

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado  
Unidad de Posgrado de Salud Pública

IMPACTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO “SEXUALIDAD SALUDABLE”  
EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DESTREZAS DE LOS  
AGENTES COMUNITARIOS DEL CENTRO POBLADO  
VIRGEN DEL CARMEN – LA ERA, ÑAÑA, 2006.

Trabajo de Investigación  
Presentado para optar el grado académico de  
Magíster en Salud Pública (MPH)

Por  
Yván Martín Balabarca Cárdenas

Octubre, 2007

### Dedicatoria

A Victoria, mi esposa, por ser la fuente de ánimo y por renunciar al tiempo que le pertenecía.

A Jehiely Victoria, mi hijita mayor, quien tuvo que jugar sola más de una vez.

A Yvanna Sophía, quien con su horario regular de descanso, sin saberlo, ayudó a terminar este informe.

## Reconocimiento

Expreso mi profundo reconocimiento y agradecimiento a las personas que me apoyaron en la realización del presente trabajo de investigación:

A la Administración de la Universidad Peruana Unión, por el apoyo financiero y moral.

A la Administración de la Facultad de Teología, por su gran interés en estimular y apoyar el perfeccionamiento de sus docentes.

Al Director de la Unidad de Salud Pública de la Escuela de Posgrado, Dr. César Gálvez, como asesor y motivador constante durante el desarrollo del programa de maestría y de esta investigación.

Al Mg. Juan Choque Fernández, por el estímulo para la realización de la presente investigación y por su gran amistad.

Al Mg. Efraín Velásquez, por su orientación, paciencia y buena disposición a lo largo de la asesoría estadística.

Al Mg. Queleón Mamani, por su paciencia y ayuda en la presentación final de este informe.

A mis queridos alumnos, de la carrera de Religión y Salud Pública, promoción 2009, por su valiosísimo apoyo durante la aplicación del programa: Sexualidad Saludable.

## Resumen

La conducta sexual inadecuada de los adolescentes, influenciada por diferentes factores personales y ambientales, está ocasionando problemas de salud importantes como SIDA, ETS y embarazos no deseados, las que se han convertido en una preocupación para los sistemas de salud pública del Perú.

Por tal motivo, se realizó el presente trabajo de investigación e intervención que tiene por objetivo determinar el impacto del programa “Sexualidad Saludable” (SS), en la formación de Agentes Comunitarios de Salud (ACES), con herramientas en la promoción de conductas sexuales saludables y prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes del Centro Poblado Virgen del Carmen, la Era.

El programa tuvo una duración de un mes y abarcó un componente educativo motivacional para el cambio, orientado a mejorar los conocimientos, actitudes y destrezas de los ACES. La muestra estuvo constituida por 28 vecinos del Centro Poblado Virgen del Carmen y para la recolección de los datos se utilizó un test de conocimientos, actitudes y destrezas.

De acuerdo a los referidos exámenes respectivamente, tanto al iniciar como al finalizar fueron: 32 y 28 participantes que tenían en promedio 12.3 y 14.4 como promedio en el nivel de conocimientos en la escala vigesimal, en el pre test y en el post test respectivamente. Asimismo, los participantes tuvieron en

promedio 16.7 en el pre test y al finalizar obtuvieron 18.2 en el post test en el nivel de actitudes. Por otro lado, en el nivel de destrezas, en el pre test obtuvieron en promedio 13.1 y al finalizar obtuvieron 15.8. Luego de aplicado el programa SS se logra el nivel muy bueno que no existía en los test al inicio del programa, en un 53,6% y el nivel deficiente desaparece después de aplicar el programa. Estos resultados demuestran que el programa SS tuvo un impacto positivo.

## Abstract

The sexual inadequate conduct of the teenagers, influenced by different personal and environmental factors, is causing problems of health important as AIDS, ETS and not wished pregnancies, which have turned into a worry for the systems of public health of Peru.

For such a motive, there was realized the present work of investigation (research) and intervention for determine the impact of the program “Healthy Sexuality” (SS), in the formation of Community Agents of Health (ACES), with tools in the promotion of sexual healthy conducts and prevention of sexual conducts of risk in teenagers of the Populated Center Virgin of Carmen, the Era.

The program had a duration of one month and motivational included an educational component for the change, orientated to improving the knowledge, attitudes and skills of the ACES. The sample was constituted by 28 neighbours of the Populated Center Virgin of Carmen and for the compilation of the information there was in use a test of knowledge, attitudes and skills.

In agreement to the above-mentioned examinations respectively, so much on having initiated since on having finished they were: 32 and 28 participants who had in average 12.3 and 14.4 as average in the level of knowledge in the scale

vigesimal, in the pre test and in the post test respectively. Likewise, the participants had in average 16.7 in the pre test and on having finished 18.2 obtained in the post test in the level of attitudes. On the other hand, in the level of skills, in the pre test they obtained in average 13.1 and on having finished obtained 15.8. After applied the program SS achieves the very good level that did not exist in the test to the beginning of the program, in 53,6 % and the deficient level it disappears after applying the program. These results demonstrate that the program SS had a positive impact.

## Tabla de contenido

|   | Pág. |
|---|------|
| <b>PAGINAS PRELIMINARES</b>   |      |
| Carátula.....   | i    |
| Dedicatoria.....  | ii   |
| Reconocimiento.....   | iii  |
| Resumen.....  | iv   |
| Abstrac.....  | vi   |
| Tabla de contenido .....  | viii |
| <b>CAPÍTULO I. Introducción</b>   |      |
| Planteamiento del problema y de la intervención.....  | 1    |
| Objetivo general.....   | 4    |
| Objetivos específicos.....  | 4    |
| Importancia del estudio y la intervención.....  | 4    |
| Breve descripción del programa de intervención.....   | 5    |
| <b>CAPÍTULO II. Marco teórico</b>   |      |
| Diagnóstico social.....   | 8    |
| Diagnóstico epidemiológico.....   | 9    |
| Diagnóstico educacional y ecológico.....  | 24   |
| Diagnóstico administrativo y de políticas.....  | 25   |
| Descripción de la agencia u organización.....   | 26   |
| <b>CAPÍTULO III. Metodología de la investigación y descripción del programa de intervención</b> |      |
| Tipo de estudio y diseño empleado.....  | 27   |
| Planteamiento de la hipótesis.....  | 28   |
| Definición y operacionalización de variables.....   | 28   |
| Población y muestra.....  | 31   |
| Implementación del programa de intervención.....  | 31   |
| Instrumentos y técnicas utilizados en la recolección de la información.....                     | 34   |
| Análisis de la información.....   | 36   |
| Tratamiento de las consideraciones éticas.....  | 37   |
| Descripción del rol del proyecto en el marco de la organización en la que se intervino.....     | 37   |
| Evidencia de trabajo en redes .....   | 38   |

## CAPÍTULO IV. Evaluación y resultados de la intervención

|  |    |
|--|----|
| Evaluación y resultados de proceso.....          | 39 |
| Evaluación y resultados de impacto.....          | 41 |
| Comparación de resultados con la literatura..... | 43 |
| Análisis del crecimiento profesional.....        | 46 |

## CAPÍTULO V. Conclusiones y recomendaciones

|   |    |
|---|----|
| Conclusiones.....   | 48 |
| Recomendaciones.....  | 48 |
| Referencias.....  | 50 |
| Apéndices.....  | 56 |
| Apéndice A. Marco lógico .....  | 56 |
| Apéndice B. Actividades y línea de tiempo .....   | 57 |
| Apéndice C. Autorización para realizar el trabajo de investigación en el<br>centro poblado Virgen del Carmen – La Era. .... | 58 |
| Apéndice D. Test de conocimientos, actitudes y destrezas sobre<br>Sexualidad Saludable en adolescentes.....                 | 59 |
| Apéndice E. Validación del instrumento por expertos .....   | 68 |
| Apéndice F. Análisis de fiabilidad .....  | 70 |
| Apéndice G. Procesamiento estadístico .....   | 71 |
| Apéndice H. Matriz de módulos educativos.....   | 75 |
| Apéndice I. Descripción sociodemográfica .....  | 85 |

## Índice de tablas

| <i>Tablas</i> |  | Pág. |
|---------------|--|------|
| Tabla 1       | Resultado de la prueba de comparación de medias para muestras pareadas en el programa educativo “sexualidad saludable”.  | 41   |
| Tabla 2       | Resultado de prueba de comparación de medias para muestras pareadas para los objetivos de conocimientos, actitudes y destrezas en los agentes comunitarios del centro poblado Virgen del Carmen – La Era Ñaña. | 41   |

## CAPÍTULO I

### Introducción

#### *Planteamiento del problema y de la intervención*

La sexualidad representa un proceso positivo del desarrollo saludable del adolescente (García & Caballero, 2000), siendo la adolescencia el período comprendido entre los 12 y los 18 años, que inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se alcanza el estatus sociológico de adulto. Es en esta etapa donde se encuentra el desarrollo sexual pleno (Saavedra, 2004).

En el mundo hay 1.1 mil millones de personas de 10 a 19 años de edad y el 85% viven en países en desarrollo, y, al menos, la mitad de ellas habrá tenido su primera relación sexual antes de los 16 años de edad. Anualmente ocurren 4.4 millones de abortos en adolescentes (ISIS, 2001). Cada año, un millón de chicas adolescentes estadounidenses se embarazan, más de medio millón tienen un niño y tres millones de adolescentes hombres y mujeres adquieren una enfermedad de transmisión sexual (Haffner, 1995). En Canadá pocos adolescentes conocen los riesgos en su salud sexual (Hansen, Mann, McMahon & Wong, 2004). En Ghana, el 99% de estudiantes adolescentes entrevistados respondieron que conocían el condón, pero un 48% demostraron conocer su uso correcto, además, el 70% aceptó que consintieron en practicar el aborto. (Kofi, Bannerman, Wells, Jones, Miller, Weiss & Nerquaye-Tetteh, 2003).

Una investigación recomienda realizar un esfuerzo especial para brindar información certera a los adolescentes en el área de salud sexual (PAHO, 2000). Sólo un tercio de las madres solteras terminan la secundaria en Estados Unidos, además cabe resaltar que los adolescentes quieren más información acerca de la sexualidad de la que sus padres típicamente proveen, incluido como manejar la presión sexual y como saber cuándo estarán listos para practicar su sexualidad plena (NEA, 2004).

En el Perú, el 22% de las adolescentes han tenido relaciones sexuales, y de ellas el 23% se inició antes de los 15 años de edad, el 10.9% de todas las adolescentes ya son madres (Raguz, 2002).

En cuanto a los ACES, son personas voluntarias o elegidas democráticamente por su comunidad para ocuparse de temas de salud, los que son capacitados y entrenados para entrar en funciones (MINSa, 2004).

Los ACES son muy queridos por su comunidad por lo cual su comunidad confía en ellos y aceptan sus consejos y recomendaciones. Ellos integran brigadas sanitarias, contribuyendo a la captación identificación, y seguimiento de los grupos de riesgo como gestantes, niños y ancianos. (MINSa, 2004).

Los ACES se han convertido en vigias o atalayas sanitarios, pues cuando aparece una enfermedad extraña o rara, en una zona alejada del país, ellos se ponen en contacto inmediatamente con las autoridades de salud. El año 2002 fueron reconocidos por la Organización Panamericana de la Salud y por el Ministerio de Salud del Perú como “Héroes de la salud en el Perú” (MINSa 2004).

En cuanto al impacto de los ACES en el Perú, fueron protagonistas durante la epidemia del cólera en el año 1991, colaborando en la conservación de vidas, dando a conocer el mejor manejo de la diarrea aguda. Frente a esta realidad, en los distritos de Ate y Vitarte, correspondientes a la Dirección de Salud (DISA) Lima Este se realizó el primer curso de formación de ACES con apoyo del Consejo Distrital, lográndose dar forma a un programa distrital de salud involucrando a programas sociales como el vaso de leche y el de comedores populares (MINSa, 2007).

El involucrar a las personas adultas en el quehacer del aprendizaje de salud ha sido considerado por mucho tiempo como necesario, siendo Malcolm Knowles quien impulsa las teorías de la educación de adultos o androgogía (Tarazona, 2005), por otro lado la pedagogía crítica de Paulo Freire y el aprendizaje social específicamente por modelos propuestos por Bandura (Burbano, 1996) han brindado el marco para las iniciativas de formación de ACES en diversas partes del mundo.

Frente a la realidad de la salud sexual de los adolescentes, se hace necesario que sean atendidos en programas de SS. Además, habiendo observado la efectividad de los ACES para llegar a la población, se hace imperiosa la necesidad de capacitar y acreditar ACES en temas de salud sexual y ETS en la microrred 11 de la DISA IV, Lima Este, midiendo el impacto de un programa tal en los conocimientos, actitudes y destrezas de los ACES capacitados. A todo esto se plantea la siguiente interrogante: ¿Cual será el impacto del programa educativo SS en los conocimientos, actitudes y destrezas de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006?

### *Objetivo general*

Este trabajo de investigación e intervención (TII) tiene como objetivo general determinar el impacto del programa educativo SS en los conocimientos, actitudes y destrezas, en ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006.

### *Objetivos específicos*

1. Determinar el impacto del programa educativo SS en los conocimientos de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006.
2. Determinar el impacto del programa educativo SS en las actitudes, de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006.
3. Determinar el impacto del programa educativo SS en las destrezas, de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006.

### *Importancia del estudio y la intervención*

#### *Importancia del estudio*

El presente trabajo de investigación se justifica por los siguientes considerandos:

Por su valor teórico, porque permite la sistematización de información relevante respecto al tema de investigación que servirá como referente para posteriores estudios, dado que no se han encontrado reportes de investigaciones relacionadas con las variables estudiadas en el presente trabajo.

Por su relevancia social, por constituirse en un aporte que va a beneficiar la formación de ACES en SS, mejorando así la calidad de vida de los adolescentes de dicha población.

Por su relevancia metodológica, porque para su realización se implementó un instrumento de medición que podrán ser considerado como un referente a la comunidad científica para futuros estudios similares al presente.

#### *Importancia de la intervención*

El programa SS es importante porque propone un modelo de intervención ágil, dinámico sobre aspectos educacionales y motivacionales en cuanto a la capacitación de ACES en el área mencionada, que podría ser aplicada a los ACES de las diferentes comunidades del país, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

#### *Breve descripción del programa de intervención*

El programa SS estuvo dirigido a los vecinos voluntarios del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, los mismos que fueron convocados por el Centro de Salud de la zona. El programa tuvo una duración de un mes y su meta fue capacitar a los participantes en el tema de salud sexual de los adolescentes.

Durante la primera semana se aplicó un test de conocimientos, actitudes y destrezas sobre sexualidad saludable que sirvió como línea de base.

En las siguientes dos semanas se desarrolló el programa SS, el que se basó en estrategias educativas y motivacionales sobre la comunicación con adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual y SIDA y el embarazo no

deseado. Se trabajó la autoestima, valores, autocontrol y reforzamiento positivo de los participantes.

Los participantes recibieron una sesión de clases semanalmente en el local comunal del Centro Poblado, organizándolos en parejas de trabajo, para lo cual se capacitó a diez estudiantes del segundo año de Religión y Salud Pública (UPeU), quienes colaboraron en el desarrollo del programa.

Los métodos educativos utilizados fueron: sociodrama, demostración, redemostración, presentación en multimedia, videos y vivencia. Todos los días a partir de la segunda semana, los participantes practicaban los conocimientos nuevos realizándose la retroalimentación y el reforzamiento positivo en las sesiones presenciales a través de reforzadores de tipo intangibles.

Además, como complemento del programa se realizó una visita domiciliaria a los vecinos de la comunidad con la finalidad de sociabilizar y reflexionar sobre el programa ofrecido y medir de forma indirecta el impacto del mismo, a través de sus comentarios. Finalmente, se aplicaron los mismos instrumentos a los participantes para medir el logro de los objetivos planteados.

Cabe subrayar que este programa fue un componente de un proyecto de intervención más grande que tuvo las siguientes áreas de orientación para ACES:

Programa de Lavado de Manos, a cargo del Lic. Leonardo Rojas.

Programa de Habilidades para la Vida, a cargo del Lic. Carlos Campos.

Programa de Salud Materna, a cargo de la MD. Tula Pebe.

Programa de Adulto Mayor, a cargo de la Ing. Celia Serrano.

## CAPÍTULO II

### Marco teórico

#### *Modelo PRECEDE – PROCEDE*

Este marco teórico ha sido desarrollado siguiendo el modelo PRECEDE-PROCEDE, propuesto por Green & Kreuter, (1999). Este modelo examina los diagnósticos a nivel social, epidemiológico, conductual, ambiental, educacional y organizacional. Tiene más de 950 aplicaciones publicables del modelo en salud pública, salud colectiva y planeamiento y evaluación en salud (Gálvez, 2005).

Es un modelo de planificación elaborado por Lawrence Green y Marshall Kreuter para programas de educación para la salud y promoción de la salud. Este programa se construye sobre el principio de que los cambios de conducta son voluntarios por naturaleza reflejando el principio en el sistemático empoderamiento de los individuos a través de la comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la solución de los problemas que atañen a su comunidad y mejoren su calidad de vida. Una de las fases de este modelo es la de ejecutar un diagnóstico educacional, a fin de identificar los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores que influirán en la conducta que se pretende internalizar (Croyle, 2005).

Según los autores de este modelo, los factores predisponentes, que pueden incluir conocimientos, actitudes, creencias, valores y percepciones de las necesidades y posibilidades, están relacionados con la motivación para actuar.

Esto tiene que ver mucho con las dimensiones afectivas de los conocimientos, sentimientos, creencias que tienen de sí mismas las personas de la comunidad o grupo. Estos factores son los que pueden conducir a una persona o grupo a intentar un cambio de conducta. Los factores facilitadores son a menudo condiciones medioambientales que facilitan el desempeño de las acciones de los individuos o de la organización, estos pueden incluir disponibilidad, accesibilidad y facilidad de los recursos que pueden facilitar el cambio de conducta. Los factores reforzadores son las respuestas de la comunidad a los esfuerzos que hace el grupo por cuidar de ella misma. Pueden ser sociales, materiales o de auto refuerzo (Green & Kreuter, 1999).

### *Diagnóstico social*

La jurisdicción de la Dirección de Salud IV de Lima Este del Ministerio de Salud (MINSA), se ubica en el Centro y Este del departamento de Lima, a una latitud Sur de 11° 56' 00'' a 12° 02' 44'', con una longitud de 76° 42' 04'' a 76° 57' 09'' y una altitud que va de los 196 a 4,820 metros sobre el nivel del mar. Su topografía presenta una zona plana y moderada, con presencia de colinas ubicadas en las fronteras de las cuencas del río Rímac con el distrito La Molina, rodeadas de cerros rocosos, distinguiéndose pequeñas áreas de depresión donde se han establecido asentamientos humanos. La dirección predominante de los vientos es de Sur a Norte en horario diurno y en el horario nocturno es de Norte a Sur, predominante hacia Nor Este (MINSA, 2005).

El centro poblado Virgen del Carmen – La Era, cuenta con los servicios básicos de luz, agua y desagüe, salvo a partir de la quinta etapa por ser de reciente

formación. Además se brindan los servicios de telefonía doméstica y celular, Internet, radio y televisión por cable.

El tipo de vivienda es de material noble. En la primera y segunda etapa se observan viviendas acabadas, pero también hay presencia de viviendas a medio terminar, las que son más frecuentes conforme se sube a las últimas etapas donde se encuentran viviendas prefabricadas o de esteras.

Los habitantes de esta localidad tienen una esperanza de vida al nacer de 75.6 años, y el 96.9% de la población sabe leer y escribir. El 88.2 % de los habitantes en edad escolar asisten a una escuela o colegio y el ingreso familiar es de S/. 706.2 nuevos soles (MINSA, 2006). En la localidad Virgen del Carmen existen una institución educativa nacional y varias de administración privada, así como 3 lozas deportivas para el recreo y la práctica de deportes por parte de la población.

Las instituciones que tienen presencia son la Iglesia Católica, la Iglesia Adventista del 7mo Día, la Iglesia Pentecostal, la Industria de panificación ORFEL y el Puesto de Salud del MINSA.

### *Diagnóstico epidemiológico*

#### *Salud*

La morbilidad en esta zona de Lima se observa de la siguiente manera: Faringitis aguda no especificada 6.9%, rinofaringitis aguda, rinitis aguda 4.4%, bronquitis aguda no especificada, 4.2%, infección intestinal debida a otros organismos sin especificas 3.5%, asma no especificado 3.4%, caries de dentina 2.9%, enfermedades de transmisión sexual no especificadas 2.7%, infección de las

vías urinarias, sitio no especificado 2.6%, faringe amigdalitis aguda 2.4, cálculo del riñón, 0.1% (MINSA, 2006). De estos problemas de salud, hemos elegido atender las enfermedades de transmisión sexual y sexualidad saludable.

*Adolescencia.* Este término designa generalmente a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, etapa comprendida entre la niñez y la adultez. Este período inicia con los cambios dramáticos de la pubertad y acaba cuando los niños se han transformado en adultos (Cortes, Del Pino, Sánchez, Alfonso & Fuente. 1999).

*Características.* En esta etapa el ser humano desarrolla características en las áreas física, psicosocial e intelectual.

En el área física, se pueden desarrollar cambios tempranos de la prepubertad evidenciados con la aparición de las características sexuales secundarias.

Algunas niñas experimentan la aparición de los senos desde los ocho años de edad, madurando entre los 12 y 18 años. El desarrollo del vello pélvico y el de las axilas y piernas comienza alrededor de los nueve años y alcanza patrones adultos entre los 13 y 14 años (Papalia & Olds, 1992).

La menarquía (inicio de la menstruación) sucede dos años después de haberse evidenciado los cambios de la pubertad y pueden revelarse para los 10 años y a más tardar hacia los 15 años (Quevedo, 2005). Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido simultáneo en la estatura, que alcanza el punto máximo alrededor de los 12 años (Andersen, 2007).

Los varones pueden notar que sus testículos crecen alrededor de los 9 años seguidos por el alargamiento del pene, lográndose tener genitales adultos entre los

16 ó 17 años. El crecimiento del vello púbico, axilar, de las piernas, pecho y cara comienza aproximadamente a los 12 años, llegando a alcanzar apariencia adulta hacia los 15 y 16 años (AMPAP, 2007).

El crecimiento se da entre los 10.5 y 11 años y 16 y 18 años, alcanzando el punto máximo a los 14 años. La aparición de poluciones nocturnas (emisiones nocturnas regulares), pueden ocurrir cada dos semanas marcando el inicio de la pubertad en los varones. Esto ocurre entre los 13 y 17 años de edad. Paralelamente a los cambios descritos anteriormente sucede el cambio de la voz (Andersen, 2007).

En el área psicosocial, los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes le agregan a este período del desarrollo las características de timidez, sensibilidad y preocupación sobre los propios cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones angustiosas entre sí mismo y los compañeros (Andersen, 2007).

A raíz de los cambios súbitos, los adolescentes pueden angustiarse innecesariamente debido a que no se les informa sobre temas como la menarquia en las niñas y las poluciones nocturnas en los niños (Andersen, 2007).

Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes tengan y demuestren la necesidad de separarse de sus padres y establecer su propia identidad, llegando a surgir conflictos de autoridad en las familias (Equipo Federal de Trabajo, 2005).

Conforme los adolescentes se alejan de los padres para iniciar la búsqueda de su propia identidad, el grupo de amigos toma un significado especial, ya que puede convertirse en un refugio seguro, en el cual el adolescente puede probar

nuevas ideas y comparar su propio crecimiento físico y psicológico (CNICE, 2007).

Durante la adolescencia temprana, el grupo de compañeros pasa a formar clubes, grupos o pandillas que generalmente constan del mismo sexo. En estos se desarrollan códigos y signos que los identifican y separan del resto. Este grupo admite participantes del sexo opuesto, conforme avanza en edad (Pérez, 2006).

Durante la adolescencia media, los jóvenes y señoritas presentan comodidad con su sexo y aprenden a expresar y recibir intimidad o insinuaciones sexuales. Esto, en cuanto sea de una manera cómoda y consecuente con la interiorización de valores es saludable y beneficioso (Equipo Federal de Trabajo, 2005).

Los adolescentes pueden vivir como si estuvieran en escena, pensando que son contemplados constantemente por los demás, pero están alejados de la realidad ya que "los demás" están preocupados de sus propios asuntos. Este egocentrismo normal puede parecerle a los adultos una especie de paranoia, narcisismo o incluso histeria.

Otra idea adolescente es que "eso nunca me sucederá, sólo a los demás". En este sentido, "eso" puede ser estar embarazada o contraer una enfermedad de transmisión sexual, luego de no haberse protegido en la relación.

En el área cognitiva, los adolescentes llegan a desarrollar lo que se conoce como la etapa de las operaciones lógico-formales, descubriéndose el pensamiento abstracto, la capacidad de considerar distintos puntos de vista según criterios variables (comparar o debatir acerca de ideas u opiniones) y la capacidad de pensar acerca del proceso del pensamiento (Yale Medical Group, 2005).

*Salud sexual.* Es durante la adolescencia que se desata el interés por la imagen de su cuerpo y la exploración erótico genital. Trata de asimilar rasgos físicos de otros. De no ser similar a los modelos que asumen, se frustran. Salud sexual es la percepción correcta de su propia sexualidad por parte del adolescente (Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, 2001).

*Agente comunitario en salud.* Es un miembro voluntario de la comunidad que es elegido democráticamente y acreditado por el Ministerio de Salud (MINSA, 2007) y capacitado para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, ya que está comprometido con el bienestar y desarrollo de su comunidad. En el Perú tenemos 50 mil ACES distribuidos entre el MINSA, EsSalud, congregaciones religiosas y otros. Los ACES del MINSA reportan 30 mil, de los cuales el 60 % son mujeres, comprendidas entre los 21 y 40 años. Así, se convierten en el eje intercultural entre las poblaciones y el MINSA. Se hace necesaria la aparición de adultos o jóvenes saludables que estén dispuestos a orientar sexualmente a los adolescentes de su comunidad.

*Contribuciones de los ACES.* Contribuyeron a la disminución de muertes maternas e infantiles, además colaboraron con el control de las enfermedades metaxénicas (malaria, dengue o bartonelosis), entre otras.

Han contribuido a mejorar la salud infantil y materna participando activamente en la vacunación y divulgando sus beneficios.

Son promotores, parteras y en muchos lugares hueseros (véase la nota de pie de página número 1), todos preparados por el MINSA para hacer su labor como agente. En el caso de las parteras, estas han conseguido que las gestantes de

---

<sup>1</sup> Es un quiropráctico que aprendió el oficio en forma autodidacta.

muchas localidades de Cusco y Ayacucho, asistan a las casas de espera para ser atendidas por profesionales de la salud, por lo que los índices de mortalidad materna han disminuido significativamente. Además de ello, integran brigadas sanitarias, contribuyen a la captación, identificación y seguimiento de los grupos de riesgos, informan a las gestantes sobre los beneficios de un embarazo bien controlado y realizan transferencia de gestantes y población en riesgo.

La población ha podido acceder a los servicios de salud gracias a miles de ACES que recorren horas y días para encontrar y ayudar a los más desprotegidos de sus comunidades. La labor y el servicio del Agente Comunitario de Salud son dirigidos hacia la promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades. La solidaridad es el eje de la participación comunitaria.

*Agentes comunitarios y salud sexual del adolescente.* Según Reprolatina (2006), es necesario capacitar a los ACES en promoción de conductas sexuales y reproductivas saludables.

El MINSA declara que el derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, abarca no solo una atención oportuna y apropiada, sino también los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. Los derechos sexuales implican el "desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual" (United Nations, 1995).

*Consecuencias de conductas sexuales no saludables.* Más de un millón seiscientos mil abortos quirúrgicos se practican en EE.UU. cada año. Por cada tres niños que son concebidos, uno muere a causa del aborto. El 92% de todos estos abortos son por razones que no están relacionadas con la violación, el incesto o la protección de la salud de la madre. Hasta 1988 casi el 43% de los abortos fueron segundos abortos. Tres de cada cuatro mujeres que abortan dicen que un hijo interferiría con el trabajo, la escuela u otras responsabilidades (Vida humana, 2007).

Según reconoció el consejero de sanidad valenciano, en España, Vicente Rambla, hasta el momento no se ha conseguido reducir el número de embarazos no deseados, cifra que se incrementó un 250% en la última década. Según los datos disponibles el 25% de los jóvenes no utiliza nunca el preservativo (Websalud, 2005).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2000 el 31% de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años no era deseado. Por otro lado, el reciente estudio de Aborto Clandestino en el Perú estima que sólo el 40% de los embarazos son deseados (Ferrando, 2002). Es decir que existe un 60% de embarazos no deseados; de los cuales el 25% terminan en nacimientos no deseados y el 35% terminan en aborto. Aunque se trata de cálculos diferentes, ambos indican que hay un problema de salud pública no resuelto.

En cuanto a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son patologías que se transmiten de una persona infectada a otra persona a través del contacto directo con el cuerpo o del contacto con líquidos infectados del cuerpo.

Se las llama ETS porque el contagio es principalmente a través del contacto sexual, incluyendo el contacto oral, anal y vaginal. Las ETS afectan el área genital y también pueden afectar otras partes del cuerpo, ya sea debido al contacto directo o porque la enfermedad se extiende por el cuerpo (Children's Hospital Boston, 2002).

El SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y causado por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) el cual ataca al sistema inmunológico del cuerpo, especialmente a los glóbulos blancos (linfocitos T). El sistema inmunológico es el que combate las infecciones para mantener el cuerpo saludable; cuando el sistema inmunológico es atacado, no puede proteger al cuerpo, corriendo el riesgo de contraer enfermedades. En suma cualquier síntoma de cualquier enfermedad es evidencia de VIH (Children's Hospital Boston. 2001).

Cuando una persona que contrae VIH no necesariamente tiene SIDA, esta última es en realidad la etapa final de la infección producida por el VIH. Las personas con SIDA pueden morir de una infección o cáncer. Los pacientes deben reforzar su sistema inmune con medicación (APS, 2005).

Actualmente, se estima que en las Américas alrededor de 2,76 millones de personas viven con el VIH. En América Latina hay 1,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA; en el Caribe, 420,000 y en América del Norte 940,000. El aumento relativo en el número de nuevas infecciones es mayor en el Caribe (16%), seguido por América Latina (10%) y América del Norte (5%) con una prevalencia global en la población adulta que supera el 2%. El Caribe es la segunda región más afectada del mundo después del África subsahariana. Los países con mayores tasas de prevalencia son las Bahamas y Haití, donde estas

tasas en adultos se encuentran por encima del 4%. En el otro extremo se encuentran los países del área andina: Bolivia y Ecuador, con prevalencias que por el momento son menores al 0,3% (MINSa, 2002).

La epidemia del SIDA afecta al Perú desde 1983 y hasta el 30 de septiembre del 2002 se han reportado al nivel central 13,257 casos de SIDA. Un dato a resaltar es el descenso de la razón hombre / mujer, de 23.3 en 1987 a 3.2 hasta septiembre del 2002, mostrando un incremento de la transmisión heterosexual debido a conductas de riesgo, obligando a repensar seriamente la estrategia llevada a cabo en la década pasada (MINSa, 2002).

### *Genético*

Científicos del Hospital Universitario de Friburgo (Alemania) y del Hospital Infantil de Boston (Estados Unidos) han presentado en dos estudios independientes pruebas de la existencia de un factor genético común en dos síndromes de inmunodeficiencia humana. Las conclusiones del estudio se publican en la edición digital de la revista 'Nature Genetics'. Los científicos explican que la inmunodeficiencia variable común (IVC), la inmunodeficiencia primaria más frecuente, se caracteriza por varias anormalidades del sistema inmune y la formación defectuosa de todos los tipos de anticuerpos. En el estudio alemán los investigadores informan de la identificación de un gen defectuoso en varias familias e individuos no ligados al IVC (Solociencia, 2005).

Luego de revisar la literatura en español, se encontraron pocos informes o estudios que correlacionen la genética y las enfermedades de transmisión sexual, pero esto no significa que en idiomas diferentes no se haya hecho énfasis en este aspecto.

### *Conductual*

*Estilo de vida.* Rogelia Perea (2004), define la idea de estilo de vida como la que engloba nuestras actitudes valores, así como nuestra conducta en áreas tales como el ejercicio, la dieta, el tabaco, el alcohol y la sexualidad. El informe de Lalonde – Canadá 1971 (citado por Martínez, 2003), menciona que los factores relativos a nutrición, conducta sexual, relaciones familiares y hábitos de consumo de drogas y actividades de ocio, descritos todos en conjunto como estilos de vida, son los más importantes determinantes de salud junto con los aspectos medioambientales.

*Estilo de vida saludable.* Es definido por Mendoza, citado por Pedro Latorre, Julio Herrador y Manuel Jiménez como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir de un individuo o de un grupo (Latorre, Herrador & Jiménez, 2003).

*Sexualidad saludable en los adolescentes.* Son patrones de comportamiento relacionados con la sexualidad que influyen en un adecuado desenvolvimiento de las relaciones humanas entre adolescentes, los que se adquieren a través de los conocimientos, actitudes y prácticas, los cuales se logran mediante la educación para la salud (Zárate, 2003).

*Educación para la salud.* Green (1988), define a la educación para la salud como “la combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”, la misma que tiene sustento teórico en las ciencias de la salud, las ciencias del comportamiento, las ciencias de la educación y las ciencias de la comunicación.

Las ciencias de la salud permiten identificar cuáles son los comportamientos que mejoran la salud a través de la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Las ciencias del comportamiento ayudan a comprender cómo se produce la adaptación o modificación de una conducta. Las ciencias de la educación permiten comprender y entender el aprendizaje de las conductas utilizando los distintos métodos educativos. Asimismo, las ciencias de la comunicación permiten comprender cómo interactúan las personas (Rochón, 1992).

El fomento de la sexualidad saludable se encuentra dentro del primer nivel de prevención y promoción de la salud, la misma que pretende aumentar los determinantes de la salud, es decir, mejorar el modo de vida de los adolescentes y de la comunidad.

*Modificación de conducta.* Es el conjunto de una serie de estrategias psicológicas que tienen como fin encontrar una respuesta del individuo que se acomode con el resultado predeterminado. En este proceso se hace uso de reforzadores tangibles o intangibles, positivos o negativos. El cambio de conducta es el resultado de los conocimientos, las actitudes y las prácticas (Psicopedagogía, 2007).

*Conocimiento.* Todo cambio conductual pasa por precontemplar la conducta y establecer mentalmente el conocimiento de la realidad que se vivencia (Angerami-Camon, 2004).

*Actitudes.* Stephen Worchel (2002) afirma que las actitudes son aprendidas, esto es que las personas reaccionen a estímulos externos, de manera positiva o negativa, por las experiencias previas acumuladas a lo largo de su vida.

Estas respuestas también podrían estar influenciadas por las características físico biológicas de las personas. Las actitudes de aceptación del compromiso por la salud de los adolescentes puede ser aprendida por los agentes comunitarios en salud y reforzada por la buena disposición de la población blanco.

*Teorías que explican el cambio conductual.* A fin de construir un programa de intervención para certificar a ACES, es importante señalar los modelos de cambio conductual que se han utilizado.

*Modelo transteorético de cambio de comportamiento.* Propuesto por Prochaska y DiClemente el año 1982. Citado por Angerami-Camon. Este modelo señala que para llegar al cambio, el individuo atraviesa cinco estadios, los cuales son: precontemplación en el que una persona no reconoce un comportamiento como problemático. La fase de contemplación en la que los individuos reconocen que hay un problema y hacen planes para resolverlo. La fase de determinación, en la que se decide cambiar la situación entrando en la fase de preparación para tomar acciones efectivas en ingresar así a la fase de la acción. Por último tenemos la fase de manutención, en la que evitamos que los individuos involucrados no dejen sus patrones de conducta nuevos (Angerami-Camon, 2004). El modelo ha sido aplicado cientos de investigaciones, de las cuales solo hacemos referencia a Corina Samaniego, quien aplicó el modelo al consumo del tabaco (Samaniego, 2005) y a la Organización Panamericana de la Salud, la que aplicó el modelo al análisis por género del comportamiento alimentario y el ejercicio físico en el Caribe (OPS, 2000).

Respecto a estudios relacionados con el tema, varios países, como Colombia, Estados Unidos y Chile, han implementado algún programa de Promoción de conductas sexuales saludables, dentro de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud (OPS, 1996).

En Estados Unidos, en 1980, se inició el programa Teenstar (2005) cuyos objetivos fueron:

Mejorar la identidad propia y la autoestima: los jóvenes necesitan saber quiénes son. Se les invita a preguntarse y tomar conciencia que son criaturas libres pero limitadas, creadas por un Creador. Ello hace que tengan presente su calidad única e irreplicable de persona querida por Dios. Del mismo modo se percibe el valor y dignidad de toda vida humana.

Valorar su libertad y capacidad de decisión: informar a los jóvenes acerca de su libertad y responsabilidad respecto de sus opciones. El autodomínio es un valioso fruto que se nutre de autoconocimiento y educación con respecto a sí mismos y del otro.

Desarrollar en los jóvenes el respeto por el don de la vida: la vida humana es un don recibido para ser a su vez dado. Solo aquellos jóvenes que valoren su propia vida podrán entregarla como un don a otras personas. Si el joven se desprecia a sí mismo, despreciará la vida y no verá en su posible entrega un valioso don (Teenstar, 2005).

Este proyecto se aplicó en Chile el 2005 con los siguientes resultados:

En un gran porcentaje, se evitó el inicio precoz de las relaciones sexuales. Anualmente, un 10% de los jóvenes inicia su actividad sexual. Dentro de un año de aplicación del programa sólo un 5.9% de los jóvenes participantes iniciaron su

actividad sexual, esta baja es importante considerando que en el grupo control, es decir aquellos adolescentes que no participaron del programa, fue de un 14.4% (Teenstar, 2005).

Además se obtuvo un importante logro en aquellos jóvenes que habían iniciado su vida sexual, ya que el 52.8% de los jóvenes que tenían una vida sexual activa al inicio del programa solo un 13.9% continuó con su actividad sexual. Es decir, un 39% de los jóvenes que al ingresar al programa estaban teniendo una vida sexual activa, dejan de tenerla.

El programa ayuda a aumentar el número de razones por las cuales los adolescente se abstienen y refuerza varias de ellas en forma importante, es decir, se logra una firmeza en la decisión personal para elegir el momento en que se saben preparados para iniciar su vida sexual.

Se ha logrado un aumento en la comunicación entre padres e hijos.

El proyecto tuvo efectos significativos en los participantes, el personal de la escuela y los padres, con respecto a los conocimientos, y a las actitudes y prácticas adoptadas (Teenstar, 2005).

*Motivación para el cambio conductual.* A fin de que los Agentes Comunitarios en Salud tengan una mejor disposición a practicar los nuevos conocimientos, se hace necesario concientizarlos y acompañarlos en el quehacer de la promoción y la prevención (OPS, 2004).

*La autoestima.* Es la manera en cómo se auto califica y es influenciada por la opinión de los pares, de los padres, de las autoridades, de la sociedad o del entorno. La autoestima saludable es muy importante en la adolescencia a fin de prevenir problemas de socialización (Garaigordobil, Durá, Pérez. 2005).

La autoestima saludable influirá en el mejor desempeño de vida de los adolescentes, dándoles certeza de acción y seguridad. Los estudios aclaran que un adolescente con autoestima saludable empleará mejor su auto motivación y tendrá menos episodios de riesgo (García, 2005).

*Los valores.* Son criterios o juicios presentes en la sociedad que orientan las actitudes, opiniones y conductas de las personas, representan el fundamento de las normas por las que la sociedad se rige. Los valores no son directamente observables, se manifiestan a través de las conductas de cada individuo, influenciado por su contexto y trayectoria, se observan a través de los estilos de vida (FAD, 2007).

La formación en valores y la clarificación de los mismos debe iniciarse en las edades tempranas de la vida. Es muy importante enseñar a los niños a considerar la salud como un valor personal y social, un bien precioso que hay que promover y proteger, y a la alimentación saludable, como el medio esencial para conseguirlo.

*Programa “Sexualidad Saludable”.* Es el conjunto de acciones educativas y motivacionales destinadas a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los Agentes Comunitarios en Salud sobre la sexualidad saludable de los adolescentes; que incluye un módulo de enseñanza aprendizaje adaptado a los ACES sobre el embarazo no deseado, comunicación efectiva con adolescentes y VIH y ETS, autoestima y el valor de la salud.

### *Ambiental*

La mayoría de familias de la zona son de condición económica baja, y presenta una mala distribución de trabajo, lo que refuerza la necesidad de lugares

de distracción en pares. Es muy común observar jóvenes desocupados en las afueras de los colegios que captan a las colegialas a la hora de salida de clases, además de encontrarse en las esquinas. Todo ello ayuda a la práctica de hábitos sexuales no saludables.

### *Diagnóstico educacional y ecológico*

#### *Factores predisponentes*

La edad es un factor importante ya que es en la adolescencia en que los individuos inician su exploración sexual de manera natural buscando experiencias y respuestas en sus pares, la publicidad o en la comunidad.

#### *Factores facilitadores*

La educación moral religiosa restrictiva, las relaciones deterioradas entre padres, los problemas con la imagen de autoridad propios de la adolescencia, la inadecuada orientación sexual, las experiencias traumáticas durante la infancia, y la inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años predisponen a la aparición de problemas de salud sexual entre los adolescentes y el incremento de las ITS.

#### *Factores reforzadores*

La familia es un gran reforzador o apoyo social para el adolescente ya que en nuestra cultura colectiva, las conductas de salud se ven influenciadas por mitos o creencias. El ACES es elemento clave para poder acercarse a los jovencitos y jovencitas e interrelacionarse adecuadamente, llegando a influir como vecino, amigo y líder de su comunidad.

Tula Pebe (2005) en un sondeo realizado en julio del 2005, en el Asentamiento humano “3 de octubre,” una de las comunidades de la Microrred de Salud 11- Miguel Grau se encontró que la totalidad de los encuestados manifestaron querer mayor educación e información acerca de Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades y riesgos.

Los trabajos con ACES o promotores de salud a nivel internacional, nacional y local ha dado buenos resultados.

### *Diagnóstico administrativo y de políticas*

#### *Estrategias educacionales y políticas de organización y regulación.*

En cuanto a las estrategias educacionales trabajaremos con los ACES influenciando en sus conocimientos, a través de talleres, soporte multimedia, sociodramas y prácticas supervisadas.

Las políticas en cuanto al trabajo con los adolescentes, las brinda el Ministerio de Salud a través de sus Lineamientos que brindan un marco saludable para trabajar a favor de este grupo etéreo. Marco que se ve ayudado por las políticas de salud sexual y reproductiva tales como:

Resolución Ministerial (RM) N° 465-99 – SA/DM 22 de septiembre de 1999. Aprobación de “Normas de Planificación Familiar”.

RM N° 399 – 2001 –SA/DM 13 de julio del 2001. Incorporación de la Anticoncepción Oral de Emergencia – AOE a las Normas de Planificación Familiar.

Resolución Suprema N° 007-2003 – SA 11 de septiembre del 2003. Constitución de la Comisión de Alto Nivel para la elaboración de un informe científico – médico y jurídico sobre AOE.

Además el Gobierno del Perú propicia toda iniciativa del sector privado para la promoción y difusión de conductas sexuales saludables en la población, especialmente en el grupo etáreo de la adolescencia, centrandlo los esfuerzos en las instituciones educativas del estado.

#### *Descripción de la agencia u organización*

Se trabajó con el Ministerio de Salud del Perú que surgió por la preocupación y obligación del Estado por la protección de la salud de la población, se hace explícita desde 1920 en la Constitución de la República, posición que es ratificada en las posteriores Cartas Magnas (véase la nota de pie de pagina numero 2). Las crecientes y complejas responsabilidades de la Dirección de Salubridad hicieron necesario que el Gobierno la independice y cree sobre esa base un nuevo Ministerio. El 05 de octubre de 1935, al conmemorarse el 50 Aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana "Daniel A. Carrión", fue promulgado el D. L. 8124 que creó el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En el nuevo Portafolio se integraron la antigua Dirección de Salubridad Pública, las Secciones de Trabajo y Previsión Social, así como la de Asuntos Indígenas del Ministerio de Fomento; confiriéndosele además las atribuciones del Departamento de Beneficencia del Ministerio de Justicia (MINSa, 2004).

---

<sup>2</sup> La Carta Magna de una nación no es otra cosa que su Constitución Política.

### CAPÍTULO III

Metodología de la investigación y descripción del programa de intervención

#### *Tipo de estudio y diseño empleado*

##### *Tipo de estudio*

Teniendo en cuenta el período y secuencia del estudio, esta investigación fue longitudinal ya que se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes del programa educativo SS en dos ocasiones distintas haciendo posible registrar las similitudes o diferencias entre las dos ocasiones.

##### *Diseño*

Por el diseño, este estudio es de tipo pre experimental, con un pre test y un post test, así como con sesiones de observación. La aplicación del pre test permitió tener una línea de base referencial sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tuvieron los participantes sobre sexualidad del adolescente antes de su participación en el programa SS.

El post test y la guía de observación final fueron aplicados luego de desarrollar el programa SS. Los resultados fueron comparados con los resultados referenciales del pre test, con la finalidad de medir el impacto del programa de intervención en los conocimientos, actitudes y destrezas de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era.

### *Planteamiento de la hipótesis*

#### *Hipótesis*

*Hipótesis alterna 1:* El programa educativo SS ha logrado cambios significativos con respecto a los conocimientos de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen.

*Hipótesis alterna 2:* El programa educativo SS logra cambios favorables en las actitudes de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen.

*Hipótesis alterna 3:* El impacto del programa educativo SS ha logrado cambios significativos en las destrezas de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen.

*Hipótesis nula 1:* El programa educativo SS no ha logrado cambios significativos con respecto a los conocimientos de los ACES del centro poblado Virgen del Carmen.

*Hipótesis nula 2:* El impacto del programa educativo SS no ha logrado cambios favorables en las actitudes de los ACES del centro poblado Virgen del Carmen.

*Hipótesis nula 3:* El impacto del programa educativo SS no ha logrado cambios significativos en las destrezas de los ACES del centro poblado Virgen del Carmen.

### *Definición y operacionalización de variables*

#### *Definición de variables*

*Variable dependiente.* Los conocimientos, actitudes y destrezas sobre SS de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen son patrones relacionados

con la sexualidad adolescente que se evidencian en su trabajo de promoción de la salud sexual en los adolescentes.

*Conocimiento.* Conjunto de saberes que un ACES tiene acerca de sexualidad del adolescente (Definición, 2007).

*Actitud.* Es la predisposición influenciada, por algún tipo de componente del carácter personal, hacia la sexualidad del adolescente. (Definición, 2007).

*Destrezas.* Es la capacidad de realizar determinadas tareas o resolver determinados problemas relacionados con la promoción de la SS del adolescente. No es la mera disposición o actitud, sino que incluye la facultad de resolver o ejecutar del mejor modo posible (Junta de Andalucía, 2007).

#### *Variable independiente*

*Programa SS.* Es el conjunto de acciones educativas y motivacionales, destinadas a mejorar los conocimientos, actitudes y destrezas sobre la sexualidad de los adolescentes, sus riesgos y consecuencias, consistente en tres módulos: “Embarazo no Deseado”, “Comunicación con Adolescentes” y “Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA”, todos adaptados a los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen.

#### *Operacionalización de variables*

| Variable independiente                 | Dimensión            | Indicador                       | Subindicador   |
|--|----------------------|---------------------------------|--|
| Programa:<br>“Sexualidad<br>Saludable” | Componente educativo | Comunicación en la adolescencia | Técnicas de acercamiento a adolescentes.<br><br>El arte de escuchar.<br><br>El diálogo asertivo. |

|  |                         |  |  |
|--|-------------------------|--|--|
|  |                         | Embarazo no deseado                        | ¿Por qué se embarazan las adolescentes?<br><br>¿Cómo se podría prevenir?                       |
|  |                         | Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. | Qué son las ETS<br>Qué es el SIDA<br>Como se previene el SIDA<br>Uso correcto del preservativo |
|  | Componente motivacional | Cambio conductual                          | Valores<br>Autoestima  |

| Variable dependiente        | Indicador  | Sub indicador   |
|-----------------------------|--|---|
| Conocimientos sobre SS.     | La capacitación en los conocimientos de salud sexual se dieron en las siguientes áreas:<br><br>Comunicación con adolescentes.<br>Embarazo no deseado<br>Enfermedades de transmisión sexual y SIDA. | La elección del respondente se da de entre 4 a 9 alternativas.<br>La calificación máxima del examen fue de 20 puntos. Se utilizó la siguiente escala:<br><br>0 – 10 puntos = conocimiento deficiente<br>11 – 13 puntos = conocimiento regular<br>14 – 16 puntos = conocimiento bueno<br>17 – 20 puntos = conocimiento muy bueno   |
| Actitudes con respecto a SS | Las preferencias de los ACES en relación con la sexualidad saludable de los adolescentes de su comunidad fueron calificadas en la escala vigesimal.  | La elección del respondente se señala de una escala de Lickert de 5 puntos que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo y fueron pasadas a escala vigesimal de la siguiente manera:<br><br>0 – 5 puntos = conocimiento Muy desfavorable<br>6 – 10 puntos = conocimiento Desfavorable<br>11 – 15 puntos = conocimiento Favorable<br>16 – 20 puntos = conocimiento Muy Favorable |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Destrezas como ACES para con los promocionar SS.</p> | <p>Las prácticas de los ACES en relación con la promoción de conductas sexuales saludable en los adolescentes de su comunidad se hicieron en las áreas de:<br/>Comunicación con adolescentes.<br/>Embarazo no deseado<br/>Enfermedades de transmisión sexual y SIDA.</p> | <p>La elección del respondente se da de entre 4 a 7 alternativas.<br/>La calificación máxima del examen fue de 20 puntos. Se utilizó la siguiente escala:<br/><br/>0 – 10 puntos = conocimiento deficiente<br/>11 – 13 puntos = conocimiento regular<br/>14 – 16 puntos = conocimiento bueno<br/>17 – 20 puntos = conocimiento muy bueno</p> |
|---|--|--|

### *Población y muestra*

La población del centro poblado Virgen del Carmen – la Era está constituida por 5248 habitantes. Con la participación del Centro de Salud de la localidad se convocó a quienes desearan participar del programa, reuniéndose así una muestra constituida por 28 participantes.

Se notificó al presidente de la asociación de vecinos quien dio su venia para iniciar la fase de propaganda, la cual se hizo en las juntas vecinales y por el alto parlante de la comunidad. Acudieron al llamado un grupo de voluntarios, pero con la ayuda del Centro de Salud del MINSA de la localidad se pudo reunir a 28 vecinos, reuniéndose de este modo una muestra no aleatoria.

### *Implementación del programa de intervención*

#### *Organización*

El proyecto estuvo bajo la coordinación general de un grupo de investigadores, de los que el autor del presente trabajo es miembro. Además para fines de talleres se contó con la presencia de 15 estudiantes del segundo año de la

carrera de pregrado de Religión y Salud Pública de la UPeU quienes fueron capacitados para acompañar a los participantes de la comunidad en visitas domiciliarias.

### *Estrategias educativas*

Las estrategias empleadas en la aplicación del programa fueron: sociodramas, análisis de situaciones, exposiciones audiovisuales y experiencias vivenciales (Ver matriz de módulos educativos en el Apéndice H).

### *Actividades*

El proyecto contempló la realización de un conjunto de actividades que se mencionan a continuación: coordinación con el Centro de Salud de la localidad Virgen del Carmen – La Era y con los dirigentes del Centro Poblado.

Se convocó a los vecinos interesados a una reunión para informarles sobre el propósito y beneficios del programa y solicitarles su participación.

Seguidamente, se elaboraron los temas y el material didáctico correspondiente. El programa se inició con la aplicación del pre test que evaluó los conocimientos, las actitudes y destrezas que poseían los participantes en cuanto a la sexualidad de los adolescentes, lo mismo que sirvió como línea de base.

Además de la capacitación se realizó en las instalaciones del local comunal de la localidad, se contó con la ayuda de los alumnos del 2do año de la carrera de Teología y Salud Pública de la Facultad de Teología de la Universidad Peruana Unión quienes acompañaron en dos ocasiones a los ACES a realizar su prácticas

de visita domiciliaria a fin de sociabilizar sobre los temas brindados, midiendo indirectamente el impacto del programa.

Finalmente, se aplicó el pos test de conocimientos, actitudes y destrezas.

### *Materiales*

Los materiales que se emplearon en el desarrollo del proyecto fueron: pancarta del evento, útiles de escritorio (papel bond, lapiceros), láminas, rotafolio, computadora, CD, módulos, lista de chequeo, proyector de video y videos.

### *Marco lógico*

Se elaboró el marco lógico y puede ser visto en el Apéndice A.

### *Actividades y línea de tiempo*

Las actividades y la línea de tiempo se pueden apreciar en el Apéndice B.

### *Presupuesto*

Para poder llevar adelante este proyecto de intervención en el Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, fue necesaria la colaboración económica de varios actores. En principio, la Unidad de Pos Grado de Salud Pública de la Universidad Peruana Unión, en la persona del Dr. César Gálvez Vivanco hizo una doble contribución, una de nivel netamente económica, y otra en el área de auspicios, logrando de este modo conseguir la participación activa de la PHD Christine Neish, docente e investigadora de Salud Pública de Loma Linda University en California, Estados Unidos, quien colaboró de manera activa y la ejecución de este proyecto de intervención. El investigador también hizo un aporte económico además del tiempo invertido.

| Actividad   | Descripción   | Comunidad | Programa  | Total         |
|---|---|-----------|-----------|---------------|
| Equipamiento de instalaciones<br>Dotación del personal  | 1. Ubicación de local   | \$ 0.00   |           |               |
|   | 2. Equipamiento   |           | \$ 300.00 | \$ 300        |
|   | 3. Personal especializado (convenio DISA-UPeU)                        |           | \$ 0.00   |               |
| Evaluación cualitativa  | 4. 02 Equipos para grabación  |           | \$ 90.00  | \$ 90         |
| Preparación de manuales guías para los agentes comunitarios   | 5. Impresión y diseño de 100 Manuales                                 |           | \$ 250.00 | \$ 550        |
|   | 6. Modelos de Impresión de tríptico para distribución en la comunidad |           | \$ 300.00 |               |
| Preparación del material para el taller de sensibilización en VHS- otros                            | 7. VHS inductivo  |           | \$ 300.00 | \$ 400        |
|   | 8. Afiches  |           | \$ 100.00 |               |
| Preparación de materiales para los 07 talleres de actitudes y habilidades (incluye fortalecimiento) | 9. Material audiovisual   |           | \$ 200.00 | \$ 800        |
|   | 10. Materiales para ser distribuidos en cada sesión                   |           | \$ 400.00 |               |
|   | 11. Materiales reforzadores de conducta                               |           | \$ 200.00 |               |
| Ceremonia de certificación  | 12. Certificados  |           | \$ 150.00 | \$ 250        |
|   | 13. Souvenir-otros  |           | \$ 100.00 |               |
| <b>TOTAL</b>  |   |           |           | <b>\$2390</b> |

*Instrumentos y técnicas utilizados en la recolección de la información*

*Instrumentos.* Test, que comprendió tres partes, la primera midió los conocimientos sobre comunicación con adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, que tuvieron los participantes antes y después de la aplicación del programa. Esta primera parte contó con 20 preguntas. Se aplicó al comenzar y al terminar el programa.

La calificación máxima del examen fue de 20 puntos. Se utilizó la siguiente escala:

0 – 10 puntos = conocimiento deficiente

11 – 13 puntos = conocimiento regular

14 – 16 puntos = conocimiento bueno

17 – 20 puntos = conocimiento muy bueno

La segunda parte se trata de un test de Likert que contó con 22 preguntas y cinco alternativas que tuvieron como objetivo conocer las actitudes de los participantes en cuanto a escuchar a los adolescentes, orientarlos en temas de sexualidad, y aconsejamiento de adolescentes. Esta sección se aplicó antes y después de la aplicación del programa.

Las respuestas de las actitudes hacia el programa SS se categorizaron de la siguiente forma:

0 – 5 puntos = conocimiento Muy desfavorable

6 – 10 puntos = conocimiento Desfavorable

11 – 15 puntos = conocimiento Favorable

16 – 20 puntos = conocimiento Muy Favorable

La última parte se trata de 8 preguntas que estuvieron destinadas a conocer cuales eran las prácticas de los participantes con respecto al programa SS. Esta exploración se hizo al iniciar y terminar el programa.

La calificación máxima del examen fue de 20 puntos. Se utilizó la siguiente escala:

0 – 10 puntos = conocimiento deficiente

11 – 13 puntos = conocimiento regular

14 – 16 puntos = conocimiento bueno

17 – 20 puntos = conocimiento muy bueno

Los instrumentos fueron validados por dos expertos: el Magíster Julio Mendigure y el Doctor Daniel Richard, mediante la hoja de validación del instrumento proporcionada por la Escuela de Postgrado de la UPeU.

*Técnicas utilizadas en la recolección de la información.* Luego de atender las sugerencias de los expertos, el test se aplicó previamente una prueba piloto a 10 personas de la asociación de vivienda “Los Sauces” en dos ocasiones, el 2 y 4 de agosto de 2006 por alumnos del cuarto ciclo de la carrera de Teología y Salud Pública de la Facultad de Teología de la UPeU. La población presentaba características similares a los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era.

El test antes de la intervención fue tomado el 10 de octubre del 2006 a 32 ACES que asistieron al local comunal situado en la segunda etapa del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era. Se les repartió las hojas de los test y con la ayuda de los alumnos antes mencionados, los ACES llenaron el cuestionario. El test de salida o post test fue tomado a 28 ACES que llegaron al final de las sesiones presenciales teóricas el 10 de noviembre del 2006.

#### *Análisis de la información*

Para la realización del análisis de los datos, se ha utilizado la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas con el fin de determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas de los participantes del programa SS del Centro Poblado Virgen del Carmen - La Era, evaluados con un test tomados antes y después de la

intervención. Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS 13.0 para Windows.

La presentación de los resultados se realizó mediante tablas, figuras y estadísticos.

#### *Tratamiento de las consideraciones éticas*

Para la ejecución del presente trabajo de investigación e intervención, se presentó la propuesta del programa a los dirigentes de la comunidad, solicitando la autorización y el apoyo respectivo. Luego de evaluar programa, brindaron todas las facilidades para que la intervención se haya realizado con éxito.

#### *Descripción del rol del proyecto en la comunidad*

El desarrollo del presente trabajo llenó un vacío existente en la formación y desarrollo de los ACES del centro poblado Virgen del Carmen – La Era, mediante la promoción de conductas sexuales seguras en adolescentes, contribuyendo en la adquisición y fortalecimiento de prácticas saludables. A su vez, permitió la sensibilización de los adolescentes y sus familias, generando la necesidad de implementar un programa educativo motivacional en los colegios de la comunidad sobre la promoción de la sexualidad saludable en la adolescencia.

La posta médica se benefició al contar con ACES capacitados y certificados que ayuden en el trabajo de promocionar conductas sexuales saludables en los adolescentes. Además de tener un nexo más con las población adolescente a través de los ACES.

La comunidad recibió muy bien a los ACES en sus hogares a donde llegaron llevando orientación sobre temas de SS.

*Evidencia de trabajo en redes*

El proyecto se desarrolló con el apoyo del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era a través de sus dirigentes comunales, además con el apoyo del Centro de Salud del MINSA ubicado en el mismo Centro Poblado y con el apoyo de la dirección de la Micro Red de Salud 11 ubicada en la localidad de Miguel Grau, a la que pertenece el Centro de Salud del Centro Poblado Virgen del Carmen la Era.

Los ACES fueron convocados por el Centro de Salud y por los dirigentes comunales quienes brindaron las instalaciones del Centro Comunal para la capacitación y entrenamiento de los mismos. Este proyecto no habría sido posible sin la participación de vecinos y personal de salud de la zona.

## CAPÍTULO IV

### Evaluación y resultados de la intervención

#### *Evaluación y resultados del proceso*

La evaluación de proceso se realizó a través del monitoreo semanal del desarrollo de las actividades, las que estuvieron programadas en 9 sesiones, pero que se extendieron a 12, es decir, 3 sesiones más de práctica, logrando que el 100% de los participantes se involucre y capacite a través del programa de intervención SS. Esto se hacía al inicio de cada reunión, se permitía que cinco ACES dieran un testimonio de cómo les fue en la práctica del módulo revisado en la semana.

Además se desarrollaban dramatizaciones por parte de los mismos ACES que los ayudaban a visualizar los casos atendidos.

Otra forma de evaluar el desarrollo del programa fue que cada ACES contó con la ayuda de un estudiante del 2do año de la carrera de Teología y Salud Pública de la Facultad de Teología de la Universidad Peruana Unión, los que observaron el desarrollo de los participantes y ayudaron a corregir errores.

Asistieron al inicio del programa 32 ACES y concluyeron 28, recibiendo un certificado de aprobación.

### *Características de los agentes comunitarios*

*Descripción sociodemográfica.* Describiremos algunas características sociodemográficas que presentaron los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era.

*Edad.* El 30.8% de ACES del centro Poblado Virgen del Carmen tiene una edad entre 30 a 39 años, seguido por el 25.6% de ACES que tiene una edad de 40 a 49 años, el 20.5% de ACES tiene una edad comprendida entre 50 a 59 años, el 12.8% de ACES tiene una edad menor a 20 años, el 7.7% de agentes tiene una edad de 20 a 29 años y solo el 2.6% de agentes tiene una edad mayor a 60 años (Ver Apéndice J).

*Género.* El 82% pertenecen al sexo femenino, siendo el resto del sexo masculino (Ver Apéndice J).

*Religión.* El 66.7% pertenecen a la religión adventista, el 25.6% pertenecen a la religión católica y el 7.7% a la religión evangélica (Ver Apéndice J).

*Grado de instrucción.* En cuanto al grado de instrucción el 48.7% de ACES tiene estudios del nivel secundaria, seguido por el 46.2% que tienen estudios de nivel superior y el 5.1% tiene estudios de nivel primaria (Ver Apéndice J).

*Estado civil.* El 43.6% son casados, el 25.6% son solteros, el 12.8% de son convivientes, el 10.3% son separados y el también el 5.1% son divorciados. Solo el 2.6% de ACES son viudos (Ver Apéndice J).

### *Evaluación y resultados de impacto*

La variación en los conocimientos, actitudes y destrezas de los ACES son presentados en los siguientes párrafos.

Tabla 1

*Resultado de la prueba de comparación de medias para muestras pareadas en el programa educativo “sexualidad saludable”.*

| Indicadores: | Pre-test |               | Post-test |               | Distribución t | Grados libertad | Significancia (p-value) |
|--------------|----------|---------------|-----------|---------------|----------------|-----------------|-------------------------|
|              | Media    | Desv. estand. | Media     | Desv. estand. |                |                 |                         |
| Programa     | 14       | ± 1,4         | 16,2      | ± 1,1         | -7,9           | 27              | 0.000                   |

La media del programa, al inicio del mismo, fue de 14, y al término, fue de 16.2, arrojando una diferencia de 2.2, la cual, a pesar de ser discreta, es suficiente y significativa para propósitos de este estudio.

Además, dado que el nivel de significancia es menor a 0.05 (P-valor < 0.05), aceptamos la hipótesis alterna que nos indica que el programa educativo SS logra cambios significativos en los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era.

Tabla 2

*Resultado de prueba de comparación de medias para muestras pareadas para los objetivos de conocimientos, actitudes y destrezas en los agentes comunitarios del centro poblado Virgen del Carmen – La Era Ñaña.*

| Indicadores: | Pre-test |               | Post-test |               | Distribución t | Grados libertad | Significancia (p-value) |
|--------------|----------|---------------|-----------|---------------|----------------|-----------------|-------------------------|
|              | Media    | Desv. estand. | Media     | Desv. estand. |                |                 |                         |
| conocimiento | 12,3     | ± 1,9         | 14,4      | ± 1,1         | -7,0           | 27              | 0,000                   |
| actitud      | 16,7     | ± 2,6         | 18,2      | ± 1,1         | -2,9           | 27              | 0,007                   |
| destrezas    | 13,1     | ± 2,2         | 15,8      | ± 2,0         | -6,3           | 27              | 0,000                   |

La media del conocimiento fue de 12.3 al inicio del programa, y al término del mismo mejoró a 14.4, esa diferencia, a pesar de ser discreta es significativa y suficiente, además, la media de actitudes fue de 16.7 antes de iniciar el programa SS en ACES, y al término del mismo mejoró a un 14.4 señalando una diferencia a pesar de ser discreta, es significativa y suficiente para fines de la investigación, por último, la media de destrezas, fue de 13.1, al comenzar el programa, y al término del mismo aumentó a 15.8, evidenciando una diferencia, la cual, a pesar de ser discreta, es suficiente y significativa.

De estos hallazgos se desprende que, si se aplicara el programa cien veces, bajo similares condiciones, se encontrarían resultados cercanos a los valores obtenidos en 95 de ellos.

A fin de observar los cambios en los conocimientos, actitudes y destrezas de los ACES, podemos observar la tabla G-2, del Apéndice G donde observamos que antes de aplicar el programa SS, el 14.3% de los agentes tenía un conocimiento deficiente, el 71.4% de los agentes tenía un conocimiento regular, el 10.7% de los agentes tenía un conocimiento bueno y solo 3,6% de los agentes tenía un conocimiento muy bueno. Sin embargo, después de aplicar el programa, el grado de conocimiento mejoró considerablemente ( $p$ -valor= 0.000), el 17.9% de los agentes tuvo un conocimiento regular y el 82.1% de los agentes tuvo un conocimiento bueno. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis de que el programa SS tuvo un impacto significativo sobre el conocimiento de los ACES y se rechaza la hipótesis nula.

Algunos de los conocimientos se dieron como se muestran en la tabla G-5 del Apéndice G, donde resaltamos el cambio en el conocimiento que se dio ante la

pregunta, “una persona sexualmente activa puede reducir el riesgo de transmisión de VIH/SIDA cuando”, a lo que el 50% eligió la opción “utilizando preservativos de manera correcta y consistente en cada relación sexual” en el pre test esto cambió en el post test, cuando el 75% eligió la misma alternativa.

En cuanto a las destrezas la tabla G-7 de apéndice G se aprecia el cambio en las destrezas de los ACES. En el pre test, el 25% de ACES estaba con la decisión de orientar a la juventud en las áreas de sexualidad responsable, en el post test, este porcentaje aumenta al 57.14%.

#### *Comparación de resultados con la literatura*

El 84.6% de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, tiene edades que van desde los de 20 a 59 años de edad, hecho que concuerda con el rango de edad de 22 a 55 años del personal de salud de Nicaragua y con el rango de 17 a 57 años de los ACES en Colombia (Mora & Gamez, 2004; Restrepo, 2003). Y es entre los 17 y 25 años que el adolescente y joven llegan a la edad adulta plena, y es en esta última etapa en que se cimientan la responsabilidad, identidad y aptitud para con los deberes y valores; es decir, se perfeccionan las características necesarias en toda persona que quiere dedicarse a hacer promoción de la salud (Cuyubamba, 2003).

Se observa además que el 82% de los ACES son del sexo femenino, cifra similar a la reportada por Restrepo (2003) pero que supera ampliamente el porcentaje que presenta el MINSA (2005) que es el 60% del total de ACES a nivel nacional. Probablemente el 60% de mujeres involucradas sea así por la ausencia del varón en el hogar por varias horas del día debido a causas laborales.

La PEA (Población Económicamente Activa) en el Perú es en su mayoría masculina con un 70.4% contra un 29.6% de PEA femenina (INEI, 1993).

El 48.7% de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era presentan un grado de instrucción correspondiente al nivel secundario, lo que facilitó su labor. El 46.2% del total de ACES declaró tener cursada o estar cursando la educación superior. El Ministerio de Salud del Perú recomienda que los ACES deben tener por lo menos educación básica o primaria (MINSa, 2007).

La tabla 2 revela que existió un cambio en los conocimientos de los ACES. Luego de realizado el programa SS, los conocimientos deficientes desaparecen, los regulares disminuyen a un 17.9% y un 82.1% se ubica en conocimiento “bueno”, lo que es significativo en un p-valor= 0.000.

Cuando observamos en el Apéndice G, en la tabla G-5, encontramos que los ACES no presentan mucho crecimiento en sus conocimientos cuando se los explora sobre quién es un adolescente o cuales son los cambios característicos en la adolescencia, pero sí aumentan significativamente en las áreas de cuales son los temas de conversación de los adolescentes, revelando que les gusta hablar más acerca de estudios. Esto puede deberse a que, luego de haber vivenciado el dialogo asertivo con los adolescentes, los ACES descubrieron que los adolescentes difícilmente ventilarán temas de sexualidad con un adulto que conocen, pero si con otro adolescente, como lo refiere Isabel Larraín (2007). Los adolescentes pierden la confianza en los padres y están a la espera de un amigo que los escuche y apoye en su confusa vida. Además, Larraín menciona que es más fácil que los adolescentes dialoguen con un adulto desconocido acerca de temas más personales.

En cuanto a cual es la edad ideal para quedar embarazada, el 50% de los ACES señaló que era entre los 22 a 25 años, muy seguidos por el 46.4% que señalaron que la mejor edad para quedar embarazada estaba entre los 15 y 18 años. Estos fueron los resultados del post test, pero al comparar este resultado con el pre test, encontramos que el 64.3% declaró que edad adecuada para quedar embarazada era entre los 15 y 18 años de edad. Visto esto, se puede inferir que los participantes tienen experiencias previas en torno a la pregunta que son difíciles de desarraigar y que un cambio de opinión de un 18.9% siempre es positivo. La edad óptima para la gestación se alcanza a los 23 años más o menos y este período óptimo dura hasta los 28 años (Matos, 2001).

Respecto a las actitudes de los ACES hacia la SS de los adolescentes de su comunidad, se refirió que estaban deseosos de aconsejar y dar tiempo a los adolescentes. Solo 2 personas estuvieron en desacuerdo, mostrando una actitud negativa hacia la promoción de SS en los adolescentes. Esta actitud es contraria a la establecida por la Organización Panamericana de la Salud (2000), que recomienda una actitud positiva hacia la promoción de las conductas sexuales saludables en los adolescentes.

Luego de la aplicación del programa, la evaluación post test reveló que estas actitudes contrarias desaparecieron. Así, concluimos que el programa logra integrar a los ACES a una actitud positiva frente a la SS de los adolescentes (Ver tabla G-6 del Apéndice G).

En cuanto a las destrezas para participar activamente en campañas de promoción de SS en adolescentes, los ACES se mostraron totalmente de acuerdo en un 57.143%, luego de la aplicación del programa. Este porcentaje es superior al

presentado en la evaluación pre test. Este resultado positivo indica que es posible involucrará a más personas como ACES. Según Bustamante (2004), la mayor participación de ACES permitirá una disminución de la morbilidad, elevándose la calidad de vida, principalmente en adolescente (Ver tabla G-6 del Apéndice G).

En la tabla 2 el nivel de significancia de los indicadores de conocimiento fue de  $p\text{-valor}= 0.000$ ; asimismo el de actitudes fue de  $p\text{-valor}= 0.007$  y por último el de destrezas fue de  $p\text{-valor}= 0.000$ . Estos resultados demuestran que el programa SS ejerció un impacto positivo en los conocimientos, actitudes y destrezas de los ACES de Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, concordando con Gayet & Solís (2007), quienes afirman que para que los adolescentes sean orientados en materia de sexualidad saludable deben ejecutarse programas y políticas basados en un enfoque científico, y el Centro Nacional de Salud Sexual de Cuba (CENESEX, 2003), dice además que estos programas deben ser dinámicos y participativos.

#### *Análisis del crecimiento profesional*

El presente trabajo generó en el investigador experiencias en el trabajo de planificación, ejecución y evaluación de programas de intervención en salud pública, columna vertebral del quehacer de la salud.

Además el investigador ha desarrollado una visión más clara acerca de la promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades y agresiones.

La participación de la población en este programa fue enriquecedora y ha contribuido para que el investigador sea motivado a desarrollar futuras

intervenciones de salud en su localidad, involucrando a los líderes naturales de la opinión pública.

## CAPÍTULO V

### Conclusiones y recomendaciones

#### *Conclusiones*

Del total de la muestra de 28 ACES, el 82% fue del sexo femenino y el 18% del sexo masculino. Además, el 48.7% de agentes comunitarios tiene los estudios del nivel secundaria y 46.2 estudios de nivel superior.

El promedio de conocimientos sobre sexualidad saludable en los ACES antes de iniciar el programa SS fue de 12.3 y al terminar fue 14.4 ( $p < 0.05$ ), El promedio de actitudes sobre sexualidad saludable en los ACES antes de iniciar el programa SS fue de 16.7 y al terminar fue 18.2 ( $p < 0.05$ ), El promedio de destrezas 13.1 sobre sexualidad saludable en los ACES antes de iniciar el programa SS fue de 15.8 y al terminar fue 14.4 ( $p < 0.05$ ).

El programa “Sexualidad Saludable” tuvo un impacto positivo porque se mejoraron los conocimientos, las actitudes y las destrezas de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era.

#### *Recomendaciones*

Realizar una alianza estratégica entre los agentes comunitarios de salud del centro poblado Virgen del Carmen – La Era y la EAP de Teología y Salud Pública de la Facultad de Teología de la Universidad Peruana Unión, para dar sostenibilidad al programa a lo largo del tiempo.

Aplicar el programa “Sexualidad Saludable” por un mayor período de tiempo, que permita cambios de conducta permanentes de los ACES para con los adolescentes de la comunidad.

Realizar programas de Sexualidad Saludable dirigido a los padres de los adolescentes con la finalidad de reforzar y potenciar la promoción de los estilos de vida saludables en el campo de la sexualidad adolescente por parte de los ACES.

Realizar programas de “Sexualidad Saludable” dirigido a los profesores de secundaria de los colegios de la zona con la finalidad de reforzar y potenciar el trabajo de los ACES en el área de promoción los estilos de vida saludables en el campo de la sexualidad adolescente.

## Referencias

- Agouzahr, C. & Vaughan, J. P. (2000) *Evaluación de la carga de mala salud sexual y reproductiva: cuestiones relacionadas con el uso de los años de vida ajustados en función de la discapacidad*. USA: Organización Mundial de la Salud.
- Alcántara, E & Ortiz, M. (2003). *Accesibilidad a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Contribución De los Determinantes Intermedios en los Cambios de la Fecundidad en el Perú*. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, II curso de la asociación madrileña de pediatría de atención primaria. Recuperado el 17 de Octubre de 2007, de: [http://www.ampap.es/docencia/pdf/curso\\_prim\\_2007.pdf](http://www.ampap.es/docencia/pdf/curso_prim_2007.pdf)
- Andersen, L. (2007). Desarrollo del adolescente. Recuperado el 25 de abril de 2007 de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002003.htm>
- Angerami-Camon, V. A. (2004). *Atualidades em psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- APPRENDE. (2006). Conferencia internacional sobre población y desarrollo. Recuperado el 29 de marzo de 2007 de: <http://www.apprendeacuidarte.com.pe/end/index.html>
- Atención Primaria de Salud. (2005). Manual de procedimientos basicos del medico y enfermera de la familia. Recuperado el 24 de octubre de 2007, de: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales-2005/manual-procedimientos-basicos-med-enferm-familia.pdf>
- Burbano, L. (1996). Teoría del Aprendizaje. Recuperado el 04 de marzo de 2006 de: <http://www.monografias.com/trabajos13/teapre/teapre.shtml>
- Bustamante, R. (2004). Lineamientos de Política y Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud. Tomado el 21 de octubre de 2007, de: [http://www.epiredperu.net/docsdescar/Lineamientos\\_Promocion\\_MINSA.pdf](http://www.epiredperu.net/docsdescar/Lineamientos_Promocion_MINSA.pdf)
- Central Doupage Hospital. El Desarrollo Cognitivo. Recuperado el 25 de abril de 2007 de: <http://www.cdh.org/HealthInformation.aspx?pageId=P04694>

- Centro Nacional de Salud Sexual (2003). Intervención socioeducativa en el ámbito de la sexualidad. Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: [http://www.cenesex.sld.cu/webs/cenesex\\_lineas\\_intervencion.htm](http://www.cenesex.sld.cu/webs/cenesex_lineas_intervencion.htm)
- Children's Hospital Boston. (2001). ¿Qué son el VIH y el SIDA?. Recuperado el 29 de marzo de 2007 de: <http://www.youngwomenshealth.org/sphiv-aids.html>
- Children's Hospital Boston. (2002). Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Recuperado el 29 de abril de 2007 de: <http://www.youngwomenshealth.org/spstds.html>
- Consejo Nacional de Información y Comunicación Educativa. (2007). Relaciones sociales entre adolescentes, recuperado el 29 de marzo del 2007 de: [http://www.cnice.mec.es/padres/desarrollo\\_psicologico/relaciones\\_sociales\\_en\\_la\\_adolescencia/](http://www.cnice.mec.es/padres/desarrollo_psicologico/relaciones_sociales_en_la_adolescencia/)
- Cortes, A., Del Pino, A., Sánchez, M., Alfonso, A., & Fuente, J. (1999). Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana. Recuperado el 14 de mayo de 2007 de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1999000100007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000100007&lng=es&nrm=iso)
- Croyle, R. (2005). *Theory at a Glance. A guide for health promotion practice*. USA. National Cancer Institute.
- Cuyubamba, N. (2003). Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del hospital “Félix Mayorca Soto” Tarma -2003. Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/cuyubamba\\_dn/resumen.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/cuyubamba_dn/resumen.pdf)
- Definición. (2007). Conocimientos. Recuperado el 20 de octubre de 2007, de: <http://www.definicion.org/conocimiento>
- Definición. (2007). Actitudes. Recuperado el 20 de octubre de 2007, de: <http://www.definicion.org/actitudes>
- Definición. (2007). Conocimientos. Recuperado el 20 de octubre de 2007, de: <http://www.definicion.org/conocimiento>
- Equipo Federal de Trabajo. (2005). Adolescencia. Recuperado el 13 de octubre de 2006 de: [http://www.newsmatic.e-pol.com.ar/index.php?pub\\_id=99&sid=1161&aid=4127&eid=4&NombreSeccion=Bases%20Constitucionales&Accion=VerArticulo](http://www.newsmatic.e-pol.com.ar/index.php?pub_id=99&sid=1161&aid=4127&eid=4&NombreSeccion=Bases%20Constitucionales&Accion=VerArticulo)
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (2007). Prevención. Recuperado el 18 de octubre de 2007, de: <http://www.fad.es/contenido.jsp?>

id\_nodo=75&&&keyword=&auditoria=F

- Ferrando, D. (2002). *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder Internacional.
- Gálvez, C. (2005). *Módulo Desarrollo de Programas de Educación Para la Salud*. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Garaigordobil, M., Dura, A., y Pérez, J. (2005). *Psychopathological symptoms, behavioural problems, and self-concept/self-esteem: A study with adolescents from 14 to 17 years*. Madrid.
- García, V. (2005). Autoestima. Recuperado el 29 de abril de 2007 de: <http://www.monografias.com/trabajos5/autoest/autoest.shtml>
- García, C., & Caballero, A. (2000). *Tratado de pediatría social "Carlos García-Caballero"*. España: Díaz de Santos.
- Gayet, C. & Solís, P. (2007). Sexualidad saludable de los adolescentes: La necesidad de políticas basadas en evidencias. Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: [www.insp.mx/rsp/\\_files/File/2007/Edicion%20Especial/mesa%20redonda%20II%20sexualidad%20saludable.pdf](http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Edicion%20Especial/mesa%20redonda%20II%20sexualidad%20saludable.pdf)
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1988). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. United States: Palo Alto.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. United States: Palo Alto.
- Haffner, D. (1995). *Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents*. New York: Sexuality Information and Education Council of the United States.
- Hansen, L. Mann, J. McMahon, S. & Wong, T. (2004). *Report: Sexual Health*. BioMedCentral. Inglaterra.
- Instituto de Educación y Salud. (2007). Institucionalización de procesos participativos de salud. Factores asociados a los comportamientos de protección sexual en mujeres jóvenes en el Perú. Un modelo para la prevención de las ITS, el VIH/SIDA y los embarazos no planificados. Recuperado el 05 de octubre de 2007 de: [http://www.ies.org.pe/P\\_Modelo.htm](http://www.ies.org.pe/P_Modelo.htm)
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (1993). Características demográficas de la PEA. Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0007/CAP0302.HTM>

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (Mexico). (2001). *Sexualidad. Educación para la vida*, 4. México, D.F.: SEP.

Isis, (2001). *Agenda Salud ISIS internacional*. Chile: Andros Ltda.

Junta de Andalucía. (2007). Glosario. Recuperado el 20 de octubre de 2007, de: [www.juntadeandalucia.es/empleo/orienta/menuInicioguia/glosario.asp](http://www.juntadeandalucia.es/empleo/orienta/menuInicioguia/glosario.asp)

Kofi, G. Bannerman, B. Wells Pence, B. Jones, H. Miller, R. Weiss, E. & Nerquaye-Tetteh. (2003). *Sexual Health Experiences of Adolescents In Three Ghanaian Towns*. USA: International Family Planning Perspectives.

Langille, D. (2000). *Les Services de Santé Sexuelle et Déducation Pour les Adolescents: Les Options en Nouvelle-Ecosse*. Canadá: Maritime centre of excellence for women's health.

Larraín, I. Los secretos adolescentes. Tomado el 21 de octubre de 2007, de: <http://www.hacerfamilia.net/new/index.asp?pag=articulos&id=168>

Latorre P, Herrador J & Jiménez, M. (2003). *Prescripción del ejercicio físico para la salud en la edad escolar: aspectos metodológicos, preventivos e higiénicos*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

Matos, G. (2001). Estudio del embarazo en adolescentes de talara. Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/acta\\_medica/2001\\_n2/estudio-embara.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/acta_medica/2001_n2/estudio-embara.htm)

Ministerio de Salud (2005). Más de 50 mil agentes comunitarios de salud trabajan para prevenir enfermedades. Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: [http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np\\_codigo=2524&mes=6&anio=2005](http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=2524&mes=6&anio=2005)

Ministerio de Salud (2007). Documento técnico para el trabajo con los agentes comunitarios de salud. Recuperado el: 21 de octubre de 2007, de: [www.minsa.gob.pe/dgps/documentos/Doc\\_tec\\_ACS.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgps/documentos/Doc_tec_ACS.pdf)

Ministerio de Salud. (2004). Política nacional de comunicación para la salud. Recuperado el 17 de octubre de 2007, de: [www.minsa.gob.pe/portal/destacados/archivos/41/POLITICA%20MODIFICADA%20Octubre.doc](http://www.minsa.gob.pe/portal/destacados/archivos/41/POLITICA%20MODIFICADA%20Octubre.doc)

Ministerio de Salud. (2007). Día del agente comunitario de salud. Recuperado el 25 de abril de 2007 de: <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/detalle.asp?ecodigo=40>

Ministerio de Salud. (2004). Actores anónimos que promueven la salud y el bien común en la. Recuperado el 26 de octubre de 2007,

[http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np\\_codigo=1423&mes=6&anio=2004](http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=1423&mes=6&anio=2004)

- Ministerio de Salud (2005). Plan operativo institucional, año fiscal 2005. Recuperado el 22 de octubre de 2007, de: [www.minsa.gob.pe/portal/06Transp- AccesoInf/06PlanOperativo/poi/POA%202005%20DISA%20IV%20Lima%20Este.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portal/06Transp-AccesoInf/06PlanOperativo/poi/POA%202005%20DISA%20IV%20Lima%20Este.pdf)
- Ministerio de Salud. (2002). Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 29 de marzo de 2007 de: <http://www.minsa.gob.pe/portal/portal2.asp?AOE/aoe.asp>
- Ministerio de Salud. Situación Socioeconómica. Recuperado el 17 de octubre de 2007 de: [http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situacion/asis/asis\\_/Sala\\_2006/SITUACION%20DE%20SALUD%202006.pdf](http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situacion/asis/asis_/Sala_2006/SITUACION%20DE%20SALUD%202006.pdf)
- Mora, I. & Gamez, J. (2004). Conocimiento del personal de salud y Agentes Comunitarios acerca del manejo, prevención y control de la Leishmaniasis en el municipio de Matagalpa, mayo-junio 2004. Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: [www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/15.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/15.pdf)
- National Education Association. (2004). Sexual Health: The rola of school personnel. Washington: Health Information Network.
- National Health Services (2004). Teenage pregnancy and sexual health interventions. NHS. USA.
- Organización Panamericana de la Salud (1996). Escuela Saludable. Herramienta para la Paz. Recuperado el 09 de octubre de 2007, de: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/ESCUELASALUDABLE/07presentacion.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual, recomendaciones para la acción*. Guatemala; OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). análisis por género del comportamiento alimentario y el ejercicio físico en el Caribe. Recuperado el 26 de octubre de 2007, de: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS35-2000-11CFNI.PDF>
- Organización Panamericana de la Salud (2004). Guía para facilitadores de la capacitación a agentes comunitarios de salud, componente comunitario de la estrategia AIEPI. OPS. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). “Modelo de atención Integral y servicios Comunitarios para la Salud de las Mujeres”. Recuperado el 02 de mayo de 2006 de: <http://www.paho.org/spanish/d/csu/IF-TCCCORCAN-2000-14.pdf>

- Papalia, D. & Olds, S. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Bogotá. McGraw-Hill.
- Pebe, T. (2005). Encuesta de opinión sobre temas de salud.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud: (reto de nuestro tiempo)*. Madrid: Díaz de Santos.
- Pérez, M. (2006). *Desarrollo de los adolescentes III, identidad y relaciones sociales*. México DF: Aguas Calientes.
- Psicopedagogía. (2007). Modificación de la conducta. Recuperado el 17 de octubre de 2007, de: <http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta#libros>
- Raguz, M. (2002). “Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: condicionantes socio demográficas e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones”, CIDE-INEI; USAID; MEASURE, DHS+/MACRO INTERNACIONAL. Lima.
- Restrepo, O. (2003). Promoción de la convivencia y prevención de violencia interpersonal mediante actividades lúdicas y humorísticas: El proceso de implementación de la estrategia ¿Y del respeto qué? Recuperado el 21 de octubre de 2007, de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No1/PDF/respeto.pdf>
- Rochón, A. (1992). *Educación para la salud: Una guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: SG Editores.
- Quevedo, I. (2005). Características reproductivas de las mujeres consultantes en servicios de urgencia general de la VIII Región. Recuperado el 14 Mayo 2007 de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000800009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800009&lng=es&nrm=iso)
- Reprolatina (2006). Proyecto Adolescente. Recuperado el 20 de marzo de 2007 de: [http://www.reprolatina.net/website\\_espanol/html/actividades/actividades\\_ubs.asp](http://www.reprolatina.net/website_espanol/html/actividades/actividades_ubs.asp)
- Saavedra R. (2004). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. México, D.F.: Pax.
- Samaniego, C. (2005). El Modelo Transteorético de Prochaska. Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco. Recuperado el 26 de octubre de 2007, de: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c094/samanie.php>
- Solociencia. Descubierta un factor genético asociado a dos síndromes de inmunodeficiencia humana. Recuperado el 30 de mayo de 2006 de: [www.solociencia.com/noticias/0507/11095231.htm](http://www.solociencia.com/noticias/0507/11095231.htm)

- Tarazona, J. (2005). Reflexiones acerca del aprendizaje basado en problemas (ABP). Una alternativa en la educación médica. Recuperado el 30 de mayo de 2006 de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=406342&indexSearch=ID>
- Teenstar. (2005). Educación sexual para jóvenes. Recuperado el 29 de abril de 2007 de: <http://www.teenstar.cl/activities.htm>
- Teenstar. (2005). El programa Teenstar. Recuperado el 17 de octubre de 2007 de: <http://www.teenstar.cl/programa.htm>
- United Nations. (1995) Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. (CIPD). Recuperado el 4 de abril de 2007 de: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm#cap7>
- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2004) Mujeres y Sida. USA: Unaid.
- United Nations Population Fund. Educación obligatoria sobre sexualidad en todas las escuelas primarias y secundarias. Recuperado el 05 de octubre de 2007 de: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch4/page2.htm>
- Vidahumana. Estadísticas acerca del aborto en EE.UU. recuperado el 29 de marzo del 2007 de: <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/estadisticas.html>
- Websalud. Objetivo: reducir el número de embarazos no deseados. Recuperado el 29 de marzo de 2007 de: [http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20051221salwsdsan\\_2&type=Tes&anchor=wsdsanntc](http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20051221salwsdsan_2&type=Tes&anchor=wsdsanntc)
- Worchel, S. (2002). *Psicología social*. México: Thomson.
- Yale Medical Group. (2005). El desarrollo cognitivo. Recuperado el 13 de junio de 2007, de: <http://ymghealthinfo.org/content.asp?pageid=P04694>
- Zárate, I. (2003). *Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado*. Lima: UNMSM.

## Apéndice A

## Marco lógico

| JERARQUIA DE OBJETIVOS   | INDICADORES  | MEDIOS DE VERIFICACION  | SUPUESTOS   |
|--|--|---|---|
| Se propició los procesos de prevención y promoción de la salud sostenible por ACES en el Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, en el área de SS.  | Al final del programa se habrán acreditado a todos los ACES participantes.   | Número de visitas a adolescentes y su frecuencia, registrada en formularios.  | El Centro de Salud de la localidad y la EAP Teología y Salud Pública mantienen en actividad a los ACES.                     |
| Se determinó el impacto del programa educativo “sexualidad saludable” en los conocimientos, actitudes y destrezas, en ACES del centro poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006, como significativo.        | Al finalizar los 4 meses que durará la intervención, la DISA IV contará con un programa educativo para ACES<br>Al finalizar los 4 meses que durará el programa, el 60 % de los ACES habrán incrementado su visión del cuidado de la salud en la comunidad. | Encuesta a los miembros de la DISA IV<br>Encuesta a los miembros de la comunidad sobre su percepción acerca del cuidado integral de la salud. | La DISA IV monitorea y se compromete a actualizar a los Agentes Comunitarios.   |
| Resultado Los ACES han sido entrenados y certificados en el área de SS. Intervienen en la promoción de SS en adolescentes.<br>Se ha logrado un cambio significativo en los conocimientos, actitudes y destrezas. | El 100% de los ACES han sido sensibilizados  | Los registros de asistencia según el cuaderno del Programa.   | Los ACES intervienen protagónicamente con programas de prevención de salud en el Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era. |
| Convocatoria a los voluntarios para participar del programa SS.<br>Talleres de: comunicación efectiva.<br>ETS SIDA.<br>Embarazo no deseado<br>Evaluación a los ACES<br>Certificación del programa.               | El 100% de los ACES desarrollaron por completo los módulos del Programa de Intervención.   | Revisión de los módulos debidamente desarrollados.  | Asistencia y empoderamiento del conocimiento por parte de los Agentes   |

## Apéndice B

## Actividades y línea de tiempo

| ACTIVIDAD                                   | LINEA DE TIEMPO |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   | COORD. Proy. | DISA | Micro Red 11 |           |   |   |   |
|---|-----------------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|--------------|------|--------------|-----------|---|---|---|
|   | Agosto          |   |   |   | Septiembre |   |   |   | Octubre |   |   |   |              |      |              | Noviembre |   |   |   |
| 1. Planificación del diseño de intervención | x               | x | x | x | x          | x | x | x |         |   |   |   |              |      |              |           | M | O | O |
| 2. Campaña Sensibilización a la Comunidad   |                 |   |   |   |            |   |   |   | x       | x | x | x | x            | x    |              |           | M | O | O |
| 3. Campaña Intervención a la Comunidad      |                 |   |   |   |            |   |   |   |         |   | x |   |              | x    | x            |           | M | O | O |
| 4. Implementación de Talleres               |                 |   |   |   |            | x | x | x |         |   |   |   |              |      |              |           | M | O | O |
| 5. Desarrollos de Talleres                  |                 |   |   |   |            |   |   |   | x       | x | x | x | x            |      |              |           | M |   | O |
| 6. Equipamiento para una UVC                |                 |   |   |   |            |   |   |   |         | x |   | x |              | x    |              |           | O | O | M |
| 7. Ceremonia de Acreditación                |                 |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |              |      | x            |           | M | O | O |
| 8. Evaluación Pre - test                    |                 |   |   |   |            |   |   |   | x       |   |   |   |              |      |              |           | M | O | O |
| 9. Evaluación Post - test                   |                 |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |              |      | x            |           | M |   |   |
| 10. Evaluación Proceso                      |                 |   |   |   |            |   |   |   | x       | x | x | x | x            |      |              |           | M |   |   |
| 11. Inicio de Elaboración de Informe final  |                 |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |              |      | x            |           | M |   |   |

## Apéndice C

Autorización para realizar el trabajo de investigación en el centro poblado Virgen del Carmen – La Era.

Yo, \_\_\_\_\_, dirigente del centro poblado Virgen del Carmen – La Era, ubicado en el distrito de Lurigancho, provincia de Lima, Perú.

Admito haber sido informado sobre el Programa Educativo Sexualidad Saludable para capacitar y certificar a Agentes Comunitarios en Salud de mi localidad. El mismo que será dirigido por el Lic. Yván Balabarca Cárdenas, egresado de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Peruana Unión & Loma Linda University.

En consecuencia AUTORIZO, al investigador para realizar dicho trabajo con los participantes voluntarios convocados del programa, y se les brinde las facilidades del caso.

La Era, .....de .....del 2006

---

Dirigente Vecinal del Centro Poblado  
Virgen del Carmen – La Era

## Apéndice D

### Test de conocimientos, actitudes y destrezas sobre Sexualidad Saludable en adolescentes

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
 ESCUELA DE POSGRADO  
 UPG DE SALUD PÚBLICA

#### CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS

Estimado participante, muchas gracias por su disposición para responder a este cuestionario. Para asegurar tu completo anonimato no escriba su nombre en ninguna hoja. Si tiene alguna duda sobre alguna de las preguntas no dude en hacerlo saber e inmediatamente nos acercaremos a ayudarlo. Te suplicamos que tus respuestas sean sinceras y completas. El objetivo de este cuestionario no es saber a quien pertenecen las respuestas sino recoger información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas entre los habitantes de la localidad de La Era, respecto a la comunicación con adolescentes, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. (Aut. Y. Balabarca – Val. Efraín Velásquez).

#### DATOS DEMOGRAFICOS

Completa los espacios en blanco y ponga una X en el paréntesis, o un círculo alrededor de la letra correspondiente.

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Sexo: a. Masculino ( ) b. Femenino ( )
3. Religión: a. Católica ( ) b. Protestante ( ) c. Evangélica ( ) d. Adventista ( ) e. Otra.....
4. Grado de Instrucción de:  
 a. Analfabeto ( ) b. Primaria ( ) c. Secundaria ( ) d. Superior ( )
5. Estado civil:
  - a. Casado/a
  - b. Separado/a
  - c. Divorciado/a
  - d. Conviviente
  - e. Viudo/a
  - f. Soltero/a

## Cuestionario sobre conocimientos

En cada pregunta marca con un círculo la alternativa que consideres correcta (sólo una en cada pregunta).

1. Un adolescente es:
  - a. Un individuo que tiene entre 9 a 13 años de edad.
  - b. Un individuo inmaduro que no toma buenas decisiones.
  - c. Un individuo que esta atravesando una etapa difícil que esta entre los 12 y los 19 años de edad.
  - d. Todas las anteriores.
  - e. Ninguna de las anteriores.
  
2. La adolescencia es una etapa de cambios caracterizada principalmente por:
  - a. Cambios hormonales que se pueden evidenciar en cambios de voz
  - b. Cambios físicos que se pueden evidenciar en cambios de la musculatura
  - c. Cambios de pensamiento que se puede ver en la rebeldía
  - d. Cambios de la voz que se nota en los “gallitos” que les salen a los adolescentes cuando hablan.
  - e. Todas las anteriores
  - f. Ninguna de las anteriores.
  
3. ¿Es sencillo conversar con los adolescentes?
  - a. Siempre quieren salirse con la suya, es muy difícil.
  - b. Casi siempre. Salvo raras excepciones.
  - c. A veces, cuando están de buen humor.
  - d. Me resulta muy fácil hablar con ellos.
  
4. ¿Cuáles son los temas que más les gusta hablar a los adolescentes?
  - a. Les gusta hablar de sexo.
  - b. Les gusta hablar de estudios
  - c. Les gusta hablar de deportes
  - d. Les gusta hablar de sus asuntos privados
  - e. Les gusta hablar de enamorados (as)
  
5. Asertividad es:
  - a. Saber hablar correctamente
  - b. Entender las emociones de los demás.
  - c. Decir las cosas con franqueza sin hacer sentir mal al otro.
  - d. Decir siempre la verdad, duela a quien le duela
  - e. Tengo una idea pero no muy clara, necesito una explicación para tener seguridad
  - f. Ninguna de las anteriores.
  
6. ¿Cual es la edad adecuada para que una mujer se embarace?
  - a. De 15 a 18 años.
  - b. De 19 a 21 años.
  - c. De 22 a 25 años.
  - d. De 26 a 30 años.

7. ¿Cuáles podrían ser las complicaciones del embarazo en las adolescentes?
  - a. Niño con alto riesgo y hemorragias.
  - b. Infecciones y anemia.
  - c. Parto prematuro.
  - d. Todas las anteriores.
  - e. Ninguna de las anteriores.
  
8. ¿Cuáles son las medidas más importantes para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual y el embarazo en adolescentes?
  - a. Que usen de condones.
  - b. Orientar para que no tengan relaciones sexuales.
  - c. Impulsar a que se casen jóvenes.
  - d. Todas las anteriores.
  - e. Ninguna de las anteriores.
  
9. Los que deberían de hacer algo para evitar los embarazos no deseados en adolescentes son:
  - a. Los padres de familia.
  - b. Los profesores y maestros.
  - c. Los propios adolescentes.
  - d. Los profesionales de la salud.
  - e. Todos los anteriores.
  
10. Se dice que es un embarazo no deseado, cuando:
  - a. La mujer dio su consentimiento a medias.
  - b. El varón abusó sexualmente de ella.
  - c. Ambos quisieron tener sexo, pero no tener bebés.
  - d. Todas las anteriores.
  
11. Son enfermedades de transmisión sexual
  - a. SIDA, Gonorrea, Verruga, Chancro y Sífilis.
  - b. Hepatitis, Resfríos y diarreas.
  - c. Cáncer.
  - d. Pérdida de peso, desnutrición y pérdida de ánimo
  - e. Todas las anteriores.
  
12. ¿Cómo se contagia el SIDA?
  - a. Por un beso pasional.
  - b. Solamente por relaciones sexuales.
  - c. Por transmisión sexual, por transfusión de sangre y por el embarazo.
  - d. Todas las anteriores.
  - e. Ninguna de las anteriores.
  
13. Un comportamiento sexual de alto riesgo incluye:
  - a. Tener relaciones sexuales sin uso del preservativo
  - b. Tener relaciones sexuales anales.
  - c. Tener relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas
  - d. Tener más de un(a) compañero(a) sexual.
  - e. Tener relaciones sexuales ocasionales con desconocidos/as (no planificadas).

- f. Tener relaciones sexuales con homosexuales.
  - g. Tener relaciones sexuales con prostitutas.
  - h. Todas las anteriores
  - i. Ninguna de las anteriores
14. La práctica de comportamientos sexuales de riesgo trae como consecuencias:
- a. La adquisición de enfermedades de transmisión sexual
  - b. El contagio de VIH/SIDA
  - c. Embarazo no deseado
  - d. Daños en el aparato reproductor
  - e. Todas las anteriores
  - f. Ninguna de las anteriores
15. Para que una adolescente no se embarace debe:
- a. No tener relaciones sexuales con nadie.
  - b. Hacer uso de píldoras anticonceptivas
  - c. Hacer uso de la píldora del día siguiente
  - d. Hacer uso del preservativo.
  - e. Todas las anteriores
  - f. Ninguna de las anteriores
16. Las medidas de precaución en las relaciones sexuales para evitar adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS) o VIH/SIDA incluyen:
- a. Establecer una relación de confianza y comunicación abierta.
  - b. Conocer a la pareja antes de tener relaciones sexuales.
  - c. Mantenerse sobrio, evitando el consumo de alcohol o drogas.
  - d. Ser responsable e informar a la pareja si padece de alguna ETS o VIH/SIDA.
  - e. Hacer uso del preservativo si mantiene una relación sexual activa
  - f. Abstenerse de tener relaciones sexuales
  - g. Mantener una sola pareja sexual
  - h. Todas las anteriores
  - i. Ninguna de las anteriores
17. Una persona sexualmente activa puede reducir el riesgo de transmisión de VIH/SIDA:
- a. Utilizando preservativos solo con prostitutas u homosexuales.
  - b. Utilizando preservativos de manera correcta y consistente en cada relación sexual.
  - c. Utilizando preservativos solo con personas sospechosas.
  - d. Todas las anteriores
  - e. Ninguna de las anteriores
18. La efectividad del uso del preservativo depende:
- a. Del uso correcto y consistente del método
  - b. De la marca del preservativo
  - c. Todas las anteriores
  - d. Ninguna de las anteriores

19. El uso adecuado del preservativo tiene una efectividad del:
- Menos de 75%
  - 75 a 85%
  - 95 a 100%
20. Una de las consecuencias más graves como resultado de una actividad sexual sin protección es:
- El embarazo, porque requiere de mucha responsabilidad y genera altos costos económicos.
  - Las enfermedades de transmisión sexual, porque dañan los órganos reproductivos
  - El SIDA, porque es una enfermedad mortal que no tiene cura
  - Todas las anteriores
  - Ninguna de las anteriores

Escala de actitudes  
(Tipo Lickert)

A continuación se presentan algunas situaciones en las que deberás colocar si estas *totalmente en desacuerdo*, *en desacuerdo*, *indeciso*, *de acuerdo* y *totalmente de acuerdo*. Las situaciones están como encabezado en negrita en la columna del lado izquierdo y debajo cada uno de los ítems. Deberás marcar con una (X) tu opción en el lado derecho (sólo una en cada situación).

| SITUACION |   | ESCALA                      |                  |             |               |                          |
|-----------|---|-----------------------------|------------------|-------------|---------------|--------------------------|
|           |   | a. Totalmente en desacuerdo | b. En desacuerdo | c. Indeciso | d. De acuerdo | e. Totalmente de acuerdo |
| 21.       | <b>... en darles tiempo a los adolescentes y escucharlos para dialogar como amigos</b>              |                             |                  |             |               |                          |
| 22.       | <b>... darles consejos sin hacerles sentir mal, pero con franqueza.</b>                             |                             |                  |             |               |                          |
| 23.       | <b>... conversar con gente adulta sobre como podría mejorar en su dialogo con los adolescentes.</b> |                             |                  |             |               |                          |
| 24.       | <b>... estudiar y practicar formas de trato con los adolescentes.</b>                               |                             |                  |             |               |                          |
| 25.       | <b>... ser un ejemplo de dialogo y tolerancia con los adolescentes.</b>                             |                             |                  |             |               |                          |
| 26.       | <b>... en pedir ayuda cuando ya no sepa que hacer con un adolescente.</b>                           |                             |                  |             |               |                          |
| 27.       | <b>... hablar con los adolescentes aun de</b>   |                             |                  |             |               |                          |

|     |   |  |  |  |  |  |
|-----|---|--|--|--|--|--|
|     | los temas que resulten incómodos.   |  |  |  |  |  |
| 28. | ... A ayudar a los adolescentes a fijarse metas.  |  |  |  |  |  |
| 29. | ... en hablar de sexualidad con los adolescentes escuchando sus preguntas y aconsejándolos.         |  |  |  |  |  |
| 30. | ... en aconsejar a los adolescentes sobre las consecuencias de un embarazo no deseado               |  |  |  |  |  |
| 31. | ... en orientar a los adolescentes en temas de sexualidad responsable.                              |  |  |  |  |  |
| 32. | ... en enseñar a los adolescentes sobre los modos de prevenir una enfermedad de transmisión sexual. |  |  |  |  |  |

|     | Estarías de Acuerdo   | a. Totalmente en desacuerdo | b. En desacuerdo | c. Indeciso | d. De acuerdo | e. Totalmente de acuerdo |
|-----|---|-----------------------------|------------------|-------------|---------------|--------------------------|
| 33. | ... en enseñar a los adolescentes sobre los riesgos que quedar embarazada muy joven.            |                             |                  |             |               |                          |
| 34. | ... en orientar sobre como se desarrollan las principales enfermedades de transmisión sexual.   |                             |                  |             |               |                          |
| 35. | ... en brindar técnicas de cómo decir no frente a las sugerencias de tener sexo de alto riesgo. |                             |                  |             |               |                          |
| 36. | ... mostrarme amigo de los adolescentes para lograr alcanzarlos con orientación y consejo.      |                             |                  |             |               |                          |

|     | Mi familia estaría de acuerdo en:  | a. Totalmente en desacuerdo | b. En desacuerdo | c. Indeciso | d. De acuerdo | e. Totalmente de acuerdo |
|-----|--|-----------------------------|------------------|-------------|---------------|--------------------------|
| 37. | ... apoyarme para ser un orientador de adolescentes.   |                             |                  |             |               |                          |
| 38. | ... ponerme en contacto con adolescentes que ellos conozcan para orientarlos.                                      |                             |                  |             |               |                          |
| 39. | ... darme el tiempo libre para capacitarme a fin de poder conocer mejor como ayudar y orientar a los adolescentes. |                             |                  |             |               |                          |
| 40. | ... estudiar junto conmigo las técnicas para orientar mejor a los adolescentes.                                    |                             |                  |             |               |                          |

|     | SITUACION   | ESCALA                      |                  |             |               |                          |
|-----|---|-----------------------------|------------------|-------------|---------------|--------------------------|
|     | Yo planeo   | a. Totalmente en desacuerdo | b. En desacuerdo | c. Indeciso | d. De acuerdo | e. Totalmente de acuerdo |
| 41. | Dedicar un tiempo para orientar a los adolescentes de mi comunidad        |                             |                  |             |               |                          |
| 42. | Aconsejar a los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual |                             |                  |             |               |                          |

43. Usted considera que es necesario brindar atención a los adolescentes:

- a. Siempre y cuando se dejen ayudar
- b. Solo cuando ellos lo soliciten
- c. Siempre y cuando yo tenga tiempo
- d. Solo cuando tengan problemas y dudas
- e. Ninguna de las anteriores

## Cuestionario sobre destrezas

A continuación se presentan algunas preguntas en relación a lo que tú has experimentado durante tu vida. Por favor, marca con un círculo la alternativa que se ajuste a tus vivencias (sólo una alternativa para cada pregunta). No olvides que esto es totalmente anónimo.

44. Me convertiré en un orientador de la juventud en las áreas de sexualidad responsable:
- Totalmente en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Indeciso
  - De acuerdo
  - Totalmente de acuerdo
45. Cuando observé a una adolescente madre soltera:
- Sentí pena.
  - No me importó.
  - Me invitó a la reflexión.
  - Sentí cólera.
  - Todas las anteriores.
  - Ninguna de las anteriores.
46. ¿Busco la compañía de los adolescentes para aconsejarlos?
- Nunca.
  - Muy raramente.
  - Raramente.
  - A veces.
  - A menudo.
  - Muy a menudo.
  - Siempre.
47. ¿Procuró llevarme bien con los adolescentes?
- Nunca.
  - Muy raramente.
  - Raramente.
  - A veces.
  - A menudo.
  - Muy a menudo.
  - Siempre.
48. ¿Apoya que los adolescentes sean activos sexualmente?
- Si, es normal y hay que dejarlos que hagan su vida
  - Si, siempre y cuando se cuiden
  - No se, quizás.
  - No, a menos que sus padres consientan
  - No, de ninguna manera.
  - Ninguna de las anteriores

49. ¿Orienta a sus amigos diciéndoles que las personas con SIDA deben cosechar los frutos de sus errores?
- Siempre
  - Casi siempre
  - A menudo
  - Casi nunca
  - Nunca
50. ¿Evita tener amistades que tengas SIDA?
- Siempre.
  - Muchas veces.
  - A veces.
  - Pocas veces.
  - Nunca.
51. ¿Formaría parte de una cruzada de prevención del embarazo no deseado?
- Muy de acuerdo.
  - De acuerdo.
  - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
  - En desacuerdo.
  - Muy en desacuerdo.

MUCHAS GRACIAS

Sus respuestas servirán para mejorar la vida de muchos adolescentes.  
Atentamente su servidor

## Apéndice E

## Validación del instrumento por expertos

UNIVERSIDAD PERUANA UNION  
ESCUELA DE POSGRADO

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: sírvase encerrar con un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera Ud. Que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

2. ¿Considera Ud. Que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

3. ¿Estima Ud. Que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

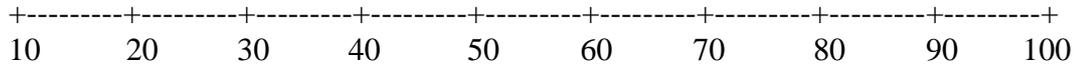
4. ¿Considera Ud. Que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendría datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

5. ¿Estima Ud. Que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

6. ¿Estima Ud. Que los times propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



7. ¿Qué preguntas cree Ud. Que se podría agregar?

---

---

---

---

---

---

---

8. ¿Que preguntas se podrían eliminar?

---

---

---

---

---

---

---

Firma

Fecha

## Apéndice F

## Análisis de fiabilidad

Análisis de fiabilidad de todo el cuestionario

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 28,0                      N of Items = 56

Alpha = ,7810

Análisis de fiabilidad del conocimiento

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 28,0                      N of Items = 21

Alpha = ,6761

Análisis de fiabilidad de la actitud

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 28,0                      N of Items = 25

Alpha = ,7713

Análisis de fiabilidad de práctica

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 28,0                      N of Items = 7

Alpha = ,0241

## Apéndice G

## Procesamiento estadístico

*Prueba de hipótesis: para el programa educativo “sexualidad saludable”*

H<sub>0</sub>. El programa educativo “sexualidad saludable” no logra cambios significativos en los conocimientos, actitudes y destrezas en los agentes comunitarios del centro poblado Virgen del Carmen – La Era.

H<sub>1</sub>. El programa educativo “sexualidad saludable” logra cambios significativos en los conocimientos, actitudes y destrezas en los agentes comunitarios del centro poblado Virgen del Carmen – La Era.

Tabla G-1

*Impacto del programa educativo “sexualidad saludable” en los agentes comunitarios antes y después del programa del centro poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006.*

| Programa   | Antes |      | Después |      |
|------------|-------|------|---------|------|
|            | fi    | %    | fi      | %    |
| Deficiente | 1     | 3,6  |         |      |
| Regular    | 8     | 28,6 | 1       | 3,6  |
| Bueno      | 19    | 67,9 | 12      | 42,9 |
| Muy bueno  |       |      | 15      | 53,6 |
| Total      | 28    | 100  | 28      | 100  |

En cuanto al impacto del programa educativo “sexualidad saludable” la tabla G-1 permite apreciar que el impacto en el nivel regular disminuye en un 25% después de aplicar el programa, también disminuye en el nivel bueno en un 25% después de aplicar el programa. Por otro lado el nivel muy bueno que no existía al inicio del programa, aparece con 53,6% después de aplicar el programa; mientras tanto el nivel deficiente desaparece después de aplicar el programa.

Tabla G-2

*Impacto del programa educativo “sexualidad saludable” en los conocimientos de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006*

| Conocimiento | Pre test |      | Pos test |      |
|--------------|----------|------|----------|------|
|              | fi       | %    | fi       | %    |
| Deficiente   | 4        | 14,3 |          |      |
| Regular      | 20       | 71,4 | 5        | 17,9 |
| Bueno        | 3        | 10,7 | 23       | 82,1 |
| Muy bueno    | 1        | 3,6  |          |      |
| Total        | 28       | 100  | 28       | 100  |

En la tabla G-2 observamos que antes de aplicar el programa SS, el 14.3% de los agentes tenía un conocimiento deficiente, el 71.4% de los agentes tenía un conocimiento regular, el 10.7% de los agentes tenía un conocimiento bueno y solo 3,6% de los agentes tenía un conocimiento muy bueno. Sin embargo, después de aplicar el programa, el grado de conocimiento mejoró considerablemente ( $p$ -valor= 0.000), el 17.9% de los agentes tuvo un conocimiento regular y el 82.1% de los agentes tuvo un conocimiento bueno. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis de que el programa SS tuvo un impacto significativo sobre el conocimiento de los ACES y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla G-3

*Impacto del programa educativo “sexualidad saludable” en las actitudes de los en ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006*

| Actitud          | Antes |       | Después |       |
|------------------|-------|-------|---------|-------|
|                  | fi    | %     | fi      | %     |
| Muy desfavorable | 0     | 0.00  | 0       | 0.0   |
| Desfavorable     | 4     | 14,3  | 0       | 0.0   |
| Favorable        | 20    | 71,4  | 0       | 0.0   |
| Muy Favorable    | 4     | 14,3  | 28      | 100.0 |
| Total            | 28    | 100.0 | 28      | 100.0 |

Se observó que antes de aplicar el programa SS, el 14.3% de los agentes tenía una actitud desfavorable, el 71.4% de los agentes tenía una actitud favorable y 14.3% tenía una actitud muy favorable. Después de aplicar el programa hubo un cambio total de los agentes en un 100%, demostrando que la actitud hacia el programa fue muy favorable.

Tabla G-4

*Impacto del programa educativo “sexualidad saludable” en las destrezas de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, 2006*

|           | Antes |      | Después |      |
|-----------|-------|------|---------|------|
|           | fi    | %    | fi      | %    |
| Mala      | 4     | 14,3 | 1       | 3,6  |
| Regular   | 11    | 39,3 | 2       | 7,1  |
| Buena     | 12    | 42,9 | 17      | 60,7 |
| Muy buena | 1     | 3,6  | 8       | 28,6 |
| Total     | 28    | 100  | 28      | 100  |

En cuanto a las destrezas la tabla G-4, muestra que antes de aplicar el programa SS, el 14.3% de los agentes presentaron malas destrezas, el 39.3% de los agentes evidenciaron destrezas regulares, el 42.9% tuvieron destrezas buenas y el 3.6% mostraron muy buenas destrezas. Después de aplicar el programa hubo un cambio total de los agentes disminuyendo las malas destrezas de los agentes a un 3.6%, el 7.1% presentaron destrezas regulares, 60.7% de agentes terminó teniendo buenas destrezas e incrementando las destrezas muy buenas en un 28.6%.

Tabla G-5

*Conocimientos en los ACES antes y después de aplicado el programa SS*

| Pregunta y alternativa  | Fi | %       | Fi | %         |
|---|----|---------|----|-----------|
| Una de las consecuencias más <u>graves</u> como resultado de una actividad sexual sin protección es:<br>El embarazo, porque requiere de mucha responsabilidad y genera altos costos económicos. | 14 | 50      | 17 | 60,714286 |
| La efectividad del uso del preservativo depende:<br>Del uso correcto y consistente del método   | 11 | 39,2857 | 19 | 67,857143 |
| El uso adecuado del preservativo tiene una efectividad del: 75 a 85%  | 8  | 28,5714 | 12 | 42,857143 |
| Una persona sexualmente activa puede reducir el riesgo de transmisión de VIH/SIDA:<br>Utilizando preservativos de manera correcta y consistente en cada relación sexual.                        | 14 | 50      | 21 | 75        |

Tabla G-6

*Cambio de actitud en los ACES. Antes y después de aplicado el programa SS*

| Ítem   | antes | después |
|--|-------|---------|
| Totalmente de acuerdo  |       |         |
| En darles tiempo a los adolescentes y escucharlos para dialogar como amigos            | 54%   | 78.6%   |
| En aconsejar a los adolescentes sobre las consecuencias de un embarazo no deseado      | 43%   | 78.6%   |
| Mostrarme amigo de los adolescentes para lograr alcanzarlos con orientación y consejo. | 50%   | 75%     |
| En darles tiempo a los adolescentes y escucharlos para dialogar como amigos            | 54%   | 78.6%   |

Tabla G-7

*Mejora en las destrezas de los ACES. Cuadro comparativo antes y después de aplicado el programa SS*

| Ítem  | Antes   | Después |
|---|---------|---------|
| ¿Orienta a sus amigos diciéndoles que las personas con SIDA deben cosechar los frutos de sus errores?<br>(Casi siempre) | 50      | 78,571  |
| ¿Procuo llevarme bien con los adolescentes?<br>(Muy a menudo)   | 10,7143 | 21,429  |
| ¿Busco la compañía de los adolescentes para aconsejarlos?<br>(A menudo)   | 25      | 46,429  |
| Me convertiré en un orientador de la juventud en las áreas de sexualidad responsable (Totalmente de acuerdo)            | 25      | 57,143  |

Apéndice H

Matriz de los módulos educativos

MATRIZ DEL TEMA COMUNICACIÓN CON ADOLESCENTES

| TEMA                          | QUE QUIERO LOGRAR CON ESTE TEMA   | TEMAS  | TIEMPO    | ESTRATEGIAS Y/O ACTIVIDADES                 | MATERIALES  | INDICADORES DE EVALUACIÓN  |
|-------------------------------|---|--|-----------|---|---|--|
| COMUNICACIÓN CON ADOLESCENTES | <p>Que los participantes:<br/>Enumeren estrategias de comunicación con adolescentes.</p> <p>Practiquen la habilidad de escuchar sin interrumpir.</p> <p>Aprendan a ser asertivos.</p> | Como iniciar una conversación con un adolescente | 2 minutos | Motivación Adulto y adolescente conversando | Video corto<br>Proyector<br>ultimedia<br>Puntero láser<br>Computadora | <p>Al término la aplicación de este módulo los ACES, serán capaces de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enumerar 5 estrategias de comunicación con adolescentes.</li> <li>2. Por medio de un debate, vivenciar la habilidad de saber escuchar antes de hablar y comunicar posteriormente los recursos de los que hicieron uso para lograr esto.</li> <li>3. En su experiencia laboral o familiar reconocer con claridad las ocasiones en las</li> </ol> |

|  |  |   |            |   |  |                    |
|--|--|---|------------|---|--|--------------------|
|  |  | Diferencias entre conocimientos y orientación | 20 minutos | <p>Recojo de saberes previos<br/><i>Responden a las siguientes preguntas de modo voluntario y libre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ¿Es difícil dialogar con adolescentes?</li> <li>¿Por qué?</li> <li>❖ ¿Qué actitudes observaron en ellos cuando les buscan una conversación?</li> <li>❖ ¿Qué temas les han ayudado a entablar una conversación con ellos?</li> <li>❖ ¿Alguien ha escuchado la palabra ASERTIVIDAD?</li> <li>❖ Observan frente a ellos un acróstico con la palabra ASERTIVIDAD</li> </ul> | <p>Papelógrafos<br/>Plumones de colores<br/>Cinta para pegar<br/>Sillas</p>  | que son asertivos. |
|  |  | Comunicación asertiva                         | 2 minutos  | <p>Conflicto cognitivo<br/>Video donde se observa que los hijos adolescentes tienen una muy buena relación con sus padres.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Video</li> <li>▪ Puntero láser</li> <li>▪ Proyector multimedia</li> </ul> |                    |

|  |  |  |            |  |   |  |
|--|--|--|------------|--|---|--|
|  |  |  | 10 minutos | <p>Puente con el nuevo aprendizaje o nuevo conocimiento</p> <p><i>Responden las siguientes preguntas de manera dirigida y también voluntaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ¿Por qué esa familia se lleva tan bien?</li> <li>❖ ¿Será posible que nosotros logremos llevarnos muy bien con los adolescentes y así influenciar en ellos?</li> <li>❖ ¿Cuáles son las estrategias para poder escucharlos y dejarnos escuchar en un clima productivo de diálogo y así poder lograr cambios de conducta en ellos?</li> <li>❖ ¿Será que a escuchar se aprende?</li> <li>❖ ¿Cuándo no somos asertivos? (menciona n diferentes situaciones)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aula de instrucción</li> </ul> |  |
|--|--|--|------------|--|---|--|

|  |  |  |            |  |   |  |
|--|--|--|------------|--|---|--|
|  |  |  | 30 minutos | <p>Nueva información<br/><i>Observan, analizan y verbalizan sus opiniones sobre las presentaciones en power point:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Técnicas de acercamiento a adolescentes.</li> <li>❖ El arte de escuchar.</li> <li>❖ El dialogo asertivo.</li> </ul> <p><i>Reciben la separata con el consolidado de la información proyectada.</i></p> <p><i>Responden a las siguientes preguntas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ¿Cuáles son las estrategias de comunicación con adolescentes?</li> <li>❖ ¿Cuáles son las diferencias entre orientación y conocimiento?</li> <li>❖ ¿Cuáles son las habilidades para poder escuchar con efectividad?</li> <li>❖ Mencionan ejemplos de conducta en donde manifestaron ser asertivos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proyector multimedia</li> <li>▪ Parlantes de audio</li> <li>▪ Puntero láser</li> <li>▪ Separatas para los alumnos</li> <li>▪ Lapiceros</li> <li>▪ Hojas bond en blanco(para notaciones personales)</li> <li>▪ Computadora</li> </ul> |  |
|--|--|--|------------|--|---|--|

|  |  |           |  |                            |  |
|--|--|-----------|--|----------------------------|--|
|  |  | 5 minutos | Actividad de extensión<br>Buscar dos adolescentes y conversar sobre sus percepciones y emociones cuando tuvieron su primer enamorado (a), registrar la entrevista en una ficha                     |                            |  |
|  |  |           | Actividad de Aplicación<br>Crean y participan de un sociodrama con componentes aprendidos en el tema. (en donde se simulan y se observa con claridad el rol de los adolescentes y el rol del ACES) |                            |  |
|  |  | 5 minutos | Evaluación de lo aprendido.<br>Contestar el test de evaluación y fijación de conocimientos.  | Hojas de test<br>Lapiceros |  |

MATRIZ DEL TEMA ETS Y SIDA

| TEMA  | QUE QUIERO LOGRAR CON ESTE TEMA                               | TEMAS                                       | TIEMPOS    | ESTRATEGIAS Y/O ACTIVIDADES  | MATERIALES  | INDICADORES DE EVALUACIÓN  |
|---|---|---|------------|--|---|--|
| ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS) Y SIDA | Que los participantes: Conozcan las principales ETS y el SIDA | ETS SIDA:<br>Gonorrea<br>Sífilis<br>chancro | 2 minutos  | Motivación<br>Video SIDA   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Video corto</li> <li>▪ Proyector multimedia</li> <li>▪ Puntero láser</li> <li>▪ Computadora</li> </ul> | <p>Al término de la aplicación de este módulo los ACES, serán capaces de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Describir tres enfermedades de transmisión sexual.</li> <li>2.Enumerar 3 características del SIDA</li> <li>3.Señalar 3 estrategias de prevención de ETS - SIDA</li> </ol> |
|   | Enumeren las opciones de prevención.                          | PREVENCION                                  | 20 minutos | Recojo de saberes<br>¿Que son las ETS?<br>¿Cómo manifiestan las ETS?<br>¿Cómo se contagia el SIDA?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pápelo grafos</li> <li>▪ Plumones de colores</li> <li>▪ Cinta para pegar</li> <li>▪ Sillas</li> </ul>  |  |
|   |   |   | 2 minutos  | Conflicto cognitivo<br>Video Ahora o Nunca   | Video corto<br>Proyector multimedia<br>Puntero láser<br>Computadora   |  |
|   |   |   | 10 minutos | Puente con el nuevo aprendizaje<br><i>Responden a la pregunta:</i><br>¿El SIDA y las ETS respetan sexo, edad, raza, credo o condición social?<br>¿Por qué?<br><i>Relatan una historia relacionada a estas preguntas.</i> | Dialogo abierto   |  |

|  |  |  |            |  |  |
|--|--|--|------------|--|--|
|  |  |  | 30 minutos | <p>Nueva información</p> <p>Presentaciones power point:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>🚩 Que son las ETS</li> <li>🚩 Que el SIDA</li> <li>🚩 Como se Previene el SIDA</li> <li>🚩 Uso correcto del preservativo</li> </ul> <p>Observan un video:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Video:</li> </ul> | <p>Proyector multimedia</p> <p>Parlantes de audio</p> <p>Puntero láser</p> <p>Separatas para los alumnos</p> <p>Lapiceros</p> <p>Hojas bond en blanco</p> <p>Computadora</p> |
|  |  |  | 5 minutos  | <p>Actividad de extensión</p> <p>Buscar dos adolescentes y conversar sobre sus percepciones sobre las ETS y el SIDA.</p>   |  |
|  |  |  |            | <p>Actividad de Aplicación</p> <p>Crear un Chiste con componentes aprendidos en el desarrollo del tema.</p>  |  |
|  |  |  | 5 minutos  | <p>Evaluación de lo aprendido.</p> <p>Contestar el test de evaluación y fijación de conocimientos</p>  | <p>Hojas de test</p> <p>Lapiceros</p>  |

MATRIZ DEL TEMA EMBARAZO NO DESEADO

| TEMA                | QUE QUIERO LOGRAR CON ESTE TEMA   | TEMAS  | TIEMPOS    | ESTRATEGIAS Y/O ACTIVIDADES  | MATERIALES  | INDICADORES DE EVALUACIÓN   |
|---------------------|---|--|------------|--|---|---|
| EMBARAZO NO DESEADO | Que los participantes:<br>Enumeren las consecuencias psicológicas de un embarazo no deseado | Consecuencias psicológicas de un embarazo no deseado | 2 minutos  | Motivación<br>Video “No iré a la universidad”  | Video corto<br>Proyector multimedia<br>Puntero láser<br>Computadora | Al término la aplicación de este módulo los ACES, serán capaces de:<br>1. Enumerar 5 consecuencias psicológicas de un embarazo no deseado<br>2. Enumerar 5 consecuencias sociales de un embarazo no deseado |
|                     | Enumere las consecuencias sociales de un embarazo no deseado                                | Consecuencias sociales de un embarazo no deseado     | 20 minutos | Recojo de saberes<br>¿Por que se embarazan las adolescentes?<br>¿Cómo se podría prevenir?  | Pápelo grafos<br>Plumones de colores<br>Cinta para pegar<br>Sillas  |   |
|                     |   |  | 2 minutos  | Conflicto cognitivo<br>Video<br>Si el llevara la barriga   | Video corto<br>Proyector multimedia<br>Puntero láser<br>Computadora |   |
|                     |   |  | 10 minutos | Puente con el nuevo aprendizaje<br>¿Que pasaría si él llevara la barriga? ¿Cómo se cuidaría?<br>¿Cuál sería el rol de la mujer como su pareja? | Dialogo abierto   |   |

|  |  |  |            |   |   |  |
|--|--|--|------------|---|---|--|
|  |  |  | 30 minutos | Nueva información<br>Presentaciones power point:<br>Consecuencias psicológicas y sociales de un embarazo no deseado | Proyector multimedia<br>Parlantes de audio<br>Puntero láser<br>Separatas para los alumnos<br>Lapiceros<br>Hojas bond en blanco<br>Computadora |  |
|  |  |  | 5 minutos  | Actividad de extensión<br>Buscar dos adolescentes y conversar sobre sus percepciones sobre quedar embarazadas       |   |  |
|  |  |  |            | Actividad de Aplicación<br>Crear un caso con componentes aprendidos del tema.                                       |   |  |
|  |  |  | 5 minutos  | Evaluación de lo aprendido.<br>Contestar el test de evaluación y fijación de conocimientos                          | Hojas de test<br>Lapiceros  |  |

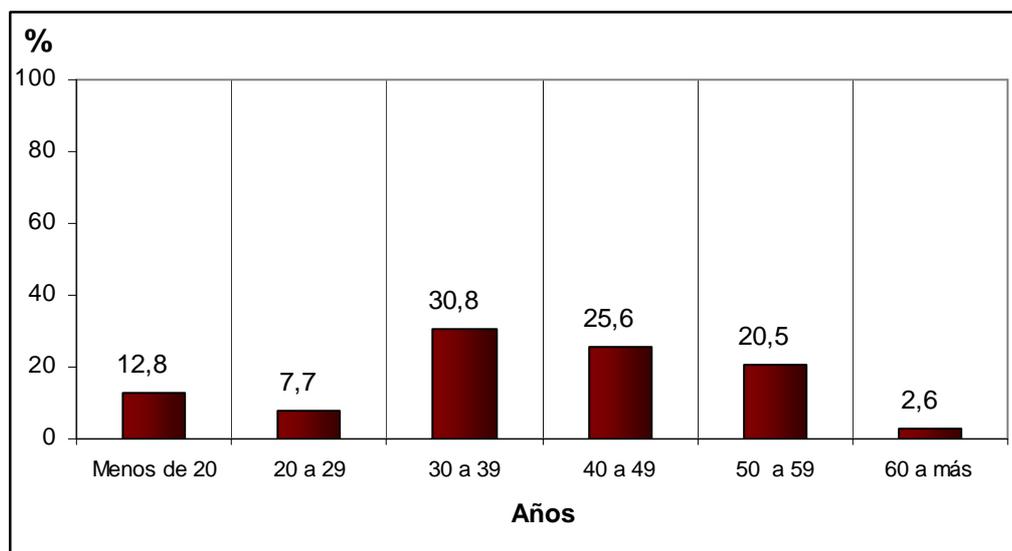
## Apéndice I

### *Descripción sociodemográfica*

#### *Edad de los agentes*

Como se puede observar en la figura 1 el 30.8% de ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen tiene una edad entre 30 a 39 años, seguido por el 25.6% de ACES que tiene una edad de 40 a 49 años, el 20.5% de ACES tiene una edad comprendida entre 50 a 59 años, el 12.8% de ACES tiene una edad menor a 20 años, el 7.7% de agentes tiene una edad de 20 a 29 años y solo el 2.6% de ACES tiene una edad mayor a 60 años.

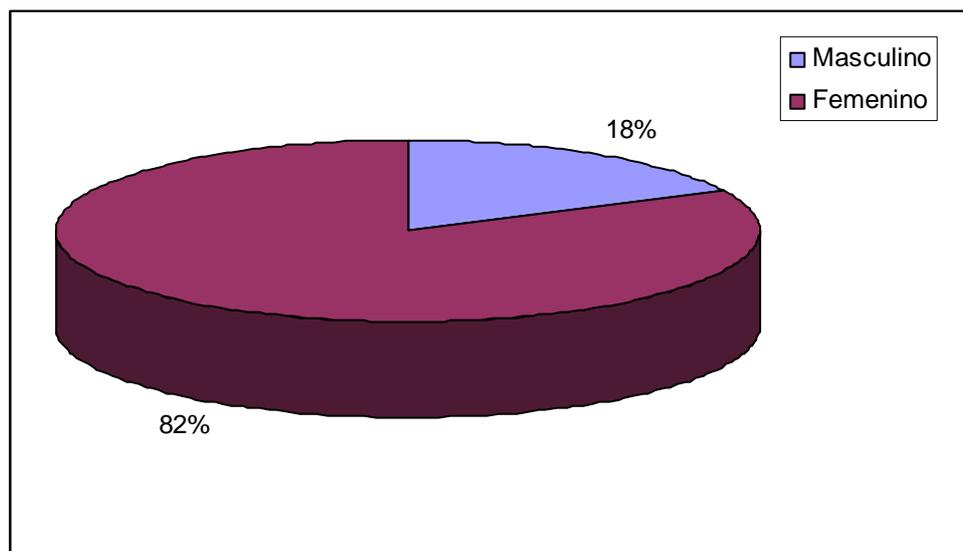
Figura 5. *Edad de los agentes de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña 2006.*



### *Género de los ACES*

La figura 2 muestra el género de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era Ñaña , el 82% pertenecen al sexo femenino el 18% de los agentes comunitarios pertenecen al sexo masculino.

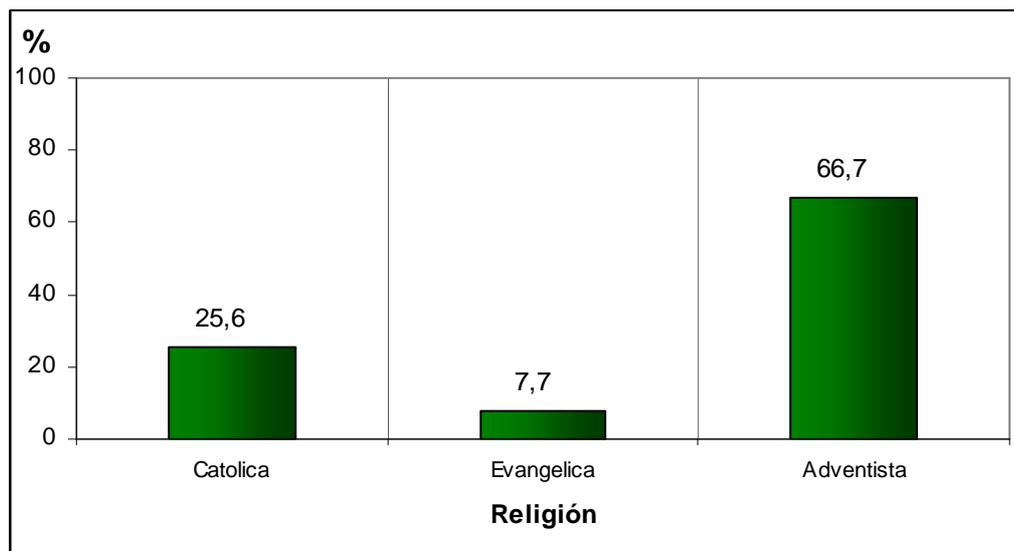
Figura 2. *Género de los agentes comunitarios*



### *Religión de los ACES*

La figura 3 muestra la religión de los ACES, el 66.7% pertenecen a la religión adventista, el 25.6% pertenecen a la religión católica y el 7.7% al religión evangélica.

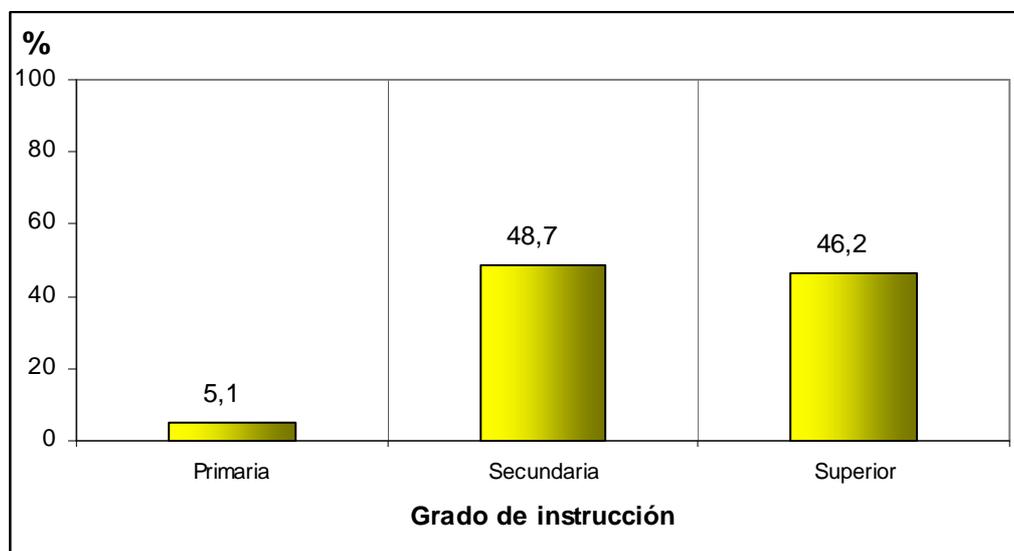
Figura 3. *Religión de los agentes de salud*



### *Grado de instrucción de los agentes comunitarios*

En cuanto al grado de instrucción la figura 4 muestra que el 48.7% de ACES tiene estudios del nivel secundaria seguido por el 46.2% de los ACES que tienen estudios de nivel superior el 5.1% de ACES tiene estudios de nivel primaria.

Figura 4. *Grado de instrucción de los agentes comunitarios*



*Estado civil de los agentes comunitarios*

La figura 5 muestra el estado civil de los ACES del Centro Poblado Virgen del Carmen – La Era, Ñaña, el 43.6% de los agentes son casados seguido por el 25.6% de agentes comunitarios que solteros, el 12.8% de agentes comunitarios que son convivientes, el 10.3% de agentes comunitarios son separados y el también el 5.1% de agentes comunitarios son divorciados y solo el 2.6% de agentes comunitarios son viudos.

Figura 5. *Estado civil de los ACES*