexualidad es exclusiva de las personas adultas, por lo que en la infancia y vejez no se tiene vida sexual ni intereses sexuales. Muchos de estos mitos son: "los bebés son asexuados", "cuando uno se hace viejo pierde el interés sexual", "los deseos sexuales aparecen hasta que se llega a la adolescencia", entre otros. Lo importante es que sepas que la sexualidad está presente durante toda la vida, y que lo que cambia en los distintos períodos de la vida son las manifestaciones de la sexualidad. Es decir, que de niños o niñas vivimos la sexualidad de una forma, y que cuando somos adolescentes, adultos o ancianos la expresamos de manera diferente.

Los principales mitos que conocen los adolescentes en términos más comunes son:

"La mujer nunca queda embarazada en la primera relación sexual", uno de los mitos más comunes y perniciosos que lleva a los adolescentes a cometer muchos errores. Si durante la relación sexual la mujer está fértil, puede producirse el embarazo sin importar que sea la primera, la segunda o la última relación sexual.

"El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo", es otro mito frecuente. La posición en que se tenga la relación sexual no afecta

las posibilidades de no embarazarse. Basta que la mujer esté en su período fértil para que la posibilidad de embarazarse si tiene relaciones sexuales esté presente.

“Los varones, para ser más hombres, necesitan tener muchas relaciones sexuales”. Es otro mito, la hombría no está dada por la cantidad de veces que se ha acostado con una mujer, ni por la cantidad de mujeres que tenga “disponible”. La hombría se mide por la responsabilidad y respeto con que el hombre vive su sexualidad, reconociendo en ella un valor y logrando una actitud de cuidado y valoración de ella. Un “verdadero hombre” es quien es capaz de respetar a la mujer y respetarse a sí mismo entendiendo la relación sexual como un acto de intimidad, amor y respeto mutuo.

“A las mujeres que han tenido relaciones sexuales se les arquean las piernas”. El haber tenido relaciones sexuales no provoca ningún cambio físico en la mujer, ni en el hombre. Por lo tanto no es posible “saber” si una mujer ha tenido o no relaciones sexuales a través de su estructura física.

“El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo”, el lavarse después de haber tenido relaciones sexuales o el tomar agüitas de hierba, no evita la posibilidad de que ocurra un embarazo. Los métodos efectivos para evitar el embarazo se basan en datos y técnicas científicamente probadas y que la pareja debe conocer antes de tener la relación sexual.

“La falta de himen en la mujer es la prueba de que ella ya no es virgen”. Es un mito ya que el himen es una membrana muy delgada y frágil que se encuentra a la entrada de la vagina de la mujer. El que una mujer no lo tenga o se le haya perforado no es un signo de que ella ya haya tenido relaciones sexuales. Un ejercicio físico, una maniobra brusca o un accidente pueden hacer que se rompa; también hay mujeres que tienen el himen perforado desde su nacimiento y nunca han tenido relaciones sexuales. La mujer debe valorar y cuidar su sexualidad más allá de los mitos que existan en torno a ella.

“Todo contacto físico con la pareja lleva necesariamente a la relación sexual”, el contacto físico es algo esencial entre los seres humanos. Besarse, abrazarse, etc. forman parte de la relación normal de cualquier pareja y no necesariamente es provocador de una relación sexual. La posibilidad de tener una relación sexual está dada por la intención o deseo de uno o ambos miembros de la pareja, cuando se da un ambiente más íntimo que propicia el deseo sexual. Si la pareja es consciente de ello, podrá darse cuenta de cuáles son los momentos, lugares o situaciones en que ellos están más proclives a que se dé la relación sexual, y cuáles no. De esta manera podrán manejar la situación.

“El VIH-SIDA se contagia sólo si se tiene relaciones sexuales con homosexuales o prostitutas”, cualquier persona que sea portadora del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) lo puede transmitir a otra a través de la relación sexual, a través del intercambio de sangre por medio de

una jeringa que contiene sangre de un portador o portadora, a través de la placenta de la madre portadora, etc. La posibilidad de transmitir el virus no tiene que ver ni con la condición social, la situación económica, la orientación sexual u otro; basta que la persona tenga alguna práctica de riesgo para que ello pueda ocurrir.

### **Consecuencias del embarazo no deseado sobre la salud**

**Aborto inducido.** Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro. En los Estados Unidos de América (EE.UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto. Algunas estimaciones señalan que en ALC el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos. La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las culturas y en todas las épocas, a veces legal y culturalmente aceptado, otro rechazado con violencia. Es un problema complejo que puede abordarse desde la ética y la filosofía, el derecho, la política, la psicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud. Sin embargo, cuando se estudia el aborto inducido desde esta última perspectiva, es imprescindible dejar de lado los profundos conflictos que el tema despierta en individuos, parejas y familias y, en general, en la sociedad, para encararlo como uno de los más importantes problemas de salud pública que enfrentamos en la Región.

**Los Suicidios y homicidios** Ante un embarazo no deseado, una mujer puede recurrir al suicidio o ser víctima de un homicidio. Que una mujer acabe con su propia vida como respuesta a un embarazo no deseado es,

seguramente, una de las consecuencias más trágicas de este problema. De igual forma, es inadmisibles que la mujer pague con su vida el desacuerdo de su pareja o de otros miembros de la familia con el embarazo. Diversos autores han expresado su preocupación.

**Consecuencias del embarazo no deseado sobre la sociedad Impacto demográfico.** La reproducción ha sido reconocida como un asunto de derechos humanos y de salud, y sus efectos sobre el crecimiento poblacional ya no se enfatizan, ni tampoco se utilizan metas demográficas como guía para políticas y programas. Sin embargo, es indudable que la fecundidad afecta el perfil demográfico de una población. De hecho, los tres determinantes más importantes del crecimiento poblacional observado en el último siglo han sido la mortalidad, que disminuyó drásticamente como consecuencia de las mejores condiciones sanitarias, las vacunas, los antibióticos y otras intervenciones altamente eficaces.

**Hijos no deseados y criminalidad.** Diversos investigadores han intentado identificar las circunstancias de la vida o los factores que contribuyen a la delincuencia juvenil. Dos importantes estudios han demostrado que el rechazo materno, el trato rudo o errático y la falta de supervisión por parte de los padres son factores que contribuyen a que los hijos participen en actividades delictivas durante la juventud.

## **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

**La vaginosis bacteriana (VB)** no es estrictamente una ETS ya que no se trasmite por medio del acto sexual. Sin embargo, puede exacerbarse por el sexo y se encuentra con más frecuencia en mujeres

sexualmente activas que en aquellas que nunca han tenido relaciones. Es provocada por un desequilibrio en las bacterias normales sanas que se hallan en la vagina y aunque es relativamente inocua y puede pasar desapercibida, a veces puede producir un abundante y desagradable flujo con olor a pescado.

**Sífilis** Es una enfermedad de transmisión sexual ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*. Esta bacteria necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, por ejemplo, en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas de una persona con sífilis. Esta enfermedad tiene varias etapas, la primaria, secundaria o principios de la latente. En la etapa secundaria, es posible contagiarse al tocar la piel de alguien que tiene una erupción en la piel causada por la sífilis. Esta no se contagia al tocar el asiento del baño o una toalla que ha sido usada por la persona infectada.

**Clamidia** La infección por clamidia es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) frecuente, causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales de la mujer. Aunque generalmente la infección por clamidia no presenta síntomas o se manifiesta con síntomas leves, hay complicaciones graves que pueden ocurrir "en forma silenciosa" y causar daños irreversibles, como la infertilidad, antes de que la mujer se dé cuenta del problema. Esta infección también puede causar secreción del pene en un hombre infectado.

**Virus del papiloma humano genital (VPH)** El virus del papiloma humano genital (también conocido como VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente. Existen más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. Estos tipos de VPH también pueden infectar la boca y la garganta. La mayoría de las personas que resultan infectadas por el VPH ni siquiera lo saben.

**Herpes** El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (VHS). El herpes genital afecta los genitales, las nalgas o la región anal. El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Puede adquirirse por medio de las relaciones sexuales, aún con el sexo oral. El virus puede diseminarse aun cuando no exista la presencia de llagas. Las madres también pueden infectar a sus hijos durante el parto.

**Tricomonas.** Las tricomonas son unos parásitos protozoos que se ceban especialmente con las mujeres. El hombre puede contagiar la enfermedad, aunque no presente ningún síntoma. Estos microorganismos se transmiten habitualmente mediante contacto sexual. No se descarta el contagio por medio de ropas o toallas húmedas cuando se trata de niñas o ancianas que carecen de los protectores y antisépticos bacilos de Doderlein o los tienen en cantidades mínimas.

**Cándidas** Tienen en común con las tricomonas un nombre a primera vista inofensivo. Otras semejanzas estriban en que afectan



principalmente al sexo femenino y que el hombre suele ser portador asintomático. Pero en esta ocasión, no se trata de un protozoo sino de un hongo, que se asienta en las mucosas húmedas y calientes. La vía de contagio es diversa: relaciones sexuales, ropas, objetos, etc. Por lo general, los síntomas femeninos son: aumento de la secreción vaginal, que se torna blanca y espesa, picor intenso, olor fuerte y, en ocasiones, inflamación de las vías urinarias y de la vejiga. El hombre presenta enrojecimiento en el glande y prurito. Tiene un tratamiento rápido y eficaz si lo realizan ambos miembros de la pareja.

**Condilomas** Se trata de lesiones verrugosas similares a crestas de gallo, causadas por un virus muy contagioso, y localizadas en la vagina, cuello uterino o genitales externos de la mujer. Otro síntoma es el prurito. En los hombres, la infección puede ser asintomática o bien provocar verrugas. Se transmite por contacto sexual y cutáneo.

**Gonorrea en el hombre** los síntomas de la gonorrea son: ardor al orinar y salida de pus amarillento por el pene, de 3 a 5 días después de la relación sexual. En la mujer los síntomas son más difíciles de reconocer: muy pocas sienten ardor al orinar, la salida puede confundirse con otros flujos vaginales, que son poco molestos y pueden pasar desapercibidos.

**VIH/SIDA** 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. Como consecuencia disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones.

Los preservativos o condones solamente proporcionan protección cuando son usados correctamente como barrera desde, y hacia el área que cubre. Las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas ETS, tanto el hombre como la mujer se protegen de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, sífilis, herpes genital pero siempre debemos recordar que a pesar de los beneficios se debe consultar siempre con un médico especialista para decidir cuál de todos los métodos anticonceptivos es el más apropiado como planificación familiar.

**Método anticonceptivo:** es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.

## **METODOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Son aquellos métodos anticonceptivos que impiden a través de un método físico o una barrera, que el espermatozoide llegue el óvulo además impiden el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), tales como gonorrea, sida y sífilis entre otras.

## **METODOS TEMPORALES HORMONALES**

### **PILDORAS ANTICONCEPTIVAS HORMONALES**

Es método anticonceptivo que impide al ovario de una mujer liberar un óvulo durante su ciclo menstrual (llamado ovulación).

**Cómo se utiliza.** Se debe ingerir una pastilla al día a una misma hora preestablecida. En caso de olvido, consulte las instrucciones del paquete

### **VENTAJAS**

- Estos métodos anticonceptivos generalmente reducen el sangrado y el dolor menstrual
- Protección contra el cáncer de ovario y de endometrio.
- Reduce el riesgo de Enfermedad

Inflamatoria Pélvica.

Es efectiva desde la primera toma.

### **DESVENTAJAS**

- Requiere un uso diario planificado

- Riesgo de desarrollar ciertas enfermedades cardiovasculares en el caso de mujeres fumadora, mayores y con tensión arterial alta.

Efectos secundarios: cambios en el peso, aumento y sensibilidad de las mamas.

## **MINIPÍLDORAS**

**Cómo se utilizan.** Se debe ingerir una pastilla diaria todos los días del año a una misma hora preestablecida. No hay pausas, ni siquiera durante la menstruación.

## **VENTAJAS**

- No tiene los efectos secundarios típicos de las píldoras anticonceptivas regulares
- No tiene estrógeno
- No afecta la fertilidad futura
- No interrumpe la estimulación erótica

## **DESVENTAJAS**

- Tiene que tomarse cada día a la misma hora, todos los días del año.
- Es menos efectiva cuando se toma con algunas medicinas.
- Riesgo más alto de quistes.
- Riesgo más alto de un embarazo ectópico.

## **IMPLANTE SUBDERMICO**

Son pequeñas barritas implantadas quirúrgicamente bajo la piel y que liberan una dosis continua de progestágeno para prevenir la ovulación. Debe hacerse durante los primeros días menstruales y tiene efecto luego de 24 horas.

### **VENTAJAS**

- ▣ Durabilidad de 3 a 5 años después de implantado
- ▣ Efectivo para evitar el embarazo
- ▣ Ciclos menstruales regulares después del periodo de adaptación, es decir, luego de los primeros 3 meses.
- ▣ No hay que preocuparse por tomar la píldora todos los días o ponerse una inyección cada mes

Menstruaciones muy leves, con menos cólicos y dolores.

### **DESVENTAJAS**

- ▣ Los métodos anticonceptivos hormonales no protegen contra las Enfermedades de Transmisión Sexual
- ▣ No pueden utilizarlo mujeres con: posible embarazo, sangrados vaginales no diagnosticados, problemas hepáticos o que han padecido cáncer de mama.
- ▣ Cambios de peso
- ▣ Cambios emocionales
- ▣ Pérdida o crecimiento de pelo

## **INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA**

La inyección anticonceptiva es un método anticonceptivo reversible y eficaz que consiste en inyectar una hormona llamada progesterona que inhibe la ovulación.

### **Cómo se utiliza**

La inyección se aplica en el área del glúteo el primer día de la menstruación. Se debe observar la fecha de esta aplicación, y en adelante en esa misma fecha se aplicarán las siguientes inyecciones, es decir, cada 30 días, independientemente del día que ocurra la menstruación. Luego de la primera inyección el sangrado menstrual llegara entre 15 y 20 días después.

### **VENTAJAS**

- Altamente efectiva
- La progesterona inyectable es la opción anticonceptiva más cómoda para mujeres que no pueden tomar estrógenos
- Se coloca una única vez al mes

### **DESVENTAJAS**

- Posible aumento de peso
- Posible sangrado irregular
- Si la mujer desea quedar embarazada, le tomara entre 2 y 18 meses, para que se restablezca su ovulación.

## **PARCHE CONTRACEPTIVO**

Esta bandita contiene gestágeno y estrógeno, dos hormonas que se liberan una vez que el parche se ha aplicado a la epidermis. Estas

hormonas evitan la ovulación y dificultan el paso de los espermatozoides

### **Cómo se utiliza**

Cada semana, se deberá remover el parche y colocar uno nuevo. Deberá hacerse siempre en el mismo día. En la cuarta semana, no se utiliza parche y es cuando aparecerá de nuevo la menstruación.

### **VENTAJAS**

- Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos
- Es fácil de utilizar, ya que se debe adherir solamente una vez por semana.
- Es fácilmente reversible, en caso de decidir concebir un hijo
- Provee los mismos beneficios que la píldora, como la regulación del ciclo, reducción del sangrado y del dolor, prevención de la anemia, etc.

### **DESVENTAJAS**

- Cuando se comienza a utilizar, puede sufrir sangrados leves entre periodos.
- Puede sufrir dolores de cabeza, náuseas y sensibilidad en los pechos, mientras el cuerpo se acostumbra a las hormonas. Estos síntomas normalmente desaparecen luego del 3er mes de uso
- Podría experimentar irritación leve en la piel

### **MÉTODO TEMPORAL INTRAUTERINO**

El DIU también conocido como te de cobre como te de cobre es un pequeño objeto (aprox. 3 cm), frecuentemente de polietileno con un

filamento de cobre, que se coloca dentro del útero. Ante el ascenso de los espermatozoides hacia las trompas e impidiendo la fecundación. Además dificulta la implantación del ovulo si se hubiera producido la fecundación.

### **VENTAJAS**

- Su efecto es inmediato
- Puede quitarse cuando se desee.
- No hay riesgo de olvido
- Evita contratiempos en la hora de tener relaciones sexuales.
- Es muy económico si se considera la vida útil del mismo.
- Bajo riesgo de efectos secundarios.

### **DESVENTAJAS**

- Molestias de espalda luego de colocado el DIU.
- Puede ser necesaria su extracción por el dolor, el sangrado o por infección
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual (ITS).

### **PASTILLA DEL DIA DESPUES**

Son anticonceptivas que utilizan las mujeres luego de haber experimentado una relación sexual sin protección o cuando el método anticonceptivo utilizado ha sufrido algún inconveniente (se ha roto el condón).



## **VENTAJAS**

- ▮ No afectan la fertilidad en el futuro.
- ▮ Las pastillas se pueden conseguir desde antes y tenerlas a mano en caso de una emergencia.
- ▮ Puede utilizar sus pastillas anticonceptivas regulares en altas dosis como anticonceptivo de emergencia.

Se deben tomar ambas pastillas con una diferencia de 12 horas entre una y otra.

## **DESVENTAJAS**

- No hay protección contra ITS.
- No siempre el método es efectivo.

Existen efectos secundarios. Las pastillas deben tomarse en un tiempo establecido después del acto sexual.

## **EFFECTOS SECUNDARIOS**

- Nauseas
- Vómitos
- Dolor de cabeza
- Dolor en el área del busto
- Mareos
- Retención de líquidos
- Sangrados irregulares

## **MÉTODOS TEMPORALES DE BARRERA**

Son aquellos anticonceptivos que de manera mecánica o física obstruyen el paso de los espermatozoides, evitando la fecundación.

### **PRESERVATIVO MASCULINO Y FEMENINO**

**Femenino:** Consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta 8 horas.

**Masculino:** funda de látex que se coloca en el pene erecto y retiene el semen evitando que alcance el óvulo.

### **Cómo se utiliza**

El condón debe colocarse cuando el pene esta erecto, antes de la penetración y dejarse durante el coito.

El condón se debe abrir con las manos, no con tijeras ni nada que pueda dañarlo. Verifique tenerlo en la posición correcta para usarse.

Desenrolle el condón empezando desde la punta hasta la base del pene, dejando un espacio entre la punta del condón y la del pene para recoger el semen.

Inmediatamente después de eyacular, retire el pene sujetando el condón. Remuévalo y bótelos.

Utilice uno condón nuevo en cada acto sexual.

### **VENTAJAS**

- Efectivo si se utiliza correctamente.
- De los métodos anticonceptivos que brinda protección contra las ITS.
- Fácil de conseguir.

- Sin efectos secundarios (exceptuando alergia al látex, lo cual es bastante raro)
- No afecta la lactancia
- No interviene en procesos hormonales

### **DESVENTAJAS**

- Su colocación puede interrumpir el acto sexual.
- Ocasionalmente puede ocurrir ardor y comezón como reacción alérgica al material del condón.
- El látex puede romperse, si el condón no se manipula con cuidado.
- En algunas personas la sensibilidad sexual puede verse afectada.

### **ESPERMICIDAS VAGINALES**

Son agentes químicos en forma de jaleas, cremas, espumas o supositorios que se colocan en la vagina antes de mantener relaciones sexuales. Actúan como bloqueadores mecánicos del cuello y destruyen los espermatozoides.

### **VENTAJAS**

- Fácil de usar y adquirir.
- Ofrece cierta protección ante algunas ITS ya que, el mecanismo de acción de los espermicidas se basa en atacar a las membranas celulares de los espermatozoides, actuando de igual manera frente a las posibles bacterias y virus.
- No provoca trastornos hormonales

### **DESVENTAJAS**

- Sensación de picor,

- Reacción alérgica,
- Resequedad vaginal,
- Irritación vaginal.
- Este tipo de métodos anticonceptivos por si solos no brindan una protección confiable para evitar el embarazo.

## **DIAFRAGMA**

### **VENTAJAS**

- ☐ Ofrece privacidad y control a la mujer.
- ☐ Se puede colocar antes del sexo, lo que evita interrupciones durante el acto sexual.
- ☐ Se puede discontinuar su uso cuando se desee.

### **DESVENTAJAS**

- Este método anticonceptivo no protege contra el SIDA u otros agentes patológicos que pueden atacar el cervix.
- Es efectivo solo en combinación con espermicidas.
- La mujer puede mostrar reacciones sensitivas.

## **MÉTODOS NATURALES**

Los métodos anticonceptivos naturales de control de la fertilidad son técnicas que permiten a la pareja, mediante el conocimiento de los procesos asociados a la ovulación y la adaptación del ejercicio de la sexualidad, evitar la concepción.

### **CALENDARIO DEL RITMO**

Este método requiere que se lleve un seguimiento del ciclo durante unos pocos meses para determinar el propio patrón individual de ovulación. Ayudará a llevar el seguimiento y saber cuándo es el momento más "peligroso" para mantener relaciones sexuales

Ejemplo: El primer día de la regla se cuenta como día 1 y el día anterior al inicio como último día del ciclo. Al ciclo más corto le restamos 18 al número de días de éste, el resultado nos entrega el primer día en que hay más riesgo de embarazo o el inicio de los días fértiles. Al ciclo más largo le restamos 11 al total de días de éste, el resultado nos entrega el último día en que hay probabilidades de embarazo o el término de los días fértiles.

### **LACTANCIA MATERNA**

Es muy efectivo solo cuando el bebe sea menor de seis meses, que no venga la regla en esos seis meses y cuando se da de lactar en forma exclusiva al bebe. Este método no funciona de igual manera en todas las mujeres, por lo que nos es recomendable.

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere 3 condiciones.

1. La madre no ha vuelto a menstruar

2. El bebé está siendo alimentado a pecho exclusivo o casi exclusivo y con frecuencia, durante el día y la noche

3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad

“Pecho exclusivo” incluye tanto la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna) como el pecho casi exclusivo (el bebé recibe Ocasionalmente vitaminas, agua, jugo de fruta u otros nutrientes, además de la leche materna).

### **MÉTODO DE BILLINGS O DE LA MUCOSIDAD CERVICAL**

Se basa en la identificación de las características de la mucosidad cervical (del cérvix o cuello del útero) en el período ovulatorio.

La mujer puede reconocer sus períodos de fertilidad mediante la observación diaria de los cambios de la mucosidad cervical. Si la mucosidad es cristalina, elástica, resbalosa, abundante, lubricante y con consistencia de clara de huevo, señala fertilidad.

Si la secreción es pegajosa, opaca o grumosa o no hay secreción, es un signo de infertilidad.

### **COITO INTERRUMPIDO**

Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Es muy poco seguro, porque antes de la eyaculación pueden salir unas gotas de secreción (pre semen) junto con unas pequeñas glándulas (glándulas de Cowper), situadas al final de la uretra.

El retiro no posee efectos biológicos colaterales. Puede ser utilizado como respaldo si no se dispone de otro método anticonceptivo. En otras palabras, está muy lejos de ser perfecto, pero es mejor que no utilizar anticonceptivo alguno. Cabe señalar que este método puede reducir el placer sexual.

### **MÉTODOS DEFINITIVOS QUIRURGICOS**

Evitan en forma permanente y definitiva la fecundación. Esterilización: Se altera la función de algún órgano necesario para la reproducción, con excepción de las gónadas.

Requiere una intervención quirúrgica ambulatoria. Castración: Extirpación de las gónadas.

#### **LIGADURA DE TROMPAS**

Es un método de planificación familiar que consiste en el corte de las trompas de Falopio, impidiendo por lo tanto, que el ovulo pase a la cavidad uterina y los espermatozoides a la cavidad pélvica.

#### **VENTAJAS**

- Se trata de una cirugía cuyo abordaje puede ser de dos formas: Se ligan los tubos y luego se cortan para evitar el sangrado.
- Control de natalidad permanente.
- Menos riesgo de desarrollar un cáncer de ovario.
- No requiere atención diaria.

#### **DESVENTAJAS**

- No protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual.

- Puede causar insuficiencia ovárica.
- Cambios en la cantidad de sangrado menstrual.
- Dolores pélvicos.
- Dolores menstruales.

### **VASECTOMÍA**

En la vasectomía se seccionan los conductos deferentes, de manera que se interrumpe la trayectoria de los espermatozoides en su camino hacia la uretra del pene. Se produce semen sin espermatozoides. Es una intervención quirúrgica con anestesia local.

### **VENTAJAS**

- ▮ El procedimiento por lo general es fácil y rápido.
- ▮ Alivia tanto al hombre como a la Mujer de los inconvenientes en el uso de otros anticonceptivos.
- ▮ No produce cambios hormonales o sexuales.
- ▮ No afecta la masculinidad o la libido.

### **DESVENTAJAS**

- ▮ No protege contra las Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA.
- ▮ Puede haber dolor luego de la cirugía.
- ▮ La reversión de la cirugía no siempre funciona. Así que para hacerlo se debe estar 100%.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	RESPONSAB
Adolescencia	Enseñar los cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que	folletos y videobeam	Prof UNS CH
Salud sexual y reproductiva	Enseñar a los adolescentes sobre salud sexual reproductiva	Videobeam y folletos	Karina Tello
Embarazos : No deseado, a destiempo	Enseñar ventajas y desventajas	Videobeam y folletos	Karina Tello
Embarazos no planificados	Enseñar los riesgos a los cuales están expuestos en caso de un embarazo junto con sus consecuencias	Videobeam, folletos y carteleras	Karina Tello
Planificación familiar	Enseñar el concepto de planificación familiar	Carta leras y toietos	Juana Yucra
Métodos de planificación familiar	Conocerán el uso , ventajas, desventajas de todos los métodos anticonceptivo	videobeam folletos rotafolio	Juana Yucra
Mitos y creencias sobre sexualidad	Escuchar mitos y creencias, aclarar dudas y que ellos identifique las verdades y mentiras	Hojas de papel, marcadores, lápices	Juana Yucra