

TÍTULO

DISMINUCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO MIXTO BOLIVIA DEL DISTRITO EDUCATIVO DE HUANUNI.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE ORURO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**



DISMINUCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

MUNICIPIO DE HUANUNI, ORURO 2019.

**Trabajo de investigación para presentar a la cátedra de Medicina Social III,
carrera de Medicina, U.T.O.**

POSTULANTES: Sánchez Ayala Aminadab Ibsen (Investigador principal)

Saavedra Gutierrez Nadia Velka

Salazar Bustos Rodrigo Daniel

Salazar Machaca Joel Arnold

Salazar Perez Diego Armando

Sangüeza Zambrana Zoraida Rebeca

Soliz Soliz Sergio Christian

Soliz Villalva Masivindi

Suxs Aliaga Patrick Milko

Tapia Mendoza Tania Alejandra

TUTOR: Dr. Oscar Condori Jarro

AGOSTO DE 2019

ORURO – BOLIVIA

HOJA DE APROBACIÓN

DEDICATORIA

La investigación que generamos, plasmada en las siguientes hojas, está dedicada a todos aquellos adolescentes que quieran disfrutar libre y responsablemente de su sexualidad.

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias, por el apoyo incondicional.

A nuestro docente, el Doctor Richard Henry Chiara Miranda por la paciencia y las ganas de transmitir su sabiduría.

A nuestro tutor, el Doctor Oscar Condori Jarro por su apoyo y orientación.

Al colegio "Mixto Bolivia" por su desprendida colaboración.

RESUMEN BIOGRÁFICO DEL INVESTIGADOR

Nadia Velka Saavedra Gutierrez. Nació el 4 de abril de 1997 en la ciudad de Oruro, estado civil soltera.

Realizó sus estudios iniciales primarios en la unidad educativa "San Ignacio de Loyola" de la ciudad de Oruro, culminando sus estudios de igual forma en el colegio "San Ignacio de Loyola", culminando con honores, participó en campeonatos en la disciplina de basquetbol en representación del mencionado colegio también en danza, manualidades, deporte y olimpiadas de matemáticas y biología, actualmente practica el deporte de natación, reside en el departamento de Oruro, y cursa el cuarto año de la carrera de medicina de la facultad ciencias de la salud-UTO.

Rodrigo Daniel Salazar Bustos. Nació en la ciudad de Oruro el 21 de mayo de 1997. Con cédula de identidad 7323610, expedido en la ciudad de Oruro.

Inició sus estudios en el Colegio Bolivia-Japón y los de primaria y secundaria los realizó en el colegio "Santa María Magdalena Postel" de la ciudad de Oruro.

Participó en olimpiadas estudiantiles de astrofísica, química, matemáticas y biología, además de olimpiadas internacionales de matemáticas.

Ganador de distintas categorías de torneos departamentales de ajedrez, llegando a representar a Bolivia en dos torneos sudamericanos. Ganó concursos de poesía, ortografía y teatro.

Auxiliar de docencia de la cátedra de "Bioquímica y Biología Molecular" por tres años. Actualmente se encuentra cursando el cuarto año de la carrera de medicina en la Universidad Técnica de Oruro.

Joel Arnold Salazar Machaca. Nació el 5 de Diciembre de 1992 en Oruro, estado civil soltero, con documento de identidad 7393373 Or, realizando sus estudios primarios en el Colegio "Comibol Oruro", posteriormente siguió con sus estudios en el Colegio "Ildefonso Murguía" y concluyendo el nivel de secundaria en el Colegio "Genoveva Jiménez" del departamento de Oruro.

Participó en teatro, baile, dibujo y pintura, cumpliendo el servicio militar en el Regimiento de Caballería-8-Braun con honores y bandera en el área de tiro, actualmente cursa el cuarto año de la carrera de Medicina de la Facultad Ciencias de la Salud-UTO.

Diego Armando Salazar Pérez. Nació el 14 de agosto de 1992 en la ciudad de Oruro con C.I. 7286339 Or. Estado civil soltero.

inició sus estudios primarios en la U.E. Melvin Jones y culminó los mismos en el Col. I.H.T.J.A. (Jauzel Arrieta) de la ciudad de Oruro, campeón infantil en la categoría mosquitos en fútbol y futsal, técnico en mantenimiento y reparación de

computadoras, laptops, celulares, diseño gráfico, edición de vídeo, actualmente cursa el cuarto año de la carrera de medicina en la facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Oruro.

Aminadab Ibsen Sanchez Ayala. Nació el 26 de agosto de 1994, estado civil casado.

Realizó sus estudios iniciales primarios en la unidad educativa " Asamblea de Dios", culminando sus estudios en la unidad educativa "Julio Crevaux" del municipio de Villamontes de la provincia del Gran Chaco del departamento de Tarija, culminando con honores.

Participó en campeonatos en representación de las anteriormente mencionadas unidades educativas en pintura, baile, música y deporte.

Trabajó en la fundación indígena weenhayek FI'WEN, servicio militar culminando con honores, actualmente reside en el departamento de Oruro.

Actualmente cursa el cuarto año de medicina de la facultad ciencias de la salud-UTO.

Zoraida Rebeca Sangueza Zambrana. Nació el 2 de junio de 1997 en la ciudad de Oruro.

Realizó sus estudios primarios en el colegio centro de informática San Miguel, culminando en el liceo de señoritas Pantaleón Dalence.

Actualmente cursa el 4to año de la carrera de medicina en la facultad ciencias de la salud UTO.

Christian Sergio Soliz Soliz. Nacido en Oruro Bolivia el 2/2/1994, con C.I. N° 7379937 Or. Estado civil soltero.

Realizó sus estudios primarios en la unidad José Ignacio de Sanjinés de la ciudad de Oruro, culminando el nivel secundario en la unidad educativa Archivald Reekie de la ciudad de Oruro.

Participó en las Olimpiadas plurinacionales de Bolivia en las materias de biología y física, así mismo en los juegos plurinacionales en las categorías de fútbol de salón y fútbol.

Actualmente cursa el cuarto año de la carrera de medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud perteneciente a la Universidad técnica de Oruro.

Masivindi Soliz Villalva. Nació el 1 de julio del año 1999, en el departamento de Santa Cruz; cursó el nivel inicial en la escuela "Amistad" del departamento de Chuquisaca, culminó sus estudios primarios y secundarios en la Unidad Educativa "Juan Pablo II E.P.D.B." departamento de Santa Cruz; actualmente reside en el

departamento de Oruro, donde está cursando el 4to año de la carrera de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Oruro.

Participó en las Olimpiadas Científicas Plurinacionales con las materias de matemáticas y biología, además de campeonatos intercolegiales de básquetbol.

Obtuvo el primer lugar de su promoción en el colegio, por lo cual tuvo acceso al ingreso libre a la Universidad sin la necesidad de rendir la prueba.

Patrick Milko Suxs Aliaga. Nació el 01 de diciembre de 1997 en la ciudad de Oruro, estado civil soltero, realizando sus estudios iniciales primarios en el Colegio Alemán de Oruro, y culminó sus estudios de igual manera en el colegio Alemán de Oruro.

Participó en campeonatos deportivos, olimpiadas de biología, teatro y danza en representación del colegio Alemán.

Con respecto al idioma Alemán, participó en diferentes concursos de lectura y obtuvo el Deutsches Sprachdiplom (diploma del idioma Alemán) en el nivel A1 A2 y B1.

Representando en varias ocasiones al departamento Oruro en las disciplinas de voleibol y tenis de mesa y de la misma manera representó a Bolivia en los Juegos de la juventud Trasandina (JUDEJUT) mismas disciplinas. Sub-campeón en la liga superior de voleibol rama masculina.

Actualmente cursa el cuarto año de la carrera de medicina en la facultad ciencias de la salud de la universidad técnica de Oruro.

Tania Alejandra Tapia Mendoza. Nació el 21 de octubre de 1995 en la ciudad de Oruro estado civil soltera.

Realizó y culminó sus estudios en el colegio La Salle de Oruro. Participó en olimpiadas de física astrofísica biología y química. Representó a nivel nacional de "TEATRO Y DANZA BOLIVIANA", así como también AQUÍ CANTA BOLIVIA.

Respecto a deporte participó en la disciplinas marcha y voleibol en los JUEGOS PLURINACIONALES. En representación del colegio anteriormente mencionado.

Actualmente cursa el cuarto año de medicina en la facultad ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Oruro.

Contenido

1. CAPÍTULO 1. GENERALIDADES.....	14
1.1 EL PROBLEMA.....	14
1.1.1 Antecedentes.....	14
1.1.1.1 Antecedentes generales.....	14
1.1.1.2 Antecedentes específicos.....	14
1.1.1.3 Árbol de problemas.....	15
.....	15
1.1.2 Descripción del problema de investigación.....	15
1.1.3 Formulación del problema de investigación.....	16
1.1.3.1 Precisión del problema de investigación.....	16
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
1.3 ALCANCE.....	17
1.3.1 Alcance temático.....	17
1.3.2 Alcance espacial.....	17
1.3.3 Alcance temporal.....	17
1.4 OBJETIVOS.....	17
1.4.1 Objetivo general.....	17
1.4.1.1 Precisión del objetivo general.....	17
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.4.2.1 Operacionalización de variables.....	18
1.4.3 Hipótesis.....	19
1.4.3.1 Hipótesis nula (tesis).....	19
1.4.3.2 Hipótesis alternativa (antítesis).....	19
1.5 DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
1.5.1 Tipo de investigación.....	19
1.5.2 Población.....	19
1.5.3 Diseño muestral.....	19
1.5.4 Muestra.....	20
1.5.5 Descripción del trabajo de campo.....	20

1.5.6	Técnicas, instrumentos de recolección de datos.	21
1.5.7	Fuentes de información.	21
1.5.7.1	Matriz metodológica.	21
1.5.8	Técnica de análisis de datos.	22
2.	CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	22
2.1	MARCO CONCEPTUAL.....	22
	Sexualidad.....	22
	Conceptos básicos sobre sexualidad humana	23
	Constitución del sujeto sexuado	25
	Las dimensiones que componen la sexualidad.....	25
	Embarazo	27
	Embarazo en adolescentes	30
	Consecuencias de un embarazo en la adolescencia	31
	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	33
	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	41
2.2	Estado del arte.....	46
2.3	Descripción de herramientas de estudio.	48
3.	CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.	49
3.1	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRABAJO DE CAMPO.	49
3.2	OBJETIVOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	49
3.2.1	Objetivo general del trabajo de campo.	49
3.2.2	Objetivos específicos.	49
3.3	PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	50
3.4	RESULTADOS DE TRABAJO DE CAMPO.	50
3.4.1.	Resultados del objetivo general.	50
3.4.2.	Resultados de los objetivos específicos.	75
3.5.1.	Descripción de los datos.	79
3.5.2.	Base estadística inferencia.	79
3.6.	CONCLUSIONES DEL TRABAJO DE CAMPO	79
4.	CAPÍTULO IV. MARCO PROPOSITIVO.....	84
4.1	RESUMEN EJECUTIVO.....	84
4.2	MODELO DE INTERVENCIÓN UTILIZADO.....	85
4.2.1	Componentes del modelo.	85

4.2.2 Enfoque de marco lógico del modelo.	86
4.2.2.1 Análisis de involucrados.	86
4.2.2.2 Árbol de problemas.	87
4.2.2.3 Árbol de objetivos.	88
4.2.2.4 Análisis de alternativas.	88
4.2.2.5 Matriz de marco lógico.	89
4.2.2.5.1 Tabla de seguimiento y monitoreo.	90
4.2.2.5.2 Tabla de rastreo de indicadores.	92
4.2.2.6 Presupuesto y cronograma de actividades.	92
4.2.3 Tamaño del proyecto.	93
4.2.4 Localización del proyecto.	93
4.2.5 Activos fijos requeridos del proyecto.	94
4.2.6 Organigrama del proyecto.	94
4.2.7 Análisis costo-impacto del proyecto.	95
CONCLUSIONES.	95
BIBLIOGRAFÍA.	95
ANEXOS.	96
Anexo 1. Herramientas utilizadas en la investigación.	96
Anexo 2. Base de datos del trabajo de campo.	99
Anexo 4. Diagrama de Gantt.	99
Anexo 5. Primera y segunda encuesta.	100
Tabla 1 arbol de problemas.	15
Tabla 2 precision del problema de investigacion.	16
Tabla 3 precision del objetivo general.	17
Tabla 4 operacionalizacion de variables.	18
Tabla 5 diseño muestral.	19
Tabla 6 matriz metodologica.	21
Tabla 7 conceptos basicos sobre sexualidad humana.	23
Tabla 8 I.T.S. mas frecuentes.	34
Tabla 11 Tipo de familia.	66
Tabla 12 Consumo de drogas y/o alcohol.	67
Tabla 13 Debut sexual.	68

RESUMEN

Título: DISMINUCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO MIXTO BOLIVIA DEL DISTRITO EDUCATIVO DE HUANUNI

El riesgo de embarazo adolescente es un problema que afecta a la sociedad en general, de manera directa a causa de los problemas que conlleva, sean de orden económico, psicológico, social o cultural. El presente estudio tuvo el objetivo de reducir el riesgo de embarazo adolescente al mejorar el nivel de educación sexual mediante la implementación de un modelo de educación sexual integral en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio "Mixto Bolivia" del distrito educativo de Huanuni.

La metodología se desarrolló bajo un modelo experimental aleatorizado y objetivos longitudinales de intervención explicativa. Se decidió dividir la población muestral (56 estudiantes) en dos grupos: objetivo (56 estudiantes) y control (56 estudiantes) a los que se les implementó el modelo de educación sexual integral "Si quieres hacerlo, hazlo bien" de dos diferentes maneras. Al grupo objetivo se le aplicó el modelo de manera "tradicional" mediante charlas, exposiciones y preguntas, a manera de educación escolar. El grupo control recibió el modelo con un método más didáctico: juegos, ejercicio físico y mientras se desarrollaban esos se relacionaba con conceptos de educación sexual, queriendo además, observar qué método resultaba más efectivo.

Los resultados mostraron que el riesgo de embarazo adolescente disminuyó en una media de 0.83 puntos según el indicador de riesgo, con una máxima de 2 y una mínima de -3. Comparación entre grupo objetivo y control al inicio y al final contraste de la diferencia. Además se observó que la diferencia de los resultados entre los grupos objetivos y control no son relevantes.

Se concluye que existe una diferencia no significativa entre las mediciones que se realizan antes y después de aplicar un modelo integral de educación sexual, por ello es que se recomienda que se deben buscar nuevas metodologías para aumentar el nivel de educación sexual. **RECOMIENDE**

Palabras clave: Adolescente, embarazo, educación, riesgo.

ABSTRACT

Title: RISK OF ADOLESCENT PREGNANCY RISK THROUGH THE IMPLEMENTATION OF A MODEL OF INTEGRAL SEXUAL EDUCATION IN STUDENTS OF FIFTH AND SIXTH SECONDARY OF THE MIXTO BOLIVIA SCHOOL OF THE HUANUNI EDUCATIONAL DISTRICT

The risk of teenage pregnancy is a problem that affects society in general, directly because of the problems that it entails, whether economic, psychological, social or cultural, and indirectly when suffering the consequences of a consequent poor education. to the transverse weaknesses that concerns a pregnancy at an early age. The present study aimed to reduce the risk of adolescent pregnancy by improving the level of sexual education by implementing a model of comprehensive sexuality education in fifth and sixth secondary students of the "Mixto Bolivia" school in the educational district of Huanuni.

The methodology was developed under a randomized experimental model and longitudinal objectives of explanatory intervention.

The results showed that the risk of teenage pregnancy decreased by an average of 0.83 points, with a maximum of 2 and a minimum of -3.

It is concluded that there is a non-significant difference between the measurements that are made before and after applying a comprehensive model of sex education, so it is recommended that new methodologies should be sought to increase the level of sex education.

Keywords: Teen, pregnancy, education, risk.

1. CAPÍTULO 1. GENERALIDADES.

1.1 EL PROBLEMA.

1.1.1 Antecedentes.

1.1.1.1 Antecedentes generales.

El más reciente informe sobre el "Estado de la población mundial", del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA, por sus siglas en inglés), señala que la tasa de natalidad en mujeres entre 15 y 19 años en Bolivia es de 116 por cada 1.000 en ese país.

Mientras que el promedio regional de partos en adolescentes es de 77 por cada 1.000." Apunta la BBC en un informe del 2017. Actualmente, gracias a la implementación de ferias educativas bajo el lema "Vivir mi sexualidad responsablemente", se manejan cifras de 88 nacimientos en adolescentes por cada 1000.

Encuestas y estudios realizados aportan que el porcentaje de madres y/o embarazadas que se encuentran en edades de 10 a 19 años ya alcanza el 23%, cifras bastante elevadas para este siglo.

Las importantes consecuencias que desata el embarazo adolescente en la perspectiva presente y futura lleva muchas veces a la realización de abortos clandestinos, que es la causa de muerte de 10% de todas las mujeres del país.

Es importante señalar que no todos los embarazos que se dan a temprana edad tienen su causa en la educación sexual; también desarrollan un papel sumamente importante la trata y tráfico de personas y el abuso sexual, empero, el nivel de educación sexual definitivamente aporta varianzas importantes a la hora de estudiar y analizar el tema.

1.1.1.2 Antecedentes específicos.

Los embarazos en adolescentes se incrementaron en los municipios de Huanuni y Chipaya, según datos que se dieron a conocer en el Comité de Análisis de la

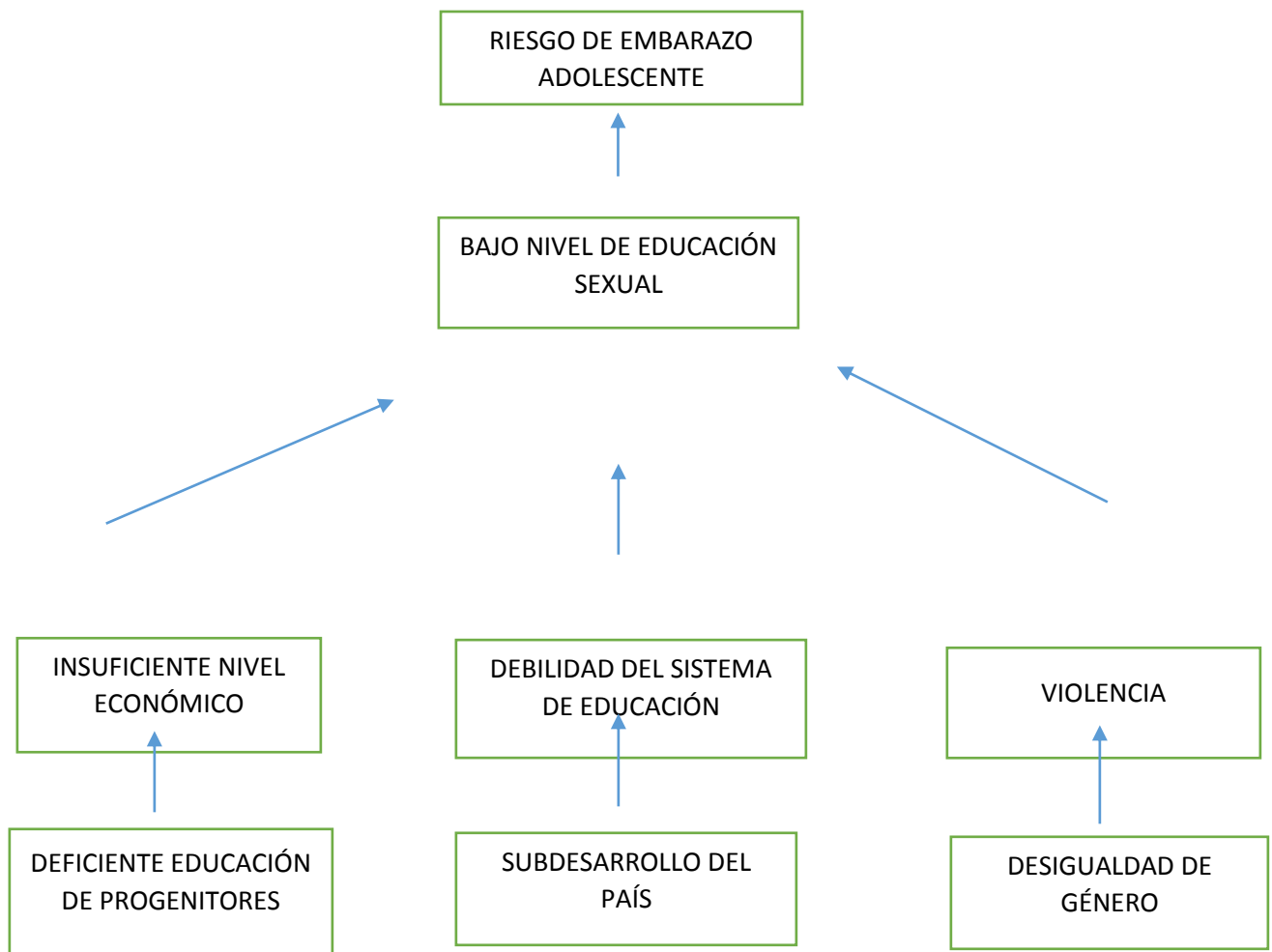
Información (CAI) a nivel departamental, lo cual preocupó al director del Servicio Departamental de Salud (Sedes), Roberto Amusquívar Gorená.

Explicó también que en Huanuni existen casos de embarazos en adolescentes, pero que en esa localidad influye la falta de control de los padres, los problemas de la familia que hacen que ellos no dediquen tiempo a sus hijos y, en especial, el trabajo en la mina.

Los párrafos anteriores, publicados por el diario “La Patria”, además del conocimiento que se tiene respecto a la elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual que se tiene en Huanuni ocasionan malestar y preocupación en la población en general.

1.1.1.3 Árbol de problemas.

Tabla 1



1.1.2 Descripción del problema de investigación.

Debido a la creciente cantidad de adolescentes embarazadas observadas en nuestra país, ciudad, e incluso en nuestro entorno más cercano (entre amigos y

familiares) es que surgen las preguntas de si existe la capacidad psicológica y social de poder formar una familia propia, siendo muchas veces la respuesta negativa.

En una población boliviana cuya tasa de natalidad de adolescentes entre 15 – 19 años es de 116 por cada 1000 mujeres y tasa de mortalidad materna en Bolivia es de 206 por cada 1000 nacidos vivos.

1.1.3 Formulación del problema de investigación.

¿Cómo el nivel de educación sexual afecta al riesgo de embarazo de adolescentes en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” de Huanuni, Oruro, Bolivia entre los meses de febrero a agosto del 2019?

1.1.3.1 Precisión del problema de investigación.

Tabla 2	PRESICIÓN
VARIABLE	
Variable dependiente	Riesgo de embarazo adolescente
Variable Independiente	Nivel de educación sexual
Objeto de estudio	Adolescentes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni
Delimitación especial	Colegio Mixto Bolivia de Huanuni
Delimitación temporal	Febrero-Agosto de 2019

1.2 JUSTIFICACIÓN

La sociedad en general tiene como tarea el fortalecer el desarrollo armónico e integral de la sexualidad, dando a conocer el tema como algo natural, sin tabúes sociológicos y mostrando abiertamente, pero con inteligencia, los beneficios y riesgos procedentes de la práctica y el conocimiento.

Esto debe ser una respuesta a la vivencia de la comunidad educativa, donde se está presentando relaciones sexuales anticipadas e indiscriminadas, causando embarazos no deseados, abortos y un bajo autoestima.

Dependiendo en la cultura en la que uno vive, esta puede influir en el comportamiento, donde puede obstaculizar el crecimiento personal, de esta manera la educación sexual debe ser pedagógica y una respuesta para satisfacer las necesidades, inquietudes y dificultades de la comunidad estudiantil. Resalta la preocupación de la población en general acerca de la incómoda situación en la que se halla sumergido el municipio de Huanuni al revelar las alarmantes cifras de embarazos adolescentes, y gran porcentaje de enfermedades de transmisión sexual.

Por eso es necesario contribuir en la formación de los adolescentes mediante el modelo de educación sexual “SI QUIERES HACERLO, HAZLO BIEN” basándonos principalmente en el marco del respeto, desarrollando esta actividad en aulas de la unidad educativa “Mixto Bolivia” de la provincia de Huanuni, Oruro.

1.3 ALCANCE

1.3.1 Alcance temático.

La propuesta que lleva por delante este trabajo de investigación es la de introducir un modelo de educación sexual integral que permita reducir el riesgo de embarazo adolescente en un grupo selecto de estudiantes del municipio de Huanuni, una región con una elevada población de pacientes VIH positivos y con creciente cantidad de embarazo adolescente.

1.3.2 Alcance espacial.

La investigación tiene lugar en los cursos quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” del municipio de Huanuni, provincia Huanuni, departamento Oruro, país Bolivia.

1.3.3 Alcance temporal.

Esta investigación inicia en febrero del año 2019 y concluye en agosto de la misma gestión.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo general.

Reducir el riesgo de embarazo adolescente al mejorar el nivel de educación sexual mediante la implementación de un modelo de educación sexual en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni en los meses de febrero a agosto del 2019.

1.4.1.1 Precisión del objetivo general.

<i>Tabla 3</i>	Riesgo de embarazo adolescente
VARIABLE DEPENDIENTE	
VARIABLE INDEPENDIENTE	Nivel de educación sexual.
VARIABLE INTERVINIENTE	Modelo de educación sexual integral.
OBJETO DE ESTUDIO	Adolescentes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni.
DELIMITACION ESPACIAL	Colegio Mixto Bolivia.
DELIMITACION TEMPORAL	Febrero-Agosto 2019.

1.4.2 Objetivos específicos.

- ✓ Determinar el nivel de riesgo de embarazo adolescente en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni en los meses de febrero a agosto del 2019.
- ✓ Medir el nivel de educación sexual en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019.
- ✓ Aplicar un modelo de educación sexual integral en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019.

1.4.2.1 Operacionalización de variables.

<i>Tabla 4</i>	Variable	Definición	Indicador	Instrumento
Objetivos específicos				
Determinar el nivel de riesgo de embarazo adolescente	Riesgo de embarazo adolescente	Posibilidad de que exista embarazo a temprana edad	Nivel de conocimiento referido a la práctica sexual y precauciones	Encuesta de conocimiento teórico
Medir el nivel de educación sexual	Nivel de educación sexual	Conocimiento que aumenta la seguridad sexual	Nivel de conocimiento referido a la práctica sexual y	Encuesta de conocimiento teórico

			precauciones	
Aplicar un modelo de educación sexual	Modelo de educación sexual	Programa que mejora el nivel de educación sexual	Número de personas que participan	Registro de participantes al inicio y final del proyecto

1.4.3 Hipótesis.

1.4.3.1 Hipótesis nula (tesis).

El riesgo de embarazo adolescente no disminuirá por la implementación de un modelo integral de educación sexual en los estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni entre los meses de febrero a agosto del 2019.

1.4.3.2 Hipótesis alternativa (antítesis).

El riesgo de embarazo adolescente será menor que el valor medido en primera instancia debido a la implementación de un modelo integral de educación sexual, denominado “Si quieres hacerlo, hazlo bien”.

1.5 DISEÑO METODOLÓGICO.

1.5.1 Tipo de investigación.

Modelo experimental aleatorizada caso y objetivo prospectivos longitudinal de intervención explicativa.

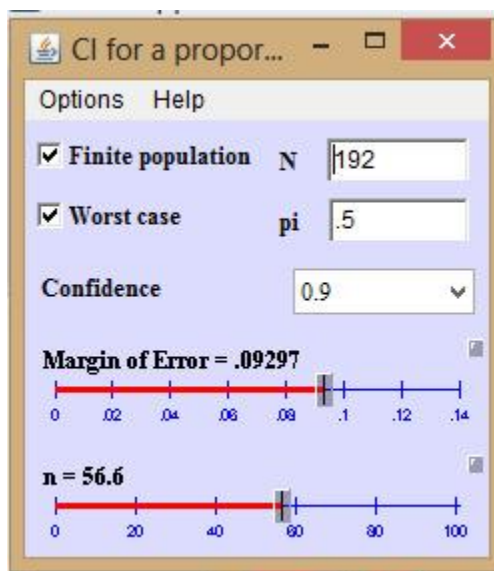
1.5.2 Población.

Se tomó como población de referencia a los adolescentes de quinto y sexto de secundaria del Colegio Mixto Bolivia del municipio de Huanuni Oruro, entre los meses de febrero a agosto de 2019.

1.5.3 Diseño muestral.

El total de participantes es de 192 estudiantes aproximadamente Piface Aplicación Selector determinaremos la muestra con intervalo de confianza que será de 0.90, el nivel de significación de 0.05 y el margen de error máximo de 0,05 para calcular una muestra de 56.6 jóvenes.

Tabla 5



1.5.4 Muestra.

1.5.5 Descripción del trabajo de campo.

Una vez obtenido el permiso de las autoridades del colegio “Mixto Bolivia” y de la dirección Distrital del departamento de Oruro se realizó una medición del riesgo de embarazo adolescente mediante un test a los alumnos de quinto y sexto de secundaria.

Los datos que se tomaron en cuenta son: comunicación familiar sobre sexualidad. Comunicación sobre sexualidad en unidad educativa, tipo de familia, consumo de drogas y/o alcohol, debut sexual, tipo de noviazgo, tiempo de noviazgo y nivel de educación sexual.

Al momento de la implementación del método se dividió la población muestral en dos grupos: objetivo y control, al grupo objetivo se le aplicó el modelo de manera “tradicional” mediante exposiciones acerca de consecuencias de embarazo adolescente, prevención y uso de métodos anticonceptivos. Al grupo control se le implementó el modelo de manera más didáctica con juegos de razonamiento y ejercicio físico, implementando a medida que se desarrollan los juegos diferentes conceptos en cuanto a educación sexual, estos son consecuencias de embarazo adolescente, prevención y métodos anticonceptivos.

Este trabajo fue simultáneo, es decir que los grupos control y objetivo recibieron la implementación del modelo al mismo tiempo pero de manera diferente. La primera de manera tradicional, al igual que se hace en la educación escolar y el segundo de manera más didáctica.

La información es de fuente primaria.

1.5.6 Técnicas, instrumentos de recolección de datos.

La técnica utilizada para la recolección de datos se basa en la entrevista y el registro. Trata sobre cuestionarios tipo test para medir el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre el tema, dicho cuestionario cuenta con preguntas de selección múltiple y complementación.

1.5.7 Fuentes de información.

1.5.7.1 Matriz metodológica.

Objetivos	Unidad de análisis	Fuente de información	Técnicas de análisis	Resultados esperados	Participación
Determinar el nivel de riesgo de embarazo adolescente.	Estudiantes de quinto y sexto de secundaria.	Primaria	Realizar el primer cuestionario	Evaluar el conocimiento acerca del tema	192 personas
Medir el nivel de educación sexual.	Estudiantes de quinto y sexto de secundaria.	Primaria	Realizar el primer cuestionario	Evaluar el tipo de conocimiento que tienen	192 personas
Aplicar un modelo de educación	Estudiantes de Quinto y	Primaria	Charlas dinámicas y	Incrementar el nivel de educación	192 personas

sexual integral	sexto de secundaria		particip ativas	sexual.	
------------------------	------------------------	--	--------------------	---------	--

1.5.8 Técnica de análisis de datos.

Una vez obtenida los datos requeridos se utilizara el programa spss para el análisis y descripción de los datos con el cual obtendremos el resultado para así poder aceptar y /o rechazar la hipótesis nula.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Sexualidad

Es una dimensión fundamental del ser humano porque es necesaria para identificar al ser humano como tal, ya que está íntimamente relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como:

“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”.

Cuando se habla de sexualidad hay que adentrarse en las relaciones interpersonales, en los sentimientos más íntimos de unos y otras y ver sus efectos en el desarrollo y autodesarrollo del ser humano. Es una realidad de por si valiosa por el hecho de pertenecer a la intimidad de lo humano, pero que influye en la calidad de vida de ambos géneros, de la familia. (Ministerio de Cultura, s/a)

“La sexualidad está vinculada orgánicamente a la personalidad, es vida, placer, descubrimiento”, está ligada, además, como dijo el sexólogo brasileño Malcolm Montgomery, “...al renacimiento, al desarrollo personal, a lo interaccional, a lo lúdico, a lo comunicacional, a lo nuevo, a la magia, a la belleza y a la naturaleza, al amor y a la salud”.

Conceptos básicos sobre sexualidad humana

Tabla 7

Sexo	Se refiere al conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como hembras y machos.
Sexualidad	Es una capacidad que conforma a cada ser humano y que permite sentir, vibrar y comunicarnos a través del propio cuerpo. Es algo que forma parte de lo que somos desde el mismo momento en el que nacemos y que permanece en nuestras vidas hasta que

	morimos.
Género	Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Tal como ha existido de manera histórica, el género refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre hombres y mujeres
Identidad de género	Define el grado en que cada persona se identifica como masculino o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un Auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.
Orientación sexual	Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.
Erotismo	Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo que general se identifican con placer sexual.
Vínculo Afectivo	Es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones.
Actividad sexual	Es una experiencia conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente.
Salud Sexual	Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

Constitución del sujeto sexuado

Un individuo se constituye como sujeto sexual en “un proceso que se inicia con el nacimiento, en el seno de los indispensables vínculos que lo sostienen y le proveen mucho más que satisfacción a las necesidades vitales de subsistencia. Los cuidados, la atención, la alimentación se despliegan en el marco de los afectos humanos fundamentales: amor, hostilidad, ternura, indiferencia.

Las caricias, miradas, palabras que acompañan a dichos afectos se graban como sensaciones de bienestar y de malestar y, a partir de ese momento primario, permanecen ligadas al placer o displacer” Con el transcurso del tiempo y el desarrollo del sujeto, estas experiencias y sentimientos iniciales comienzan a complejizarse.

Es así que la sexualidad es un componente constitutivo de lo humano. Está presente en todos los momentos y las etapas de la vida; desde el nacimiento hasta la culminación. Los sentidos que se le otorgan en el transcurso de la vida van cambiando y combinando distintas aristas o modos de expresarla que superan la genitalidad y el límite de la edad, sumando el afecto, el encuentro, la comunicación, el erotismo, el placer

Las dimensiones que componen la sexualidad

Así, la sexualidad es una trama de múltiples hilos que “hacen” a nuestra vida en tanto humanos; es mucho más que un hecho o un conjunto de procesos biológicos que, sin duda, forman parte de ella pero que se ven continuamente transformados por prácticas sociales, procesos psicológicos, decisiones políticas, marcos regulatorios, leyes, normas, disposiciones escritas y tácitas, posiciones éticas, etc. Todos estos elementos están articulados de manera que no es sencillo diferenciarlos con total claridad. Sin embargo, es posible mencionarlos y caracterizarlos a fin de que se comprendan en su especificidad. Parafraseando a Greco (2008), sintetizaremos las dimensiones que componen la sexualidad:

La dimensión biológica alude a los procesos anátomo-fisiológicos vinculados con la sexualidad. Sin embargo, los significados adjudicados a estos procesos y los modos de simbolizar al cuerpo, los órganos sexuales, la genitalidad, la

reproducción, el embarazo, el parto, el desarrollo del cuerpo y sus transformaciones a lo largo del tiempo y de las diferentes instancias por las que atravesamos: niñez, adolescencia, adultez, vejez, no alcanzan a ser explicados en su complejidad sólo por lo biológico. Para ello, se requiere la articulación con otras dimensiones.

La dimensión psicológica alude generalmente a los procesos que conforman cuerpo y psiquismo en el seno de un conjunto de relaciones, inicialmente familiares y luego en diferentes grupos sociales, forjando una identidad sexuada. La sexualidad es la manera en que cada persona vive el “hecho de ser sexuado”. Está conformada por las vivencias, es decir, lo que cada cual siente y experimenta en su intimidad. Es la manera propia de Educación Sexual Integral. Conceptualizaciones para su abordaje verse, sentirse y vivirse. Comprende los modos en que los humanos nos hacemos mujeres o varones, nos relacionamos con otros y otras, formamos parte de una familia, ejercemos la maternidad y la paternidad (o no), nos vinculamos en pareja, etc.

La dimensión jurídica define los modos en que la sexualidad se inscribe en normas y leyes, tácitas o explícitas, determinando y regulando nuestra vida cotidiana, ordenando, habilitando, prohibiendo, estableciendo lo que la sexualidad humana es y/o puede ser, sus condiciones y alcances. Consideremos en esta dimensión, por ejemplo, las recientes leyes de salud sexual que determinan importantes consecuencias en el terreno de la salud y su cuidado, la educación sexual, los derechos de los adolescentes, la igualdad de oportunidades entre los géneros, etc.

La dimensión ético-política se articula fuertemente con la anterior ya que las leyes se inscriben en el marco de políticas pensadas, a su vez, desde un lugar ético. Lo político y lo ético aluden a un conjunto de formas que hacen al vivir juntos con otros en el seno de una sociedad, y a decisiones que afectan a esa convivencia, la habilitan o inhabilitan, estableciendo maneras diversas de vivir socialmente. Para sintetizar, esta forma compleja de pensar la sexualidad es solidaria con un pensamiento sobre los sujetos y las subjetividades, un pensamiento que

comprende mejor las realidades humanas en términos de procesos y no de estados fijos.

Embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.

El término proviene del latín *gravitas*, por lo cual el embarazo también es conocida como período de *gravidez*.

En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

Además, el embarazo es posible sólo en el organismo de la mujer, ya que su aparato reproductivo posibilita el desarrollo de un nuevo ser humano.

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez y en las que no, pero existen menos probabilidades, el primer trimestre de embarazo resulta ser el más riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo (aborto espontáneo). En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que el bebé ya es capaz de sobrevivir extrauterinamente sin necesidad de soporte médico. Si bien los medios técnicos disponibles difieren función de los recursos y de factores sociales, se estima que un feto de 24 a 26 semanas estaría en condiciones de sobrevivir con los cuidados médicos apropiados. Estos niños se denominan prematuros extremos. En cambio, los prematuros con algo más de edad gestacional (30 ó más semanas) podrían sobrevivir con menor nivel de complejidad asistencial, siempre y cuando los pulmones hayan alcanzado la madurez necesaria.

Entre los síntomas más recurrentes y normales que anticipan o anuncian este momento tan esperado por las parejas que deciden tener hijos son la ausencia del

período menstrual o amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, aumento de tamaño de las mamas, somnolencia, vómitos matutinos, mareos, cambios a la hora de percibir los olores que se acostumbraba y la necesidad de ingerir determinados tipos de comidas o alimentos, lo que más comúnmente conocemos como antojos. El diagnóstico profesional del embarazo se realiza en las primeras etapas de la amenorrea por medio de la determinación de una hormona, llamada gonadotropina coriónica, mediante los conocidos kits comerciales para pruebas en orina o bien por medio de su medición en sangre.

Otro signo que también puede ser un indicador de embarazo es la incipiente e incontrolable necesidad de orinar a cada momento, generalmente a cada hora. Esta situación se produce como consecuencia del aumento de tamaño del útero, donde se alojará el futuro bebé hasta su nacimiento, que es el que oprime la vejiga. Esto conlleva el riesgo asociado de una mayor probabilidad de infecciones urinarias, las cuales pueden dar lugar a graves complicaciones en el embarazo.

Por otra parte, el incremento de peso (fruto del crecimiento del bebé, la placenta y el volumen sanguíneo) es un fenómeno normal y esperado. En mujeres con peso normal antes de la concepción, se postula que el incremento de un kilogramo por cada mes constituye la meta ideal. Sin embargo, la ansiedad que origina la gestación suele traducirse en muchas madres en un impulso por comer más y, con ello, se experimenta un aumento de peso excesivo que suele ser difícil de revertir aún después del parto. La obesidad materna previa a la concepción y el incremento desmedido del peso durante el embarazo se asocian con mayor riesgo de complicaciones como la diabetes gestacional o la hipertensión, las cuales se vinculan con alta morbilidad para la madre y el bebé.

Los embarazos en la media de las mujeres suelen ser únicos; sin embargo, también existe la posibilidad que se produzca un embarazo múltiple. Esto puede darse en condiciones de tipo hereditario, o sea, si mi abuela tuvo mellizas, entonces es probable que yo también tenga un par de mellizas. También pueden

darse como consecuencia de las técnicas de fecundación asistida, situación que se ha visto mucho en los últimos años en las mujeres que se sometieron a este tipo de práctica ante la imposibilidad de concebir de modo tradicional. Así, el implante de numerosos óvulos desencadena una mayor probabilidad de embarazos múltiples. Otra consecuencia de la "medicalización" del embarazo ha sido un aumento de la tasa de cesáreas, muchas veces innecesarias, ya que, aunque liberan a la madre de los siempre temidos dolores asociados con el parto, no dejan de constituir un acto quirúrgico, con los riesgos que esto puede provocar en la mujer y el bebé. Por consiguiente, dentro de las lógicas posibilidades de cada caso en particular, debe preferirse la alternativa del parto vaginal clásico para un final feliz del embarazo.

Tipos de embarazo

- ❖ Se denomina **embarazo ectópico** o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios.⁵
- ❖ El **embarazo no deseado** es aquel que se produce sin el deseo o planificación previa por parte de la mujer y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre cóitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, la mujer puede continuar con la gestación y llevar a término el **embarazo** en contra de su deseo, o, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada, teniendo en cuenta que esta práctica puede ser ilegal en algunos países.

En todo el mundo, el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto); unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo.

Embarazo en adolescentes

La adolescencia

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales podemos delimitarla entre los 10 años y los 20 años. Durante ese período van produciéndose aceleradamente en el ser humano cambios físicos y psíquicos muy marcados. Es de particular importancia la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios -el vello pubiano, las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales en ambos. Entre lo más significativo de esas transformaciones está la aparición de la primera menstruación en la niña, que se llama menarquía, y en el varón la eyaculación de semen con espermatozoides capaces de fecundar. Esta ocurre, en las primeras ocasiones, en forma involuntaria y durante la noche. Las modificaciones en el aparato genital están ocurriendo cada vez a edades menores, por lo que la posibilidad de que la mujer se embarace más tempranamente, ha aumentado. En la mayoría de los países latinoamericanos, la mitad de las niñas ya ha tenido su primera menstruación a los 13 años. No tenemos información tan precisa acerca de la primera eyaculación del varón, pero en términos generales los cambios de la pubertad en los varones ocurren más temprano que en tiempos pasados. La maduración completa del organismo de la mujer y del hombre no se limita a su capacidad de fecundación, a las posibilidades de que se produzca un embarazo. Otros aspectos del desarrollo biológico evolucionan más lentamente. Las mamas, la talla y el peso, y el tamaño de los huesos de la pelvis completan su desarrollo más tardíamente. Mientras ha estado ocurriendo esa aceleración en la maduración sexual de los adolescentes, la maduración social se ha ido haciendo más compleja; o sea, la persona adquiere el desarrollo o pleno de la adultez a mayor edad. El promedio de años de escolaridad ha estado aumentando y esa tendencia

continuará para elevar el nivel cultural de la población. La mecanización de la agricultura, la construcción de fábricas más complejas, la incorporación de procesos de elevada tecnología en todos los dominios de la vida moderna, obligan a prolongar el período de formación técnico-profesional de los trabajadores. La maduración social más tardía es una necesidad y una consecuencia del desarrollo. La seguridad, la confianza y la independencia, en fin, la libertad que nuestra sociedad ha garantizado para todos, ha n aumentado las oportunidades de intercambios y sana relación entre los jóvenes. Estos son elementos positivos de las transformaciones de nuestra sociedad que se consolidarán y ampliarán.

Consecuencias de un embarazo en la adolescencia

Aspecto médico Embarazarse durante la adolescencia trae serias consecuencias:

- Un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las chicas no avisan pronto a sus padres, tardan en decirles de su situación de 4 a 5 meses, los cuales pasan sin revisión alguna.
- Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de pre eclampsia y eclampsia.
- El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.
- La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva, embarazos ectópicos
- Algunas chicas optan por el aborto a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.

Aspecto psicosocial

-Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.

- Hay quienes deciden tener soltera al hijo, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve frenado, sufren agresiones por parte de su familia y del entorno y tienen menos oportunidades de conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.

- Otras jóvenes madres deciden (si es que la pareja responde) casarse. Sin embargo existen altas probabilidades de que su matrimonio no resulte porque los chicos se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo

Aspecto psicológico

En general, los estudios hablan de una serie de circunstancias por los que pasan las mamás adolescentes:

- Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo.

- Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce.

- Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno.

- Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje.

Aspecto social

Cuando se produce un embarazo en una adolescente, toda la familia se pone en tensión porque ese estado puede afectarlo s adversamente y las decisiones que se adopten tienen consecuencias de largo alcance. Siempre es preferible que la familia en conjunto haga frente y dé apoyo de todo tipo a la adolescente, por encima de todas las censuras. Los riesgos sociales del embarazo demasiado precoz pueden ser tan dañinos como las complicaciones médicas que se han referido. Las consecuencias sociales desagradables que con más frecuencia acompañan al embarazo en la adolescencia son la interrupción de los estudios y de la preparación técnico profesional. La posibilidad de convertirse en madre soltera hace más difícil establecer después un hogar estable; con frecuencia este contratiempo inicia una sucesión de uniones, de corta duración.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las siglas ITS se emplean para referirse a las Infecciones de Transmisión Sexual, las que, como su nombre indica, se transmiten entre otras formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos. La mayoría de los casos en los que hay una infección de transmisión sexual no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo cual facilita la transmisión de la infección y, si no se instaura el tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones como esterilidad, embarazo extrauterino, cáncer genital u otros. Hay que tener en cuenta que el aumento de la inmigración entre las personas que trabajan en la prostitución debe hacernos pensar en infecciones que hasta ahora eran poco frecuentes en nuestro medio.

¿Qué hacer si se sospecha una ITS?

Ante la sospecha de tener una ITS o tras haber realizado una práctica con riesgo para las mismas es conveniente acudir a un Centro de Salud o un Centro de ITS para realizarse una revisión. Hay una serie de síntomas que pueden indicar que se tiene una ITS:

En otras ocasiones es posible tener una de estas infecciones aunque no se presente síntoma alguno, o los síntomas pueden desaparecer por sí mismos, pero la infección no se cura si no se recibe tratamiento. Existen más de 30 infecciones de transmisión sexual producidas por bacterias, virus, hongos, protozoos y por artrópodos. Estas infecciones pueden producir una serie de síntomas clínicos que se engloban dentro de los siguientes síndromes:

Vulvovaginitis Se trata de una inflamación de los genitales externos y de la vagina en la mujer. Generalmente son de causa infecciosa (tricomona, cándida y gardnerella). Se puede manifestar por picor, aumento del flujo o cambio en las características del flujo, escozor o dolor espontáneo o durante la penetración vaginal. •

Uretritis Se caracterizan por la aparición de secreción por la uretra (conducto por donde sale la orina) junto con escozor al orinar. La causa más frecuente es infecciosa. Existen dos tipos de uretritis según si su origen está producido por el gonococo o no: uretritis gonocócica y no gonocócica. •

Cervicitis Inflamación del cuello del útero en la mujer. Puede ser de causa infecciosa o mecánica por el uso de un dispositivo intrauterino (DIU). Se puede manifestar por alteración del flujo, dolor o sangrado con la penetración vaginal, alteración de la regla, escozor al orinar. De entre los microorganismos que pueden producirla destacan el gonococo y chlamydia trachomatis.

• **Balanitis** Inflamación del glande. Puede estar producido por hongos.

ITS más frecuentes

<i>Tabla 8</i> <u>ITS</u>	¿QUÉ SE OBSERVA?	¿QUÉ OCURRE SI NO RECIBE TRATAMIENTO?
ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS		
	Los síntomas pueden aparecer entre los 2 a 7 días (o incluso	• La infección se puede transmitir a la pareja o a

<p><u>GONORREA</u></p>	<p>más) del contacto sexual genital, oral genital o rectal. Más del 50% de las mujeres y entre el 5 al 25% de los varones no presentan síntomas.</p> <p><u>Infección genital:</u> se caracteriza por secreción amarillenta y espesa junto con molestias al orinar.</p> <p><u>Infección faríngea (garganta):</u> suele ser asintomática pero puede presentar molestias faríngeas</p> <p><u>Infección ano rectal:</u> Puede haber secreción amarillenta, espesa, con picor anal.</p>	<p>los contactos sexuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede producir complicaciones desde esterilidad, tanto en mujeres como en varones, hasta alteraciones en otros órganos (articulaciones, piel...) y también transmitirla al recién nacido en el momento del parto, produciendo conjuntivitis.
<p>CLAMIDIASIS</p>	<p>Con frecuencia no produce síntomas. Si éstos aparecen se manifiestan entre 7 y 21 días tras el contacto sexual. En el varón: secreción clara y transparente acompañada de molestias al orinar (uretritis no gonocócica) En la mujer: aumento de flujo, alteraciones de la regla o sangrado tras la relación sexual.</p>	<p>La infección se puede transmitir a la pareja o a los contactos sexuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede causar complicaciones como esterilidad, afectación de la vejiga, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos extrauterinos. • La mujer embarazada puede transmitir la infección al feto durante el parto produciendo conjuntivitis, infecciones de oído o incluso infecciones pulmonares.

<p>SÍFILIS (TREPONEMA PALLIDUM</p>	<p>La sífilis es una infección crónica generalizada, que suele ser de transmisión sexual, y en la que se alternan periodos de actividad interrumpidos por periodos de latencia. En la mayoría de los casos la transmisión de una persona a otra se produce por contacto sexual (oral, vaginal, anal) con una lesión sifilítica. También puede producirse a través de la sangre. En cuanto a la clínica la mayoría de los casos son asintomáticos. En otros aparece alrededor de 20-40 días del contacto sexual una úlcera o chancro indoloro, con bordes sobre elevados, en la zona que estuvo en contacto con la zona lesionada, junto con una inflamación de un ganglio regional. Desaparece entre 6-8 semanas y es lo que conocemos como sífilis primaria. Si no se trata la infección puede pasar a otra etapa que conocemos como sífilis secundaria en la que se puede producir una erupción en la piel incluida las palmas de las manos y las plantas de los pies (cuyas lesiones son muy contagiosas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección puede transmitirse a la pareja sexual. • Sin tratamiento puede aparecer un periodo de latencia (sífilis latente) y tras éste pueden aparecer alteraciones a nivel cardiovascular o neurológico (sífilis terciaria). • Las mujeres embarazadas pueden transmitir la infección al feto pudiéndose producir abortos tardíos, muerte fetal y sífilis congénita.
---	---	--

<p>GARDNERELLA VAGINALIS</p>	<p>La vaginosis bacteriana es un síndrome producido por la sustitución de la flora vaginal normal, lo cual produce un aumento del pH vaginal y flujo maloliente y grisáceo. Se origina por un cambio en el balance de los diferentes tipos de bacteria en la vagina. Es la causa más frecuente de emisión de flujo vaginal o mal olor. Más de la mitad de las mujeres no presentan síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda tratamiento rutinario de las parejas sexuales porque no evita la aparición de nuevos episodios de vaginosis en la mujer. • En el caso de las mujeres embarazadas puede producir complicaciones como abortos o nacimientos prematuros.
<p>MICOPLASMAS (MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM)</p>	<p>Es muy frecuente encontrarlos en cultivos habituales de la vagina y uretra y está relacionado con la actividad sexual y el número de contactos sexuales distintos. Si hay síntomas, aparecen entre 1 y 3 semanas tras el contacto sexual. En la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Micoplasma: puede dar vaginosis bacteriana. • Ureaplasma: no se ha demostrado que produzca enfermedad genital. En el varón: • Ureaplasma: puede producir una secreción mucosa, transparente o blanca (uretritis no gonocócica). • Micoplasma: no se ha demos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se transmiten a los contactos sexuales. • Las complicaciones son ocasionales. En la mujer puede producir enfermedad inflamatoria pélvica o afectar al embarazo c
<p>OTROS</p>	<p>CHANCRO BLANDO (Haemophilus Ducreyi): lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es más frecuente en zonas tropicales y

	<p>ulcerosa superficial, blanda y dolorosa que aparece a los 3-14 días de la relación sexual junto a inflamación de un ganglio inguinal.</p> <p>ESTREPTOCOCO GRUPO B: Muy frecuente encontrarlo en cultivos sin sintomatología. Sólo hay que tenerlo en cuenta en el caso de mujeres embarazadas, por el peligro de transmisión al recién nacido.</p>	<p>subtropicales del sudeste asiático.</p>
INFECCIONES PRODUCIDAS POR VIRUS		
HERPES GENITAL (VHS)	<p>Entre 2 y 20 días tras el contacto sexual aparecen unas pequeñas ampollas (perladas como cabezas de alfiler) o úlceras dolorosas cuya localización variará según la práctica sexual que ha producido la infección (primoinfección): vaginal, anal o bucogenital. Cuando la lesión desaparece el virus queda latente en el organismo y puede producir nuevas reinfecciones en situaciones de disminución de la inmunidad o estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a los contactos sexuales tanto si en ese momento se tienen síntomas como si éstos son inaparentes. • La mujer embarazada puede transmitir la infección al recién nacido en el momento del parto que puede ser generalizada y grave.
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	<p>En la mayoría de los casos, la infección es asintomática. Puede aparecer entre 1 y 20 meses del contacto sexual (en los órganos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinados tipos de virus VPH se consideran precursores del cáncer de cuello de útero o de

	genitales, anales y orales) unas lesiones irregulares, verrucosas con aspecto de coliflor, aunque también pueden presentar un aspecto aplanado.	genitales externos. <ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a los contactos sexuales. • El recién nacido puede contraer la infección en el parto por vía vaginal si la madre presenta verrugas en ese momento.
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	No sólo es de transmisión sexual. Entre 2-3 meses del contacto sexual aparecen una lesiones sobreelevadas con depresión central (a modo de ombligo) que pueden curar por sí solas.	<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión se produce por contacto directo con la lesión pudiendo aparecer en cualquier parte del cuerpo. • En las personas con infección por VIH o cualquier otro tipo de disminución de la inmunidad las lesiones pueden llegar a ser muy extensas.
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	Produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH puede transmitirse por vía parenteral, sexual y vertical (de madre a hijo a través de la placenta, en el momento del parto o a través de la leche materna). Tras la práctica de riesgo deben pasar 3 meses para	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se puede transmitir a los contactos sexuales. • La presencia de una infección de transmisión sexual hace que el riesgo de transmisión del VIH sea mayor. • La carga viral alta o la

	que se	seroconversión durante el embarazo favorece la transmisión del VIH al recién nacido.
HEPATITIS A	Inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Se transmite por vía oral a partir de la ingesta de agua o comida contaminada que ha estado en contacto con excreciones fecales portadoras del virus. También se transmite al realizar prácticas oroanales. El período de incubación es de 15 a 50 días. La mayoría de las personas no presentan síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo se transmite en la fase aguda • No requiere un tratamiento específico y no deja secuelas. • La vacuna frente al virus de la hepatitis A, en nuestro país, es recomendable en caso de prácticas sexuales oroanales, y personas con otra hepatitis (B y/o C).
HEPATITIS B	La transmisión se puede producir vía parenteral (transfusiones, uso compartido de jeringuillas o material de inyección, tatuajes, peircing...), vertical (de madre a hijo) y sexual. El periodo de incubación es de 45 a 180 días. La mayoría de las infecciones no tienen síntomas y se curan por sí solas (96% de los casos). Pero en un pequeño porcentaje la infección puede cronificar (portadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Los portadores pueden transmitir la infección a sus contactos sexuales • La vacuna frente a la hepatitis B es recomendable a toda persona.
HEPATITIS C	El mecanismo más importante de	<ul style="list-style-type: none"> • La infección con

	<p>transmisión es a través de sangre y hemoderivados de personas infectadas. El 60-70% de las personas infectadas no presentan síntomas o los síntomas son poco evidentes. El riesgo de transmisión sexual es escaso, sobre todo está relacionado con prácticas sexuales de penetración anal y relaciones sexuales con la menstruación en caso de ser la mujer la portadora. El riesgo de transmisión sexual aumenta en caso de presentar infección por VIH</p>	<p>frecuencia puede cronificar (85% de portadores se hacen crónicos) y producir alteraciones más graves como la cirrosis (20- 30% de los portadores crónicos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de transmisión de madre a hijo es bajo (5-6%).
--	---	---

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Clasificación de los métodos anticonceptivos

Reversible

- **Hormonales**
 - ✓ Píldora
 - ✓ Píldora de emergencia
 - ✓ Sistema intrauterino de liberación
 - ✓ Implante subdérmico
 - ✓ Anillo vaginal
 - ✓ Parche anticonceptivo
 - ✓ Inyectables
- **De Barrera**
 - ✓ Preservativo
 - ✓ Diafragma

- Mecánicos
- ✓ DIU

Naturales

Químicos

- ✓ Espermicidas

Irreversibles

- **Quirúrgicos**
- ✓ Ligadura de Trompas
- ✓ Vasectomía

Cuándo debemos usar un método anticonceptivo

Siempre que quieras evitar la posibilidad de embarazo y tengas relaciones sexuales con penetración.

¿Qué métodos anticonceptivos existen?

- **Métodos hormonales**

La píldora

Es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces y seguros utilizado en el mundo.

Actúa sobre el ciclo hormonal de la mujer impidiendo la ovulación. Las píldoras combinadas contienen las hormonas estrógeno y progestágeno, también existen píldoras que sólo contienen progesterona. Ningún otro método anticonceptivo ha sido y sigue siendo tan estudiado de modo tan profundo como la píldora. Hoy en día se dispone de píldoras que, además de una alta eficacia anticonceptiva con menos efectos secundarios, poseen ventajas adicionales como:

- Aliviar los síntomas del síndrome premenstrual (sensibilidad mamaria, dolor abdominal, etc.).

- Mejorar algunas alteraciones de la piel (acné). La anticoncepción oral es un método reversible y muy seguro para prevenir el embarazo, siempre que se utilice siguiendo las indicaciones médicas. Tú médico/a te recomendará cuál es la más conveniente para ti.

La píldora de emergencia

La píldora anticonceptiva de emergencia o comúnmente llamada “píldora del día después” es un método de emergencia y no se puede utilizar como método anticonceptivo habitual.

Debe ser usada tras el fallo del método habitual o después de practicar el coito sin protección, permitiendo evitar el embarazo no deseado. La píldora de emergencia se comercializa en envases monodosis de uno o dos comprimidos. Deben tomarse el o los dos comprimidos juntos lo antes posible tras el coito desprotegido.

Siempre en un plazo máximo de 72 horas. La máxima eficacia se consigue cuanto antes se tome el o los comprimidos, llegando al 95% si se han tomado en las primeras 24 h. La píldora del día después evita el embarazo antes de que éste se haya producido. No actúa si ya estás embarazada.

NO ES ABORTIVA.

Sistema intrauterino de liberación

Se trata de un DIU (dispositivo intrauterino) que además de ofrecer una alta eficacia anticonceptiva, ofrece ventajas con respecto a los otros DIU. Este DIU, actúa liberando pequeñas cantidades de una hormona (parecida a la producida de manera natural por la mujer) durante 5 años. Tiene una eficacia anticonceptiva tan alta como la Ligadura de trompas, no requiriendo de una intervención quirúrgica.

Implantes subdérmicos

Consiste en la inserción por parte del médico/a de una o dos varillas bajo la piel del brazo, que gradualmente liberan pequeñas cantidades de hormona. Actúa durante 3 ó 5 años, dependiendo del tipo de implante, impidiendo la ovulación.

El anillo vagina

Consiste en la introducción por la propia mujer de un anillo de plástico en la vagina todos los meses. El anillo libera hormonas durante 3 semanas debiendo ser retirado por la mujer al comienzo de la 4ª semana. Actúa igual que la píldora combinada.

Parche anticonceptivo

Este método libera hormonas que son absorbidas a través de la piel. Consiste en la aplicación de un parche semanal durante 3 semanas seguido de una semana sin parche. Actúa igual que la píldora combinada.

Inyectables

Consiste en una inyección de forma trimestral si su composición es sólo de progestágeno o mensual si su composición es de estrógeno y progestágeno.

Métodos barrera

Los métodos barrera impiden la unión del espermatozoide con el óvulo.

Condón o preservativo

Este método previene de las infecciones de transmisión sexual y del contagio de s.i.d.a.

Cubierta de látex (generalmente) muy delgada, que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración. Existe también el preservativo femenino que se pone antes del coito dentro de la vagina.

Diafragma

Capuchón flexible de látex, que la mujer introduce en su vagina antes del coito. Debe usarse con espermicidas.

Métodos mecánicos

D.I.U. (Dispositivo intrauterino)

Es un pequeño dispositivo de polietileno con un filamento de cobre que el médico/a implanta en el interior del útero. Su efecto anticonceptivo se debe a una

respuesta inflamatoria, incrementada por el cobre que lleva el DIU, dentro de la matriz.

Métodos naturales

Se basan en calcular el período de tiempo en el ciclo de la mujer en el cual el embarazo es más probable y practicar la abstinencia coital durante ese período. Entre estos los más conocidos son: el método del calendario (Ogino), el método de la temperatura, y el método del moco cervical (Billings). Poseen un bajo margen de eficacia debido a la variabilidad del ciclo y a la dificultad del control del mismo.

Métodos químicos

Espermicidas

Son sustancias que destruyen o incapacitan a los espermatozoides de modo que no lleguen al útero o no sean capaces de fecundar el óvulo. Los puedes encontrar como gel, espuma o supositorios. No debe utilizarse como único método anticonceptivo ya que su eficacia es muy baja. La mayoría de preservativos llevan alguna sustancia espermicida.

Métodos quirúrgicos

Son métodos que por lo general se consideran irreversibles, es decir, la persona que se somete a la intervención quirúrgica deja de ser fértil de por vida.

Ligadura de trompas en la mujer

Es una intervención quirúrgica que se realiza con el fin de ocluir las trompas de Falopio, para evitar que el óvulo sea fecundado y llegue al útero, y que produce esterilidad permanente.

Vasectomía en el hombre

Procedimiento quirúrgico, que consiste en cortar y ligar los conductos deferentes, encargados de transportar los espermatozoides desde los testículos al exterior.

¿Qué método debemos utilizar?

Es una decisión muy personal, cada tipo de anticonceptivo tiene sus ventajas e inconvenientes. Es aconsejable que un profesional de la salud te ayude a decidir cuál es el mejor para ti. En principio el método ideal podría ser aquel que reuniese las siguientes condiciones:

- Eficacia absoluta (ningún fallo).
- De uso sencillo.
- Que no interfiera en la espontaneidad y en la calidad de las relaciones sexuales.
- Que sea un método con beneficios añadidos.
- Que proteja frente a las infecciones de contagio sexual si necesitamos esa protección.

2.2 Estado del arte.

La actividad sexual ocurre cada vez a más temprana edad, registrando promedios de inicio de 13,5-16 años, con edades tan tempranas como los 11 años. En América Latina y El Caribe, aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de América Latina y El Caribe, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años. Para Colombia en 2010, entre jóvenes de 20 y 24 años, el 14% tuvo su primera relación antes de cumplir 15 años, 60% antes de cumplir 18 años y 82% antes de cumplir 20 años. Para Mendoza el 15% de los adolescentes y jóvenes han iniciado su actividad sexual en la adolescencia temprana, 44,8% en la adolescencia media y 40,2% en la adolescencia tardía. Holguín informa que 52,8% de adolescentes escolarizados han iniciado la actividad sexual a los 15 años (rango intermedio: 14-16 años), más tempranamente en varones (mediana 14 años; RI: 13-15 años) que en mujeres (mediana 15 años; rango intermedio: 14-16 años). El 23,8% reportan tener más de una pareja sexual al año (varones 34%; mujeres 12,7%), con mayor número entre los varones (varones: mediana de 3; rango intermedio: 2-3; mínimo 0 y máximo 10; mujeres: mediana de 2; rango intermedio: 0-2; mínimo 0 y máximo 5). Las

parejas sexuales en la primera relación sexual son de mayor edad en la mujeres que en los varones (varones: mediana 15 años; rango intermedio: 14-16 años; mínimo 10 y máximo 28 años; mujeres: mediana 18 años; rango intermedio: 16-20 años; mínimo 12 y máximo 32 años). Aproximadamente, una de cada cuatro mujeres adolescentes (27,4%) tienen su primera relación con una persona de 20 a 32 años, mientras 3,4% de varones con una persona de 20 a 28 años.

El embarazo en la adolescencia es un problema de origen multifactorial, con alto riesgo de complicaciones para la madre, el feto y el neonato, repercutiendo en los resultados perinatales. Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, un 95% de ellas en países en desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud, estima que 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos no son deseados. El número de nacimientos de mujeres adolescentes de 15-19 años ha disminuido en todas las regiones del mundo entre 1990, 2000 y 2011. En el África Sub-Sahara son muy elevadas pasando de 1234/1.000 mujeres (1990), 121/1.000 mujeres (2000), a 117/1.000 (2011) mujeres de 15-19 años. Para América Latina y El Caribe el número de nacimientos en mujeres de 15-19 años por cada mil mujeres para los años 1990, 2000 y 2011, fue 86, 86 y 76, mostrando un descenso para este último año. Cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un hijo cada año.

El 62,8% de los adolescentes en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850.000 adolescentes resultan embarazadas cada año. En Estados Unidos de Norteamérica en 2004, se estimó que 41,2% de embarazos ocurren en adolescentes de 15-19 años y 20% de estos, terminan en abortos inducidos. Sin embargo, en los últimos años han logrado reducir las tasas de embarazos en un 33%, asociado a la reducción de tasas de AS y aumento del empleo más regular y prolongado de métodos anticonceptivos.

En Bolivia, cerca de 18% de adolescentes de 15-19 años ya son madres o están esperando hijos.

2.3 Descripción de herramientas de estudio.

- Bolígrafos.
- Computadoras.
- Impresoras.
- Fotocopiadoras.
- Hojas.
- Trípticos.
- Dildos.
- Preservativos.

3. CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.

3.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRABAJO DE CAMPO.

El trabajo de campo se lo realiza entre los segundo a octavo del 2019. Se sabe que en la región minera de Huanuni, epicentro de nuestra investigación, se cuenta con un porcentaje especialmente alto de personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), no siendo suficiente, se han elevado los niveles de embarazo adolescente, siendo percibido como un riesgo constante en la población.

Este trabajo de campo que se lleva a cabo es, primero, de carácter estadístico, trabajando con la medición de los niveles de conocimiento que se tienen respecto a educación sexual integral. Segundo, el ambiente pasa a un marco informativo, dividido en tres sesiones de charlas informativas, las cuales tienen el objetivo directo de administrar información y práctica en educación sexual integral, y el objetivo indirecto de disminuir el riesgo de embarazo adolescente.

3.2 OBJETIVOS DEL TRABAJO DE CAMPO.

3.2.1 Objetivo general del trabajo de campo.

Para reducir el riesgo de embarazo adolescente mejorando el nivel de educación sexual mediante la implementación del modelo de educación sexual en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni en los meses de febrero a agosto del 2019, se implemento el modelo “Si quieres hacerlo, hazlo bien”.

3.2.2 Objetivos específicos.

- ✓ Para determinar el nivel de riesgo de embarazo adolescente en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni en los meses de febrero a agosto del 2019 implementamos encuestas en ambas mediciones.

- ✓ Para medir el nivel de educación sexual en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019 nos basamos en encuestas en ambas mediciones.

- ✓ Para aplicar un modelo de educación sexual integral en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019 implementamos el modelo “Si quieres hacerlo, hazlo bien”.

3.3 PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO.

La idea de estudio de la investigación se seleccionó de entre una serie de propuesta que presentó el Doctor Henry Richard Chiara Miranda. El protocolo se presentó y aprobó en fecha 28 de marzo de 2019.

La primera actividad que se llevó a cabo es la primera medición del riesgo de embarazo adolescente, el 22 de abril de 2019, a través de un test.

3.4 RESULTADOS DE TRABAJO DE CAMPO.

3.4.1. Resultados del objetivo general.

Se determinó que a través de la implementación del programa “SI QUIERES HACERLO, HAZLO BIEN”, se ha logrado disminuir el riesgo de embarazo en adolescentes de quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” del municipio de Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019.

POBLACIÓN MUESTRAL

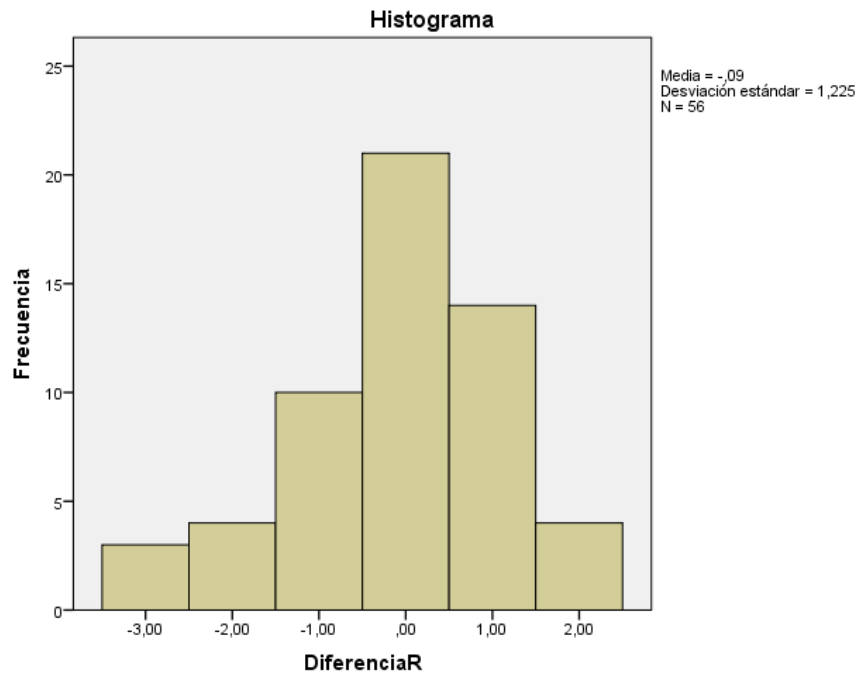
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
DiferenciaR	56	100,0%	0	0,0%	56	100,0%

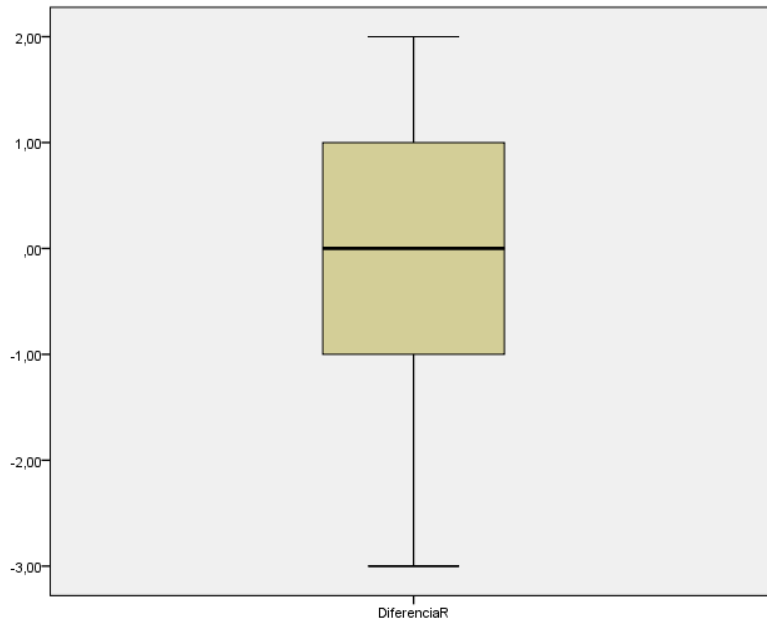
Descriptivos

		Estadístico	Error estándar
DiferenciaR	Media	-,0893	,16372
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	-,4174
		Límite superior	,2388

Media recortada al 5%	-,0437	
Mediana	,0000	
Varianza	1,501	
Desviación estándar	1,22514	
Mínimo	-3,00	
Máximo	2,00	
Rango	5,00	
Rango intercuartil	2,00	
Asimetría	-,562	,319
Curtosis	,173	,628

ANÁLISIS: Se logró disminuir el riesgo de embarazo adolescente en una media de 0.83 puntos, con una máxima de 2 y una mínima de -3.





ANOVA

DiferenciaR

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	6,242	4	1,561	1,043	,394
Dentro de grupos	76,311	51	1,496		
Total	82,554	55			

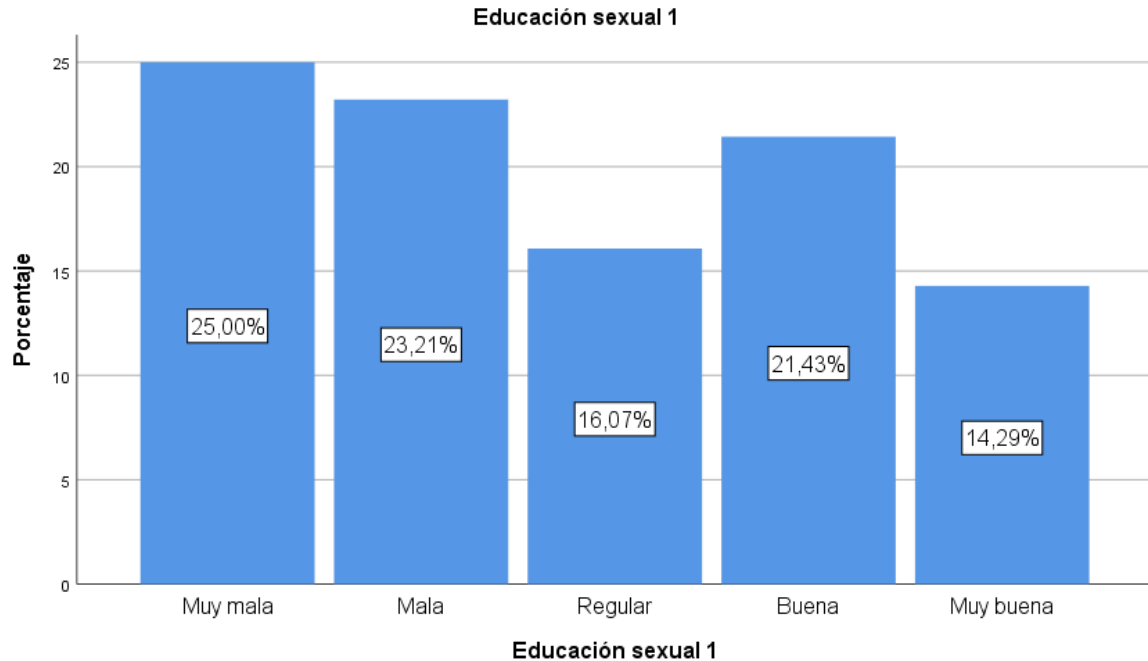
INTERPRETACIÓN: En vista de los resultados estadísticos podemos decir que el riesgo disminuyó en una media de 0.83, con una máxima de 2 y una mínima de -3.

Podemos decir que esta disminución no fue significativa.

RESULTADOS DEL INDICADO AL INICIO

Educación sexual INICIO

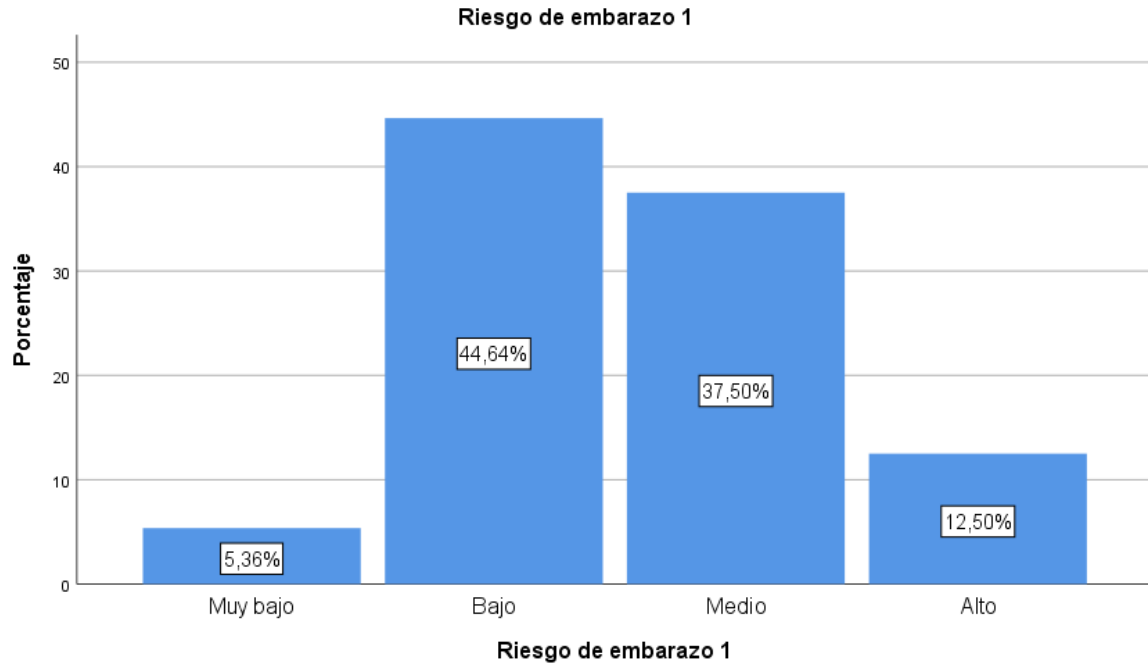
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy mala	14	25,0	25,0	25,0
	Mala	13	23,2	23,2	48,2
	Regular	9	16,1	16,1	64,3
	Buena	12	21,4	21,4	85,7
	Muy buena	8	14,3	14,3	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



En la tabla y gráfica correspondiente a nivel de educación sexual en la primera medición se muestra que 14 estudiantes (25%) de la población muestral tiene una educación sexual muy mala, 13 estudiantes (23,21%) presentan educación mala, 9 estudiantes (16,07%) educación regular, 12 estudiantes (21,43) educación buena y finalmente 8 (14,29%) presentan educación sexual muy buena.

Riesgo de embarazo INICIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bajo	3	5,4	5,4	5,4
	Bajo	25	44,6	44,6	50,0
	Medio	21	37,5	37,5	87,5
	Alto	7	12,5	12,5	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



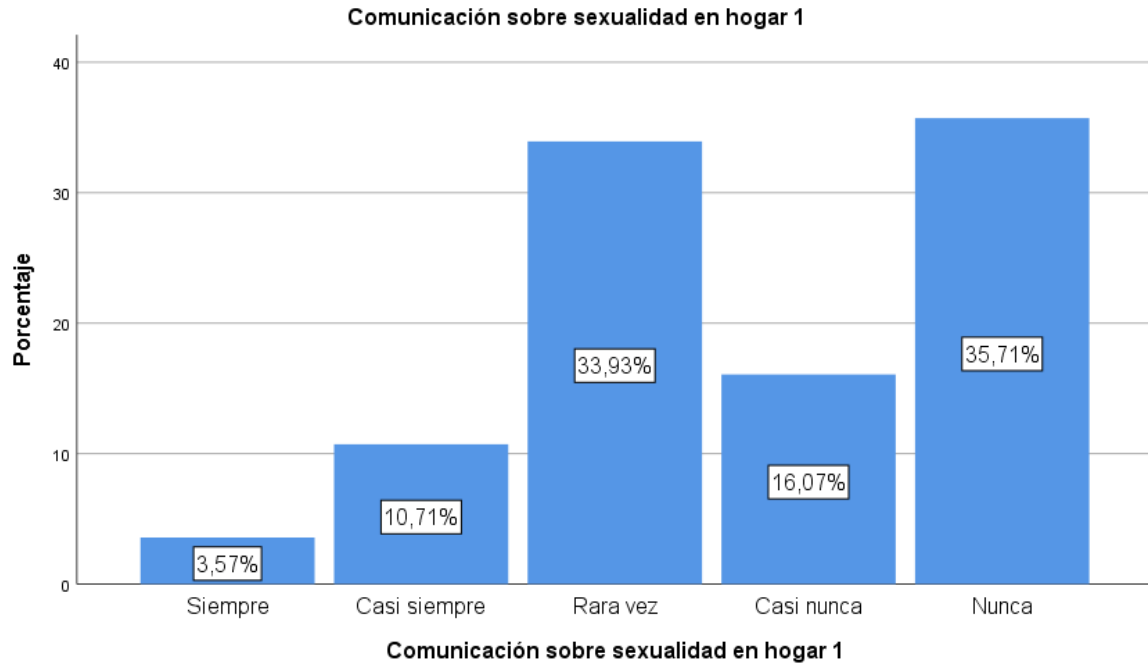
En la tabla y gráfica correspondiente a riesgo de embarazo en la primera medición se muestra que 3 estudiantes (5.4%) de la población muestral tiene un riesgo de embarazo muy bajo, 25 estudiantes (44,6%) presentan riesgo bajo, 21 estudiantes (37,5%) riesgo medio, 7 estudiantes (12,5) riesgo alto y finalmente ninguno presenta riesgo muy alto.

✓ COMUNICACIÓN FAMILIAR SOBRE SEXUALIDAD.

Tabla 9

Comunicación sobre sexualidad en hogar INICIO

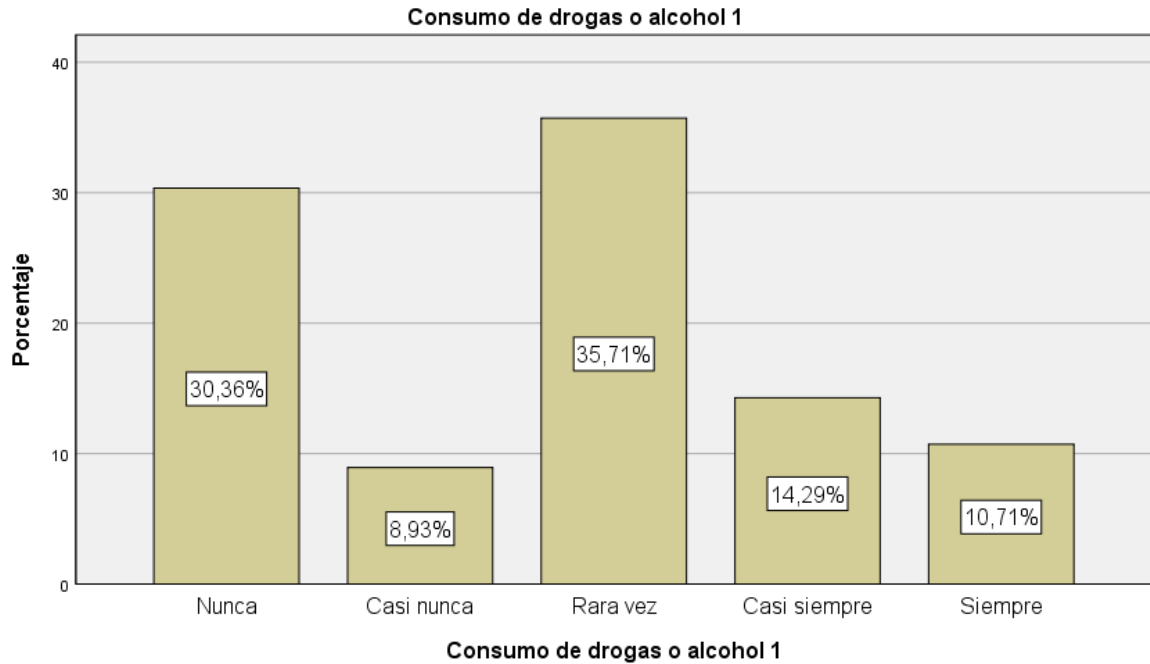
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	2	3,6	3,6	3,6
	Casi siempre	6	10,7	10,7	14,3
	Rara vez	19	33,9	33,9	48,2
	Casi nunca	9	16,1	16,1	64,3
	Nunca	20	35,7	35,7	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



La tabla y gráfica correspondiente a la primera muestra que 2 personas (3.6%) siempre tienen comunicación familiar sobre sexualidad, 6 personas (10,7%) casi siempre tienen comunicación sexual, 19 (33,9) rara vez, 9 personas (16,1%) casi nunca y 20 estudiantes (35,7%) nunca hablan sobre sexualidad en su hogar.

Consumo de drogas o alcohol INICIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	17	30,4	30,4	30,4
	Casi nunca	5	8,9	8,9	39,3
	Rara vez	20	35,7	35,7	75,0
	Casi siempre	8	14,3	14,3	89,3
	Siempre	6	10,7	10,7	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

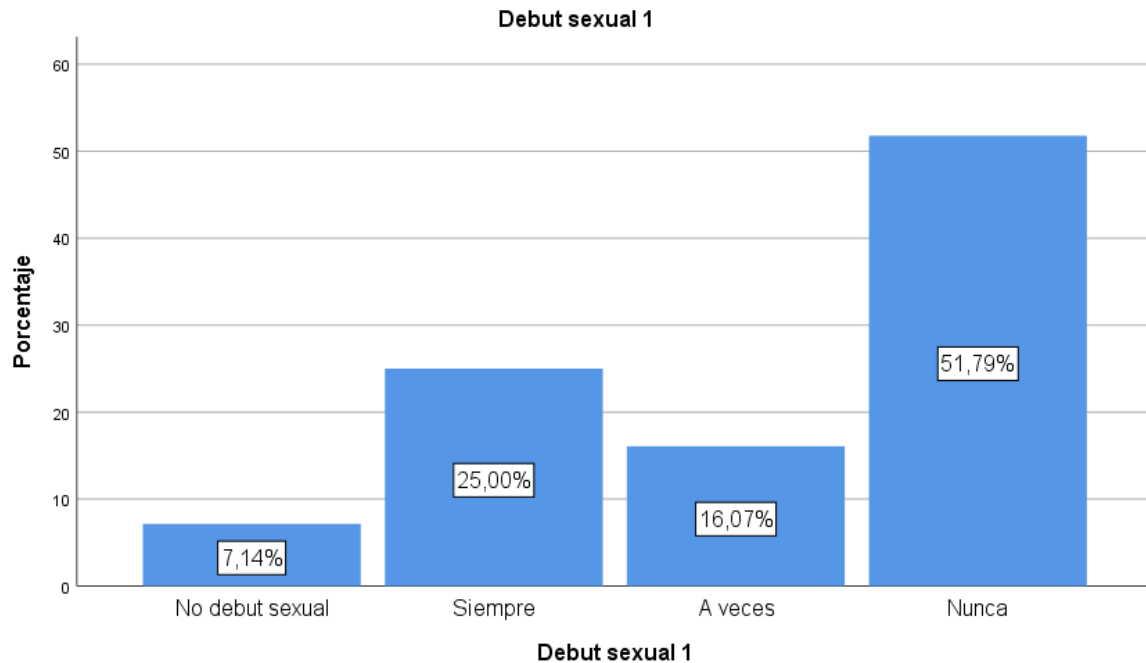


La tabla y gráfica correspondientes a la primera medición muestran que 17 estudiantes (30,4%) nunca consumen drogas y alcohol, 5 estudiantes (8,9%) casi nunca los consumen, 20 (35,7%) rara vez lo hacen, 8 estudiantes (14,3%) casi siempre y finalmente 6 estudiantes (10,7%) siempre las consumen.

✓ Debut sexual.

Debut sexual INICIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No debut sexual	4	7,1	7,1	7,1
	Siempre	14	25,0	25,0	32,1
	A veces	9	16,1	16,1	48,2
	Nunca	29	51,8	51,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

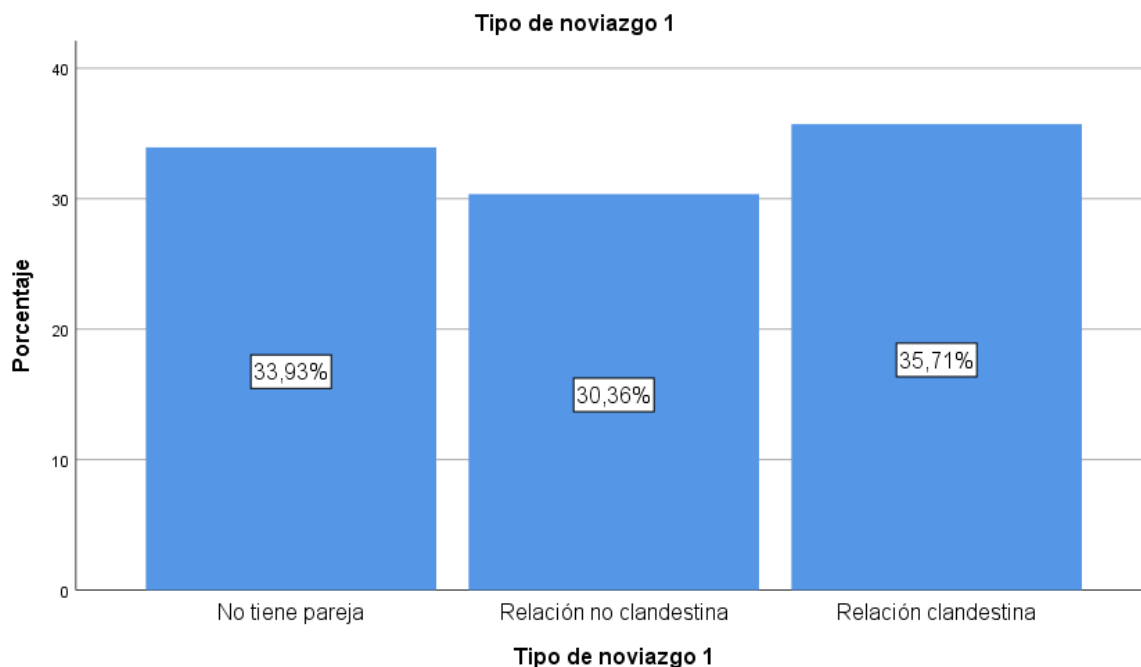


La tabla y gráfica correspondientes a la primera medición muestra que 4 personas (7,1) no iniciaron su vida sexual, 14 personas (25%) siempre tienen relaciones sexuales, 9 personas (16,1%) a veces las tienen, 29 personas (51,8%) nunca tienen relaciones sexuales.

✓ Tipo de noviazgo.

Tipo de noviazgo INICIO

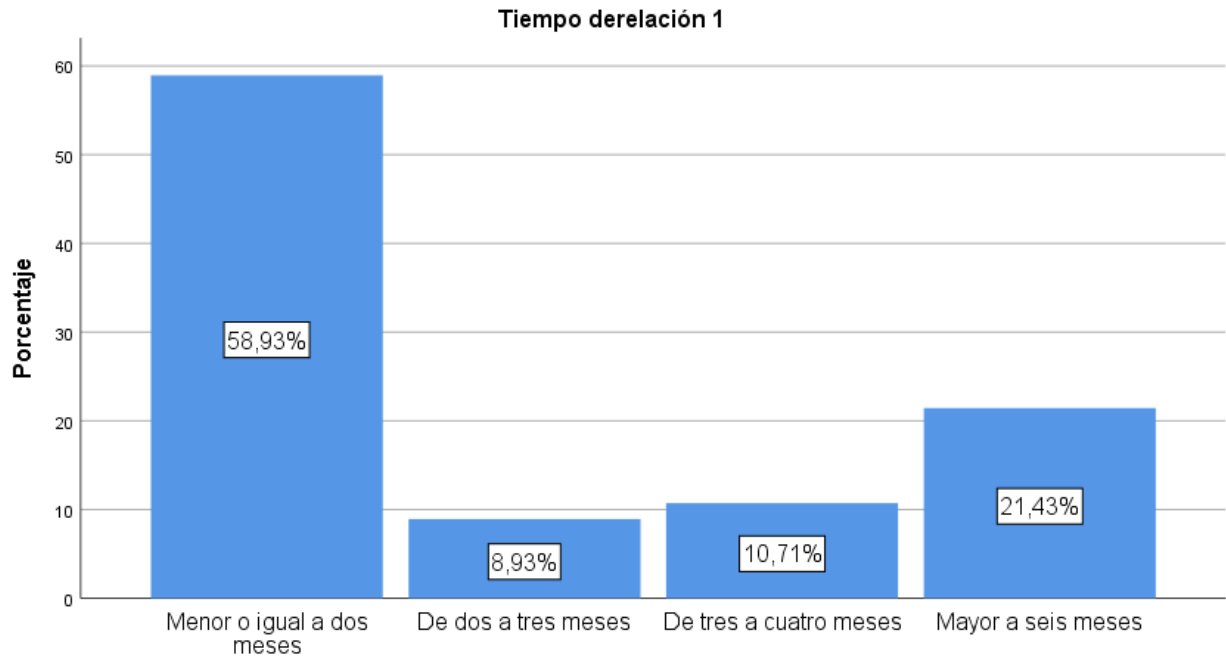
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tiene pareja	19	33,9	33,9	33,9
	Relación no clandestina	17	30,4	30,4	64,3
	Relación clandestina	20	35,7	35,7	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



La tabla y gráfica muestran que 19 alumnos (33.9%) no tienen pareja, de los restantes, 17 (30,4%) tienen un noviazgo clandestino y 20 (35,7%) tienen un noviazgo clandestino.

Tiempo de relación INICIO

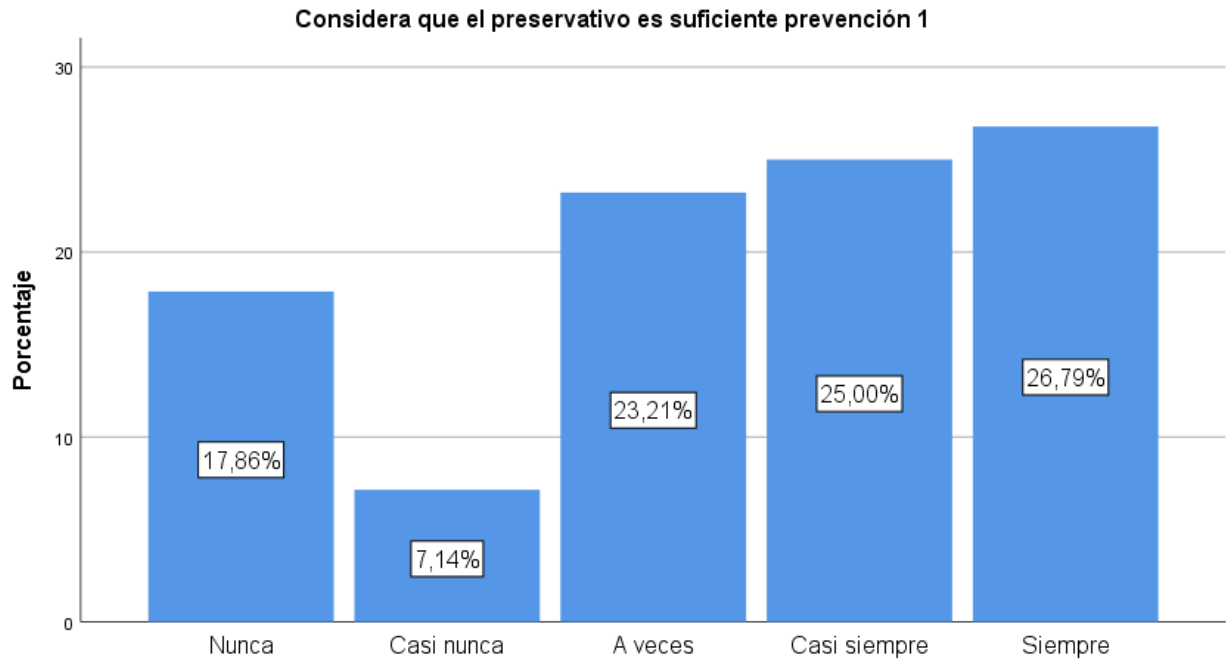
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor o igual a dos meses	33	58,9	58,9	58,9
	De dos a tres meses	5	8,9	8,9	67,9
	De tres a cuatro meses	6	10,7	10,7	78,6
	Mayor a seis meses	12	21,4	21,4	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



Tiempo derelación 1

Considera que el preservativo es suficiente prevención INICIO

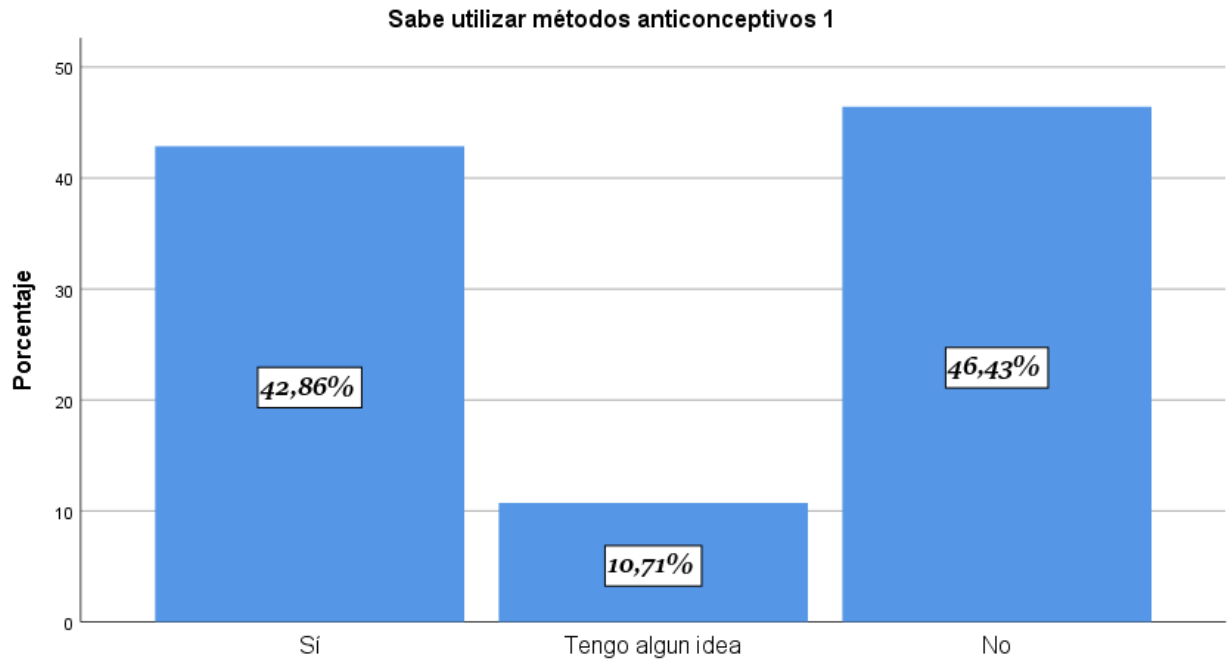
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	17,9	17,9	17,9
	Casi nunca	4	7,1	7,1	25,0
	A veces	13	23,2	23,2	48,2
	Casi siempre	14	25,0	25,0	73,2
	Siempre	15	26,8	26,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



Considera que el preservativo es suficiente prevención 1

Sabe utilizar métodos anticonceptivos INICIO

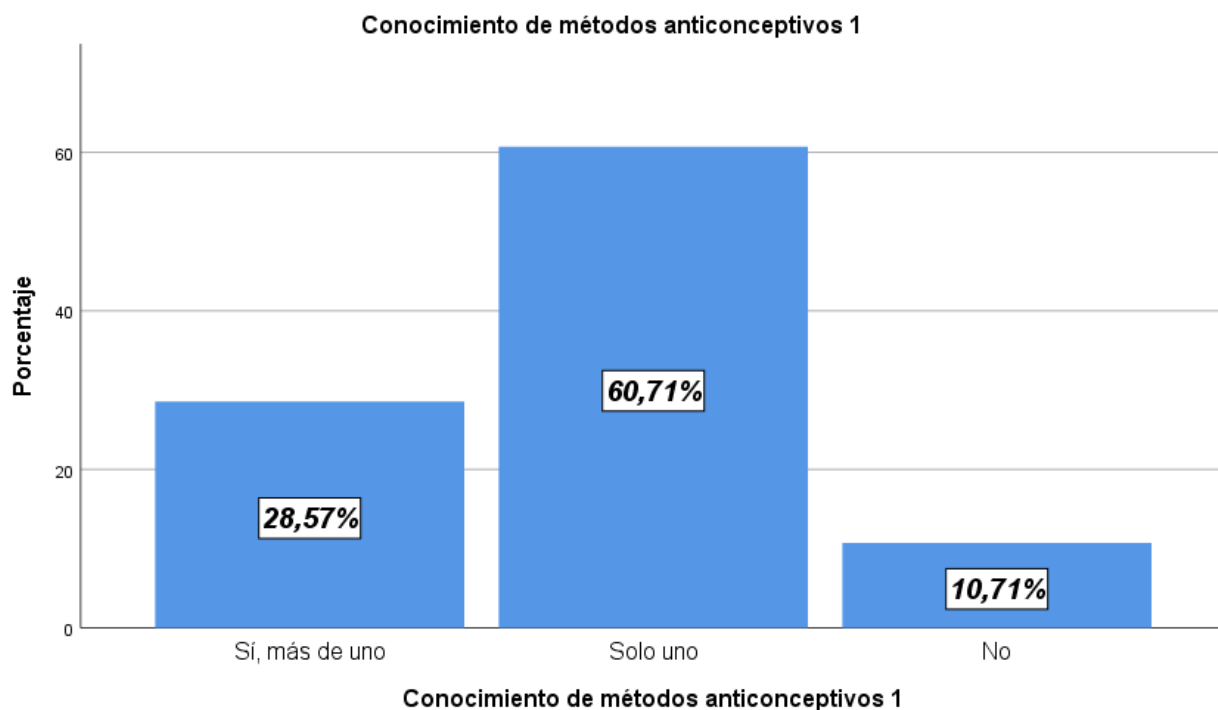
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	24	42,9	42,9	42,9
	Tengo algun idea	6	10,7	10,7	53,6
	No	26	46,4	46,4	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



Sabe utilizar métodos anticonceptivos 1

Conocimiento de métodos anticonceptivos INICIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí, más de uno	16	28,6	28,6	28,6
	Solo uno	34	60,7	60,7	89,3
	No	6	10,7	10,7	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

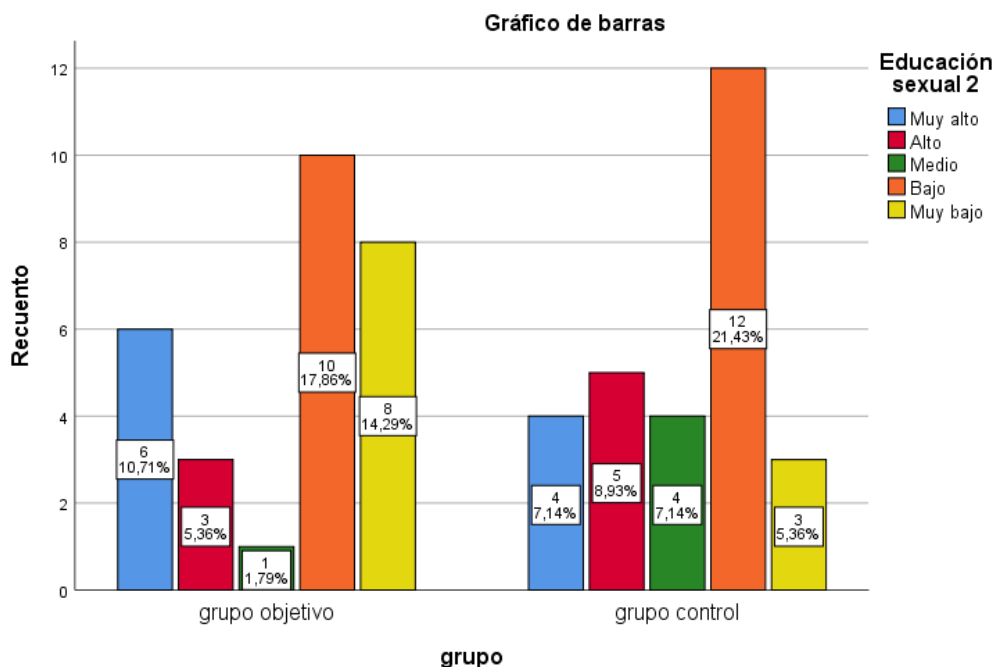


RESULTADOS AL FINAL

Tabla cruzada

Educación sexual FINAL

			Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
grupo	grupo objetivo	Recuento	6	3	1	10	8	28
		Recuento esperado	5,0	4,0	2,5	11,0	5,5	28,0
		% del total	10,7%	5,4%	1,8%	17,9%	14,3%	50,0%
grupo	grupo control	Recuento	4	5	4	12	3	28
		Recuento esperado	5,0	4,0	2,5	11,0	5,5	28,0
		% del total	7,1%	8,9%	7,1%	21,4%	5,4%	50,0%
Total		Recuento	10	8	5	22	11	56
		Recuento esperado	10,0	8,0	5,0	22,0	11,0	56,0
		% del total	17,9%	14,3%	8,9%	39,3%	19,6%	100,0%

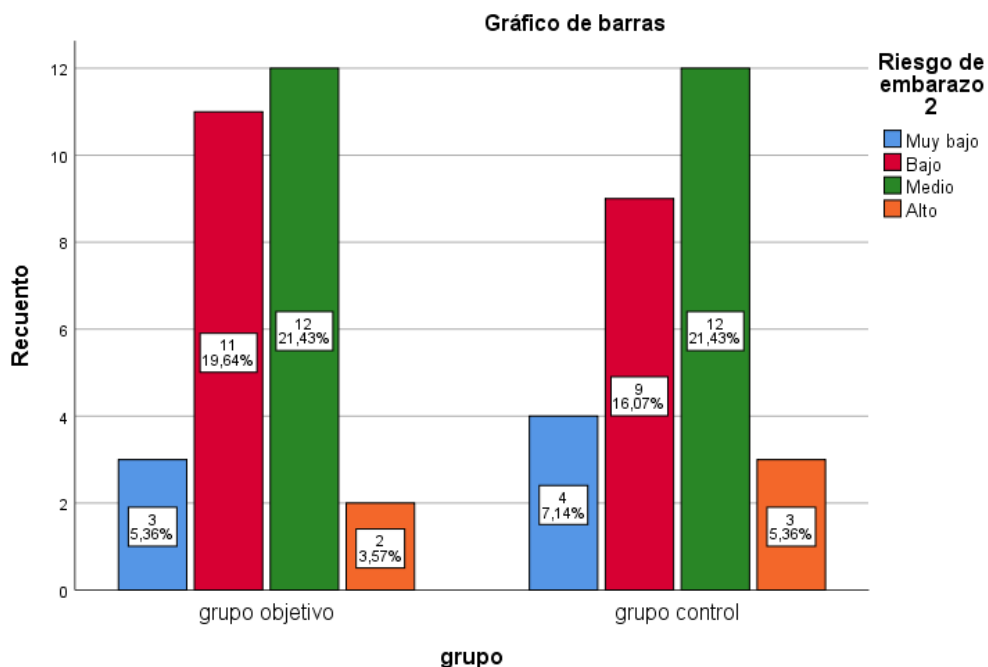


En la tabla y gráfica correspondiente a Nivel de Educación Sexual se muestra que la diferencia entre los resultados entre los grupos objetivo y control no es significativa.

Objetivo específico: Medir el riesgo de embarazo adolescente en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” de Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019.

Tabla cruzada

		Riesgo de embarazo FINAL				Total	
		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto		
Grupo	grupo objetivo	Recuento	3	11	12	2	28
		Recuento esperado	3,5	10,0	12,0	2,5	28,0
		% del total	5,4%	19,6%	21,4%	3,6%	50,0%
	grupo control	Recuento	4	9	12	3	28
		Recuento esperado	3,5	10,0	12,0	2,5	28,0
		% del total	7,1%	16,1%	21,4%	5,4%	50,0%
Total	Recuento	7	20	24	5	56	
	Recuento esperado	7,0	20,0	24,0	5,0	56,0	
	% del total	12,5%	35,7%	42,9%	8,9%	100,0%	



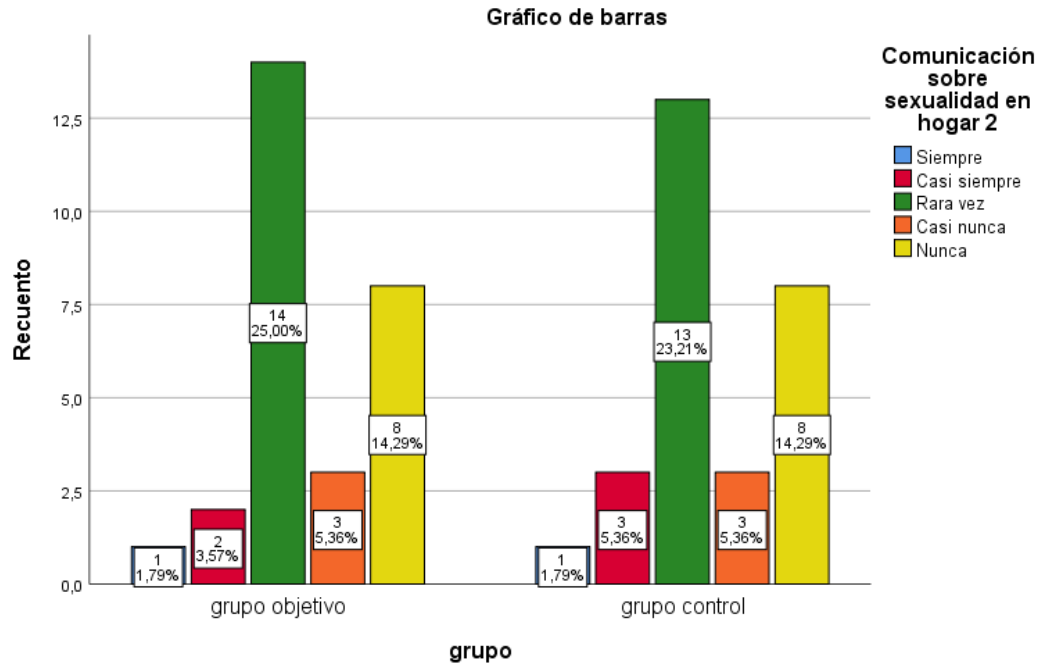
En la tabla y gráficos se observa que no existe una diferencia significativa entre grupo objetivo y control. Se ve que la diferencia los resultados entre ambos grupos es casi inexistente.

✓ **COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN HOGAR**

Tabla cruzada

Comunicación sobre sexualidad en hogar FINAL

			Siempre	Casi siempre	Rara vez	Casi nunca	Nunca	Total
grupo	grupo objetivo	Recuento	1	2	14	3	8	28
		Recuento esperado	1,0	2,5	13,5	3,0	8,0	28,0
		% del total	1,8%	3,6%	25,0%	5,4%	14,3%	50,0%
	grupo control	Recuento	1	3	13	3	8	28
		Recuento esperado	1,0	2,5	13,5	3,0	8,0	28,0
		% del total	1,8%	5,4%	23,2%	5,4%	14,3%	50,0%
Total	Recuento	2	5	27	6	16	56	
	Recuento esperado	2,0	5,0	27,0	6,0	16,0	56,0	
	% del total	3,6%	8,9%	48,2%	10,7%	28,6%	100,0%	



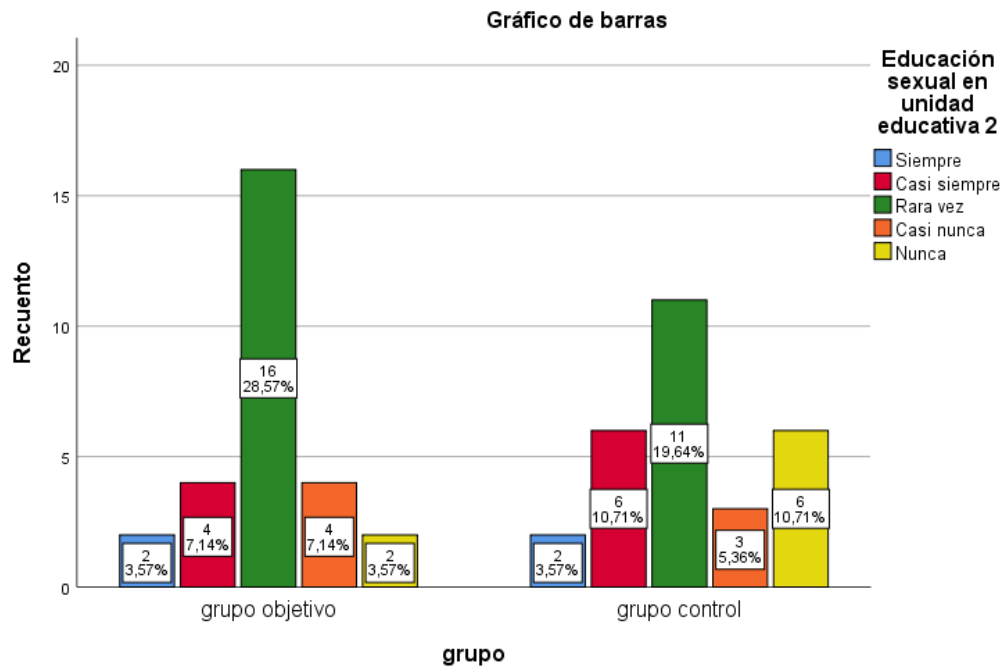
La tabla y gráfica muestran que la diferencia entre grupo objetivo y control son mínimas.

✓ Comunicación sobre sexualidad en unidad educativa.

Tabla 9

Tabla cruzada

		Educación sexual en unidad educativa FINAL					Total	
		Siempre	Casi siempre	Rara vez	Casi nunca	Nunca		
grupo	grupo objetivo	Recuento	2	4	16	4	2	28
		Recuento esperado	2,0	5,0	13,5	3,5	4,0	28,0
		% del total	3,6%	7,1%	28,6%	7,1%	3,6%	50,0%
grupo	grupo control	Recuento	2	6	11	3	6	28
		Recuento esperado	2,0	5,0	13,5	3,5	4,0	28,0
		% del total	3,6%	10,7%	19,6%	5,4%	10,7%	50,0%
Total	Recuento	4	10	27	7	8	56	
	Recuento esperado	4,0	10,0	27,0	7,0	8,0	56,0	
	% del total	7,1%	17,9%	48,2%	12,5%	14,3%	100,0%	

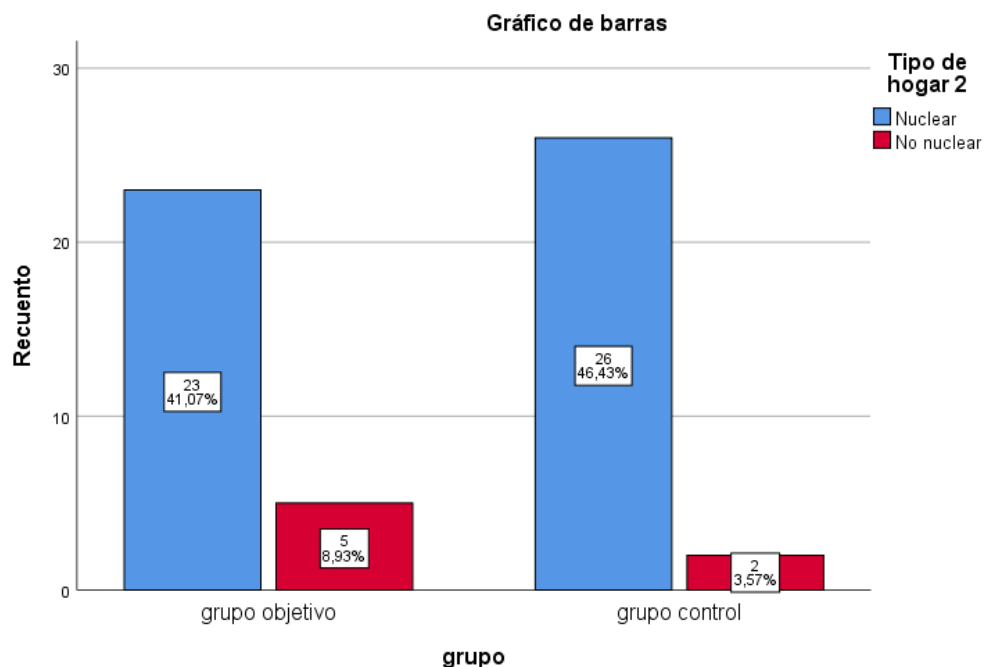


✓ Tipo de familia.

Tabla 10

Tabla cruzada

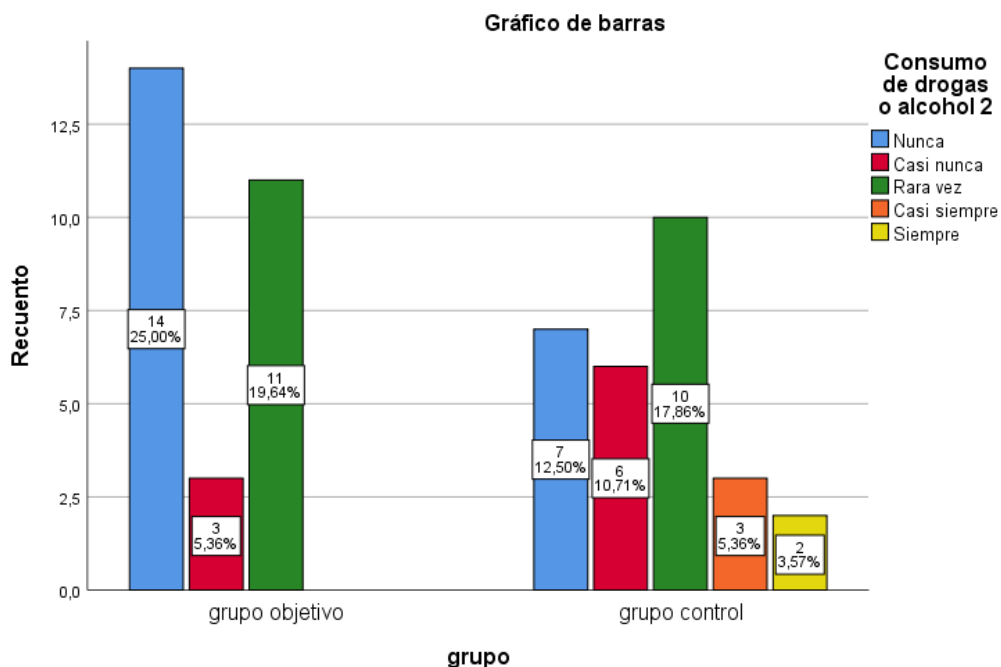
		Tipo de hogar FINAL		Total	
		Nuclear	No nuclear		
grupo	grupo objetivo	Recuento	23	5	28
		Recuento esperado	24,5	3,5	28,0
		% del total	41,1%	8,9%	50,0%
grupo	grupo control	Recuento	26	2	28
		Recuento esperado	24,5	3,5	28,0
		% del total	46,4%	3,6%	50,0%
Total	Recuento	49	7	56	
	Recuento esperado	49,0	7,0	56,0	
	% del total	87,5%	12,5%	100,0%	



✓ Consumo de drogas y/o alcohol.

✓ **Tabla cruzada**

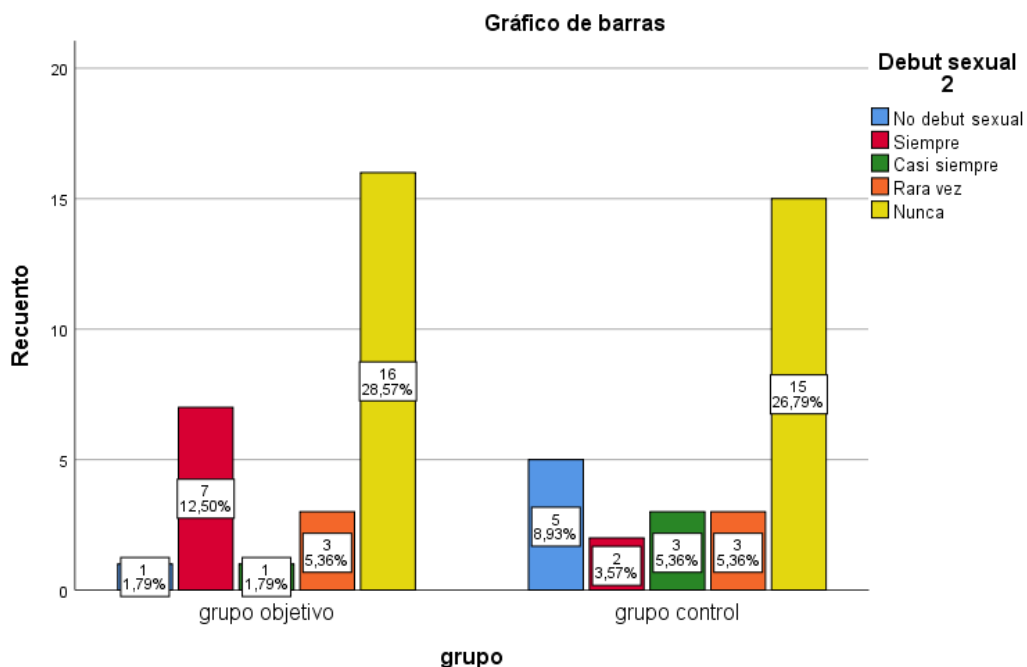
		Consumo de drogas o alcohol FINAL					Total	
		Nunca	Casi nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre		
grupo	grupo objetivo	Recuento	14	3	11	0	0	28
		Recuento esperado	10,5	4,5	10,5	1,5	1,0	28,0
		% del total	25,0%	5,4%	19,6%	0,0%	0,0%	50,0%
	grupo control	Recuento	7	6	10	3	2	28
		Recuento esperado	10,5	4,5	10,5	1,5	1,0	28,0
		% del total	12,5%	10,7%	17,9%	5,4%	3,6%	50,0%
Total	Recuento	21	9	21	3	2	56	
	Recuento esperado	21,0	9,0	21,0	3,0	2,0	56,0	
	% del total	37,5%	16,1%	37,5%	5,4%	3,6%	100,0%	



DEBUT SEXUAL

Tabla cruzada

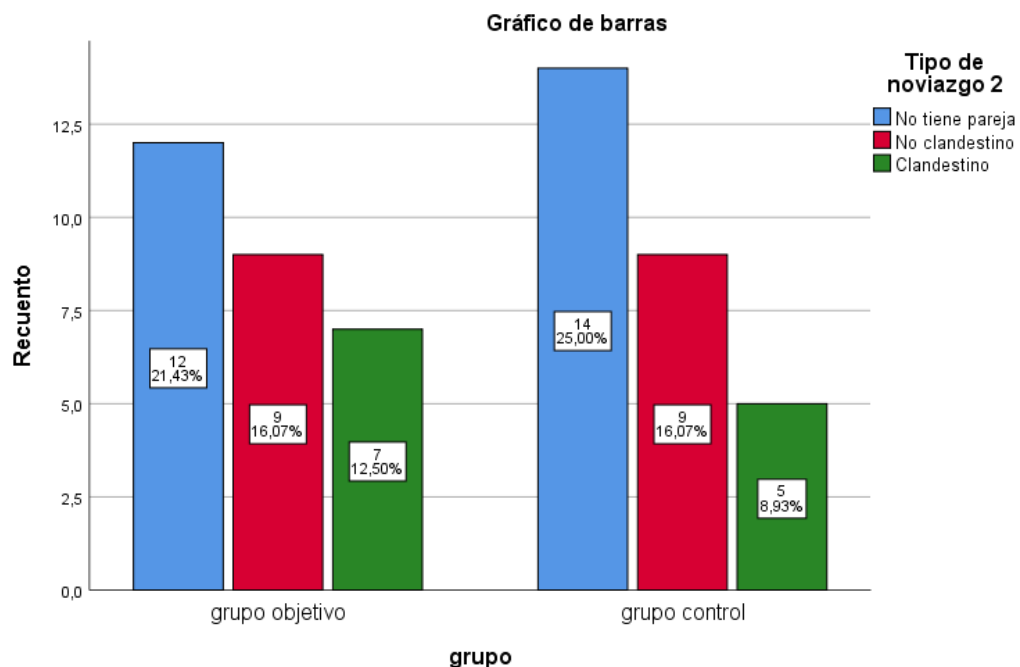
			Debut sexual FINAL					Total
			No debut sexual	Siempre	Casi siempre	Rara vez	Nunca	
grupo	grupo objetivo	Recuento	1	7	1	3	16	28
		Recuento esperado	3,0	4,5	2,0	3,0	15,5	28,0
		% del total	1,8%	12,5%	1,8%	5,4%	28,6%	50,0%
	grupo control	Recuento	5	2	3	3	15	28
		Recuento esperado	3,0	4,5	2,0	3,0	15,5	28,0
		% del total	8,9%	3,6%	5,4%	5,4%	26,8%	50,0%
Total	Recuento	6	9	4	6	31	56	
	Recuento esperado	6,0	9,0	4,0	6,0	31,0	56,0	
	% del total	10,7%	16,1%	7,1%	10,7%	55,4%	100,0%	



TIPO DE NOVIAZGO

Tabla cruzada

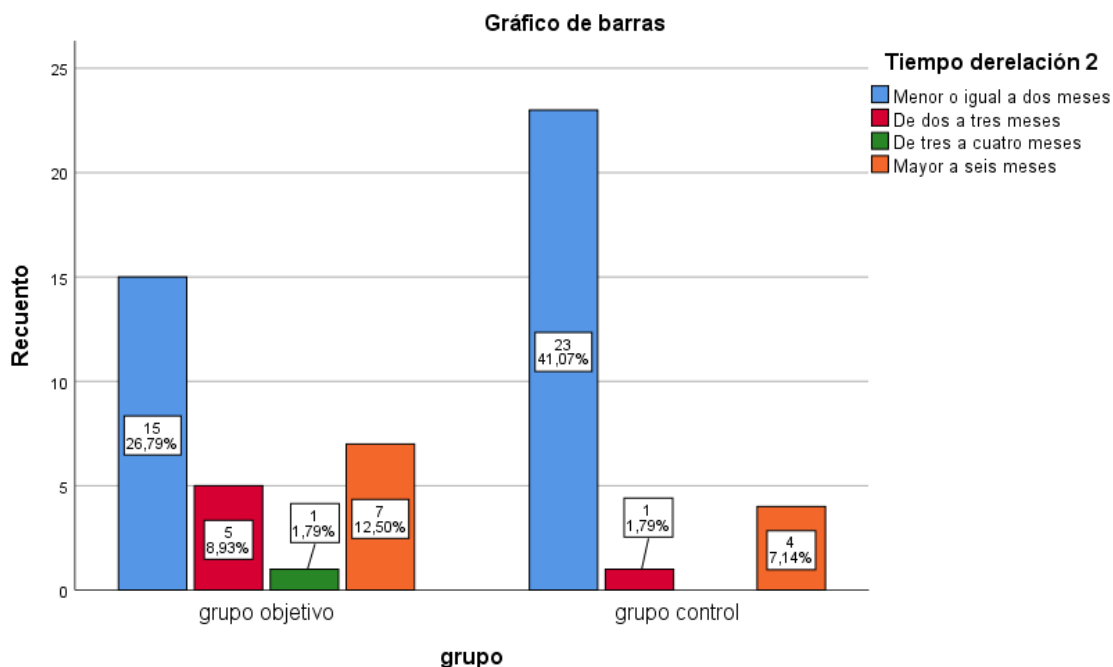
			Tipo de noviazgo FINAL			Total
			No tiene pareja	No clandestino	Clandestino	
grupo	grupo objetivo	Recuento	12	9	7	28
		Recuento esperado	13,0	9,0	6,0	28,0
		% del total	21,4%	16,1%	12,5%	50,0%
grupo	grupo control	Recuento	14	9	5	28
		Recuento esperado	13,0	9,0	6,0	28,0
		% del total	25,0%	16,1%	8,9%	50,0%
Total		Recuento	26	18	12	56
		Recuento esperado	26,0	18,0	12,0	56,0
		% del total	46,4%	32,1%	21,4%	100,0%



Tiempo de relación

Tabla cruzada

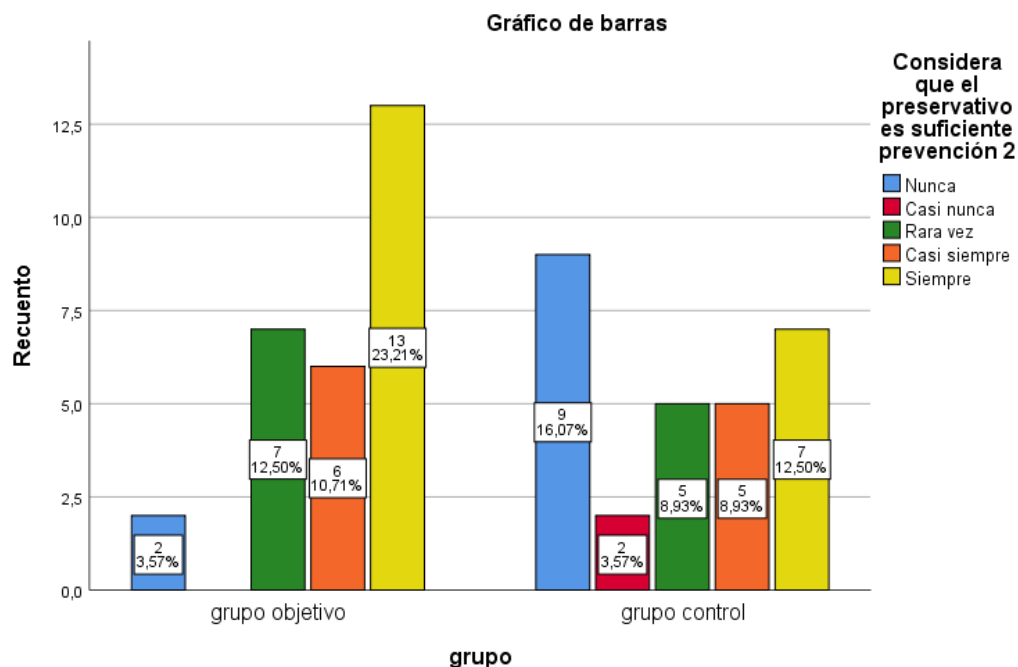
			Tiempo de relación 2				Total
			Menor o igual a dos meses	De dos a tres meses	De tres a cuatro meses	Mayor a seis meses	
grupo	grupo objetivo	Recuento	15	5	1	7	28
		Recuento esperado	19,0	3,0	,5	5,5	28,0
		% del total	26,8%	8,9%	1,8%	12,5%	50,0%
	grupo control	Recuento	23	1	0	4	28
		Recuento esperado	19,0	3,0	,5	5,5	28,0
		% del total	41,1%	1,8%	0,0%	7,1%	50,0%
Total	Recuento	38	6	1	11	56	
	Recuento esperado	38,0	6,0	1,0	11,0	56,0	
	% del total	67,9%	10,7%	1,8%	19,6%	100,0%	



Considera que el preservativo es suficiente prevención

Tabla cruzada

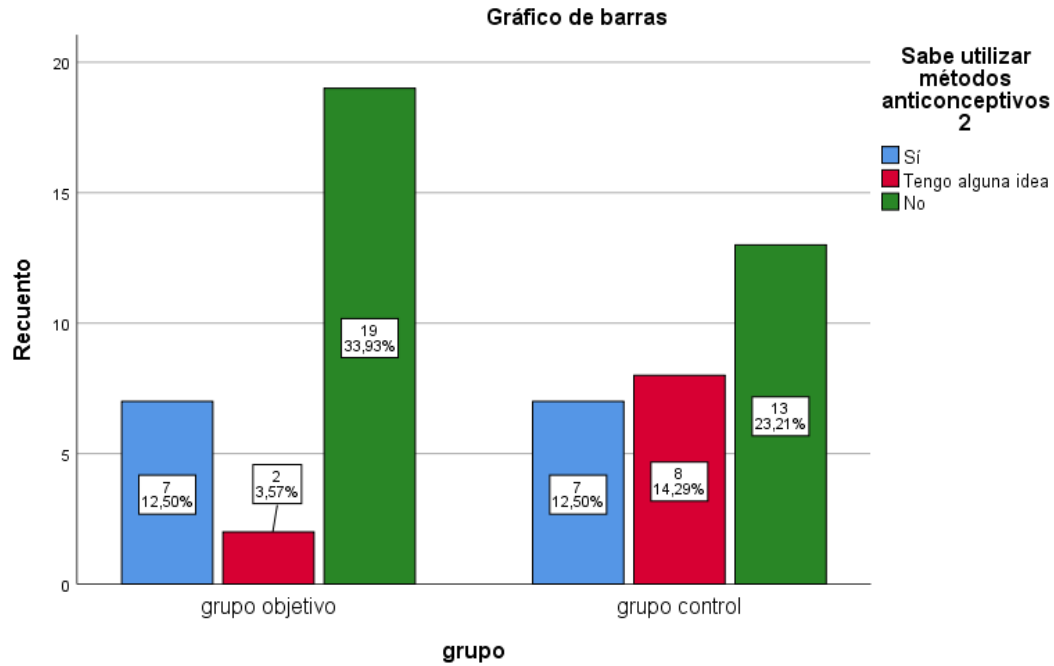
		Considera que el preservativo es suficiente prevención 2					Total	
		Nunca	Casi nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre		
grupo	grupo objetivo	Recuento	2	0	7	6	13	28
		Recuento esperado	5,5	1,0	6,0	5,5	10,0	28,0
		% del total	3,6%	0,0%	12,5%	10,7%	23,2%	50,0%
grupo	grupo control	Recuento	9	2	5	5	7	28
		Recuento esperado	5,5	1,0	6,0	5,5	10,0	28,0
		% del total	16,1%	3,6%	8,9%	8,9%	12,5%	50,0%
Total	Recuento	11	2	12	11	20	56	
	Recuento esperado	11,0	2,0	12,0	11,0	20,0	56,0	
	% del total	19,6%	3,6%	21,4%	19,6%	35,7%	100,0%	



Sabe utilizar métodos anticonceptivos

Tabla cruzada

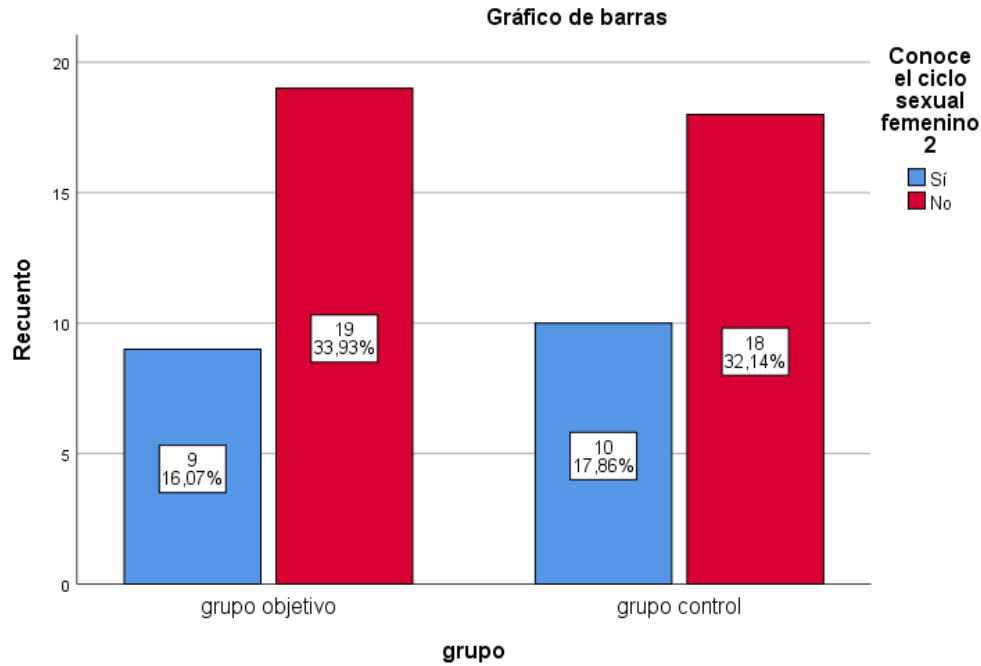
		Sabe utilizar métodos anticonceptivos 2			Total	
		Sí	Tengo alguna idea	No		
grupo	grupo objetivo	Recuento	7	2	19	28
		Recuento esperado	7,0	5,0	16,0	28,0
		% del total	12,5%	3,6%	33,9%	50,0%
grupo	grupo control	Recuento	7	8	13	28
		Recuento esperado	7,0	5,0	16,0	28,0
		% del total	12,5%	14,3%	23,2%	50,0%
Total	Recuento	14	10	32	56	
	Recuento esperado	14,0	10,0	32,0	56,0	
	% del total	25,0%	17,9%	57,1%	100,0%	



Conoce el ciclo sexual femenino

Tabla cruzada

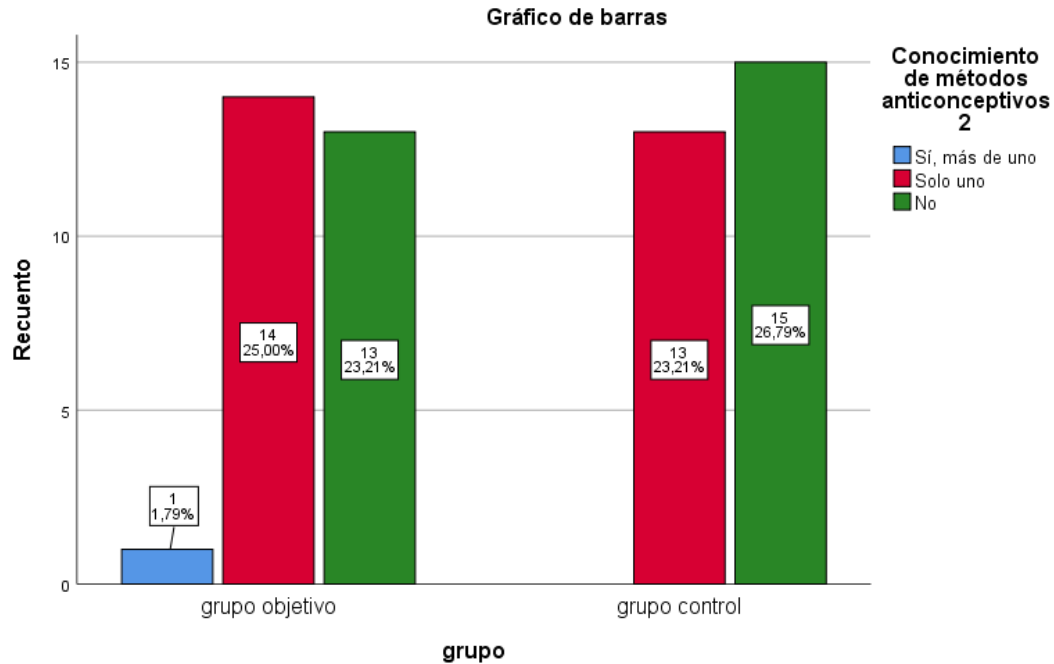
		Conoce el ciclo sexual femenino 2		Total	
		Sí	No		
Grupo	grupo objetivo	Recuento	9	19	28
		Recuento esperado	9,5	18,5	28,0
		% del total	16,1%	33,9%	50,0%
grupo control	Recuento	10	18	28	
	Recuento esperado	9,5	18,5	28,0	
	% del total	17,9%	32,1%	50,0%	
Total	Recuento	19	37	56	
	Recuento esperado	19,0	37,0	56,0	
	% del total	33,9%	66,1%	100,0%	



Conocimiento de métodos anticonceptivos

Tabla cruzada

		Conocimiento de métodos anticonceptivos 2				
		Sí, más de uno	Solo uno	No	Total	
grupo	grupo objetivo	Recuento	1	14	13	28
		Recuento esperado	,5	13,5	14,0	28,0
		% del total	1,8%	25,0%	23,2%	50,0%
grupo control	grupo control	Recuento	0	13	15	28
		Recuento esperado	,5	13,5	14,0	28,0
		% del total	0,0%	23,2%	26,8%	50,0%
Total	Total	Recuento	1	27	28	56
		Recuento esperado	1,0	27,0	28,0	56,0
		% del total	1,8%	48,2%	50,0%	100,0%

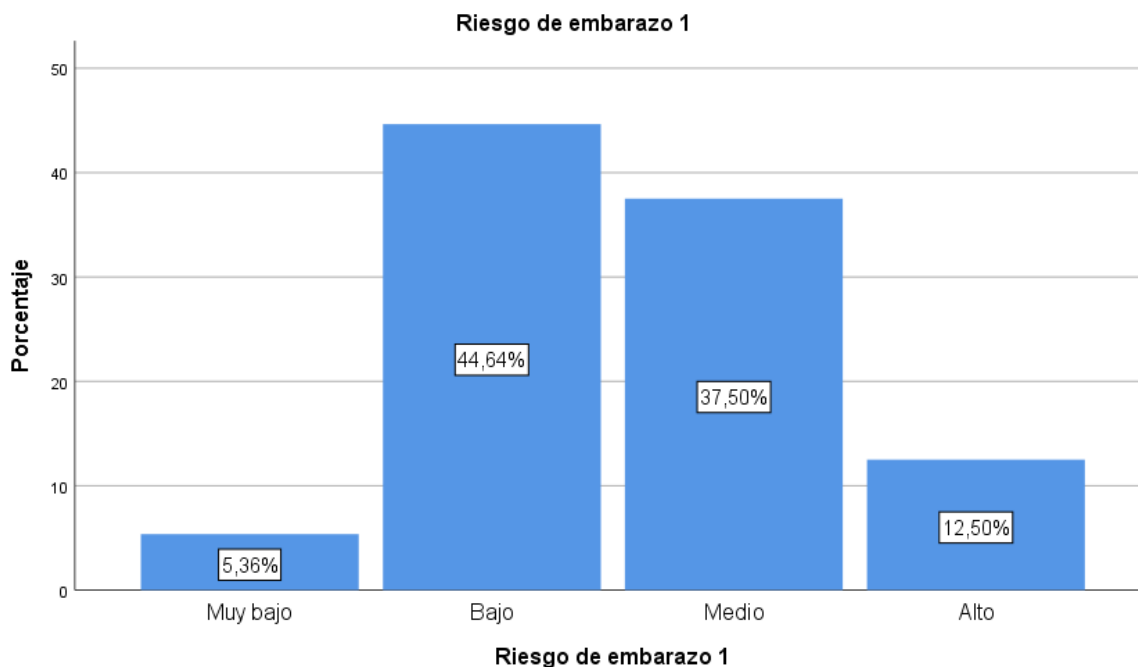


3.4.2. Resultados de los objetivos específicos.

Objetivo específico: Medir el riesgo de embarazo adolescente en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” de Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019.

Riesgo de embarazo INICIO

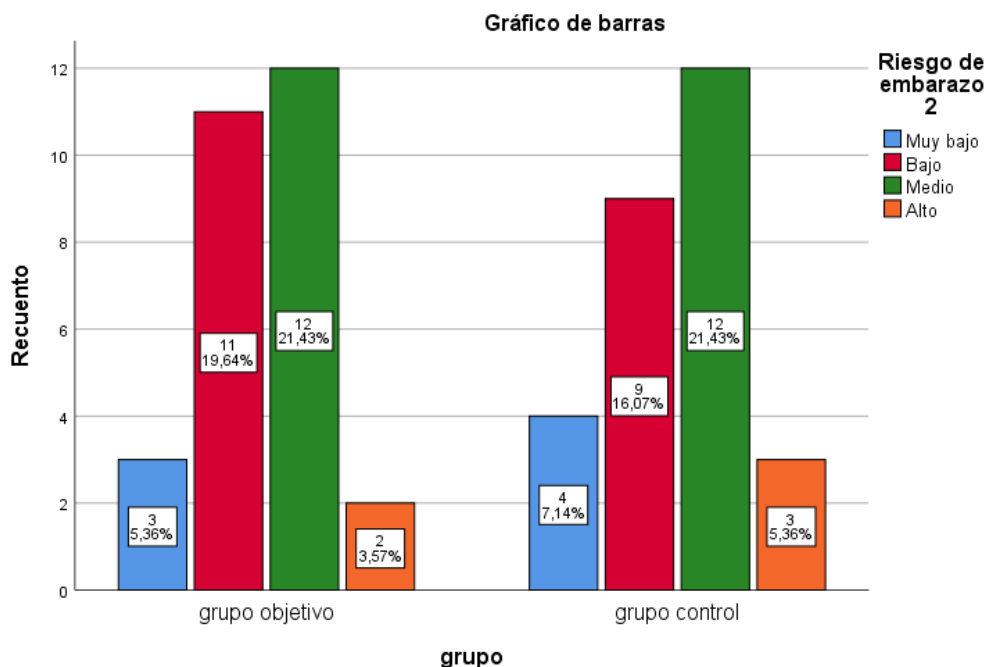
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bajo	3	5,4	5,4	5,4
	Bajo	25	44,6	44,6	50,0
	Medio	21	37,5	37,5	87,5
	Alto	7	12,5	12,5	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



En la tabla y gráfica correspondiente a riesgo de embarazo en la primera medición se muestra que 3 estudiantes (5.4%) de la población muestral tiene un riesgo de embarazo muy bajo, 25 estudiantes (44,6%) presentan riesgo bajo, 21 estudiantes (37.5%) riesgo medio, 7 estudiantes (12.5) riesgo alto y finalmente ninguno presenta riesgo muy alto.

Tabla cruzada

			Riesgo de embarazo FINAL				
			Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Total
Grupo	grupo objetivo	Recuento	3	11	12	2	28
		Recuento esperado	3,5	10,0	12,0	2,5	28,0
		% del total	5,4%	19,6%	21,4%	3,6%	50,0%
	grupo control	Recuento	4	9	12	3	28
		Recuento esperado	3,5	10,0	12,0	2,5	28,0
		% del total	7,1%	16,1%	21,4%	5,4%	50,0%
Total	Recuento	7	20	24	5	56	
	Recuento esperado	7,0	20,0	24,0	5,0	56,0	
	% del total	12,5%	35,7%	42,9%	8,9%	100,0%	

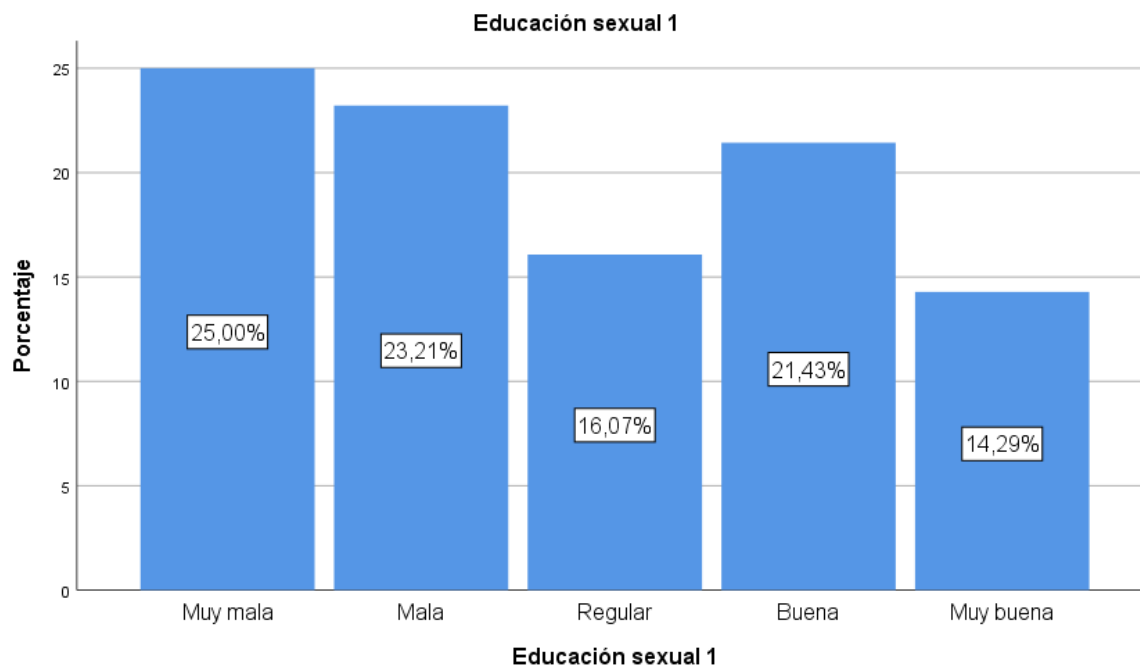


En la tabla y gráficos se observa que no existe una diferencia significativa entre grupo objetivo y control. Se ve que la diferencia los resultados entre ambos grupos es casi inexistente.

Objetivo específico: Medir el nivel de educación sexual en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio mixto Bolivia de Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019

Educación sexual INICIO

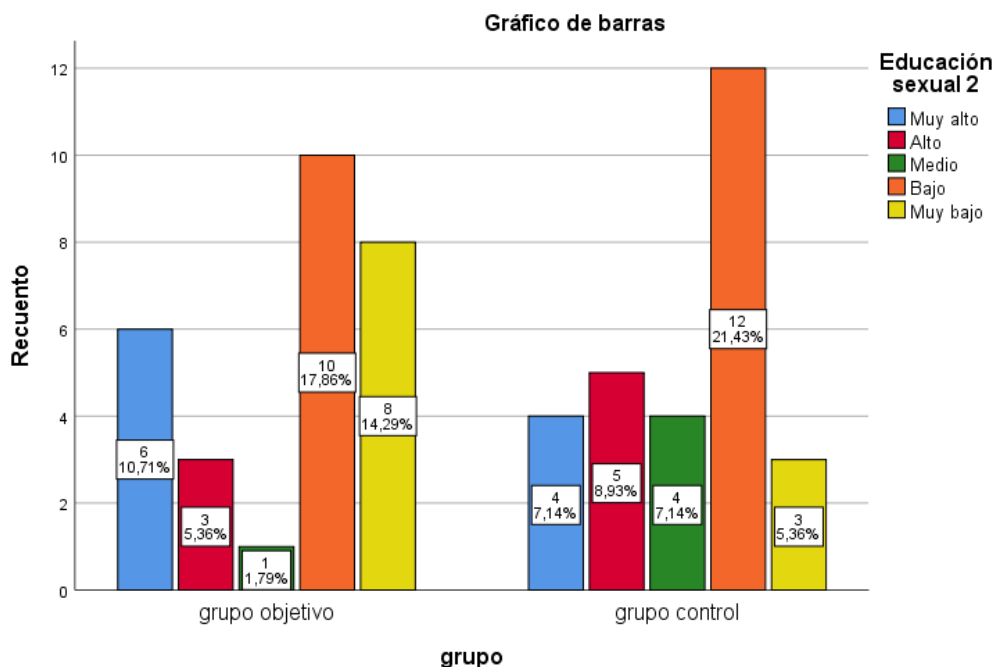
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy mala	14	25,0	25,0	25,0
	Mala	13	23,2	23,2	48,2
	Regular	9	16,1	16,1	64,3
	Buena	12	21,4	21,4	85,7
	Muy buena	8	14,3	14,3	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



En la tabla y gráfica correspondiente a nivel de educación sexual en la primera medición se muestra que 14 estudiantes (25%) de la población muestral tiene una educación sexual muy mala, 13 estudiantes (23,21%) presentan educación mala, 9 estudiantes (16,07%) educación regular, 12 estudiantes (21,43) educación buena y finalmente 8 (14,29%) presentan educación sexual muy buena.

Tabla cruzada

		Educación sexual FINAL					Total	
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo		
grupo	grupo objetivo	Recuento	6	3	1	10	8	28
		Recuento esperado	5,0	4,0	2,5	11,0	5,5	28,0
		% del total	10,7%	5,4%	1,8%	17,9%	14,3%	50,0%
grupo	grupo control	Recuento	4	5	4	12	3	28
		Recuento esperado	5,0	4,0	2,5	11,0	5,5	28,0
		% del total	7,1%	8,9%	7,1%	21,4%	5,4%	50,0%
Total		Recuento	10	8	5	22	11	56
		Recuento esperado	10,0	8,0	5,0	22,0	11,0	56,0
		% del total	17,9%	14,3%	8,9%	39,3%	19,6%	100,0%



En la tabla y gráfica correspondiente a Nivel de Educación Sexual se muestra que la diferencia entre los resultados entre los grupos objetivo y control no es significativa.

Objetivo específico: Medir el riesgo de embarazo adolescente en estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” de Huanuni en los meses de febrero a agosto de 2019.

3.5.1. Descripción de los datos.

Para el tratamiento de los datos se utilizaron los recuadros y gráficos que proporciona SPSS.

3.5.2. Base estadística inferencia.

3.6. CONCLUSIONES DEL TRABAJO DE CAMPO

Se ha determinado el nivel de riesgo de embarazo adolescente de los estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” de Huanuni.

3.7. INSTRUMENTO

DISMINUCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE

NIVEL DE RIESGO

Muy bajo riesgo (0-20%)

Bajo riesgo (20-40%)
 Riesgo medio (40-60%)
 Alto riesgo (60-80%)
 Muy alto riesgo (80-100%)

	Alto Riesgo Riesgo Medio	Bajo Riesgo Muy Bajo	
Grupo objetivo	14	14	=28
Grupo Control	15	13	=28
	29	27	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{14}{28} = 0,5 = 50\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{15}{28} = 0,53 = 53\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,5}{0,53} = 0,94$$

Responda el siguiente cuestionario encerrando la opción que considere más adecuada.

- a) ¿En su hogar se trata el tema de sexualidad de manera abierta?
- Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre

	Rara vez Casi siempre Siempre	Nunca Casi Nunca	
Grupo objetivo	17	11	=28
Grupo Control	17	11	=28
	34	22	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{17}{28} = 0,60 = 60\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{17}{28} = 0,60 = 60\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,60}{0,60} = 1$$

- b) ¿Recibiste algún tipo de capacitación acerca de educación sexual en tu unidad educativa?
- Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre

Rara vez	Nunca		
Casi siempre	Casi Nunca		
Siempre			

Grupo objetivo	22	6	=28
Grupo Control	19	9	=28
	41	15	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{22}{28} = 0,78 = 78\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{19}{28} = 0,67 = 67\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,78}{0,67} = 1,16$$

c) ¿En qué tipo de hogar vives?

- Ambos padres viven juntos y están casados
- Ambos padres viven juntos pero no están casados
- Padres divorciados
- Padre o madre viudo (a)
- Sin padre o madre

Rara vez	Nunca		
Casi siempre	Casi Nunca		
Siempre			

Grupo objetivo	23	5	=28
Grupo Control	26	2	=28
	49	7	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{23}{28} = 0,82 = 82\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{26}{28} = 0,92 = 92\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,82}{0,92} = 0,89$$

d) ¿Alguna vez tu mejor amigo consumió drogas o alcohol?

- Nunca
- Casi nunca
- Rara vez
- Casi siempre
- Siempre

Rara vez	Nunca		
Casi siempre	Casi Nunca		
Siempre			

Grupo objetivo	28	0	=28
Grupo Control	23	5	=28
	51	5	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{28}{28} = 1 = 100\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{23}{28} = 0,82 = 82\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{1}{0,82} = 1,21$$

- e) ¿Tu mejor amigo (a) inició vida sexual o tiene una vida sexual activa? Si la respuesta es sí, ¿consideras que sea necesario utilizar algún método anticonceptivo?
- Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre
 - No inicié mi vida sexual.

	Rara vez Casi siempre Siempre	Nunca Casi Nunca	
Grupo objetivo	9	19	=28
Grupo Control	10	18	=28
	19	37	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{9}{28} = 0,32 = 32\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{10}{28} = 0,35 = 35\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,32}{0,35} = 0,91$$

- f) ¿Tu mejor amigo tiene novio o novia? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿lo saben sus padres y amigos?
- Tiene novio (a) pero no lo sabe nadie
 - Tiene novia (o) y sus padres y/o amigos están enterados
 - No tiene pareja actualmente

	Rara vez Casi siempre Siempre	Nunca Casi Nunca	
Grupo objetivo	9	7	=16
Grupo Control	9	5	=14
	18	12	=30

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{9}{16} = 0,56 = 56\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{9}{14} = 0,64 = 64\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,56}{0,64} = 0,87$$

ANÁLISIS.- En esta tabla, se puede ver con respecto al tipo de noviazgo (clandestino o no clandestino), que el índice de estudiantes expuestos fue de un 56%, el índice de estudiantes no expuestos un 64% y el resultado del riesgo relativo fue de un 0.87, indicando el resultado de un factor de protección.

g) En caso de que tu mejor amigo (a) tenga novio o novia, ¿cuál es el tiempo que tiene esa relación?

Respuesta.-

	< 3 Meses	>3 Meses	
Grupo objetivo	20	8	=28
Grupo Control	24	4	=28
	44	12	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{20}{28} = 0,71 = 71\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{24}{28} = 0,85 = 85\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,71}{0,85} = 0,83$$

ANÁLISIS.- En esta tabla, se puede ver con respecto al tiempo de noviazgo, que el índice de estudiantes expuestos fue de un 71%, el índice de estudiantes no expuestos un 81% y el resultado del riesgo relativo fue de un 0.83, indicando el resultado de un factor de protección.

h) ¿Consideras que el uso de preservativos es suficiente para evitar un embarazo a temprana edad?

- Nunca
- Casi nunca
- Rara vez
- Casi siempre
- Siempre

	Rara vez	Nunca	
	Casi siempre	Casi Nunca	
	Siempre		
Grupo objetivo	26	2	=28
Grupo Control	17	11	=28
	43	13	=56

$$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{26}{28} = 0,92 = 92\%$$

$$INE = \frac{c}{c+d} = \frac{17}{28} = 0,60 = 60\%$$

$$RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,92}{0,60} = 1,53$$

ANÁLISIS.- En esta tabla, se puede ver con respecto al uso de preservativos, que el índice de estudiantes expuestos fue de un 92%, el índice de estudiantes no expuestos un 60% y el resultado del riesgo relativo fue de un 1.53, indicando el resultado de un factor de riesgo.

i) ¿Sabes utilizar algún método anticonceptivo?

- Sí, uno o dos.
- Sí, varios.

- No.

	Rara vez	Nunca	
	Casi siempre	Casi Nunca	
	Siempre		

Grupo objetivo	9	19	=28	$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{9}{28} = 0,32 = 32\%$ $INE = \frac{c}{c+d} = \frac{15}{28} = 0,53 = 53\%$ $RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,32}{0,53} = 0,60$
Grupo Control	15	13	=28	
	24	22	=56	

j) ¿Conoces cómo funciona el ciclo sexual femenino?

- Sí.
- No.

	si	no	
--	----	----	--

Grupo objetivo	9	19	=28	$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{9}{28} = 0,32 = 32\%$ $INE = \frac{c}{c+d} = \frac{10}{28} = 0,35 = 35\%$ $RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,32}{0,35} = 0,91$
Grupo Control	10	18	=28	
	19	37	=56	

k) Menciona qué métodos anticonceptivos conoces.

Respuesta.-

	Rara vez	Nunca	
	Casi siempre	Casi Nunca	
	Siempre		

Grupo objetivo	15	13	=28	$IE = \frac{a}{a+b} = \frac{15}{28} = 0,53 = 53\%$ $INE = \frac{c}{c+d} = \frac{13}{28} = 0,46 = 46\%$ $RR = \frac{IE}{INE} = \frac{0,53}{0,46} = 1,15$
Grupo Control	13	15	=28	
	28	28	=56	

4. CAPÍTULO IV. MARCO PROPOSITIVO.

4.1 RESUMEN EJECUTIVO

El presente proyecto social en salud denominado “Si quieres hacerlo, hazlo bien” fue diseñado por los investigadores y bajo la guía del tutor a partir de la inquietud rondante por la alta incidencia de embarazo adolescente en el municipio de Huanuni en los últimos años, además de las elevadas tasas de enfermedades de

transmisión sexual, esto con el objetivo de contar con una herramienta capaz de concientizar y reducir el riesgo de embarazo adolescente en los estudiantes de quinto y sexto de secundaria del colegio “Mixto Bolivia” del municipio de Huanuni, departamento Oruro entre los meses de febrero a agosto del 2019.

El modelo está compuesto por tres pilares: componente familiar (comunicación familiar y ejemplo vivo de tipo de familia), componente comunitario (comunicación en el colegio y con amistades, noviazgo y debut sexual) y nivel de educación sexual (conocimiento de riesgo, métodos anticonceptivos y ciclo sexual femenino), los cuales están relacionados unos con otros tal como una cadena en donde la debilidad de cualquier eslabón puede desencadenar el fracaso del modelo.

Se ha complementado la propuesta con: el Enfoque de Marco Lógico su Matriz de Marco Lógico, Tabla de Seguimiento y Monitoreo, Tabla de Rastreo de Indicadores, Tabla de Presupuesto y Cronograma detallados, así mismo cuenta con: Propuesta de Estructura Organizacional, Perfil de Cargos, Análisis de Factibilidad Económica

Financiera, Análisis de Costo Impacto, Análisis Político Económico Social y Tecnológico y Análisis Ambiental; en los anexos se cuenta con propuesta de: base de datos del trabajo de campo, herramientas utilizadas en la investigación y cronograma.

4.2 MODELO DE INTERVENCIÓN UTILIZADO

4.2.1 Componentes del modelo.

El modelo “Si quieres hacerlo, hazlo bien” tiene su base en la amenidad de la transmisión del mensaje, para lo cual, en primer lugar, se procede con una serie de actividades recreativas que incentivadas por premios y la competencia se tocan puntos de vital importancia relativas a la educación sexual y al embarazo adolescente dividiendo la problemática en cuatro esferas: psicológica, biológica, económica y cultural en donde cada uno de estos puntos son tratados con naturalidad por los mismos adolescentes siendo cuidadosamente guiados por uno o más de los investigadores, teniendo de esta manera la complicitad y el pudor necesario para tratar un “tabú social” como este. Posteriormente se habla de la importancia de la planificación, al dividir al grupo en dos partes y plantearles un problema en el cual la importancia de la planificación se haga patente. El punto final trata de una breve explicación de los métodos anticonceptivos, detalles de cada uno y la enseñanza y práctica de la utilización del condón masculino. Importante recalcar que la risa y seriedad deben estar equilibradas, teniendo la calibración necesaria para aplicarlas en los momentos oportunos.

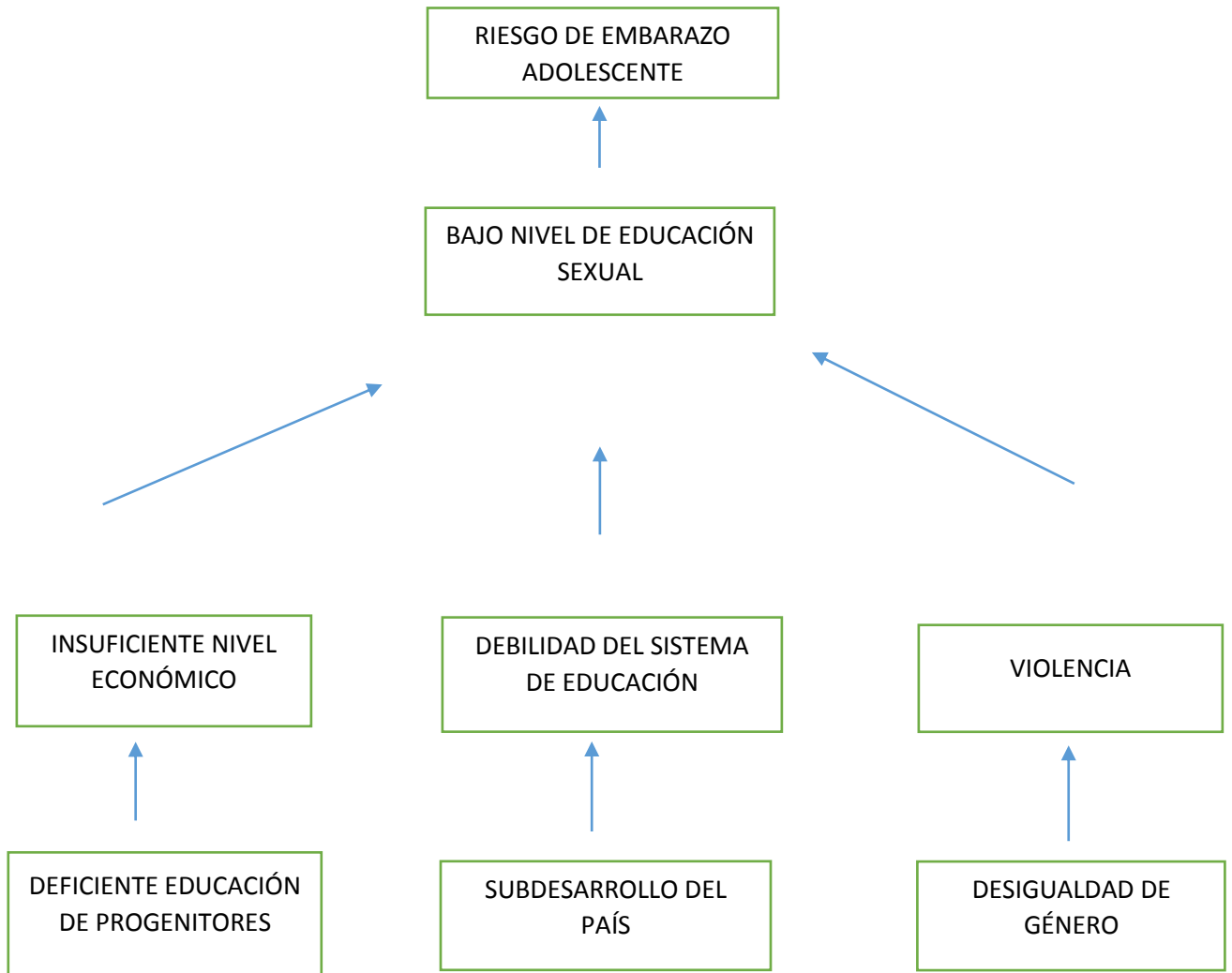
4.2.2 Enfoque de marco lógico del modelo.

4.2.2.1 Análisis de involucrados.

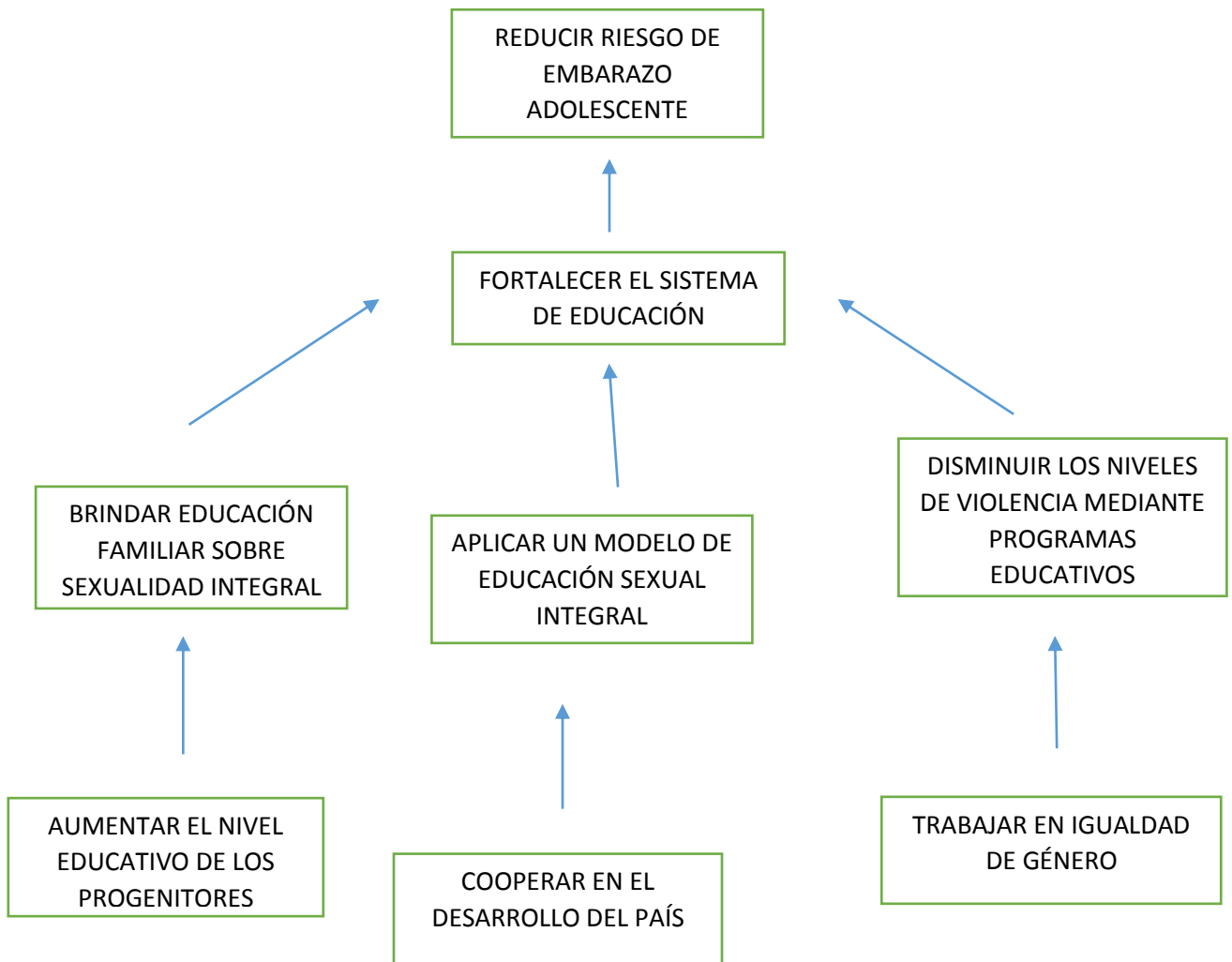
Grupo	Intereses	Problemas percibidos	Recursos	Conflictos potenciales
Adolescentes de 16 a 18 años	Ampliar su conocimiento o sobre educación sexual integral	Deficiente conocimiento de educación sexual integral	Recursos propios	Deficiente asesoramiento por parte de los padres y el entorno
Colegio mixto Bolivia	Ampliar su conocimiento o sobre educación sexual integral en los estudiantes	Percepción de falta de conocimiento en los alumnos del establecimiento	Infraestructura para implementación del modelo de educación sexual.	Asignación de tiempo para la socialización del tema
Institución Cooperante: C.I.E.S	Promoción y prevención riesgo de embarazos en la adolescencia	Casos de embarazos en adolescentes	Recursos económicos y materiales de apoyo.	Alcance a la población estudiantil
Institución Cooperante: SEDES	Bienestar de la población	Casos de embarazos a temprana edad	Ninguno	Asignación de personal capacitado

	adolescente	y limitadas de capacitaciones sobre el tema		para actividades de campo
--	--------------------	---	--	----------------------------------

4.2.2.2 Árbol de problemas.



4.2.2.3 Árbol de objetivos.



4.2.2.4 Análisis de alternativas.

PRODUCTO	COSTO	TIEMPO	EFICACIA	EFICIENCIA	IMPACTO	TOTAL
Conocimiento de prevención	3	3	2	2	4	14
Seguridad sexual	4	3	3	3	4	17
Gestión de la sexualidad	0	3	4	4	3	14

4.2.2.5 Matriz de marco lógico.

	OBJETIVO	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTO
META	Reducir el riesgo de embarazo adolescente.	Amplio nivel de educación sexual.	Informe de encuestas	Políticas gubernamentales promueven programas de educación sexual integral.
RESULTADO 1	Las instituciones cooperantes participan activamente en la aplicación de un modelo de educación sexual integral.	A abril del 2019 haber sido capacitados para aplicar un modelo de educación sexual integral.	Recepción de capacitación hacia el grupo de investigación.	Políticas gubernamentales promueven la educación sexual.
PRODUCTO 1.1	Conseguir la cooperación de instituciones gubernamentales y/o no gubernamentales.	A abril de 2019 haber conseguido el apoyo económico y logístico de una institución.	Informe de colaboración.	Existencia de grupos educadores en educación sexual.
ACTIVIDAD 1.1	Reunión con asesor e instituciones cooperantes.			0 bs.
ACTIVIDAD 1.2	Charla informativa con padres de familia, tutores y maestros.			400 bs.
RESULTADO 2	Padres, tutores y maestros conocen las actividades que se realizarán.	A abril de 2019 padres, tutores y maestros participan activamente en la implementación de modelos de educación sexual.	Consentimiento en la solicitud de educación sexual integral para los adolescentes.	Políticas de salud promueven la educación sexual en instituciones escolares.
PRODUCTO 2.1	Informe de las actividades a realizarse durante este estudio.	A abril de 2019 los padres, tutores y maestros conocen la importancia de modelos de educación sexual integral.	Padres, tutores y maestros asisten a las reuniones informativas.	Padres, maestros y tutores participan en modelos de educación sexual integral.
ACTIVIDAD 2.1.1	Charla informativa con padres de familia, tutores y maestros de la unidad educativa.			200 bs.
RESULTADO	Adolescentes	A agosto del	Informe de las	Modelos de

3	reducen el riesgo de embarazo a temprana edad.	2019 los adolescentes aplican riesgos, anticonceptivos y procesos relacionados a la sexualidad.	mediciones mediante test.	educación sexual integral buscan reducir los niveles de riesgo de embarazo adolescente.
PRODUCTO 3.1	Adolescentes elevan sus niveles de educación sexual	A agosto del 2019 los adolescentes conocen riesgos, anticonceptivos y procesos relacionados a la sexualidad.	Informe de la capacitación.	Estudiantes participan activamente del modelo.
ACTIVIDAD 3.1.1	Dos sesiones de capacitaciones a estudiantes.			500 bs.
ACTIVIDAD 3.1.2	Dos sesiones de medición de los niveles de educación sexual mediante encuesta.			100 bs.
TOTAL				1200 bs.

4.2.2.5.1 Tabla de seguimiento y monitoreo.

Código	objetivo	Indicador	Definición del indicador	Unidades	Fuente de datos	Metodología de recolección	Frecuencia	Responsable
1	Disminuir el riesgo de embarazo adolescente	RELACIONES SEXUALES 50%	Es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de	%	Directa	Encuesta		Investigador

			dar y/o recibir placer sexual.					
		EDUCACION SEXUAL (54%)	Es el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción	%	Direc ta	Encue sta		Investiga dor

		COMUNICACIÓN CON LOS PADRES (78%)	Es la actividad consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas.	%	Direc ta	Encue sta		Investiga dor
--	--	--	---	---	-------------	--------------	--	------------------

4.2.2.5.2 Tabla de rastreo de indicadores.

4.2.2.6 Presupuesto y cronograma de actividades.

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Data	5 sesiones	5 Bs.	25 Bs.
2	Videos	5	4 Bs.	20 Bs.
3	Consultas médicas al 50% de descuento	60	20	1200 Bs

4	Cartillas	5	50 Bs.	250 Bs.
5	Muñecos	4	50 Bs.	200 Bs.
6	Condones	60	5 Bs.	300 Bs.
7	Tripticos	240	1 Bs.	240 Bs.
8	Pasajes	10	1 Bs.	60 Bs.
9	Hojas	500	0,06 ctvs.	300 Bs.
10	Pilfrut	300	1 Bs.	300 Bs.
11	Empanadas	300	1 Bs.	300 Bs.
12	Marcadores de agua	4	3 Bs.	12 Bs.
TOTAL				3157 Bs.

4.2.3 Tamaño del proyecto.

Tamaño del proyecto	
Personas beneficiarias	Número de personas
Beneficiarios directos	50 personas
Beneficiarios indirectos	50 familias
Total de beneficiarios	100 personas

4.2.4 Localización del proyecto.

Nombre: "Colegio Mixto Bolivia" se localiza en la zona central del municipio de Huanuni, departamento de Oruro.

País: Bolivia

Ciudad: Oruro

Latitud: 18°14"14"

Longitud: 63°07"00"

Altitud: 3706 m.s.n.m.

4.2.5 Activos fijos requeridos del proyecto.

CÓDIGO	DETALLE	CANTIDAD	COSTO (bs de 2019)
	Laptop	1	5000
	Escritorio	1	500
	Impresora Láser	1	700
	Dildos	5	250
COSTO TOTAL EQUIPAMIENTO			6450

4.2.6 Organigrama del proyecto.



4.2.7 Análisis costo-impacto del proyecto.

CONCLUSIONES

El riesgo de embarazo adolescente es un problema serio que aqueja a nuestra sociedad, siendo el municipio de Huanuni uno de los más afectados. El presente estudio fue de utilidad para conocer de primera mano el nivel de educación sexual de los adolescentes residentes de esta región, comprobando la estrecha relación que tiene con el riesgo de embarazo adolescente. Mediante la implementación del modelo “Si quieres hacerlo, hazlo bien” se logró reducir, de manera mínima, el riesgo de embarazo adolescente al elevar el nivel de educación sexual.

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones el grupo investigador desea al lector el mayor de los éxitos, para lo cual le hace conocer que es indispensable saber dirigirse de manera eficaz a los adolescentes, lograr mandar un mensaje claro y preciso que impacte y deje patente la importancia de educarse, al igual que en otras áreas, en la educación sexual, que juega un papel preponderante en la vida y desarrollo de cada una de las personas. Tener muy en cuenta las características de la población a la que uno intenta dirigirse es esencial, ya que el entorno, la cultura, y los medios con los que se interactúa determinan en gran medida la educación y la manera de pensar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial (2013). “Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)”. *Indicadores del desarrollo mundial WID*.
2. OMS (2009). “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Vol 87: 2009, 405-48*.
3. “La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad”. *Informe OMS- Pág.12 (ISBN 92 4 310731 0)*. 2000.

4. Lucas Abad, María Luisa. "¿Cómo cambiará su cuerpo con la pubertad?". *Pediatría. Centro de Salud de Jávea. Alicante. España*. Archivado desde el original el 17 de octubre de 2013.
5. Rodríguez Rigual, M. (Junio de 2003). "Necesidad de creación de unidades de adolescencia". *Anales de Pediatría* **58**.
6. Issler (agosto de 2001). *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina* (107): 11-23 https://web.archive.org/web/20091204050542/http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
7. "Sanidad lanza una campaña para evitar los embarazos en adolescentes". RTVE. 9 de diciembre de 2008. Consultado el 28 de marzo de 2014.
8. Hamilton, Brady E. and Ventura, Stephanie J. (10 de abril de 2012). "Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups". Centers for Disease Control and Prevention.

ANEXOS

Anexo 1. Herramientas utilizadas en la investigación

Código:

Masculino/Femenino

INSTRUMENTO

DISMINUCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE

Responda el siguiente cuestionario encerrando la opción que considere más adecuada.

- l) ¿En su hogar se trata el tema de sexualidad de manera abierta?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre

- m) ¿Recibiste algún tipo de capacitación acerca de educación sexual en tu unidad educativa?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre

- n) ¿En qué tipo de hogar vives?
 - Ambos padres viven juntos y están casados
 - Ambos padres viven juntos pero no están casados
 - Padres divorciados

- Padre o madre viudo (a)
 - Sin padre o madre
- o) ¿Alguna vez tu mejor amigo consumió drogas o alcohol?
- Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre
- p) ¿Tu mejor amigo (a) inició vida sexual o tiene una vida sexual activa? Si la respuesta es sí, ¿consideras que sea necesario utilizar algún método anticonceptivo?
- Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre
 - No inicié mi vida sexual.
- q) ¿Tu mejor amigo tiene novio o novia? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿lo saben sus padres y amigos?
- Tiene novio (a) pero no lo sabe nadie
 - Tiene novia (o) y sus padres y/o amigos están enterados
 - No tiene pareja actualmente
- r) En caso de que tu mejor amigo (a) tenga novio o novia, ¿cuál es el tiempo que tiene esa relación?
Respuesta.-
- s) ¿Consideras que el uso de preservativos es suficiente para evitar un embarazo a temprana edad?
- Nunca
 - Casi nunca
 - Rara vez
 - Casi siempre
 - Siempre
- t) ¿Sabes utilizar algún método anticonceptivo?
- Sí, uno o dos.

- Sí, varios.
- No.

u) ¿Conoces cómo funciona el ciclo sexual femenino?

- Sí.
- No.

v) Menciona qué métodos anticonceptivos conoces.

Respuesta.-

Comunicación familiar sobre sexualidad.	Comunicación sobre sexualidad en unidad	Tipo de familia. (15%)	Consumo de drogas y/o alcohol.	Debut sexual. (10%)	Tipo de noviazgo. (10%)	Tiempo de noviazgo.	Nivel de educación sexual. (15%)
---	---	------------------------	--------------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	----------------------------------

NIVEL DE RIESGO

Muy bajo riesgo (0-20%)

Bajo riesgo (20-40%)

Riesgo medio (40-60%)

Alto riesgo (60-80%)

Muy alto riesgo (80-100%)

(15%)	educativa. (10%)		(15%)			(10%)	
Nunca 15% Casi nunca 11% A veces 7.5% Casi siempre 4% Siempre 0%	Nunca 10% Casi nunca 7.5% A veces 5% Casi siempre 2.5 % Siempre 0%	Nuclear 0% No nuclear 15%	Nunca 0% Casi nunca 4% A veces 7.5% Casi siempre 11% Siempre 15%	Sí 15% No 0%	Clandestino 10% No clandestino 0%		Muy mala 20% Mala 15% Regular 10% Buena 5% Muy buena 0%

Anexo 2. Base de datos del trabajo de campo.

	sexo	raza	región	feliz	vida	hermanos	hijos
1	2	1	1,00	1	1	1	2
2	2	1	1,00	2	1	2	1
3	1	1	1,00	1	0	2	1
4	2	1	1,00	9	2	2	0
5	2	2	1,00	2	1	4	0
6	1	2	1,00	2	0	7	5
7	1	2	1,00	1	1	7	3
8	2	2	1,00	2	0	7	4
9	2	2	1,00	2	2	7	3
10	2	1	1,00	2	1	1	2
11	1	1	1,00	2	1	6	0
12	2	1	1,00	1	0	2	5

Anexo 4. Diagrama de Gantt.

N°	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6
1	Diseño y aprobación del protocolo.	█					
2	Contacto con la población e instituciones		█				
3	Elaboración y validación de los instrumentos de recolección de la información		█				
4	Elaboración de marco teórico		█				
5	Realización de la primera			█			

	medición						
6	Procesamiento de datos						
7	Descripción de los resultados						
8	Análisis de los resultados						
9	Implementación del modelo o programa						
10	Realización de la segunda medición						
11	Procesamiento de los datos						
12	Descripción de los resultados						
13	Análisis de los resultados						
14	Redacción del informe final						
15	Revisión del informe final por el tutor						
16	Entrega del informe final						

ANEXO 5

INTRODUCCIÓN: La actividad se realizó en la Unidad Educativa Mixto Bolivia ubicado en el municipio de Huanuni, en el cual se evaluó el conocimiento de los estudiantes de la pre-promo y promoción de dicha unidad.

El trabajo fue recibido con mucho entusiasmo por parte del director y los estudiantes de esta prestigiosa unidad educativa.

La evaluación se realizó mediante un test (encuesta) que medio el conocimiento y daba a recalcar los factores de riesgo que en este trabajo se tomaron en cuenta.

Dichos test (encuestas) se dividieron en dos partes.

Primera encuesta:



Foto grupal en el puente de Huanuni



Foto grupal junto a los trofeos de la Unidad Educativa Mixto Bolivia



Coordinación con el Director Lic. Ramillo Calle



Realización del test



El cartero "respondiendo preguntas anónimas de los estudiantes"



El cartero “respondiendo preguntas anónimas de los estudiantes”



Culminación de la primera encuesta

Segunda encuesta:



Viajando al municipio de Huanuni



Refrigerio y premios para la segunda encuesta



Preparando el auditorio para la exposición



Comienzo de la segunda encuesta



Exposición a los estudiantes del 5to año de secundaria de paralelos A,B,C y D



Exposición a los estudiantes de 5to año de secundaria de paralelos A,B,C y D



Exposición a los estudiantes del 5to año de secundaria de paralelos A,B,C y D



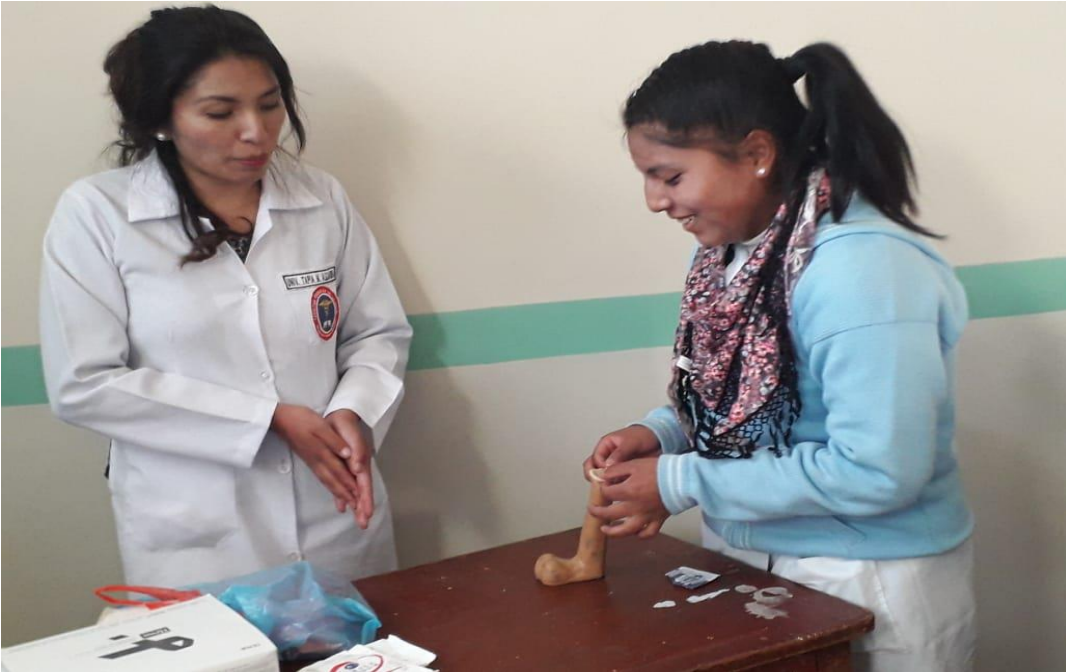
Exposición a los estudiantes del 5to año de secundaria de paralelos A,B,C y D



Explicación sobre el uso correcto del preservativo



Explicación sobre el uso correcto del preservativo



Evaluación de estudiante en el correcto uso del preservativo



Evaluación de estudiante en el correcto uso del preservativo



Juegos recreativos realizados por alumnos de 6to de secundaria



Juegos recreativos realizados por estudiantes de 6to de secundaria



Juegos recreativos realizado por estudiantes de 6to de secundaria



Juegos recreativos realizado por estudiantes de 6to de secundaria



Juegos recreativos realizado por estudiantes de 5to de secundaria



Juegos recreativos realizado por estudiantes de 5to de secundaria



Premiación a los grupos ganadores



Premiación a los grupos ganadores



Exposición a los estudiantes de 6to de secundaria de paralelos A,B,C y D



Exposición a los estudiantes de 6to de secundaria de paralelos A,B,C y D



Culminación de la actividad en la Unidad Educativa Mixto Bolivia