



**INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN
SECCIÓN DE POSTGRADO**

**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL
REPRODUCTIVA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PERCEPCIONES EN ESTUDIANTES Y
DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN EDUCACIÓN**

PRESENTADA POR

SARA EMILIA REMUZGO HUAMÁN

LIMA, PERÚ

2013



**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL
REPRODUCTIVA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PERCEPCIONES EN ESTUDIANTES Y
DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA.**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR:

Dr. Tomás Napoleón Barreto Bazán.

PRESIDENTE DEL JURADO:

Dr. Florentino Mayurí Molina.

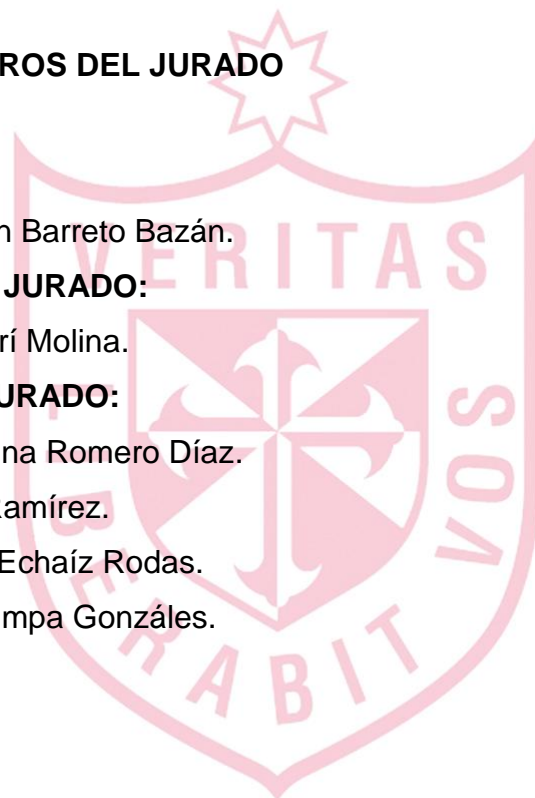
MIEMBROS DEL JURADO:

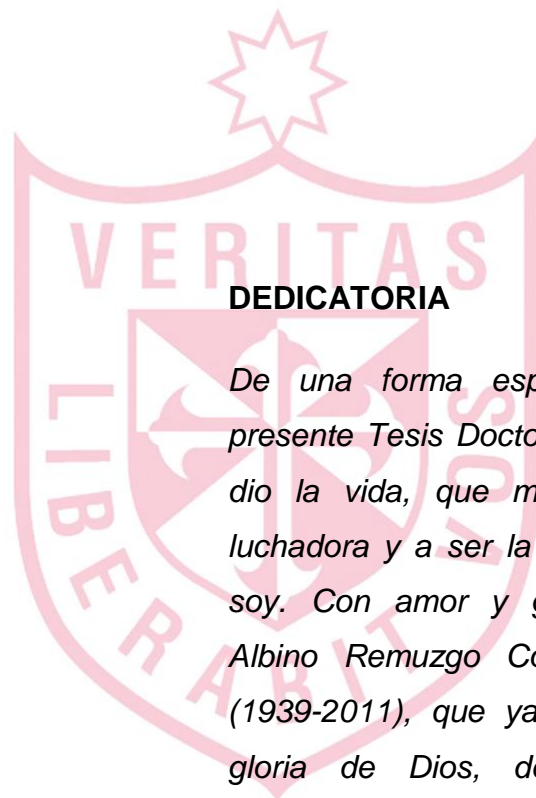
Dra. Alejandra Dulvina Romero Díaz.

Dr. Raúl Reátegui Ramírez.

Dr. Carlos Augusto Echaíz Rodas.

Dr. Víctor Zenón Cumpa Gonzáles.





DEDICATORIA

De una forma especial, dedico la presente Tesis Doctoral al ser que me dio la vida, que me enseñó a ser luchadora y a ser la persona que hoy soy. Con amor y gratitud eterna a Albino Remuzgo Coronel, mi padre (1939-2011), que ya descansa en la gloria de Dios, desde el 12 de noviembre del 2011. Gracias padre, me hubiese encantado estuvieras presente físicamente el día de mi graduación. Te llevaré en el corazón por siempre.

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a mis amigos/as: Gilbert Piña (compañero de Doctorado) y Nelly Pilhuamán (compañera de trabajo) por su incondicional apoyo en la Asesoría estadística de mi investigación.

A la Dra. Doraliza Tovar Torres y al Dr. Renán Horna Figueroa por su generoso apoyo en mi desempeño laboral como Docente.

A los Doctores: Alejandra Romero, Carlos Echaíz, Raúl Reátegui, y Víctor Cumpa; revisores principales de mi Tesis Doctoral.

Al Dr. Florentino Mayurí Molina; mi Maestro, Amigo y Asesor; por su inagotable paciencia y guiarme en el camino de la investigación y el esfuerzo continuo.

Y a las Instituciones educativas de las zonas urbano marginales de Lima metropolitana.....mi inspiración.

ÍNDICE

	Páginas
Portada	i
Título	ii
Asesor y miembros del jurado.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	xix
ABSTRACT	xxi
INTRODUCCIÓN	xxiii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2 Formulación del problema.....	9
1.2.1 Problema general.....	9

1.2.2 Problemas específicos.....	9
1.3 Objetivos de la investigación.....	10
1.3.1 Objetivo general.....	10
1.3.2 Objetivos específicos.....	11
1.4 Justificación de la investigación.....	11
1.5 Limitaciones de la investigación.....	16
1.6 Viabilidad de la investigación.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.2 Bases teóricas.....	27
2.2.1 Políticas públicas en salud concerniente a salud sexual y reproductiva.....	27
2.2.2 Promoción de la salud en instituciones educativas.....	30
2.2.2.1 Promoción de la salud.....	30
2.2.2.2 Principios básicos para la promoción de la salud.....	31
2.2.2.3 Áreas de acción establecidas en la Carta de Ottawa....	33
2.2.2.4 Modelo de abordaje de promoción de la salud.....	36
a) Promoción de vida sana.....	38
b) Oficina de participación comunitaria.....	39
c) Enfoque de la educación para la salud.....	41
2.2.2.5 Estilos de vida saludable.....	44
2.2.2.6 La Institución Educativa y los estilos de vida saludables	47

2.2.2.7	Importancia de la promoción de la salud	48
2.2.3	Programa de salud sexual y reproductiva.....	51
2.2.3.1	Marco legal del programa de salud sexual y reproductiva..	52
2.2.3.2	Situación actual del programa de salud sexual y reproductiva en Perú.....	55
a)	Fecundidad.....	56
b)	Atención prenatal y parto.....	56
c)	Fecundidad y embarazo en adolescentes.....	57
d)	Edad de inicio de la relación sexual.....	58
e)	Planificación familiar.....	58
f)	Mortalidad materna.....	60
g)	ITS, VIH/SIDA.....	60
h)	Violencia.....	61
2.2.3.3	Importancia de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.....	64
2.2.4	Análisis Conceptual de salud sexual y reproductiva.....	66
2.2.4.1	Salud sexual.....	68
a)	Equidad en las relaciones sexual.....	69
b)	Eliminación de la violencia contra la mujer.....	70
c)	Cambios en los papeles masculinos.....	70
d)	Asegurando que los sistemas de salud y educación aborden la sexualidad de todas las edades y las relaciones entre géneros.....	70
2.2.4.2	Salud reproductiva.....	71

2.2.5	Análisis conceptual de la terminología eficacia.....	72
2.2.5.1	Etimología.....	73
2.2.5.2	Diferencias entre eficacia y eficiencia.....	73
2.2.6	Análisis conceptual de las variables: nivel de conocimientos, actitudes y percepciones.....	75
2.2.6.1	Nivel de conocimientos.....	77
2.2.6.2	Actitudes.....	78
2.2.6.3	Percepciones.....	79
2.3	Definiciones conceptuales.....	81
2.3.1	Promoción de la salud.....	81
2.3.2	Programa de promoción de la salud en instituciones educativas.	
2.3.3	Salud sexual y reproductiva.....	82
2.3.4	Percepción.....	82
2.3.5	Eficacia.....	83
2.3.6	Adolescencia.....	83
2.3.7	Estudiante.....	83
2.3.8	Institución educativa.....	84
2.3.9	Distrito urbano-marginal.....	84
2.4	Formulación de hipótesis.....	85
2.4.1	Hipótesis general.....	85
2.4.2	Hipótesis específicas.....	85
2.4.3	Variables.....	86

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	90
3.1 Diseño de la investigación.....	91
3.2 Población y muestra.....	92
3.3 Operacionalización de variables.....	116
3.4 Técnicas para la recolección de datos.....	121
3.5 Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos.....	126
3.6 Aspectos éticos.....	127
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	129
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	178
5.1 Discusión.....	178
5.2 Conclusiones.....	228
5.3 Recomendaciones.....	230
FUENTES DE INFORMACIÓN	244
• Referencias bibliográficas.....	244
• Referencias hemerográficas.....	248
• Referencias electrónicas.....	251

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.

Anexo 2. Instrumentos para recolección de datos.

Anexo 3. Constancia emitida por la institución donde se realizó
la investigación,



ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1: Matriz de la hipótesis respecto al marco teórico.....	87
Tabla 2: Número de estudiantes de instituciones educativas de zonas urbano marginales de Lima metropolitana.....	114
Tabla 3: Operacionalización de variables.....	117
Tabla 4: Ficha técnica de investigación.....	123
Tabla 5: Frecuencias de la muestra objetivo respecto al número de instituciones educativas de los distritos urbano marginales de Lima metropolitana.....	131
Tabla 6: Frecuencias y porcentajes de estudiantes según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	132
Tabla 7: Frecuencias y porcentajes de estudiantes que trabajan según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	133
Tabla 8: Frecuencias y porcentajes de estudiantes que trabajan según el tipo de actividad laboral. Instituciones educativas de Lima metropolitana.....	136

Tabla 9: Frecuencias y porcentajes sobre la procedencia de la información de los/as estudiantes en salud sexual y reproductiva y su experiencia negativa en torno al aspecto sexual. Instituciones educativas de Lima metropolitana.....	138
Tabla 10: Frecuencias y porcentajes del nivel de conocimientos de estudiantes de 5to. secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	141
Tabla 11: Tabla de contingencia Escala de Estanino * Género.....	143
Tabla 12: Pruebas de chi-cuadrado.....	143
Tabla 13: Frecuencias y porcentajes de las Actitudes de estudiantes de 5to. de secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	144
Tabla 14: Tabla de contingencia Escala de Estanino * Género.....	146
Tabla 15: Pruebas de chi cuadrado.....	146
Tabla 16: Frecuencias y porcentajes de responsables de la dirección del programa de salud sexual y reproductiva según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	148
Tabla 17: Frecuencias y porcentajes del número de capacitaciones de responsables de la dirección del programa de salud sexual y reproductiva según lugar, día y año. Instituciones educativas de Lima metropolitana.....	150
Tabla 18: Frecuencia sobre la promoción de comportamientos	

saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana..... 172

Tabla 19: Frecuencia sobre el desarrollo de entornos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana 173

Tabla 20: Frecuencia sobre el trabajo intersectorial respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana..... 174

Tabla 21: Frecuencia sobre la implementación de políticas que promueven salud respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana..... 175

Tabla 22: Frecuencia sobre la evaluación del programa de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de estudiantes del 5to. de secundaria de instituciones educativas de Lima metropolitana. 177

FIGURAS

Figura 1: Promoción de la salud.....	32
Figura 2: Líneas y estrategias de acción en promoción de la salud.....	35
Figura 3: Modelo de abordaje de promoción de la salud.....	37
Figura 4: Enfoques de promoción y educación para la salud.....	43
Figura 5: Promoción de estilos de vida saludable.....	45
Figura 6: Institución educativa promotora de la salud.....	49
Figura 7: Componentes educativos del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes.....	63
Figura 8: Efectos de la no inversión en salud sexual y reproductiva y las consecuencias en adolescentes y familias.....	65
Figura 9: Diferencias entre eficacia y eficiencia.....	75
Figura 10: Propuesta del diseño metodológico.....	91
Figura 11: Fórmula para determinar la muestra.....	113
Figura 12: Número de estudiantes de instituciones educativas de zonas Urbano marginales de Lima metropolitana.....	115
Figura 13: Localización de las Instituciones educativas de distritos Urbano marginales de Lima metropolitana.....	130
Figura 14: Porcentajes del total de estudiantes según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	133
Figura 15: Porcentajes totales de estudiantes que trabajan según su edad y sexo. Instituciones educativas de Lima metropolitana.....	134

Figura 16: Porcentajes de estudiantes que trabajan según su edad y Sexo. Instituciones educativas de Lima metropolitana.....	135
Figura 17: Porcentajes de estudiantes que trabajan según el tipo de actividad laboral. Instituciones educativas de Lima metropolitana.....	137
Figura 18: Frecuencias y porcentajes sobre la recepción de la información de los/as estudiantes en salud sexual y reproductiva y la experiencia negativa en torno al aspecto sexual. Instituciones educativas de Lima metropolitana....	139
Figura 19: Porcentajes del nivel de conocimientos de estudiantes de 5to. secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	142
Figura 20: Porcentajes de las actitudes de estudiantes de 5to. de secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.....	145
Figura 21: Porcentajes de Responsables de la dirección del programa de salud sexual y reproductiva según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima Metropolitana.....	149
Figura 22: Número de Capacitaciones de responsables de dirección del programa de salud sexual y reproductiva según lugar, día y año. Instituciones educativas de Lima Metropolitana.....	151
Figura 23: Opinión, participación y recomendaciones de los/as docentes sobre el programa de promoción de salud sexual y	

reproductiva en las instituciones educativas de Lima metropolitana.....	152
Figura 24: Componentes, actividades y alternativas sobre el programa de promoción en salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas de Lima metropolitana.....	171
Figura 25: Frecuencia sobre la promoción de comportamientos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.....	172
Figura 26: Frecuencia sobre el desarrollo de entornos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.....	173
Figura 27: Frecuencia sobre el trabajo intersectorial respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.....	174
Figura 28: Frecuencia sobre la implementación de políticas que promueven salud respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.....	175
Figura 29: Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de	

estudiantes de 5to. de secundaria en instituciones educativas.....	176
--	-----

Figura 30: Frecuencia sobre la evaluación del programa de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de estudiantes del 5to. de secundaria de instituciones educativas de Lima metropolitana.....	177
--	-----

Figura 31: Indicadores del eje temático de salud sexual y reproductiva en adolescentes.....	226
--	-----



RESUMEN

La investigación analiza la eficacia del “Programa de promoción de salud sexual y reproductiva”. Estudio enfocado desde las perspectivas de los/las adolescentes del quinto de secundaria y de los/as directores/as y/o tutores/as de 12 Instituciones educativas. Investigación realizada en 09 distritos Urbano marginales de Lima-metropolitana, Perú; durante el período del 2010 al 2012. El diseño de la investigación es no experimental, de tipo transversal, descriptivo-correlacional; donde se hizo uso del enfoque mixto (métodos cuantitativos y cualitativos). La Muestra es de 382 estudiantes adolescentes y 12 docentes. El muestreo es probabilístico estratificado para el enfoque cuantitativo y es probabilístico intencionado para el enfoque cualitativo. Los resultados indican que el 47.4% de adolescentes presentan un Nivel medio de conocimientos, el 71.2% mostraron una Actitud indiferente, y que la Percepción de los/las docentes fue negativa; respecto a la salud sexual y reproductiva.

Por tanto, la conclusión es que no hay eficacia en el programa de promoción de salud sexual y reproductiva en IE de Lima, ya que presenta factores desfavorables en su implementación, y existe un alto riesgo en la salud sexual y reproductiva de los/as estudiantes; produciéndose con ello; efectos negativos que repercuten en el bienestar, en el desarrollo normal, y en la calidad de vida de un sector sumamente vulnerable (pobreza y extrema pobreza) del país.

PALABRAS CLAVE: programa de promoción de la salud sexual y Reproductiva en estudiantes / Instituciones educativas de Lima metropolitana.



ABSTRACT

The investigation analyzes the effectiveness of the “Program of promotion of the sexual and reproductive health”. Study focused from the perspective of the adolescents of fifth of secondary and los/as directores/as and/or tutors of the 12 educative Institutions. Investigation made in 09 marginal districts Urban of Lima metropolitan, Peru; during the period from the 2010 to the 2012. The design of the investigation is non experimental, of cross-sectional, descriptive-correlacional type; where use became of the mixed approach (quantitative and qualitative methods). Sample is of 382 adolescent students and 12 educational ones. The sampling probabilistic is stratified for the quantitative approach and is probabilistic deliberate for the qualitative approach. The results indicate that the 47,4% of adolescents present/display a Mean level of knowledge, the 71,2% showed an indifferent Attitude, and that the Perception of/the educational ones was negative; with respect to the sexual and reproductive health.

Therefore, the conclusion is that there isn't efficacy in the program of promotion of the sexual and reproductive health of educatives institutions, because the program presents unfavorable factors in its implementation, and that there is a high risk in sexual and reproductive health of the / teenagers; producing negative effects in their well-being, in the normal development, and in the quality of life of an exceedingly vulnerable sector (poverty and extreme poverty) of the country.

KEYWORDS: program of promotion of the sexual and Reproductive health in students/educative Institutions of Lima metropolitan.



INTRODUCCIÓN

La presente investigación analizó la eficacia del “Programa de Promoción de la salud sexual y reproductiva”. Estudio enfocado desde las perspectivas de los/las estudiantes del quinto de secundaria y de los/as docentes (directores/as y/o tutores/as) de doce Instituciones educativas. Investigación realizada en nueve distritos urbano-marginales de Lima metropolitana-Perú; durante el período del 2010 al 2012.

Acorde al protocolo del Instituto para la calidad de la educación de la Universidad San Martín de Porres (ICED-USMP 2012), en el sentido de suministrar suficientes antecedentes para su mejor comprensión y evaluación respectiva, se procede a su descripción argumentativa y crítica de todos los temas desarrollados en el estudio de manera breve.

Bajo esta línea para comprender el significado de un programa, previamente, necesitamos entender que es una política pública. Desde la perspectiva de Majone (1989), una política pública; no sólo es argumento persuasivo o razonamiento sino también es un arte. Significa esto que, el análisis de las políticas no se puede realizar competentemente, ni emplear con propiedad, sin

una apreciación de su aspecto artesanal o artístico. Entonces, la conclusión de un estudio de políticas puede ser un pronóstico, una recomendación, una evaluación de los programas vigentes, una propuesta nueva o una perspectiva diferente sobre un problema antiguo.

Enfoque argumentativo, que permite entender que los valores y las opiniones cuentan mucho en la evaluación, y es por ello que la evaluación de un resultado particular depende de los supuestos y los criterios adoptados por el evaluador. Por tanto, en la investigación se busca medir los *out comes* (impacto de un programa) y los indicadores a evaluar son los de eficacia. Es decir, se pretende analizar cuánto se ha hecho y qué tan bien se hizo; o entender cómo se comporta efectivamente el programa, si logra lo que se busca, y en caso contrario, como puede mejorarse o cancelarse.

En el marco del análisis de las políticas en el sector salud; nuestro país se rige bajo el lineamiento de las políticas de salud, siendo el Ministerio de salud (MINSA) el responsable de la directriz del diseño, de la implementación, la ejecución, y la evaluación del programa de promoción de la salud.

La Promoción de la Salud, con el paso del tiempo, ha ido cobrando relevancia a partir de los diferentes encuentros internacionales y nacionales de carácter regional. Al respecto, desde la primera Conferencia realizada en Ottawa (1986), la segunda realizada en Australia (1988), la tercera en Colombia (1992), la cuarta conferencia de Yacarta en Indonesia (1997), la quinta realizada por la OPS (2001), el compromiso de Chile en el 2001, y la declaración de Bangkok en el 2005; reafirmaron el compromiso de fortalecer la efectividad de la promoción de la salud para mejorar los determinantes de la salud, reorientar las

políticas públicas, las alianzas y el empoderamiento en salud como eje central de desarrollo, pero principalmente el compromiso fue empoderar e involucrar a los ciudadanos y a las comunidades en el auto cuidado de su salud, y reiterar los valores, principios y líneas estratégicas de acción para una efectiva promoción de la salud.

Líneas estratégicas que implican contar con mecanismos políticos y sociales que abarquen no solamente las acciones dirigidas al fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos sino también aquellas que permitan modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar la marginación de los sectores excluidos y, a su vez, reconocer su capacidad para el desarrollo.

Asimismo, en correlación con los principios de los Foros internacionales y del Programa de acción de la Conferencia internacional de población y desarrollo (CIPD: 1994), la política de salud en el país, considera a la salud reproductiva prioritario, por lo que el ejercicio individual de su reproducción, debe ser llevado de manera responsable, segura, libre y satisfactoria; la cual contribuye a una mejor calidad de vida, ayuda a alcanzar la equidad en el desarrollo social y contribuye al equilibrio de la sociedad con su medio ambiente.

Ahora bien, según los reportes de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) el Programa de salud reproductiva y Planificación familiar, tiene una importante misión que desarrollar, respecto a que la atención de la salud reproductiva de las personas incluye diversas acciones. Por ello durante la Adolescencia, la orientación para el ejercicio de una sexualidad responsable y segura, es

fundamental; y las acciones se orientan principalmente a facilitar el acceso y atención a la planificación familiar en forma diferenciada, en el marco del ejercicio del derecho de las personas a ser debidamente informadas a fin de tomar sus decisiones libremente. (ENAH0: 2008)

Razón por la que el MINSa en su rol rector ha priorizado la salud de las y los adolescentes, y que las diferentes direcciones y estrategias sanitarias nacionales enfocan sus acciones hacia el logro de los objetivos planteados en beneficio de esta población. Por lo que la Dirección general de salud de las personas a través de la Dirección de atención integral de salud-etapa de vida adolescente, diseña y propone políticas para la salud de las y los adolescentes, generando el marco normativo para su desarrollo y contribuyendo a la implementación del modelo de atención integral de salud, el cual ha sido

coordinado con instancias intrasectoriales (Estrategias sanitarias, Dirección General de Promoción de la Salud) y extra sectoriales por el Ministerio de educación, Ministerio de la Mujer y desarrollo social: hoy Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables, y el Ministerio de Trabajo (MINEDU, MIMDES: MIMP, MINTRA).

En ese sentido, dada la relevancia de la salud sexual y reproductiva (SSR) en la vida de las personas así como para el desarrollo del país, la promoción de la SSR es un componente esencial del derecho a la salud, considerado en los Lineamientos de política de salud de las/los adolescentes, y es además una estrategia sanitaria nacional así como un eje temático priorizado por la Dirección General de promoción de la salud del Ministerio de Salud. Para el

caso de la promoción de la SSR, esta se enmarca en los derechos humanos orientados a asegurar su dignidad como persona, en su dimensión individual y social; considera que la preservación, mantenimiento y mejora de la salud requiere de la participación de la comunidad, del empoderamiento social y del despliegue de esfuerzos intersectoriales (MINSA, 2004).

La OMS/OPS, en estudios de ésta última década refieren que a nivel mundial, las y los adolescentes representan el 20% de la población total, encontrándose el 85% en países en vías de desarrollo como el nuestro. Mientras que en el Perú, las y los adolescentes representan un poco más de la quinta parte de la población total (20.72%), superando el porcentaje de la población infantil.

Tal es así que el 51.93% de la población adolescente tienen edades comprendidas entre los de 10 a 14 años. Actualmente, las estadísticas y la experiencia en el campo de la salud reproductiva, se observa que en nuestro país existe un alto índice de estudiantes adolescentes de nivel secundario con problemas de embarazo no planificado, por lo consiguiente se produce un alto índice de deserción y abandono escolar. Una situación que se hace mucho más evidente en sectores populares, conocidos como Asentamientos Humanos y/o zonas urbano marginales; motivo de estudio de la presente investigación (MINSA 2010).

El MINSA (Ministerio de salud), ha desarrollado el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas (IEs), que se concibe como una estrategia para fortalecer el desarrollo de la promoción de la salud;

considerando que las IEs son los centros que apoyan al desarrollo integral de los/las niños/as y adolescentes del sistema educativo, y los aspectos relacionados a la salud mediante la asistencia técnica.

Por ello para aplicar el desarrollo de este eje temático en el escenario educativo, se implementó a través del Programa de Promoción de la Salud en IEs bajo la directiva del MINSA-MINEDU. Ambos Ministerios tienen como objetivo general contribuir al desarrollo humano integral de los y las estudiantes, y de la comunidad educativa a través del fortalecimiento de acciones de promoción de la salud (MINSA, 1995-2012).

Y que para ser operacionalizados, se contempló en el proyecto educativo institucional (PEI), que los Consejos nacionales educativos institucionales (CONEI) deben participar activamente en su implementación, monitoreo, evaluación, vigilancia y concertación con la comunidad local. Cabe destacar, que este programa responde al convenio realizado entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación (MINEDU) en el año 2002, cuyo propósito principal fue el de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del estudiante y el óptimo desarrollo de sus capacidades; fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud y bienestar.

Asimismo, según el Instituto nacional de estadística e informática (INEI), el promedio de años de estudios a nivel nacional es de 8.9%. En el año 2002 el promedio de años de escolaridad de las mujeres rurales era de 6.9 años %,

es decir que casi la totalidad de la mujeres rurales no tienen acceso a la educación secundaria. Correlativamente la tasa de fecundidad en las adolescentes en la zona rural en el año 2000 era de 118 nv/mil, y de 45 nv/mil en la zona urbana. De acuerdo con estas cifras las acciones de promoción de SSR en la zona rural deben realizarse también en las IEs de educación primaria. (INEI: 2010).

Al respecto, es preciso reportar la experiencia de mi labor docente a través del curso de comunitaria y proyección social, entre el 2010-1 al 2012-1, donde se muestra un estudio de caso realizado por las estudiantes de la FOE (Facultad de Obstetricia y Enfermería-8vo ciclo) de la USMP, referente a la UGEL N°6 del distrito de Ate Vitarte, IE con un total de 6528 estudiantes del nivel secundario. Las IEs correspondientes a los centros poblados de: Micaela Bastidas, Túpac Amaru, Alfa y Omega, Sol de Vitarte, y Virgen del Carmen; respectivamente; en lo referente al programa de promoción de vida saludable en salud sexual y reproductiva, presentaron estudios exploratorios donde se reportaron que no se cuentan con escolares empoderados en el uso de su sexualidad responsable y con un proyecto de vida saludable.

Tal es así que, según reportes de la Micro red Micaela Bastidas y de la Disa IV-Lima Este, entre el 2010 al 2011, hubo un total de 46.68% adolescentes escolares embarazadas de estas IE; produciéndose en dichos casos altos índices de deserción escolar e incremento de madres solteras adolescentes con limitaciones para insertarse al mercado laboral dada su condición educativa y su condición actual, o en el peor de los casos: ver adolescentes

que ejercen la prostitución a temprana edad al verse desprotegidas y abandonadas por sus familiares y su pareja; situaciones que no hacen más que aumentar la violencia, el pandillaje, y sobre todo incrementar el caos y la pobreza de éstos hogares, y del país en general.

Preocupación de índole nacional e internacional; pero también representa un inquietante interés personal; y en función a la responsabilidad moral ante la sociedad y el país, es razón por la cual se planteó la siguiente pregunta de investigación: *¿Cómo se relaciona el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos y actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria y con las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2011 al 2012?*

Siendo el objetivo general: *Determinar cómo se relaciona el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos y actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria y con las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2011 al 2012.*

En ese sentido se justifica la investigación por su alcance, y la magnitud política y socioeconómica de la realidad local de los /as estudiantes de nuestra capital; para lo cual se toma como eje central la participación y el compromiso profesional, teniendo la certeza que puede hacerse incidencia desde las aulas y el estudio in situ de ésta problemática social, para mejorar y/o corregir las

fallas que se vienen dando y poder contrarrestar los altos índices de pobreza en dichas jurisdicciones.

Y sobretodo darle la importancia debida en el sentido de que los índices de pobreza también se miden por medio del “número de hijos que una pareja tiene”, la cual se equipara con el estado civil, entorno social, nivel cultural, tipo

de trabajo y el nivel de ingreso económico que les permitan solventar sus gastos. Que para el caso en estudio, es de conocimiento que las carencias son notorias y mucho más angustiantes en los distritos urbanos marginales de nuestro país.

Situación problemática que nos invitará a la toma de decisiones y medidas que rescaten el verdadero sentido de la “*Educación para la salud*”, el cual acorde a las experiencias internacionales en temas relacionados a la SSR, constituyen un componente trascendental en la promoción de la salud, y los colegios son los principales escenarios para aplicar acciones de promoción de la salud en forma eficiente, pues con ello se permite el acceso a la información, conocimiento, práctica y apoyo necesario para que puedan desarrollar hábitos y estilos de vida saludables con responsabilidad social.

Y ante el escenario en mención, las posibles limitaciones de orden económico y temporal se ven redimidas, con el firme propósito de hacer realidad la tesis. Por lo cual se considera que es un estudio viable, puesto que cumple con todos los requisitos de orden estructural, pedagógico y ético. En ese sentido, la investigación se realizó en 12 colegios nacionales de 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana (Ate-Lurín-Pachacámac- Puente piedra- San

Juan de Miraflores- San Juan de Lurigancho-Villa el salvador- Villa María del Triunfo y Comas) en el período de julio 2010 a diciembre del 2012.

Y para ello se tomó como referencia de base y de rigor científico, una amplia gama de fuentes de información, a través de las investigaciones de Maestros y Doctores de Universidades privadas y públicas tanto nacionales como internacionales, cuyos argumentos y resultados han servido de base para el análisis y la discusión respectiva de la investigación; la misma que será desarrollada más adelante en los siguientes capítulos.

Contexto que permitió plantear como hipótesis general que: *“La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con el bajo nivel de conocimientos y las actitudes indiferentes de los/las estudiantes del quinto de secundaria, y con las percepciones equivocadas de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012”*.

El planteamiento de la hipótesis permitió a su vez, delimitar tres variables específicas y una variable general: el programa de salud sexual y reproductiva en IEs, el nivel de conocimientos y el nivel actitudinal de los y las estudiantes, y finalmente, las percepciones de los/las docentes sobre SSR.

Dada la importancia del estudio y para una mejor comprensión de su desarrollo, se ha dividido la investigación en cinco capítulos. Se inicia con los estudios preliminares y la introducción respectiva. En el primer capítulo: se aborda el planteamiento del problema; donde se describe la realidad

problemática, se formula el problema, se plantea los objetivos, se explica la justificación, limitaciones y se indica la viabilidad del estudio. En el segundo capítulo: trata sobre el marco teórico; donde se identifica y describe los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las definiciones conceptuales y la formulación de la hipótesis.

En el tercer capítulo: trata sobre el diseño metodológico; donde se indica y explica el diseño, la población y la muestra, así como la operacionalización de las variables, la técnica de recolección de datos, la técnica de procesamiento, y la descripción de los aspectos éticos. En el cuarto capítulo se describe los resultados, y en el quinto capítulo; se hace la discusión respectiva de la investigación, donde se presenta luego las conclusiones más significativas y las recomendaciones aplicativas.

Finalmente, a través de la investigación se propicia la reflexión y la toma de decisiones favorables en relación a la salud y la educación sexual de los y las estudiantes de nuestro país; invitando principalmente a los responsables políticos, sociedad civil, instituciones nacionales y particulares, estudiantes, profesionales y ciudadanía en general; a contribuir con la mejora y la solución de los problemas adyacentes a nuestra realidad nacional, que afectan indisolublemente al desarrollo de nuestro país. Y sobre todo para dejar de estigmatizar “*el embarazo no deseado y la inequidad de género*” en esta nueva sociedad en crecimiento y desarrollo. Por ello, los/las invitamos a leer la presente investigación.



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El *Planteamiento del problema* es la fase más importante de todo el proceso de investigación, especialistas en investigación científica, ponen un especial énfasis en la necesidad de un buen planteamiento del problema, y refieren además, que si se logra; se tiene entonces la mitad del problema solucionado.

En este primer capítulo: concierne al planteamiento del problema; se presentan seis subcapítulos; primero se describe la realidad problemática de la investigación; segundo, se formula el problema; tercero, se plantea los objetivos; cuarto, se explica la justificación; quinto, se describe las limitaciones, y finalmente se indica la viabilidad de la investigación. Veamos.

1.1 Descripción de la realidad problemática

Para comprender la situación del problema, es importante analizar las normativas, los acuerdos nacionales e internacionales, las políticas, los programas, los lineamientos, los protocolos, el diagnóstico situacional y las estrategias en Salud sexual y reproductiva (SSR). Aspectos que luego permitirán analizar y comparar resultados y situaciones de la realidad nacional.

En esta dirección, de acuerdo a los principios de los foros internacionales del programa de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), la política de salud en el país, considera a la salud reproductiva como: *“una condición de completo bienestar mental y social, que los hombres y las mujeres requieren para desarrollar con seguridad las funciones del proceso de reproducción, durante todos los períodos de la vida” (CIPD: 1994).*

Contexto argumentativo y aplicativo principalmente a experiencias internacionales, como la de Finlandia; donde se observa que el ejercicio individual de la reproducción de manera responsable, segura, libre y satisfactoria, si contribuye a una mejor calidad de vida, ayuda a alcanzar la

equidad en el desarrollo social, y contribuye al equilibrio de la sociedad con su medio ambiente. Por ello, es importante concientizar que la salud reproductiva constituye un derecho humano y social fundamental.

Si analizamos ambos contextos y lo contrastamos con la realidad Limeña, principalmente con la de sectores urbano marginales, observamos que aún no logramos las expectativas de calidad esperadas y los estilos de vida saludable que favorezcan el desarrollo del país. La problemática de estudiantes con embarazos no planificados resulta siendo una preocupación nacional.

La ciudadanía, los/as profesionales, los padres de familia, los/as profesores/as y sobre todo los/as estudiantes, no concientizan la importancia de la salud corporal y tampoco comprenden la magnitud del problema cuando un/a adolescente de nivel secundario próximo a concluir su etapa educativa, ve frustrado su proyecto de vida ante esta nueva realidad. Situación que no hace más que ponernos en alerta para trabajar con responsabilidad moral y social, en aras de velar por el cumplimiento y la protección de este derecho.

Dado el contexto local de la investigación, se trata de estudiantes de diez distritos golpeados económicamente (Lurín, Pachacámac, Ventanilla, Puente Piedra, Villa María del Triunfo, Villa el Salvador, Ate, San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, y Comas). Distritos de Lima metropolitana de intervención del Programa de Lucha contra la Pobreza

(PROPOLI), distritos que presentan mayor incidencia de pobreza por necesidades básicas insatisfechas.

De los cuales, cuatro distritos, es decir: Lurín y Pachacámac del Cono Sur, Ventanilla y Puente Piedra del Cono Norte, alrededor del 48%, son los distritos que presentan mayor necesidad básica (INEI: 2005). Diez distritos, los cuales son los mismos que aparecen en el ranking del Mapa de pobreza del país y que han sido estandarizados para la implementación de programas de emergencia, acorde a las políticas institucionales de inclusión a adolescentes y jóvenes en la PEA (población económicamente activa), del Ministerio de economía y Finanzas (MEF), y del Ministerio de Trabajo (MINTRA).

Si bien estos diez distritos son los más pobres de Lima, en la presente investigación no se consideró a Ventanilla, ya que ésta pertenece a la Región Callao, por lo que sólo se analizó a 09 distritos de Lima metropolitana. Al desarrollarse previamente el diagnóstico situacional en los 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana, es preciso denotar que no se encontró la evidencia sistematizada en ninguna de las 12 instituciones investigadas. Por lo que se recurrió a la entrevista personalizada a los principales actores de la comunidad educativa (director, profesor/a más antiguo, personal de vigilancia, secretaria y personal de limpieza antiguo) en búsqueda de antecedentes, historia, y principales problemas de estudiantes ligado a la SSR.

En ese sentido se encontró escasos aspectos positivos en torno al aspecto de la salud sexual y reproductiva de los/as estudiantes de estas 09 jurisdicciones; más bien se encontró aspectos negativos que motivan a desarrollar el estudio para establecer una línea basal que permita tomar las medidas correctivas y fortalecer el programa en estudio, en beneficio de la población estudiantil. Para sus efectos en torno a los planes de acción que permitan hacer la intervención local, se hace el diagnóstico de la normativa nacional en el marco de las políticas de salud, por lo que a la fecha se cuenta con el “*acuerdo nacional*”, programa de largo plazo que involucra a más de dos períodos gubernamentales, donde se plasma la voluntad política de trabajar sobre temas de salud en general, pero sin priorizar específicamente la SSR de estudiantes adolescentes, por ejemplo.

Bajo esta perspectiva en la estructura administrativa peruana, ante la problemática reproductiva, la Dirección general de promoción de la salud, como órgano responsable la aplicación de estrategias sanitarias nacionales (RM 771-2004/MINSA, julio del 2004, p.273781), ha aplicado el Modelo de atención Integral de Salud (MAIS), aprobado por RM 729-2003SA/DM, en agosto del 2002. Y a raíz de la implementación de la estrategia sanitaria nacional, el Viceministro de Salud Minaya Percy (2012), en el marco de las políticas de salud; propone importantes mejoras en su sector, y para darle operatividad al programa, sustenta su gestión bajo el amparo del marco legal actualizado.

Marco nacional que considera: el proyecto de Ley que modifica el código penal en sus artículo 170°, 173°, 173-A y 175° respecto a los delitos de violación de la libertad sexual en personas de 14 a 18 años de edad, el

anteproyecto de Ley para garantizar el acceso de los y las adolescentes a servicios de salud incluyendo los servicios de SSR; la inclusión como línea estratégica, la prevención y atención del embarazo adolescente en diversos planes nacionales y regionales, como el Plan nacional.

Asimismo, incluyó planes regionales de la juventud, el plan nacional multisectorial de acción por la infancia y adolescencia 2012-2021 y el plan nacional estratégico para la reducción de la mortalidad materna y perinatal incluyendo los planes regionales; la elaboración de la norma técnica para la atención de la adolescente durante el embarazo, parto y puerperio y actualización de la norma técnica para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente adecuado al proceso de descentralización y modernización de las estructuras públicas en salud. Finalmente, la norma técnica de salud que establece los criterios y estándares de acreditación de servicios diferenciados de salud para adolescentes; y se han reformulado y actualizado los lineamientos de política de salud de las/los adolescentes para la atención integral de salud de la población adolescente.

Aspectos positivos, según el contexto nacional, que involucran la aplicación de la estrategia sanitaria de SSR en el marco del modelo de

atención integral para optimizar los resultados. Por lo que es importante reconsiderar que la sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la SSR. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social.

Asimismo, en la encuesta desarrollada por PROPOLI se ha estimado la incidencia de pobreza de los hogares según la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), donde se tiene un componente vinculado a la provisión de la infraestructura básica. Por ello es preciso considerar que en estos últimos años hubo una ampliación de servicios básicos en todo el territorio nacional, pero que desafortunadamente es bastante probable que esta incidencia de la pobreza no se haya reducido en la misma forma si se tomara en cuenta la línea de la pobreza.

Información corroborada actualmente, dado que el crecimiento económico del país no es equitativo. Asimismo, para el total de los distritos priorizados por PROPOLI, el número de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años, un 13,424 ya son madres o se encuentran embarazadas. Los distritos de San Juan de Lurigancho y Comas agrupan al 40% de madres adolescentes, que en su mayoría resultan ser embarazos no deseados.

En conjunto, INEI y PROPOLI en las zonas Urbano Marginales de Lima Metropolitana pusieron a disposición del público usuario, el estudio de registro y caracterización de la población en riesgo:

“Niños/as y Adolescentes que trabajan, Madres adolescentes y personas con discapacidad, en situación de pobreza extrema”; de los distritos de: Lurín, Pachacámac, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Comas, Puente Piedra, Ventanilla, San Juan de Lurigancho y Ate vitarte.

En lo referente al programa de promoción de la salud en el eje de la salud sexual y reproductiva (SSR), vemos que no se reflejan los resultados esperados, ello a raíz del caso de Micaela Bastidas de la Disa-este, presentado inicialmente, muestra que aún hay altos índices de deserción escolar e incremento de madres solteras adolescentes con limitaciones para insertarse al mercado laboral dada su condición educativa y su condición actual, situaciones que no hacen más que aumentar la pobreza de éstos hogares, y del país en general.

Por ello las intervenciones educativas para el fomento de la salud en el ámbito escolar deben tomar en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano, y que ésta debe fundamentarse en una visión integral y multidisciplinaria de la salud, que incluya el análisis de los factores sociales, culturales, políticos y económicos; que afectan la vida cotidiana, que en el caso de la zona de estudio: son jurisdicciones urbanomarginales, cuyas necesidades son aún mayores, dado el contexto y su realidad local.

Problemática de interés nacional, dado que agrupa a dos sectores muy sensibles dentro de la estructura política como son el MINSA y el MINEDU, que ante una realidad crítica de la población estudiantil peruana respecto a

su SSR que frustra todo un proyecto de vida, trabajan en conjunto desde el año 2002.

1.2 Formulación del problema

Ante la realidad del problema presentado, se planteó la siguiente pregunta de investigación.

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos y actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria y con las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012?

- ¿Cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con las actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012?.
- ¿Cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con las percepciones de los/las docentes en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2011 al 2012?

1.3 Objetivos de la investigación

Al respecto, se plantea el objetivo general y los objetivos específicos. Así:

1.3.1 Objetivo general

Determinar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos y actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria y con las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.

1.3.2 Objetivos específicos

- Verificar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva y el nivel de conocimientos de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.
- Identificar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva y las actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.
- Determinar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva y las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.

1.4 Justificación de la investigación

La investigación presenta un análisis exhaustivo sobre la eficacia del Programa de promoción de la SSR de los y las estudiantes del quinto de secundaria de las IE urbano marginales de Lima, capital del Perú.

Al respecto, para comprender la importancia de analizar la eficacia de un programa, previamente debe identificarse el aspecto cognitivo y discriminar la magnitud de su impacto en un programa. Por ello según la argumentación Micro-económica, “la *eficacia* y la *eficiencia*” son términos y acciones que suelen confundirse frecuentemente por los ciudadanos en general, y que por lo tal, son diferentes. La *eficacia* tiene que ver con resultados y está relacionada con lograr los objetivos. La *eficiencia*, en cambio, se enfoca a los recursos, en cómo utilizarlos y de la mejor manera posible. (Waissbluth: 2002, Ausejo: 2010). Y si es así, surge entonces la duda y una serie de cuestionamientos respecto a si se puede ser eficiente sin ser eficaz ó si tal se puede ser eficaz sin ser eficiente. En suma, es parte del dilema a desarrollar en la presente investigación.

En base a la eficacia de un programa, el estudio analizó primeramente los conocimientos y actitudes de los/las estudiantes adolescentes del nivel secundario respecto a la salud sexual y reproductiva (SSR), y para orientar las acciones que permitan acercar a los/las estudiantes adolescentes a los servicios de salud, y a los servicios de Tutoría de sus instituciones respectivas (IEs) respectivas, e indagar: la información que poseen, conocer sus carencias en ese terreno, conocer cómo es que desean informarse, saber a quiénes recurren cuando tienen preocupaciones sobre su sexualidad y su salud reproductiva, saber cómo toman decisiones con sus parejas sexuales, saber qué experiencias tienen respecto a las infecciones

de transmisión sexual y SIDA, y reconocer con qué frecuencia se recurre a la violencia en la situación de pareja. Y sobre todo indagar si:conocen ellos/as realmente como prevenir y promocionar su SSR, y saber por qué hay reportes negativos sobre embarazo en escolares en sus localidades.

Por ello, se aborda el conocimiento y el contacto con los servicios que proveen información o atención en la promoción de vida saludable en SSR; y se exploran las necesidades de atención desde las perspectivas de los/las estudiantes de quinto de educación secundaria de estas jurisdicciones de Lima. Para luego finalmente, contrastar la información recibida con las percepciones docentes, los/as responsables del manejo del programa; y la observación documental sobre la existencia de instrumentos, normativas y materiales; propios de la implementación del programa en SSR.

Aspectos a tomarse en cuenta minuciosamente, dados los alarmantes reportes de las diversas direcciones de salud de Lima metropolitana y del MINSA. Asimismo, las fuentes de DEMUNA, las Comisarías y la Fiscalía nos indican que la violencia y abuso sexual en todas las etapas de vida va en incremento; y nuestras autoridades quedan paralizadas en la toma de medidas correctivas que les permita aplicar castigos ejemplares pero que lamentablemente nuestra normativa nacional no contempla áreas que protejan realmente a la población afectada.

Data que se corrobora en las fuentes estadísticas nacionales e internacionales.

Es así que, según INEI en el país la morbi-mortalidad asociada a la SSR en la población escolar tiene cifras muy significativas. El 13% de las adolescentes peruanas entre los 15 y 19 años de edad, ya son madres; el 25% de las mujeres atendidas por abortos incompletos son adolescentes; el 15% de las muertes en mujeres por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio son de adolescentes. Las y los adolescentes son el grupo poblacional más expuesto a sufrir violencia física y sexual. Y que el 60% de las agresiones sexuales son cometidas por adolescentes de sexo masculino menores de 18 años (INEI: 2012).

Asimismo, tomando en cuenta el marco normativo de la SSR, se enfatiza que la sexualidad es una dimensión fundamental del desarrollo humano que comienza y termina con la vida. La cual está constituida por múltiples componentes: biológico, psicoafectivo, sociocultural, axiológico y ético. Influye además, en la formación y desarrollo de la personalidad y en las relaciones que se establecen entre los sujetos. (MINSA: 2002). Dimensión teórico-técnica que amerita su reflexión y contemplación, por ello se analiza y se prioriza en el estudio, para aportar críticamente y contribuir con el proceso de construcción de las políticas de salud en el país.

En el estudio se prioriza entonces la importancia de la SSR de la población estudiantil, población joven que no concientiza el conocimiento, el uso responsable de su cuerpo y el adecuado desarrollo de su sexualidad, y bajo el enfoque de promoción de SSR, se afirma que la sexualidad es parte

constitutiva de la persona, es decir es una forma de relación y de comunicación. Es un fenómeno plural y diverso, que implica relaciones de poder y autoridad, construcción de la identidad sexual, ejercicio de derechos y toma de decisiones; siendo uno de sus aspectos más relevantes la SSR. Aspectos invisibles en la conciencia adolescente, influenciados por entornos poco favorables a los estilos de vida indicados.

En esta perspectiva, el estudio enfatiza el conocimiento y la adopción de actitudes saludables sobre los caracteres sexuales primarios y secundarios en los seres humanos, los cuales se definen genéticamente permitiendo la diferenciación sexual como varones y mujeres desde sus primeros días de vida. Así la sexualidad constituye un eje integrador de la personalidad, pues de la manera en que una persona se asuma como varón o mujer establecerá los códigos de comunicación y los parámetros de relación con las demás personas.

Finalmente, la presente investigación permitirá entender la real situación y condición en que se encuentran los y las estudiantes de nivel secundario de Lima metropolitana, principalmente las de zonas deprimidas y golpeadas económicamente, que en sumo representan gran parte de la realidad de nuestro país. Al final los resultados permitirán propiciar reflexiones en torno a la promoción de la SSR de los/las escolares de las jurisdicciones en estudio de Lima metropolitana, y conducirnos a la toma de decisiones más acertadas en relación a ésta temática de gran arraigo e interés nacional.

1.5 Limitaciones de la investigación

Respecto a las limitaciones de índole económico, insumos y tiempo; es preciso indicar que no representó obstáculo alguno, considerando la magnitud y la fuerza de un único fin: “*lograr la meta*”, que es “*hacer realidad la Tesis*”. Sin embargo, cabe mencionar que una de las limitaciones presentadas fue la detección y la aplicación de encuestas a estudiantes, ya que en primera instancia fueron difíciles de contactar y obtener información, considerando que en su mayoría son estudiantes poco formales en el abordaje de temas sexuales, y que indefectiblemente hubo la necesidad de sensibilizar previamente a todos los niveles educativos, para así poder completar la muestra seleccionada.

Asimismo, mencionar que hubo una gran preocupación de cómo llegar a dichas Instituciones educativas (IEs), puesto que solo se conocían las jurisdicciones en estudio por la fuente virtual, y que la angustia e incertidumbre se resolvió inmediatamente, gracias a la ayuda múltiple recibida (la guía de un mapa, el apoyo de cobradores y choferes de microbuses locales, y fundamentalmente el apoyo Incondicional de los moto taxistas, de los pobladores, de los/as estudiantes y de los/as profesores de las respectivas IE en estudio) facilitaron su rápida ubicación.

Indudablemente, la experiencia se enriquece por la calidad de sus pobladores, que para el caso, en su mayoría son etiquetados como personas de zonas desastrosas y de zonas altamente peligrosas, dado el

incremento de asaltos y pandillaje juvenil, según las fuentes estadísticas y los medios de comunicación de nuestro país.

Sin embargo pese a haber caminado largas horas sin compañía y con un maletín cargado de cuadernos, paquete de encuestas, cámara, grabadora y filmadora; no tengo nada que afirmar respecto al vandalismo callejero de éstas jurisdicciones que diariamente llaman nuestra atención y preocupación en los diarios locales; sino todo lo contrario, realmente la ayuda incondicional recibida fue sumamente provechosa y satisfactoria. En general las limitaciones fueron superadas por la investigadora.

1.6 Viabilidad de la investigación

El estudio es viable, dado que si se contó con los recursos, el tiempo y los medios necesarios para aplicar y llevar a cabo la investigación en Lima metropolitana. Hubo accesibilidad a las 12 instituciones educativas de los 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana, y también hubo una efectiva participación de los/las estudiantes adolescentes del quinto de secundaria seleccionados, y de sus docentes; respectivamente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Según consenso de especialistas en investigación científica, el *marco teórico*, no es un resumen de las teorías que se han escrito sobre el tema objeto de la investigación, sino más bien es una revisión de lo que se está investigando ó se ha investigado en el tema objeto de estudio, y los planteamientos que sobre él tienen los investigadores. Fundamentación que soportará el desarrollo del estudio y la discusión de los resultados.

Entonces, en este segundo capítulo: *marco teórico*; se presenta cinco subcapítulos. Primero se identifica y describe los antecedentes de la investigación tanto nacionales como internacionales; segundo, se detalla las bases teóricas ó sustento teórico de la investigación, tercero, se explica la definición conceptual; cuarta, se realiza la formulación de la hipótesis, y finalmente se realiza la identificación de variables de la investigación. Así:

2.1 Antecedentes de la investigación

Se mencionan investigaciones anteriores, las mismas que fueron tomadas como referencia a estudios base, sobre las cuales se asentó el presente estudio. Veamos.

Según **Mimbela Cubilla Teresa**(2010); en su estudio sobre *“Programa de educación sexual en salud reproductiva en relación a conocimientos y actitudes de los adolescentes de IE del distrito de San Borja”*; explica que realizó un estudio cuasi experimental de tipo descriptivo, comparativo y longitudinal, en la cual hace evaluaciones antes y después de la aplicación del programa a estudiantes de cuarto y quinto de secundaria. Y luego de aplicado el programa a los estudiantes de San Borja, concluyó la autora que si mejoró la educación en SSR respecto a los conocimientos y actitudes respectivamente.

Asimismo, según **Eslava Jimeno Miriam**(2010); en su estudio sobre *“Influencia del Manual de educación sexual integral en el nivel de conocimientos y actitudes de la SSR en el colegio parroquial Santa Rosa, Lima-2009”*, explica que realizó un estudio no probabilístico intencionado. Teniendo como muestra a 386 estudiantes. Demostrando que hay razones valederas que sostienen la eficacia de la técnica empleada, dando mejores resultados, y transformando los conocimientos y actitudes de los adolescentes intervenidos.

Según **Rubio Hidrogo, Israel** (2010), en su investigación sobre “*Estudio del Programa de capacitación Continua SISTOL en el desarrollo de Competencias del personal Médico y paramédico en el Hospital de la Solidaridad de Surquillo, Lima 2009-2010*”; explicó que su objetivo principal fue demostrar la influencia de dicho programa, donde hizo uso de un método pre-experimental, explicativo-cuantitativo, y trabajó con una muestra 201 profesionales (54.3%). Y que los resultados del programa de capacitación SISTOL han influido de manera significativa en el desarrollo de competencias del personal médico y paramédico; destacando las diferencias procedimentales, seguidas de las actitudinales y las cognitivas (en ese orden), pero sin diferencia significativa en las relaciones interpersonales entre colegas de la Institución.

Según, **Remuzgo Huamán Sara** (2010), en la investigación “*Nivel de Conocimientos, Actitudes y Percepciones Masculinas en Salud Sexual y Reproductiva. Hospital de Huaycán, Lima-2009*”, realizó un estudio de Varones de cuatro etapas de vida (adolescente-joven-adulto-adulto mayor). Para lo cual utilizó técnicas de tipo cuantitativo (encuesta) y cualitativo (entrevistas individuales), aplicados a una muestra de 120 varones (30 por cada grupo etareo). Refiriendo que en el Hospital de Huaycán existe una nula participación de los Varones en el rol reproductivo, y justamente, los varones adolescentes que están en la era de la globalización, que cuentan con docentes que manejan temas en educación sexual, además de estar en

contacto permanente con la tecnología; aún presentan un bajo Nivel de conocimientos y Actitudes negativas e indiferentes sobre su SSR; ya que sus percepciones se ven influenciadas erróneamente por paradigmas machistas, limitando una eficiente toma de decisiones respecto al cuidado de su salud reproductiva.

Según, **Macchi, Benítez Leite S., Corvalán A., Nuñez C., Ortigoza D.** (2009); en su estudio sobre *“Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay-2008”*, concluyó que es un estudio transversal correlacional, cuya muestra es de 880 jóvenes, y sus resultados revelaron jóvenes en situación de riesgo de contraer VIH/SIDA. Sugiriendo con ello la necesidad de empoderar los programas y proteger a este importante grupo de vida.

Según, **Silvia Ochoa Ayala, Gumersindo David Fariña López y Vidal Salazar Sánchez**(2009), en su estudio sobre *“Importancia de la perspectiva de género en el ámbito educativo de los adolescentes, México-2008”*; explicó que su diseño fue descriptivo, y su muestra fue de 450 adolescentes. Concluye que las características de género son un factor que debe ser atendido en el ámbito educativo, ya que influye significativamente en la convivencia escolar y en las oportunidades de desarrollo para varones y mujeres adolescentes. También encontró que hay elementos actitudinales en transición hacia una perspectiva de género más equitativa.

Por lo cual afirma que existen actitudes que pueden ser tratadas y modificadas en el plano educativo con eficacia.

Asimismo, **Remuzgo Huamán Sara**(2009), en la investigación de *“Análisis del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes orientado a la Mejora de la Calidad de Atención de los servicios del Hospital de Huaycán-Lima, período 2005 al 2008”*, presentó un estudio retrospectivo, con una población de adolescentes de 19.25%, además de tener un promedio de 23.46% de embarazos precoces y 16.77% de abortos en adolescentes, por año. Concluye que el Programa de SSR de adolescentes del Hospital de Huaycán no presenta adecuados factores protectores, pues hay regular conocimiento y manejo insuficiente de protocolos de atención sobre el PSSR por parte de los proveedores de la salud. Los mismos que a su vez repercuten en los conocimientos y actitudes de las/los usuarias/os adolescentes del programa, y que además se ven afectados por la ausencia de mecanismos de coordinación entre el MINSA y la Sociedad civil; dificultando la mejora de la calidad de atención de los servicios del PSSR en adolescentes de esta localidad.

Al respecto, **Hurtado La Rosa, Raquel** (2009), en su estudio *“Caracol de piedra. Fragilidad y fortaleza: Aproximaciones al doble discurso de los hombres en Lima Metropolitana, Lima-2009”*, refirió haber realizado una importante investigación cuya metodología es el diseño cualitativo del estudio de base MACHO; en la que pretende ser un referente explicativo de

las masculinidades en Lima- Metropolitana, y para ello tomó en cuenta aspectos como la edad, condición socioeconómica, nivel educativo y otras variables que contribuyan a definir y entender la existencia de una masculinidad tradicional, recogiendo a su vez, propuestas para la construcción de una masculinidad inclusiva y equitativa.

Realizó un total de seis grupos focales de varones entre 15 a 60 años y aplica 10 entrevistas en profundidad semi estructuradas; argumentando finalmente que aun somos un país en desarrollo en cuestiones de participación masculina en el rol reproductivo, específicamente la de los varones adolescentes que se expresan en forma indiferente y arriesgada respecto al cuidado de su salud; por lo que nos convoca a realizar grandes cambios, asumiendo la responsabilidad social como eje y retos que cumplir en adelante, pues el camino en temas de salud sexual y reproductiva de Varones aún está en construcción.

Según, **Cóndor Surichaqui Eva**(2003), en su estudio sobre *“Actitudes y autoestima hacia la sexualidad en adolescentes de la ciudad de Cerro de Pasco-2002”*, encontró a adolescentes con niveles de medio a alto de autoestima, y afirma que por lo general hubo predominio de actitudes sexuales conservadoras respecto a la sexualidad, las relaciones sexuales en la adolescencia y la virginidad.

Asimismo, **Espino Susan y Butrón Betzabé** (2003), en su estudio *“Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú, entre octubre 2000 a junio del 2002”*, a iniciativa de ESAN en coordinación con el MINSA, LANATA; realizaron un estudio de investigación aplicativo. Su fin principal fue implementar un programa de capacitación materno infantil (PCMI) a nivel nacional. Y las provincias electas: Ayacucho (Hospital de Huamanga y Hospital Huanta, C.s. de Cangallo y C.S. de Querecotillo), Piura (Hospital Sechura y Hospital de Paita, C.s. de Ocoña); Arequipa (Hospital Regional Honorio delgado y Hospital de Camaná, C.S. de Moche); La Libertad (Hospital Regional de Trujillo, Hospital del Chepén, Hospital Bellavista) y San Martín (Centro materno Peri natal de Tarapoto, Hospital Banda Chiclayo, C.S. de Picota).

Equipo de trabajo que contó con la asesoría permanente de la agencia de estados unidos de desarrollo internacional (USAID), cuyos elementos de propuesta en la etapa de implementación de la Presidencia del concejo de Ministros (PCM) fueron incluidos en los sistemas de auto supervisión y evaluación que el Proyecto 2000 diseñó, para mantener y optimizar los sistemas de mejoramiento continuo de la calidad del servicio Hospitalario.

Por su parte, **Córdova María, González Ricardo, McKay Abigail, Montoya Oswaldo, Ruiz Eyra y Vargas Rodrigo** (2002). En la investigación sobre *“La SSR también es un asunto de hombres, Costa Rica-2002”*, OPS/GTZ; concluyen que para la promoción de la participación de los varones en los programas de SSR en Centroamérica, es primordial

tratar de incorporarlos básicamente en los roles de atención de la casa y la atención de los hijos; para luego ser involucrados en la prevención de sus roles reproductivos.

Según **Dávila García Adriana, Sánchez Rondón Karin y Chilín Rojas Noelia**(2001), en su estudio sobre *“Influencia del nivel de conocimiento en las actitudes sobre Salud Sexual y Reproductiva de los alumnos de 4to. y 5to. de secundaria del Liceo Naval, Lima-2000”*; concluyeron que su diseño de investigación fue de tipo transversal; su muestra fue de 1480 estudiantes, e identificaron que el nivel de conocimiento es medio (57.6%) y la actitud es indiferente (52.4%); y también determinaron que el nivel de conocimientos si influye en las actitudes de los adolescentes.

Según **García Sánchez Flormira** (2001), en su investigación sobre *“Nivel de Conocimientos en salud reproductiva de los adolescentes escolares de Cuzco- Sicuani y Manganí antes y después de la aplicación de un módulo educativo, Cuzco-2000”*, encontró un 36% de adolescentes varones que conocían Métodos anticonceptivos (MAC) y que después de aplicado el módulo educativo, hubo un 50% de adolescentes que ya conocían por lo menos 3 ó más MAC, siendo los más usuales: los preservativos, las píldoras y los inyectables. Reconociendo con ello la importancia de las capacitaciones.

Según **Huamán Canchari Yudi y Justo Ñaupá Ayda** (2001), en su estudio sobre *“Nivel de conocimientos y actitudes asociado al comportamiento sexual: adolescentes varones. Centro nacional nuestra señora de Guadalupe y San Julián, Lima-2000”*; concluyen que el nivel de conocimientos está relacionado con las opiniones y actitudes sobre SSR, y que los medios de comunicación masiva y el medio donde se desarrolla influyen en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, colocando en una posición de mayor riesgo a adolescentes de colegios nacionales frente a adolescentes de colegios particulares. Considerando con ello una actitud negativa con indicios de inequidad educativa.

Finalmente, según **Chambi Catacora, María Amparo del Pilar**(1998), en su investigación sobre *“Estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente” de la UTES-San Román, Juliaca, Puno, 1997*”, sustentó su tesis para el grado de Magíster en Salud Pública de la UPCH. Estudio donde exploró y describió las percepciones del personal de salud acerca de la SSR del usuario(a) adolescente, realizando 24 entrevistas a profundidad y 4 entrevistas focales a profesionales de la salud (incluidos Médicos, enfermeras, obstétricas y técnicos de salud). A través de ellas constató que el personal percibe a los usuarios adolescentes como un problema en si mismo e inherente a la edad y período de vida, influyendo de manera negativa en la interacción y atención de éstas.

2.2 Bases teóricas

Para la comprensión de bases teóricas, previamente se realiza un análisis epistemológico del tema, para ello se presenta una breve descripción de las políticas públicas concernientes a la SSR en base a entrevistas a especialistas y argumentos normativos, luego se explica la *promoción de la salud* en instituciones educativas, el *programa de promoción de salud sexual y reproductiva*, el análisis conceptual de la terminología *eficacia*, y de las variables cognitivas, actitudinales y las percepciones. Veamos entonces:

2.2.1 Políticas públicas en salud concerniente a salud sexual y reproductiva

Ausejo (2010), aseguró que:

La política propiamente dicha no es un concepto sencillo; cada política formalmente adoptada se pone en práctica mediante una serie de programas y proyectos. Y para aplicar esa política (que se podría considerar como objetivo ó compromiso general), los gobiernos crean programas en virtud de las cuales se reúnen las estructuras y el personal administrativo necesario. Por lo que con arreglo a estos programas, los organismos públicos emprenden proyectos concretos.

Entonces, según esta perspectiva el análisis de la actuación pública puede centrarse en componentes como: políticas, programas o proyectos, los cuales requieren de métodos diferentes. Una política pública de excelencia corresponde a aquellos recursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público, la participación de la comunidad y del sector privado.

Asimismo el especialista en mención, en relación a una política pública de calidad, refiere que *“Una política pública de calidad incluye contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados. Y desde el punto de vista analítico, se distinguen cuatro etapas en las políticas públicas: origen, diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas”*.

En ese sentido, las PP no son sólo lo que el gobierno dice y quiere hacer; sino son lo que realmente hace y logra por sí mismo en interacción con otros actores políticos y sociales. Una PP es una solución práctica a un problema concreto. Se trata de una decisión de autoridad legítima que es adoptada conforme a procedimientos legales, vinculando a los ciudadanos con sus necesidades y requerimientos, los cuales se expresan en forma de instituciones, leyes, programas concretos, normas, etc.

Esta consecución de PP requiere del apoyo del plan estratégico de salud a nivel del gobierno, acciones intersectoriales sobre cuestiones que afecten la salud y los estilos de vida, evaluación periódica de las políticas existentes y su relación con la salud, y los mecanismos para involucrar a la población en las políticas de planificación y desarrollo.

Aspectos fundamentales, que para el caso peruano, es importante denotar que no existen políticas públicas en salud sexual y reproductiva (PP en SSR). Sin embargo ello no representa un obstáculo para contribuir en la mejora del país, por cuanto se puede hacer incidencia política desde las aulas universitarias y el accionar en el medio, interviniendo a favor de la implementación y ejecución de programas, proyectos, y planes; que pueden darse a corto o largo plazo según los períodos de gobierno y la continuidad del programa en ejecución, considerando además que depende mucho de la voluntad política.

Que de darse el caso, es necesario actuar en el momento indicado, en la apertura de la agenda pública concerniente a la implementación de políticas en SSR y la consecuente evolución y evaluación que ello implica. Al respecto, la SSR abarca todo el ciclo de vida de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar y su medio ambiente, y que para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integrales específicas y diferenciadas en el área de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación por etapas de vida, debido a que las

necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida del ser humano.

2.2.2 Promoción de la salud en instituciones educativas

En el caso, se explica en primer lugar una breve definición, luego se menciona los principios básicos, se describe las áreas de acción establecidas en la Carta de Ottawa, se explica luego el modelo de abordaje (vida sana, participación comunitaria y enfoque de la educación para la salud). Finalmente, se explica la promoción de vida saludable, y se describe la importancia de la IE y los estilos de vida saludables.

2.2.2.1 Promoción de la salud

El MINSA refiere que: *“La promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla”*. (MINSA, 2005).

Es decir, se busca un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder

cambiar o hacer frente a su entorno. Efectivamente, la propuesta debe proyectarse a largo plazo; y ello solo es posible si se construye de forma colectiva una cultura de salud orientada al desarrollo de prácticas de auto cuidado que se organicen en estilos de vida saludable y al logro de una población empoderada, capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

2.2.2.2 Principios básicos para la promoción de la salud

La Organización mundial de la salud (OMS) ha elaborado *cartas sobre promoción de la salud* donde se pueden observar diversos principios. (Restrepo: 2001). Los principios de la Carta de Ottawa son:

- (1) Asegurar ambientes favorables para la salud.
- (2) Combinar métodos o planteamientos diversos, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- (3) Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y ver la manera de encontrar la promoción de la salud de las comunidades.

Aunque la promoción de la salud es una actividad del ámbito de la salud-social, y no un servicio médico.

Los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud (ver figura 1).

Figura 1
Promoción de la salud



Fuente: Diploma de 2da. Espec. en Gestión de IE promotoras de la salud/ PEVS/PCUP 2008.

Se observa, principios de gran soporte teórico que si se cumplieran en su totalidad, probablemente la calidad y el estilo de vida de nuestro país mejoraría enormemente.

Y en relación a los ambientes favorables, las IE y las I Hospitalarias presentan serios problemas de infraestructura, carente de planificación y metodología que incluya en su misión el enfoque de desarrollo humano. Lo desafortunado, es que siendo los del primer nivel de atención los responsables de la promoción de salud, se observa que hay deficiencias que limitan su accionar y su capacidad organizativa.

2.2.2.3 Áreas de acción establecidas en la Carta de Ottawa

Por su parte la OMS (2001), expresa las siguientes áreas de acción:

- Construir políticas públicas saludables. La salud debe formar parte de los temas y de la agenda política. Los sectores involucrados en la generación de políticas, deben estar conscientes de las implicaciones a la salud, de sus decisiones.
- Reforzar la acción comunitaria y la participación activa de la comunidad.
- La toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción es crucial en la acción comunitaria dado el alto riesgo de programas asistencialistas que aún persisten en la práctica total del sector salud.

- Desarrollar habilidades personales, mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, también se puede realizar promoción de la salud. Estas actividades se pueden realizar a través de ciertos canales: escuelas, lugares de trabajo y la familia.
- Reorientar los servicios de salud. Se debe poner énfasis en la atención médica preventiva y promotora en lugar de la atención médica curativa.

Para la implementación de áreas propuestas por la Carta de Ottawa, es indispensable contar con presupuesto, distribución de personal y recursos que amparen el cumplimiento de los indicadores. Por ello la necesidad de contar con servicios y sistemas de salud que se reorienten hacia una atención promotora de salud y una atención primaria de calidad.

La carta de Ottawa menciona principios de acción para el primer nivel de atención, en las cuales la accesibilidad de información es básica y es posible su implementación si lo trabajamos desde el enfoque preventivo promocional, incluyendo la participación de la comunidad en general. Y es precisamente este principio de visión que no es compartida por la población, dado que las personas suelen responsabilizarse de áreas que creen ser solo de su

incumbencia. Por ejemplo un profesor no desea involucrarse en temas de consejería en educación sexual porque el equipo de salud lo hace mejor o porque siente no estar capacitado para su manejo. (Ver figura 2).

Figura n°2
“Líneas y estrategias de acción en promoción de la salud”

LINEAS DE ACCION	ESTRATEGIAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Participación Ciudadana y Comunitaria de Empoderamiento 2. Promoción e Implementación de Políticas Públicas Saludables. 3. Creación de ambientes y entornos Saludables. 4. Desarrollo de estilos de vida saludable y habilidades sociales. 5. Reorientación de los servicios sociales para darles mayor contenido de promoción y prevención. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Municipios Saludables. 2. Comunidades Saludables. 3. Instituciones Educativas Promotoras de Salud y el Desarrollo. 4. Familias Saludables.

Fuente: MINSA PERÚ: Manual de abordaje de la promoción de la salud-2011.

Si este fuera el caso, el equipo de Salud representado por las Obstetras pueden capacitarlos, situación que aliviaría en gran medida la saturación de los servicios hospitalarios; dada la

cobertura limitada y la escasa capacidad de atención para todos/as, y si el docente es consciente de su rol formativo y del convenio existente entre ambas instituciones (MINSA_MINEDU), comprendería que si es posible desarrollarlo con normalidad en las aulas, siendo correctamente asesorados por el equipo de salud.

Por ello la importancia de conocer las obligaciones y los deberes de los profesionales involucrados, que les permitan aplicar con conocimiento los principios de promoción y prevención de la salud, con fines de no perjudicar los derechos de estudiantes adolescentes, como es el derecho a la información en tiempo y a tiempo, sobre aquello que llama su atención e interés (Ver fig. 2- 3).

2.2.2.4 Modelo de abordaje de promoción de la salud

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como un primer Lineamiento de política del sector salud del Perú (2002-2004 y 2012), ha permitido a la Dirección de salud a través de la Dirección ejecutiva de promoción de la salud (PROMSA) conducir y generar PP saludables que le permita a la persona, la familia y la comunidad adquieran las habilidades para mantener y mejorar su salud.

La Dirección de Salud enfrenta este desafío a través de la Dirección ejecutiva de promoción de la salud y sus tres Oficinas: Vida sana, Participación comunitaria y Educación para la salud, operativizando las acciones desarrolladas en el Modelo de abordaje de promoción de la salud en Lima (ver figura 3).

Figura 3
Modelo de abordaje de promoción de la salud

Modelo de abordaje para la Promoción de la Salud							
ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACION SUJETO DE INTERVENCION			ESCENARIOS (entornos saludables)	EJES TEMATICOS (comportamientos saludables)	
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACIA Y POLITICAS PUBLICAS	FAMILIA	INDIVIDUO POR ETAPAS DE VIDA			VIVIENDA	ALIMENTACION Y NUTRICION
			NIÑO	ADOLESCENTE	ADULTO		HIGIENE Y SANEAMIENTO
							ADULTO MAYOR.
EQUIDAD DE GENERO	COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD	COMUNIDAD	NIÑO	ADOLESCENTE	ADULTO	ADULTO MAYOR.	ESCUELA
							ADULTO MAYOR.
INTER CULTURALIDAD	PARTICIPACION COMUNITARIA Y EMPODERAMIENTO SOCIAL	COMUNIDAD	NIÑO	ADOLESCENTE	ADULTO	ADULTO MAYOR.	MUNICIPIOS
							ADULTO MAYOR.
							SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRANSITO
							CENTROS LABORALES
							PROMOCION DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

Fuente: Dirección General de Promoción de la salud-MINSA_PERÜ, 2011.

a) Promoción de vida sana

De acuerdo a la Dirección de promoción de Vida sana, este programa tiene las siguientes funciones generales (MINSA, 2009):

- Proponer, implementar y evaluar políticas públicas de alcance nacional que contribuyan al desarrollo humano y a la construcción de entornos saludables.
- Promover comportamientos saludables, contribuyendo a mantener y mejorar la salud física mental y social de las familias, así como para la construcción de entornos saludables.
- Diseñar, monitorizar y evaluar programas, planes y proyectos intra e intersectoriales para la promoción de una vida sana en el ámbito nacional.
- Implementar y evaluar estrategias, contenidos para la promoción de una vida sana, en la persona, familia y comunidad, con énfasis en el desarrollo y ejercicio de los valores.
- Promover la salud en la familia como la unidad básica, para el beneficio de la persona, la comunidad y su entorno.
- Desarrollar normas y procedimientos de promoción y vigilancia de una vida sana en la persona, por etapas de vida.

- Participar en el desarrollo de alianzas estratégicas para la promoción de una vida sana en la persona, familia y comunidad.
- Coordinar y desarrollar estudios de investigación y evaluación del impacto de la promoción de comportamientos saludables y difundir sus resultados.

La oficina de promoción de vida sana parte de un principio argumentativo de amplio impacto. Las expectativas son muy significativas, sin embargo lo esperado no refleja lo observado, que es el caso de la presente investigación, y que podrá apreciarse en toda su magnitud más adelante. Contrastes hasta ciertos puntos muy decepcionantes, debido a que no se cuenta con la evidencia y/o la sistematización de la experiencia, que nos permita tener y partir de una base diagnóstica. Limitación que debe corregirse a tiempo y en tiempo; y así implementar mejoras pertinentes al programa.

b) Oficina de participación comunitaria

Según la OPS “...*el servicio de salud y la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población*”.

Desarrollo que se ve obstaculizado por la participación de directivos o instituciones que no conocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, lo cual hace que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan con sus objetivos, ya que la población al no intervenir le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan para garantizar la educación y la salud de los habitantes. (OPS, 1986)

Por ello la comunidad debe jugar un rol activo en la autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud, el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social.

Asimismo, la OMS plantea que *"La gente debe hacerse responsable de su propia salud"*. Esto es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo, considerado como un sistema eficaz de atención primaria. Es decir la concepción de brindar un servicio humano y útil para facilitar a las personas el cuidado de su salud. Significa ello, que en lo posible no debe de "darse" o "facilitarse" la salud a la población. Por el contrario, se debe ayudar a las personas a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud.(OMS, 1990).

En esta perspectiva, es de conocimiento general que nuestro país adolece de una cultura de salud preventiva, dada la estructura

tradicional de funcionamiento del sector salud, la cual es expresada a través de la atención asistencial. Criterios de atención que no han facilitado su crecimiento, sino todo lo contrario, le ha dado hasta cierto punto dependencia e incapacidad de proveer una cobertura adecuada y /o servicios de calidad aceptables.

Situación que ha creado en el sector salud, la necesidad histórica de involucrar el liderazgo y la promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo e impulso de la salud. Para lo cual requiere de tres determinantes clave: el entorno, los estilos de vida, y la organización de los servicios de salud (ver fig. 3 y 5).

c) Enfoque de la educación para la salud

Según las alianzas estratégicas realizadas entre el MINSA y el MINEDU, la dirección de educación para la salud está a cargo de las siguientes funciones generales (MINEDU, 2002):

- Proponer, implementar y evaluar las PP para contribuir al desarrollo de intervenciones educativas para la PROMSA, de aplicación en el ámbito nacional.

- Desarrollar alianzas estratégicas intra e intersectoriales con instituciones y organizaciones sociales que permitan el desarrollo de la educación para la salud.
- Diseñar, monitorizar y evaluar planes, programas y proyectos intra e intersectoriales para el desarrollo de la educación para la salud.
- Conducir la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, contenidos, medios, materiales e instrumentos educativos y comunicacionales para las intervenciones en promoción de la salud, con énfasis en el fortalecimiento de valores y la construcción de la cultura de la salud.
- Proponer la normatividad de aplicación nacional sobre metodologías, técnicas y procedimientos del proceso de educación para la salud.
- Coordinar y participar en el desarrollo de estudios de investigación y evaluación del impacto de la educación para la salud en las personas, familia y comunidad. Difusión.
- Coordinar con el MINEDU la incorporación en el currículo educativo de contenidos de salud, a través de convenios de cooperación.

La educación para la salud debe tender a buscar el desarrollo de capacidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el marco de los derechos, con énfasis en el ámbito escolar.

Según Nizama (2007), se debe emplear diversos procesos de aprendizaje, tanto dentro como fuera del espacio físico de las IE, facilitando la adquisición y práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y capacidades, necesarias para el control, la promoción y la protección de la propia salud así como la de la familia y la comunidad.

Figura n° 4
Enfoques de promoción y educación para la salud

ENFOQUES	
Equidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Atención diferenciada según cada una de las etapas de la vida - Desarrollo de las capacidades de aprender a ser, aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a emprender.
Equidad de género	<ul style="list-style-type: none"> - El poder y su manejo - Autonomía y autodeterminación de mujeres y hombres para decidir sobre su salud tanto a nivel individual como colectivo.
Interculturalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Valores de solidaridad y respeto - Reconocimiento de diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas - Revaloración y recuperación de la salud popular. - Comprensión de modos y estilos de vida de culturas Indígenas. - Comprender temores y recelos frente a problemas de salud.
Ciudadanía, participación y empoderamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Empoderamiento de la comunidad educativa. - La salud como un derecho humano fundamental. - Cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos. - Ciudadanía en salud, sobre la base de la participación, el desarrollo de iniciativas, autonomía, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad. - Disposición de información, educación y los medios para la salud. - Cultura de la salud.

Fuente: Nizama y Samaniego en "Cómo mejorar la educación para la salud"- Diagnóstico situacional y propuestas.-2007

La educación para la salud, como programa y propuesta, es implementada por el MINSA, de donde se desprenden los enfoques: equidad en salud, equidad de género, interculturalidad, ciudadanía, participación y empoderamiento social. Propuesta educativa que debe ponerse en práctica dada la situación de crisis familiar y ausencia de valores que hoy vive nuestro país, y que si no se cambia de perspectiva individualista e indiferencia ante los problemas sociales en aumento, mayores serán las dificultades que vivan las nuevas generaciones dado el escaso y pobre legado generacional de valores de este mundo actual.

2.2.2.5 Estilos de vida saludable

Según la OMS: *“Estilos de vida saludables (EVS), son la interacción entre las condiciones y las pautas de vida individuales, que se traducen en comportamientos y que están determinados por factores socioculturales y por características personales”*. (OMS, 2006).

Bajo esta propuesta, los estilos de vida no nacen con la persona, sino que se aprenden en la relación que tenemos con quienes

están a nuestro alrededor: familia, amigos, comunidad. Sin embargo, en este proceso formativo también pueden influir otros factores como los medios de comunicación, los rasgos culturales, la condición socioeconómica, etc. (fig. 5).

Figura n°5
Promoción de estilos de vida saludable



Fuente: Diploma de 2da. Espec. en Gestión de IE promotoras de la salud/ PEVS /PCUP 2008.

En tanto, según lo analizado en el documento de la OMS (2006) sobre EVS, desde una perspectiva integral, se considera los EV como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: material, social e ideológico. En lo material, el EV se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. Mientras, en el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

En este contexto, los EV son como procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. En general, los EV son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Por tanto, existe en la sociedad EV que no son saludables como: alcoholismo, mala nutrición, tabaquismo, etc.; casos en los cuales los responsables de programas tienen el propósito de irlos adecuando a los tiempos y mejorándolos a través de acciones como: estrategias comunicativas y estrategias educativas en salud, siendo necesario para ello conocer las diferentes teorías de cambio de comportamiento en salud.

2.2.2.6 La Institución educativa y los estilos de vida saludables

Según Kallpa (2008); *“la escuela es uno de los principales espacios de formación y generación de aprendizajes en las personas. Y que los procesos educativos que se dan en ella, no llegan solo a alumnos y alumnas, sino que pueden trascender a otros espacios como a los/las docentes, la familia y la comunidad en general”*.

Bajo esta perspectiva, se considera que desde la escuela se definan políticas claras y se implementen estrategias que favorezcan los estilos de vida saludables, los cuales deben ser monitoreados y evaluados permanentemente.

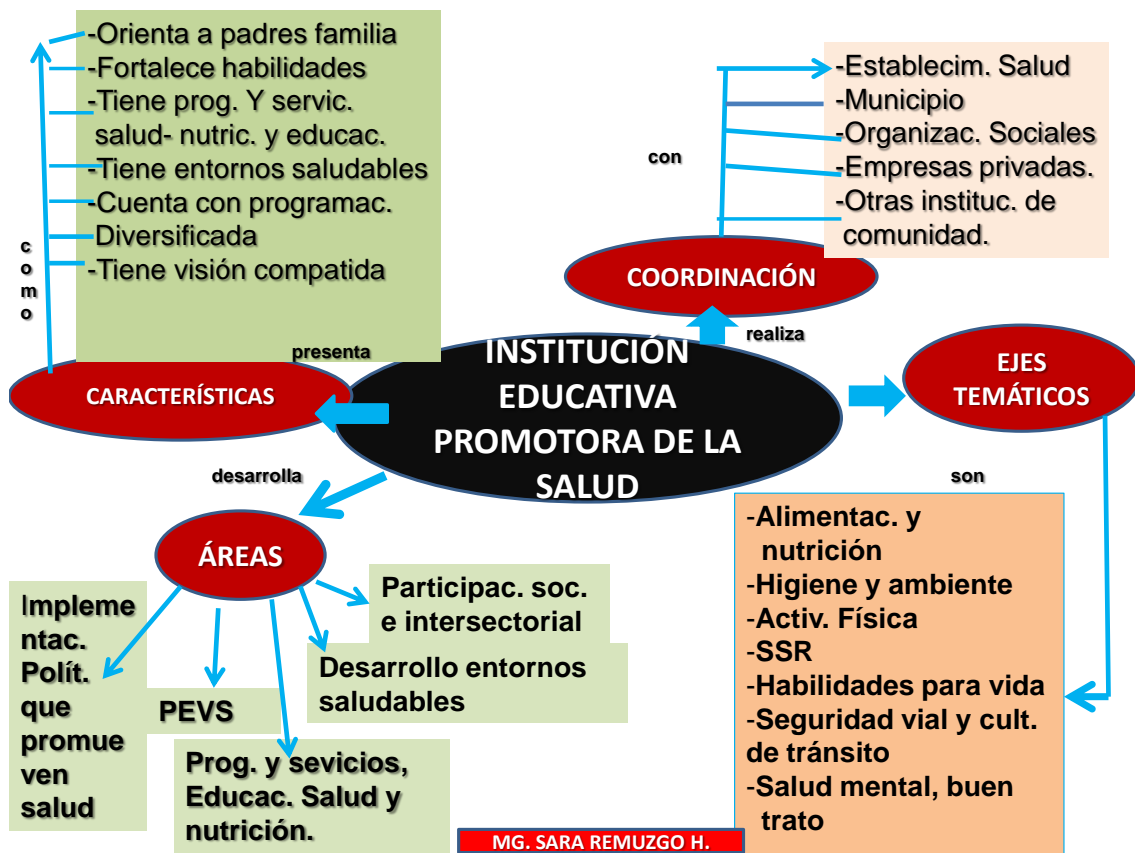
2.2.2.7 Importancia de la promoción de la salud

De acuerdo a las normativas direccionales sobre promoción de la salud (PROMSA), las instituciones educativas saludables (IES), son aquellas que contribuyen a mejorar las condiciones de vida y de salud de los alumnos, padres de familia, docentes y comunidad con la participación activa y responsable de los diferentes sectores e instituciones, y que además ha incluido el enfoque de promoción de la salud en su proyecto educativo institucional.

En ese sentido, el PROMSA en las IES es un documento técnico que establece los lineamientos, metodología y evaluación de las acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas, siendo el objetivo principal la de fortalecer las acciones de Promoción de la salud en las IE del país, y así mejorar la calidad de vida de toda la comunidad educativa.

Este programa responde al Convenio entre el MINSA y el MINEDU suscrito el año 2002, y actualizado el convenio en el año 2012, el cual establece un trabajo coordinado y conjunto entre ambos ministerios. (Ver fig.6).

Figura n°6
Institución educativa promotora de la salud



Fuente: Diploma de 2da. Espec. en Gestión de IE promotoras de la salud/ PEVS /PCUP 2008.

En tal sentido el desarrollo de la promoción de la salud en el entorno educativo está dirigido a promover en los miembros de las escuelas la vivencia de una cultura de la salud, con responsabilidad y solidaridad; buscando desarrollar las posibilidades de desarrollo de la persona en su familia y comunidad. Para ello, se proponen líneas de acción que orientarán el plan de trabajo que elaborará y ejecutará cada institución educativa a fin de que contribuyan a la promoción de la salud.

Estas líneas de acción son:

- Fortalecimiento de comportamientos para una vida sana.
- Desarrollo de ambientes favorables de salud y vida.
- Fortalecimiento del trabajo intersectorial e interinstitucional.
- Implementación de políticas saludables en el ámbito escolar que promuevan la salud y la vida.

Finalmente, las instituciones educativas saludables (IES) son importantes porque:

- a) Favorecen los EVS fomentando el desarrollo de habilidades para la vida y el ejercicio de la participación democrática.
- b) Contribuyen al desarrollo físico, psíquico, social, emocional y espiritual de los estudiantes.
- c) Promueven las relaciones armoniosas entre los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno.
- d) Ayudan a la comunidad a utilizar adecuadamente los servicios de salud.

En el año 2004 el programa implementó 2400 IE de primaria y secundaria a nivel nacional, e intervinieron académicamente a 3,125 instituciones educativas el 2005, reportando significativas mejoras. Al respecto, las mejoras en cuanto a las percepciones de docentes en temas de “*educación sexual*” se han fortalecido en ese año, pero

no es suficiente dado el crecimiento poblacional al 2012. En ese sentido, pese al crecimiento tecnológico en ciertos grupos de desarrollo, debe tomarse en consideración que aún se considera paradigmático tratar temas de sexualidad.

Recordar además, que si nuestro país tiene problemas de cobertura en atención de salud y carencia de infraestructura en las IE para la atención y educación de toda la masa de pobladores en pobreza y extrema pobreza que viven en los conos de Lima metropolitana, las mejoras que quieran implementarse es un trabajo muy exigente pero no imposible de realizar, por cuanto debe desarrollarse un plan de acción que supere las limitaciones geográficas, las condiciones socio demográficas, y se comprenda la idiosincrasia de las comunidades del país.

Un reto de trabajo multi e interdisciplinario de amplia visión, con enfoque de liderazgo, responsabilidad social y respeto de los enfoques transversales de promoción de la salud.

2.2.3 Programa de salud sexual y reproductiva

Para comprender el programa de salud sexual y reproductiva (PSSR) se analiza primeramente el marco legal que ampara el programa, luego se

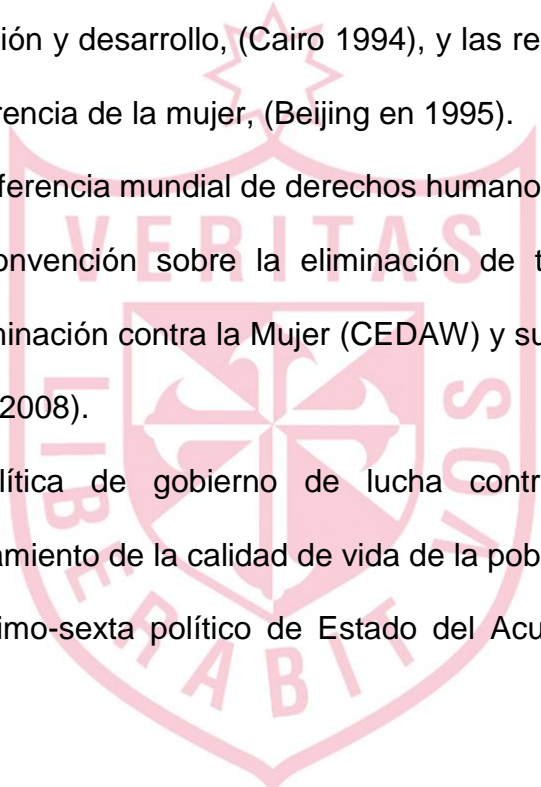
hace la descripción de las estadísticas propias del programa en mención, y finalmente se valora la importancia de los derechos sexuales y reproductivos.

El PSSR tiene componentes direccionales enfocados a establecer estrategias relacionadas al embarazo, parto y puerperio, consejería, planificación familiar, prevención de las ITS y VIH /SIDA, y la detección precoz del cáncer de mamas y del cáncer cervical. Siendo uno de los principales problemas de la SSR, la problemática del embarazo adolescente. Así:

2.2.3.1 Marco legal del programa de salud sexual y reproductiva

En esta perspectiva normativa de las políticas de salud, se tiene el PSSR fundamentado y amparado por el marco legal:

- Ley general de salud (N° 26842).(1997).
- Ley general de educación (N° 28044).Modernización y actualización. (2011).
- Plan nacional de acción por la Infancia, 2002-2010.
- Los lineamientos de política de Promoción de la salud 2002-2012 y 2001-20120.
- Los lineamientos de Política de Salud para las y los adolescentes.Ley 28487(2002).

- 
- Código del niño, niña y el/la adolescente. Ley 27337. (1992).
 - Ley de política nacional de población (N° 346-85) y su modificatoria Ley 26530. (1995).
 - Declaración universal de los derechos humanos. (1948).
 - Convención Internacional de los derechos del niño/a. (2002).
 - El programa de acción de la conferencia Internacional sobre población y desarrollo, (Cairo 1994), y las recomendaciones de la Conferencia de la mujer, (Beijing en 1995).
 - La conferencia mundial de derechos humanos de Viena (1993).
 - La convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo facultativo (2007-2008).
 - La política de gobierno de lucha contra la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.(1995).
 - El décimo-sexto político de Estado del Acuerdo nacional. (lima, 2002).

Bajo este marco jurídico, el MINSA y el MINEDU son los responsables de implementar las acciones correspondientes a los compromisos asumidos por el Estado en materia de SSR en el país, y por ende de los Derechos sexuales y reproductivos. Al respecto, el MINSA establece que las acciones de promoción y prevención de salud tiene como competencia:

TITULO 1. - Artículo 5º: *“Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable...”*

Asimismo, los lineamientos del PROMSA aprobados por el Consejo nacional de salud determinan como estrategia de promoción: la comunicación y la educación para la salud. Esta estrategia es importante para *“...construir procesos eficaces para el desarrollo de comportamientos saludables, y que estos sean incorporados en sus prácticas cotidianas.”*

Bajo esta perspectiva, se establece el programa de promoción de la salud en las IE y la estrategia sanitaria de SSR. El sector salud y el sector educación como entes rectores responsables de fortalecer y desarrollar capacidades en los/as niños/as y adolescentes contribuyen en su desarrollo integral. Tiene como finalidad establecer una dinámica ágil de coordinación intersectorial, razón por la que en agosto del año 2002 se suscribe el Convenio marco de cooperación técnica entre el MINSA y el MINEDU, cuyo objetivo fue:

“contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la PROMSA y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales... fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover cultura de salud” (MINSA, 2002).

Al respecto, la experiencia ha demostrado que la escuela es un importante mediador del equilibrio emocional de la comunidad educativa. Satisfacción que se vería reflejada en una sociedad más justa, con valores y derechos. Y es justamente el objetivo a lograr en el presente estudio, el hecho mismo de corroborar la necesidad del buen funcionamiento del PSSR en las esferas educativas de nivel primario y secundario.

Por ello, considerando la importancia en este proceso formativo, según normativas del MINSA, a partir del presente año 2013, se implementará el nuevo PSSR para la comunidad universitaria. Lo cual implica ver la temática de SSR como una inversión económica de desarrollo para el país.

2.2.3.2 Situación actual del programa de salud sexual y reproductiva en Perú

La situación de salud de la mujer depende de múltiples factores, siendo de gran importancia tener en cuenta los determinantes sociales en la salud.

En el periodo reproductivo se tiene:

a) Fecundidad:

La ENDES continua 2004, señala una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.4 hijos por mujer, observando una reducción de 44%, respecto a la misma tasa obtenida en la ENDES 1986. El nivel de fecundidad no es uniforme en todo el país, presenta marcadas diferencias según el nivel educativo de la mujer, el nivel de urbanización y el departamento de residencia (INEI, 2001). La TGF en el país sería de 1.5 hijos en promedio por mujer si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos.

b) Atención prenatal y parto:

Según ENDES continua 2004, el 91 % de las mujeres, en el embarazo del nacimiento más reciente, recibieron atención prenatal de profesionales de la salud: médicos, obstetras y enfermeras. La brecha urbano/rural ha sido acortada de manera importante (97% en zona urbana y 82% en zona rural respectivamente). El 18% en el área rural no está cubierto y en un 8% a nivel nacional. En la Selva, el 79 % de las mujeres reciben atención prenatal por profesionales de la salud, en comparación con el 99 % en Lima Metropolitana.

Las diferencias más importantes se presentan según el nivel educativo de las mujeres, puesto que la atención prenatal por profesionales cubre al 77 % de las mujeres sin educación y llega al 98 % entre las mujeres con educación superior.

c) Fecundidad y embarazo en adolescentes:

El 13% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres (10.7%) o están gestando por primera vez (2.3%) (INEI, 2000).

Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se ubican en las zonas rurales y entre las que tienen menor nivel de educación. En un análisis de la ENDES (2002) se evidenció que un 64% de las adolescentes gestantes no deseaba esa gestación. Asimismo la ENDES 2000 evidenció que sólo un 25% de las adolescentes de 15 a 19 años desean por lo menos ser madres alguna vez, siendo el número ideal de uno a dos hijos.

Los consensos de El Cairo, el Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres de Lima, el Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; y Manuela Ramos (2003) refieren que las causas principales de los embarazos a temprana edad, son los valores familiares trastocados y la crisis social generalizada. También se mencionan como factores el abuso sexual, la falta de

información tanto de padres como de hijos y una adecuada comunicación entre ellos.

d) Edad de inicio de la relación sexual:

Según la ENDES 2000 el porcentaje de las mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años representó el 8.3%, las que lo hicieron antes de los 18 años el 38.2%, mientras que el 58.2% lo hizo antes de cumplir los 20 años. En el 2000, el 5.1% de las adolescentes entre 15 y 19 años habían tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.

e) Planificación familiar:

Según ENDES 2004, de todos los métodos, ya sean modernos o tradicionales, el ritmo o abstinencia periódica continúa siendo el más utilizado. Es significativo su uso en mujeres que tienen entre 25 y 44 años de edad, en las que tienen menor nivel educativo, y entre las que tienen uno, dos, cuatro o más hijos. Es preocupante que el segundo método más usado en adolescentes sea el *ritmo*, especialmente cuando un 77% de ellas no es capaz de identificar su ciclo fértil. Las altas tasas de discontinuidad de métodos se deben no solo a efectos colaterales sino también a embarazos no deseados, en la mayoría de casos.

INEI, indicó que: “Cada año alrededor de 115 mil adolescentes resultan embarazadas, mientras que el 20% de los abortos y el 25% de las muertes por complicaciones en el parto o el puerperio (periodo posterior al parto) que ocurren en nuestro país, corresponden a este grupo poblacional”.

Por su parte, el Movimiento Manuela Ramos señala que “menos de la mitad de mujeres peruanas en edad fértil, es decir sólo el 45%, utilizan algún tipo de método anticonceptivo. De este grupo, un poco más de la mitad usa métodos modernos, mientras que el resto se protege con un método tradicional” (ONG MR, 2008).

De igual modo, según fuentes del MINSA, se tiene escaso apoyo institucional en el uso adecuado de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), desde los niveles centrales del país. Al respecto, Manuela Ramos señala que en dos oportunidades se ha retirado la “píldora del día siguiente” de las instituciones hospitalarias del país, restringiéndose con ello su reparto gratuito en perjuicio de las mujeres más pobres o de escasos recursos, que han sido ultrajadas y atacadas sexualmente sin su consentimiento, dañando su salud física, mental y emocional.

Temática que está en agenda pública actualmente (2013).

f) Mortalidad materna:

Según la ENDES 2000, la tasa promedio nacional de mortalidad materna es de 185 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos. Para el año 2000, la tasa entre las mujeres de 15 a 19 años era de 308 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior en 60% a la tasa promedio nacional. Y al 2003 llegó al 15.3% (555 muertes).

Entre las causas asociadas a la MM en zonas rurales del país, se señala la escasa valoración de las mujeres en sus entornos familiares y comunales a lo cual se ha aunado la intensificación de su trabajo debido a migraciones laborales forzadas de la familia, convirtiéndose el puerperio en peligroso debido a la escasez de mano de obra en los núcleos familiares, y el inadecuado uso de recursos e inaccesibilidad respectiva por condiciones geográficas.

g) ITS, VIH/SIDA

Según ENDES 2004, en el país de un total de 16,917 casos de SIDA notificados al Ministerio de Salud, el 1% de ellos fueron transmitidos por vía parenteral, un 2% por vía vertical y un 97% por vía sexual. Al 2003 se notificaron 1,071 casos de SIDA y 2,395 casos de VIH. A Mayo del 2005 se han notificado 699 casos de SIDA y 1,837 casos de VIH. La razón de la enfermedad Hombre/Mujer se está acortando, así en el año

1990 la razón fue de 11.3 a 1 y en el año 2004 la razón se estimó en 3.32 a 1.

h) Violencia:

Para el año 2005, el MINSA ha registrado 34,561 atenciones a nivel nacional por casos de Síndrome de Maltrato, correspondiendo a abuso físico a esposa: 9.74%; abuso físico a niño y bebé: 3.49%; abuso sexual: 9.20%; abuso psicológico: 37.98%; otros síndromes de maltrato forma mixta: 121.42%; riesgo de abuso físico/emocional/sexual: 0.27%, otros síndromes de maltrato forma mixta: 11.42% y síndrome de maltrato no especificado: 15.97%.

Del total de atenciones realizadas por el MINSA en el 2005, el 73.98% corresponden a mujeres. Entre las edades de 10 a 19 años, el 69.40% son mujeres y entre el grupo etáreo de 20 a 59 años, 87.79% corresponden a mujeres. La violencia contra la mujer, trae consecuencias en su SR, manifestándose en embarazo no deseado, ITS/VIH, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos/bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica entre otras.

Según datos aportados por el MINSA, en el 2001, la mayoría de personas con SIDA adquirieron el VIH cuando eran

adolescentes o jóvenes (70% del total de casos corresponden a personas entre 20 y 39 años).

Estudios de la ONU (2012), indicaron que *“Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia psicológica y/o física fueron agredidos principalmente por un miembro de la familia (95%); en tanto que los niños y adolescentes víctimas de violencia sexual tuvieron como principal agresor a una persona fuera del entorno familiar (56%)”*.

Y estudios del MINSA (2007), concluyen que la adolescencia es el período más saludable del ciclo de vida y es una etapa de construcción de identidad individual y colectiva. La influencia del entorno social durante la adolescencia es fundamental en el desarrollo de estilos de vida y conductas determinadas.

Por ello, la intensa exposición a los mensajes estereotipados de los medios de comunicación, el debilitamiento del entorno familiar, la insuficiente y/o distorsionada información, la ausencia de valores orientadores, y el ejercicio no responsable de su sexualidad, conduce a la adopción de estilos de vida y conductas de riesgo. Razones por las que anualmente fallecen miles de adolescentes por causas externas como: homicidios, suicidios, accidentes y traumatismos o por complicaciones del embarazo, parto, post parto y aborto.

Y ante el deterioro de la salud e incremento de familias disfuncionales, es imprescindible trabajar en coordinación con los estamentos responsables y desarrollar la cultura del autocuidado y la autoresponsabilidad de la salud sexual y reproductiva. Siendo importante fortalecer conocimientos, actitudes, y percepciones de los/as involucrados/as para generar transformación y legado saludable en el país. (Ver figura 7).

Figura n° 7
Componentes educativos del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes.



2.2.3.3 Importancia de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes

Según MINSA (2010), el enfoque ampliamente aceptado por la comunidad de derechos humanos no es sencillo materializarse en políticas públicas ó en enfoques educativos, particularmente en países pobres y en sociedades inequitativas; más aún cuando estos acuerdos tienen alguna relación con el ejercicio de la sexualidad y el control de la reproducción. Esto hace que muchas veces los derechos, que son reconocidos para los adultos, encuentren serias resistencias para ser admitidos en los/las adolescentes.

Los derechos humanos son universales, pero cada etapa del desarrollo humano tiene especiales características y por tanto necesidades. Estas deben ser entendidas y atendidas a través de políticas y programas que permitan el desarrollo pleno de cada persona a lo largo de su vida. La promoción y la garantía de exigibilidad de los derechos, implica inversión presupuestaria y programática significativa que debe ser asumida con seriedad por el Estado. (FIGO, 2006).

En el caso de adolescentes, los derechos humanos tienen especiales connotaciones por las diferentes características de crecimiento y desarrollo intensivo, a nivel físico, psicológico y social en que se encuentra el ser humano en este momento de la vida.

Figura nº 8
Efectos de la no inversión en salud sexual y reproductiva y las consecuencias en adolescentes y familias

Efectos sobre la SR	Consecuencias para adolescentes	Consecuencias para familias, sociedad y el desarrollo
Embarazo precoz	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgos de complicaciones del embarazo - Deserción escolar - Menores opciones de empleo - Pobreza - Responsabilidades y presiones excesivas - Escaso Desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor morbi-mortalidad de madres y RN - Menores posibilidades de erradicar pobreza - Menor capital humano, menos capacitado, menores ingresos - Mayor crecimiento poblacional
Embarazo no deseado	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de aborto en malas condiciones - Maternidad sin unión y precoz - Número de hijos mayor al esperado - Menores oportunidades de auto desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Menores inversiones en necesidades y desarrollo de niños - Pérdida de oportunidades socioeconómicas - Mayor crecimiento poblacional
Abuso, violencia y explotación sexual. Violencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma psicológico, físico y emocionales - Embarazo no deseado, y aborto realizado en malas condiciones - Menor capacidad para establecer relaciones de confianza, intimidad y RS. - Menor libertad, vida sujeta a Temor 	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia sexual por motivos de género - Refuerzo de aceptabilidad de la violencia - Menor nivel educativo, mayor ausentismo laboral y pérdida de ingresos - Delincuencia y depresión
ITS, VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Muerte prematura o menor potencial para el auto desarrollo - Discriminación y estigma - Mayor pobreza - Infecundidad y - Orfandad 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de productividad e inversiones - Perturbación de los sistemas sociales y económicos - Sobrecarga del sistema de atención en salud - Destrucción de las redes Familiares
Subempleo, baja participación civil y social	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimientos prácticos y aptitudes - Trabajo infantil, explotación sexual, y sexo transaccional - Pobreza y Limitada expresión de intereses propios - Incapacidad para uso de instituciones democráticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Perjuicio a la estabilidad y Seguridad nacional. - Menor crecimiento económico Y desarrollo social - Mayor marginación - Poca participación en Instituciones - Jóvenes percibidos como fuente de violencia social.

Fuente: UNFPA-2008.

En el contexto, *“vivir la adolescencia implica tener asegurada la: protección, participación, acceso a servicios, acceso al trabajo, acceso al juego, arte y deporte”* (La rosa, 2006). Por ello, es imprescindible garantizar el derecho a *“ser adolescente”*, el cual incluye inversión en protección, promoción del desarrollo de habilidades y ejercicio de derechos humanos; la aceptación de esta responsabilidad social, e implica que las familias, comunidades y el Estado, garanticen que la adolescencia transcurra en un marco de afecto, contención, seguridad y promoción.

Atención que representa un elemento clave para el progreso social, económico y político. Pues no invertir en la SSR tiene consecuencias funestas no solo para los/las adolescentes y jóvenes, sino también para las familias. Entonces, se reconoce a la Salud como un derecho elemental del ser humano y a la SSR como un fundamento integral de la salud en general. Y sobre los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de los/las adolescentes es un asunto a tener en agenda para el ejercicio y garantía de esos derechos. (Ver figura N° 8).

2.2.4 Análisis conceptual de la salud sexual y reproductiva

Para una mejor comprensión se analiza de forma independiente: salud sexual, salud reproductiva y luego SSR.

La salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor. La SSR de las personas, está en

estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, y para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida (MINSA; 2002).

Según argumentos teóricos de MINSA se afirma que la SSR presenta aspectos muy importantes que son concebidos de forma integral por mujeres y varones. Responsabilidades y resolución de problemas que se relacionan más con las mujeres; por la capacidad de traer al mundo un nuevo ser. Dificultad concedida respecto al hecho de que ser madre se convierte en un destino, obligación, y no una opción de vida, que puede elegirse libremente.

En ese sentido, disfrutar de una SS no implica necesariamente tener hijos ó hijas, pues todos tenemos la opción de vivir la sexualidad sin asociarla a la reproducción.

La atención en SSR puntualiza un conjunto de procedimientos, técnicas y servicios que apoyan la salud en función sexual reproductora, y el bienestar mediante la prevención y solución de los problemas presentados en su logro.

2.2.4.1 Salud sexual

Un grupo de expertos de la OMS describe la salud sexual como: *“la integración positiva de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que contribuya al mejoramiento de la personalidad, la comunicación y el amor”* (OMS, 2009).

Es un concepto que va más allá del hecho de no padecer enfermedades, lesiones, violencia; vivir una vida sexual sin temor, vergüenza, culpabilidad ó ideas falsas sobre la sexualidad; de cuidar nuestro cuerpo; de ser capaces de tomar decisiones con respecto a nuestra sexualidad y la pareja que queremos; y el escoger formas de relacionarnos que nos hagan sentir bien con nosotras/os mismas/os y con los demás.

La salud sexual (SS) se garantiza mediante políticas y programas que den poder a las mujeres y exhorten a los varones para que asuman la responsabilidad de su propia conducta sexual.

Y precisamente, el programa de acción de la CIPD sugiere pasos para lograr la SS de mujeres y varones en todo el mundo. (CIPD, 1994). Así:

a) Equidad en las relaciones sexuales.- según el programa de acción de la CIPD: la sexualidad y la relación entre géneros constituyen el núcleo de la SSR. Para lo cual propone tres componentes básicos: identidad (cualidad de ser sexual), comportamiento (capacidad sexual) y afecto (sentimientos sexuales), recalcando y relacionando que la sexualidad envuelve algo más que sexo, función genital ó coito.

Asimismo, hay argumentos de socialización que van a influir en la sexualidad: la familia, la escuela, la iglesia, las leyes y los medios de comunicación; además hay que deducir que este aprendizaje social influye en el comportamiento, sentimientos e ideas de cada persona en razón de su sexo.

La perspectiva de equidad de género sirve para: romper con la invisibilidad de las mujeres (en la historia, en la economía, en la política y en las organizaciones, etc.); analizar cómo se ubican las mujeres y varones en cada sociedad ó comunidad, las diferencias de roles y de posiciones de poder que tienen, los beneficios a que pueden ó no acceder y las limitaciones que se establecen para cada sexo; y proponer modificaciones para las desigualdades que son injustas y que afectan a las mujeres en nuestras sociedades.

b) Eliminación de la violencia contra la mujer.- respecto al derecho de la mujer a no sufrir violencia. Pues cuando se infringe este derecho, las mujeres no pueden disfrutar libremente de sus derechos humanos básicos. La violencia basada en género, constituye uno de los aspectos que más influye en la SSR, y en el acceso a los servicios.

c) Cambios en los papeles masculinos.- en razón que muchos varones no asumen la responsabilidad de su propia conducta sexual, su fecundidad, ITS y el bienestar de sus compañeras sexuales y de los niños (as) que engendran. Siendo importante el rol de la paternidad responsable, que de no ser efectiva hay serias consecuencias en la adolescencia.

d) Asegurando que los sistemas de salud y educación aborden la sexualidad de todas las edades y las relaciones entre géneros.- es importante que los padres y las comunidades apoyen los sistemas de salud que abordan las relaciones de género y la sexualidad. La educación para la salud permite avanzar desde una mirada estrictamente sanitaria hacia una mirada integral y holística, dado que las personas son responsables de su salud.

2.2.4.2 Salud reproductiva

La salud reproductiva se define como:” *un estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedades o padecimientos, en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor, sus funciones y procesos*”. (CIPD, 1994).

En tal sentido, la salud reproductiva (SR) se refiere a aspectos de la salud relacionada con la reproducción de la especie humana, tanto en lo físico, como en lo psicológico y social. Incluye además disfrutar de una vida sexual placentera. La atención a la SR busca satisfacer las necesidades de salud, tanto de mujeres como de varones en relación con la sexualidad y la procreación.

La SR, de acuerdo a protocolos tiene componentes de atención a considerar como:

- a)** Consejería sobre: sexualidad, embarazo, aborto, infertilidad, anticoncepción, ITS.
- b)** Educación sexual y relación entre Géneros.

- c) Prevención, detección y tratamiento de infecciones del aparato reproductor, ITS, VIH/SIDA.
- d) Toma de decisiones voluntarias e informadas.
- e) Prevención y tratamiento de la infertilidad.
- f) Servicios de post-aborto seguros.
- g) Cuidado prenatal, parto y puerperio.

Es importante denotar que las necesidades básicas en SR cambian según el estrato socioeconómico, género, grupo etareo, estado civil, las expectativas y proyecto de vida de cada persona.

Y que los servicios de salud deberían satisfacer las necesidades de los usuarios, sin embargo, se ofertan servicios en los que generalmente se asumen las necesidades de las personas a partir de lo que el sistema médico supone que ellas requieren y no se responde a las necesidades “sentidas” de usuarios(as), quedando, por lo tanto, insatisfechas.

2.2.5 Análisis conceptual de la terminología eficacia

Para comprender la variable “eficacia”, se analiza primerola definición, y se plantea algunas diferencias entre eficacia y eficiencia.

2.2.5.1 Etimología. Según el diccionario de la Real Academia Española, proviene del latín - *Efficacia* – y refieren que "**Eficacia**es hacer lo necesario para alcanzar o lograr los objetivos deseados o propuestos".

Por tanto, *una empresa, organización, producto o persona es "eficaz" cuando es capaz de hacer lo necesario para lograr los objetivos deseados o propuestos. (Figuerola, 2008).* Conceptualización aplicable al interés propuesto en la investigación.

2.2.5.2 Diferencias entre eficacia y eficiencia

Según Figuerola (2008), refiere que:

Cualquier organización sabe que ganará o perderá competitividad de la forma en que maneje su eficiencia y eficacia en la productividad diaria de las operaciones. Sabe cómo resolver eficientemente una orden de compra, como responder a un problema o queja de cliente, como manejar el inventario, como administrar los proyectos, etc. definirán la posición de la compañía en el mercado.

Significa que la eficiencia y la eficacia de los procesos y la de los servicios son lo que cuentan a la hora de la competitividad en el plano de la gestión de negocios y por el público en general: eficacia y eficiencia operativa. En la administración y en los negocios, existen dos términos que en muchas ocasiones son frecuentemente confundidos por las personas.

El especialista en mención, además del especialista Weissbluth (2002) coinciden en su argumentación e indican que la *eficacia* tiene que ver con resultados, y que está relacionada con lograr los objetivos.

La *eficiencia*, en cambio, se enfoca a utilizar los recursos, de la mejor manera posible. La eficiencia y la efectividad son dos adjetivos de naturaleza cualitativa, ambos aplicables a los procesos logísticos o cualquier área en general, pues en condiciones ordinarias lo que se propone es la optimización. (Ver figura 9). En la investigación se busca analizar el programa en función de "*cuanto ha avanzado o cuanto se ha logrado en relación a sus objetivos*", y en función de ello tomar decisiones para las mejoras respectivas.

Al respecto, el autor presenta algunas acepciones:

Figura n°9
Diferencias entre eficacia y eficiencia

Eficiencia	Eficacia	Efectividad o Eficaz
<p>"Capacidad para lograr un fin empleando los mejores medios posibles".</p> <p>Está relacionado con <u>utilizar en forma óptima los recursos</u> para lograr los objetivos.</p>	<p>"Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, sin que priven para ello los recursos o los medios empleados".</p> <p>Está relacionado con <u>lograr los objetivos</u>.</p>	<p>"Cuantificación del logro de la meta". Puede ser sinónimo de eficacia cuando se define como "Capacidad de lograr el efecto que se desea".</p> <p>CASO: Un gerente de proyecto planificó una tarea de testeos en 3 semanas. Transcurrida la segunda semana se da cuenta que el plan es imposible de alcanzar dado que queda mucho por testear. Para poder cumplir con la fecha propone subdividir los testeos en distintos grupos y contratar más gente adicional para los testeos, con lo cual logra llegar al tiempo planificado. La pregunta es: el PM fue eficiente o eficaz? Se puede ser eficiente sin ser eficaz? Se puede ser eficaz sin ser eficiente? La respuesta a ambas es afirmativa.</p>

Fuente: Máster Figuerola. Conferencista especializado en administración. Argentina. 2008.

2.2.6 Análisis conceptual de las variables: nivel de conocimientos, actitudes y percepciones

Finalmente se explica primero el significado de *aprender* y luego se describe la definición teórica de las variables de investigación: el nivel de conocimientos, las actitudes, y las percepciones propiamente.

De Zubiría (1989), afirma que: "*Aprender no solamente consiste en memorizar información, sino que es necesario también otras operaciones cognitivas que implican: conocer, comprender, aplicar, analizar, sintetizar y valorar*".

Y que para “*aprender*” se necesita de cuatro factores fundamentales: inteligencia, conocimientos previos, la experiencia y la motivación.

Explica además el autor que “sin *motivación*” poco o mucho se puede lograr, significa que cualquier acción que realicemos no será completamente satisfactoria. Cuando se habla de aprendizaje, la motivación es el «*querer aprender*», y por ello resulta fundamental que el estudiante tenga el deseo de aprender. Aunque es preciso recordar que la motivación se encuentra limitada por la personalidad y la fuerza de voluntad de cada persona.

En ese sentido, según la perspectiva del autor, la *experiencia* es el «saber aprender», ya que el aprendizaje requiere de técnicas: comprensión (vocabulario), conceptual (organizar, seleccionar, etc.), repetitiva (recitar, copia, etc.) y exploratoria (experimentación). Para lo cual, es necesario una buena organización y planificación para lograr los objetivos.

Asimismo, considera el autor, que la *inteligencia* y los conocimientos previos se relacionan con la experiencia. Aspectos a considerar en el análisis y comprensión de resultados en la investigación, concerniente a conocimientos, actitudes y percepciones.

2.2.6.1 Nivel de conocimientos

De acuerdo a la teoría de Locke, Newell y Rodríguez, se analiza el nivel de conocimiento bajo un enfoque conceptual influenciado por la experiencia externa e interna del individuo motivado. Un significado que implica partir de contenidos mentales influenciados por agentes y que son captados por diversos niveles.

Según Locke (1662); *“el conocimiento es una operación del entendimiento, los objetos inmediatos sobre los que ha de versar serán las ideas (contenidos mentales) y no las cosas. Así, el conocimiento consistirá en ciertas operaciones que realizamos con las ideas, operaciones que se refieren a la capacidad que tenemos de percibir la conexión y el acuerdo o desacuerdo entre ellas”*.

Para Newell (1981), *“...los sistemas son agentes racionales y el medio es el conocimiento”*. Menciona además que *“los componentes son objetivos, acciones y cuerpos: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado”*.

El autor indica también que, la ley de comportamiento es el *principio de racionalidad*. Y que no hay leyes de composición para construir un sistema en el nivel de conocimiento: un agente tiene siempre los componentes mencionados.

Bajo la perspectiva de Newell, *“el conocimiento no puede ser percibido fácilmente, sólo puede ser imaginado como resultado de un proceso de interpretación que opera sobre expresiones simbólicas”*. Atribuir conocimiento a un sistema es lo mismo que hacemos cuando atribuimos *“facultades”* al ser humano, es decir son abstracciones de procesos biológicos complejos.

Y para Rodríguez (2008), *“el ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico”*. El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos. El conocimiento conceptual, consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. Y el conocimiento holístico es intuitivo (es decir cuidando de no relacionarlo con las premoniciones y corazonadas).

En la investigación se valorará el nivel de conocimiento en SSR en la *“Escala de Estaninos”* (valoraciones de alto, bajo, y medio); (Ver cap. III y anexo 2).

2.2.6.2 Actitudes

Para Pereyra (2001), la actitud es *“un tema determinante en nuestras vidas que llega a marcar el camino por donde habremos de transitar. Con sus compuestos históricos, y genéticos, más lo aprendido, y lo vivencial de cada día, se va generando nuestra personalidad”*.

Una de las características más buscadas es “*el compromiso*”. La persona que se compromete con todo aquello que realiza (deporte, social, y trabajo). El compromiso tiene que ver con una actitud de vida, va de la mano con las ganas, con la fuerza, el esfuerzo que se necesita para alcanzar objetivos, en cualquier aspecto de la vida en que nos toque actuar. Significa también, no bloquearse cuando el entorno le es adverso, sino el hecho de enfrentar los obstáculos y limitaciones, para lo cual debe estar preparado siempre.

En la investigación se valorará las actitudes de los/las adolescentes en SSR según la “Escala de Likert” (valoraciones de positivo, negativo, e indiferente); con puntuaciones de intensidad (1-2-3-4-5). (Ver capítulo III y ver anexo 2).

2.2.6.3 Percepciones

Según Rivera (2001), “*la percepción es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno y de uno mismo*”. Según el autor, la percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los cinco sentidos: vista, olfato, tacto, auditivo, gusto; los cuales dan una realidad física del medio ambiente. Para el caso, existe una secuencia de tres etapas:

- a) Proceso de formulación de hipótesis por parte del sujeto que se encuentra frente al objeto-estimulo. una disposición general para percibir determinados aspectos del estímulo, que sean congruentes con la orientación de la personalidad (un estado de sintonía previo).
- b) El Input o entrada de la información perceptual que proviene el medio (información en el sentido de los "estímulos-signo" aquellos que son indicadores significativos de la realidad para el individuo que formula la hipótesis).
- c) Verificación de las hipótesis previas (ya sea confirmación o rechazo de las mismas). Existía una expectativa, una tendencia a percibir selectivamente, de un modo determinado, que se confronta con las características materiales del estímulo.

De esa confrontación resultan la confirmación o el rechazo posibles de la hipótesis formulada. Asimismo, el autor sugiere que es importante diferenciar "*percepción de sensación*", ya que ambos conceptos suelen utilizarse como sinónimos.

Al respecto, la sensación es una experiencia, producto de un "*estímulo*", es decir, la respuesta a un hecho captado de los sentidos. Mientras que una "*percepción*" es la "interpretación de una sensación", aquello captado por los sentidos, que adquiere un significado y es clasificado en el cerebro. Suele decirse que la sensación es lo que precede a la percepción.

El primero es un proceso intuitivo y automático, mientras que el segundo es más elaborado y racional. En la investigación se considerará las percepciones de los y las docentes de 12 IE de 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana, cuya valoración de respuestas es analítico-holístico. (Ver cap. de metodología y ver anexo 2).

2.3 Definiciones conceptuales

Se detalla brevemente los conceptos básicos. Así:

2.3.1 Promoción de la salud

Promoción de la salud es un área de la Salud pública que estudia las formas de favorecer una mejor salud en la población para proporcionarle los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Sus áreas de acción son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, y reorientar los servicios de salud. Para ello, se nutre de disciplinas como: la epidemiología, medicina, sociología, psicología, comunicación, pedagogía, derecho y las intervenciones estructurales.

2.3.2 Programa de promoción de la salud en instituciones educativas

El Programa de promoción de la salud (PROMSA) en Instituciones educativas (IE) tiene como objetivo fortalecer las acciones nacionales de promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de toda la comunidad educativa.

Este programa responde al Convenio entre el MINSA-MINEDU suscrito el año 2002, el cual establece un trabajo coordinado y conjunto entre ambos ministerios. El desarrollo de la PROMSA en el entorno educativo está dirigido a promover en los miembros de las escuelas la vivencia de una Cultura de la Salud, con responsabilidad y solidaridad; buscando desarrollar las posibilidades de desarrollo de la persona en su familia y comunidad.

2.3.3 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) es la capacidad que tienen las/los adolescentes para tener una vida sexual y reproductiva segura y satisfactoria donde implica que los conocimientos, creencias, actitudes, y los hábitos positivos; fomenten el desarrollo de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y

equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

2.3.4 Percepción

La percepción es un proceso nervioso superior que permite al organismo a través de los sentidos recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno y de uno mismo.

2.3.5 Eficacia

La eficacia es hacer lo necesario para alcanzar o lograr los objetivos deseados o propuestos. La eficacia tiene que ver con los resultados, y está relacionada con lograr los objetivos. La eficiencia, en cambio, se enfoca a los recursos, a utilizarlos de la mejor manera posible.

2.3.6 Adolescencia

La adolescencia, según la OMS, es el período comprendido entre los 12 a 19 años. La pubertad ó la adolescencia es la primera fase, que comienza normalmente a los 11 años en las niñas y a los 12 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años.

Es una etapa de cambios significativos (físico-biológico-psicológico) que se da en el ser humano.

2.3.7 Estudiante

El término estudiantees sinónimo de “*alumno, discípulo y aprendiz*”.

Es un estudiante de categoría oficial por cuanto recibe la enseñanza oficial de un centro educativo reconocido por el Estado y es sometido a exámenesque validan sus conocimientos adquiridos. Que para el caso, son estudiantes del 5to. secundaria.

2.3.8 Institución educativa

Institución educativa es el nombre genérico de cualquier centro docente, centro de enseñanza, centro educativo, colegio, o centro de participación; es decir, toda institución que imparta educación o enseñanza, específicamente a los de nivel primaria y secundaria. Está regido bajo las directivas del MINEDU.

2.3.9 Distrito urbano marginal

Distritos en condición de pobres y muy pobres de zonas urbanas del país, que carecen de servicios básicos necesarios como es agua, alcantarillado y luz; y cuyas construcciones de viviendas son de baja calidad, insalubres e inseguras.

2.4 Formulación de hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con el bajo nivel de conocimientos y las actitudes indiferentes de los/las estudiantes del quinto de secundaria, además de las percepciones equivocadas de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.

2.4.2 Hipótesis específicas

- La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con el bajo nivel de conocimientos de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.
- La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con las actitudes indiferentes de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.
- La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con las percepciones equivocadas de

los/las docentes en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.

2.4.3 Variables (V)

- **V:** Programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas.
- **V1:** Nivel de conocimientos de estudiantes en salud sexual y reproductiva.
- **V2:** Actitudes de estudiantes en salud sexual y reproductiva.
- **V3:** Percepciones de docentes en salud sexual y reproductiva.

Tabla n°1: Matriz de la hipótesis respecto al Marco Teórico.

TEMA: “PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIONES EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA”.	
PREGUNTA: ¿Cómo se relaciona el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos y actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria y con las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012?	
HIPÓTESIS	MARCO REFERENCIA
<p>Hipótesis general</p> <p>La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con el bajo nivel de conocimientos y las actitudes indiferentes de los/las estudiantes del quinto de secundaria, además de las percepciones equivocadas de los/las docentes, en SSR; de las IE Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>RUBIO HIDROGO, Israel; en su investigación sobre “Estudio del Programa de capacitación Continua SISTOL en el desarrollo de Competencias del personal Médico y paramédico en el Hospital de la Solidaridad de Surquillo, Lima 2009-2010”; siendo su objetivo principal demostrar la influencia de dicho programa, hizo uso de un método pre-experimental, explicativo-cuantitativo, trabajó con una muestra 201 profesionales (54.3%), en la que finalmente concluye que el programa de capacitación SISTOL influye de manera significativa en el desarrollo de competencias del personal médico y paramédico; en la que destaca las diferencias procedimentales, seguidas de las actitudinales y cognitivas (en ese orden), pero sin diferencia significativa en las relaciones interpersonales entre colegas de la Institución.</p>
	<p>REMUZGO HUAMÁN, Sara Emilia, en la investigación de “GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ADOLESCENTES: Análisis del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes orientado a la Mejora de la Calidad de Atención de los servicios del Hospital de Huaycán-Lima, período 2005 al 2008”. Estudio enfocado en 3 perspectivas: Proveedores de salud, Pacientes adolescentes y Sociedad Civil. La investigación es un estudio descriptivo, comparativo, longitudinal, aplicada y que comprende además el empleo de técnicas de tipo cualitativo (entrevistas individuales) y cuantitativo (encuesta). Estudio analítico que va desde el año 2005 al 2008, siendo el objetivo general evaluar los medios que influyen en la calidad de atención de los servicios del PSSR de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán. Respecto a los resultados del grupo de adolescentes usuarios(as) y no usuarios(as) que acudieron al PSSR del Hospital de Huaycán; encontró que dicho programa no presenta adecuados factores protectores, pues hay regular conocimiento y manejo insuficiente de protocolos de atención sobre el PSSR por parte de los proveedores de la salud, los que a su vez repercuten en los conocimientos y actitudes de las/os usuarias/os adolescentes del programa, y que además se ven afectados por la ausencia de mecanismos de coordinación entre el MINSA y la Sociedad civil; dificultando la mejora de la calidad de atención de los servicios del PSSR en adolescentes de esta localidad.</p>
	<p>ESPINO Claudio, Susan y BUTRÓN, Betzabé, en su estudio “Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú, entre octubre 2000 a junio del 2002”, a iniciativa de ESAN en coordinación con el MINSA, LANATA; realizaron un estudio de investigación aplicativo, cuyo fin principal fue el implementar un programa de capacitación materno infantil (PCMI) a nivel nacional. Siendo las provincias elegidas: Ayacucho (Hospital de Huamanga y Hospital Huanta, C.s. de Cangallo y C.S. de Querecotillo), Piura (Hospital Sechura y Hospital de Paita, C.s. de Ocoña); Arequipa (Hospital Regional Honorio delgado y Hospital de Camaná, C.S. de Moche); La Libertad (Hospital Regional de Trujillo, Hospital del Chepén, Hospital Bellavista) y San</p>

	Martín (Centro materno Peri natal de Tarapoto, Hospital Banda de Chiclayo, C.S. de Picota). Equipo de trabajo que contó con la asesoría permanente de USAID. Varios elementos de esta propuesta en la etapa de implementación del PCMI fueron incluidos en los sistemas de auto supervisión y evaluación que el Proyecto 2000 diseñó para los hospitales, para mantener y optimizar los sistemas de mejoramiento continuo de la calidad.
<p>Hipótesis específicas</p> <p>1. La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con el bajo nivel de conocimientos de los/las estudiantes del quinto de secundaria en SSR; de las IE Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>MIMBELA CUBILLA Teresa; en su estudio sobre “Programa de educación sexual en salud reproductiva en relación a conocimientos y actitudes de los adolescentes de Instituciones educativas del distrito de San Borja”,2010; concluye que realizó un estudio cuasi experimental de tipo descriptivo, comparativo y longitudinal, en la cual hace evaluaciones antes y después de la aplicación del programa a estudiantes de 4to. y 5to. de secundaria. El programa aplicado a los estudiantes de San Borja, si mejoró la educación en salud reproductiva respecto a los conocimientos y actitudes respectivamente.</p> <p>GARCÍA SÁNCHEZ, Flormira; en su investigación sobre “Nivel de Conocimientos en salud reproductiva de los adolescentes escolares de Cuzco- Sicuani y Manganí antes y después de la aplicación de un módulo educativo, Cuzco-2000”, encontró que el 36% de los adolescentes varones conocían Métodos Anticonceptivos (MAC) y que después de aplicado el módulo educativo, se encontró que un 50% de estos adolescentes ya conocen por lo menos 3 ó más MAC, siendo los más usuales: los preservativos, las píldoras y los inyectables. Reconoce la importancia de las capacitaciones.</p> <p>DÁVILA GARCÍA, Adriana, SÁNCHEZ RONDÓN, Karin y CHILÍN ROJAS, Noelia. En su estudio sobre la “Influencia del nivel de conocimiento en las actitudes sobre Salud Sexual y Reproductiva de los alumnos de 4to. y 5to. de secundaria del Liceo Naval, Lima-2000”; Su diseño es transversal. Su muestra es de 1480 estudiantes, e identificaron que el nivel de conocimiento es medio (57.6%) y la actitud es indiferente (52.4%); y también determinaron que el nivel de conocimientos si influye en las actitudes de los adolescentes.</p> <p>MACCHI BENITES, Leite S., Corvalán A., Nuñez C., Ortigoza D.; en su estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay-2008”. Estudio transversal correlacional. Una muestra de 880 jóvenes. Cuyos resultados revelan jóvenes en situación de riesgo de contraer VIH/SIDA. Sugiere la necesidad de empoderar los programas y proteger a este importante grupo de vida.</p> <p>HUAMÁN CANCHARI, Yudi y JUSTO ÑAUPA, Ayda; en su estudio sobre “Nivel de conocimientos y actitudes asociado al comportamiento sexual: adolescentes varones. Centro nacional nuestra señora de Guadalupe y San Julián, Lima-2000”; concluyen que el nivel de conocimientos está relacionado con sus opiniones y actitudes sobre SSR, y que los medios de comunicación masiva y el medio donde se desarrolla influyen en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, colocando en posición de mayor riesgo a adolescentes de colegios nacionales frente a adolescentes de colegios particulares. Considerando con ello una actitud negativa con indicios de inequidad educativa.</p>
<p>2. La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con las actitudes</p>	<p>ESLAVA JIMENO Miriam; en su estudio sobre “Influencia del Manual de educación sexual integral en el nivel de conocimientos y actitudes de la salud sexual y reproductiva en el colegio parroquial Santa Rosa, Lima-2009”, concluye que realizó un estudio no probabilístico intencionado. Teniendo como muestra a 386 estudiantes. Demostrando que hay razones valederas que sostienen la eficacia de la técnica empleada, dando mejores resultados, y transformando los conocimientos y actitudes de los adolescentes intervenidos.</p> <p>AYALA, Silvia; Gumersindo David Fariña López y Vidal Salazar Sánchez en su estudio sobre “Importancia de la perspectiva de género en el ámbito educativo de los adolescentes, México-2008”; su diseño es descriptivo, y su muestra es de 450</p>

<p>indiferentes de los/las estudiantes del quinto de secundaria en SSR; de las IE Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>adolescentes. Donde, muestran que las características de género es un factor que debe ser atendido en el ámbito educativo, ya que influye significativamente en la convivencia escolar y en las oportunidades de desarrollo para varones y mujeres adolescentes. En su estudio se encontró además, elementos actitudinales en transición hacia una perspectiva de género más equitativa. Sin embargo existen actitudes que pueden ser tratadas y modificadas en el plano educativo con eficacia.</p> <p>CORDOVA María, González Ricardo, McKay Abigail, Montoya Oswaldo, Ruiz Eyra y Vargas Rodrigo. En la investigación sobre “La SSR también es un asunto de hombres, Costa Rica-2002”, OPS/GTZ; concluyen que para la promoción de la participación de los varones en los programas de SSR en Centroamérica, es primordial tratar de incorporarlos en los roles de atención de la casa y la atención de los hijos; para luego ser involucrados en la prevención de sus roles reproductivos.</p>
<p>3. La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con las percepciones equivocadas de los/las docentes en SSR; de las IE Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>CONDOR SURICHAQUI, Eva Elsa, en su estudio sobre “Actitudes y autoestima hacia la sexualidad en adolescentes de la ciudad de Cerro de Pasco-2002”, encontró a adolesc. con niveles de medio a alto de autoestima, por lo general hubo predominio de actitudes sexuales conservadoras respecto a: la sexualidad, las relaciones sexuales en la adolesc. y la virginidad.</p> <p>REMUZGO HUAMÁN, Sara Emilia, en la investigación de “Nivel de Conocimientos, Actitudes y Percepciones Masculinas en SSR. Hospital de Huaycán, Lima-2009”. Estudio de Varones de cuatro etapas de vida (adolescente-joven-adulto-adulto mayor).El objetivo de la investigación fue determinar la manera en que influye el Nivel de Conocimientos, las Actitudes y las Percepciones en salud sexual y reproductiva sobre la participación masculina en el rol reproductivo, según cuatro etapas de vida, utilizando técnicas de tipo cuantitativo (encuesta) y cualitativo (entrevistas individuales), aplicados a una muestra de 120 varones (30 por cada grupo etareo). Concluyendo que en el Hospital de Huaycán existe una ausencia o nula participación de los Varones en el rol reproductivo, y justamente, los varones adolescentes que están en la era de la globalización, que cuentan con Tutores, Maestros y especialistas de la Salud en el abordaje de temas de Consejería en Educación Sexual, además de estar en contacto permanente con la tecnología; aún presentan un Nivel de Conocimientos de Medio a bajo y Actitudes negativas e indiferentes sobre Salud Sexual y Reproductiva; ya que sus percepciones se ven influenciadas erróneamente por paradigmas machistas, limitando una eficiente toma de decisiones respecto al cuidado de su salud reproductiva.</p> <p>HURTADO LA ROSA, Raquel, en su estudio “Caracol de piedra. Fragilidad y fortaleza: Aproximaciones al doble discurso de los hombres en Lima Metropolitana, Lima-2009”, realiza una importante investigación , cuya metodología es el diseño cualitativo del estudio de base MACHO; en la que pretende ser un referente explicativo de las masculinidades en Lima- Metropolitana, y para ello toma en cuenta aspectos como la edad, condición socioeconómica, nivel educativo y otras variables que contribuyan a definir y entender la existencia de una masculinidad tradicional, recogiendo a su vez, propuestas para la construcción de una masculinidad inclusiva y equitativa. Realiza un total de 6 grupos focales de varones entre 15 a 60 años y realiza además 10 entrevistas en profundidad semiestructuradas; concluyendo que aun somos un país en desarrollo en cuestiones de participación masculina en el rol reproductivo, específicamente la de los varones adolescentes que se expresan en forma indiferente y arriesgada respecto al cuidado de su salud; por lo que nos convoca a realizar grandes cambios, asumiendo la responsabilidad social como eje y retos que cumplir en adelante, pues el camino en temas de SSR de Varones aun está en construcción.</p>

Fuente: Elaborado por Mg. Sara Remuzgo H./USMP Agosto del 2011.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

Los especialistas en investigación, afirman que “*el diseño*” es un capítulo dedicado al plan ó estrategia que se desarrolla para obtener la información necesaria que se requiere en una investigación.

Es por ello que, en este capítulo se detalló el diseño y el tipo de investigación, la población, la muestra, y una breve descripción de la población (zonas urbano marginales de: Lurín, Pachacámac, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, Comas, Ate, Puente Piedra, y San Juan de Lurigancho). Asimismo, en el tamaño de la muestra, se considerará los criterios de inclusión y exclusión, la operacionalización de las variables, la técnica de recolección de datos, la descripción de los Instrumentos, la validez y confiabilidad de los instrumentos, las técnicas para el procedimiento de análisis de datos, y finalmente se definirá los aspectos éticos a abordar en la investigación.

3.1 Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es no experimental; de tipo transversal, descriptivo-correlacional, y observacional; donde se hará uso del enfoque mixto (métodos cuantitativos y cualitativos). Es transversal, porque nos permitirá estimar la magnitud y la distribución de una condición en un momento dado. Es descriptivo correlacional porque nos permitirá describir la experiencia y correlacionarlo con las variables propuestas en la investigación. Y es observacional porque permitirá la revisión documental del programa y la descripción del entorno propiamente.

Para el enfoque cuantitativo se hará uso de la técnica de encuestas y para la parte observacional y cualitativa se hará uso de una ficha descriptiva y entrevista respectivamente, a las 12 IE de 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana. (Ver figura 9).

Figura n° 10
Propuesta del diseño metodológico



Fuente: Elaboración propia de Sampieri, H.-Lima 2012.

3.2 Población y muestra

Para analizar la población y la muestra se inicia primeramente con una breve descripción diagnóstica de los 09 distritos Urbano marginales, según PROPOLI. La población total de estudiantes en los 09 distritos es de 68,638 (ver tabla 1 y figura 11-12).

Descripción de la población:

La investigación se llevará a cabo en 12IE del quinto de secundaria entre agosto del 2010 a diciembre del 2012, de 09 distritos urbano marginales (análisis dado por el programa de lucha contra la pobreza en Lima metropolitana: PROPOLI), comunidades donde predominan el estrato socioeconómico bajo y que en su mayoría son inmigrantes de las provincias de nuestro país (principalmente de la zona norte y sierra).

Según resultados del Instituto nacional de estadística e informática (INEI-2005) de los diez distritos de intervención de PROPOLI, los que presentaron mayor incidencia de pobreza, por necesidades básicas insatisfechas fueron: Lurín, Pachacámac, Ventanilla y Puente Piedra, con alrededor del 48%. Los dos primeros distritos están ubicados en el Cono Sur y los otros dos en el Cono Norte.

Es importante destacar que estos distritos son los mismos que aparecen en el ranking del Mapa de pobreza del Ministerio de economía y finanzas (MEF-2001) como los más pobres. Si bien estos diez distritos son los más pobres en Lima Metropolitana (en el estudio no se consideró al distrito de Ventanilla, ya que pertenece a la Región Callao, por lo que se trabaja 09 distritos). La fuente PROPOLI indica que la incidencia de pobreza varía desde un 20,9% a un 49,2%, que corresponden a los distritos de Comas y Lurín, respectivamente. Los distritos con la menor incidencia de pobreza son Comas y San Juan de Miraflores (SJM), con 21% y 24%, respectivamente. Por otro lado, la incidencia de pobreza extrema en estos diez distritos varía desde un 3% a un 16%.

El informe muestra que el distrito con menor incidencia de pobreza extrema es Comas, con 3,3%, seguido por SJM y San Juan de Lurigancho (SJM), con 7,5% y 7,8%, respectivamente. Mientras, los distritos de Pachacámac y Lurín presentan la más alta incidencia, con 16% aproximadamente. Por ello es importante considerar que en esta encuesta se ha estimado la incidencia de pobreza de los hogares según la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), donde setiene un gran componente vinculado a la provisión de infraestructura básica.

Es preciso considerar que en estos últimos diez años ha habido una ampliación de servicios básicos en todo el territorio nacional.

Es probable que esta incidencia de la pobreza no se haya reducido en la misma forma si se tomara en cuenta la línea de la pobreza. Para el total de los distritos priorizados por PROPOLI, el número de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años: 13,424 ya son madres o se encuentran embarazadas. Los distritos de SJL y Comas agrupan al 40% de madres adolescentes en los diez distritos. La mayor parte de los embarazos de las adolescentes no son deseados.

El INEI (2005) y el PROPOLI, en las zonas Urbano marginales de Lima metropolitana puso a disposición del público usuario, el estudio de registro y caracterización de la población en riesgo. Estos grupos de riesgo son: *“Niños y adolescentes que trabajan, madres adolescentes y personas con discapacidad, en situación de pobreza extrema”*, en los distritos de: Lurín, Pachacámac, Villa el Salvador (ES), Villa María del Triunfo (VMT), SJM, Comas, Puente Piedra, Ventanilla, SJL, y Ate.

Información y diagnóstico exploratorio extraído de fuentes secundarias y primarias: fuente virtual y local; elaborada en base a la data recolectada en el Censo de dichos distritos; los cuales se presentan así:

a) Zona urbano marginal de Lurín

Según este informe, Lurín tiene una superficie de 181,12 km², con una población de 53 mil 256 habitantes, y que hay riesgo en un 41,0% del total de la población proyectada.

El distrito, se encuentra concentrada y/o dispersa y en la gran mayoría son zonas de cultivo. Se ha observado, que el acceso al consumo de agua y servicio higiénico esta en forma creciente a la inversión social del Fondo Nacional de Cooperación para el Desarrollo (FONCODES), y hay auto construcción de letrinas en todas las viviendas (crecimiento horizontal). (MINTRA, 2007).

Al 2005, se ha registrado 21 mil 838 personas en las zonas urbano marginales del distrito de Lurín, el 34,9% (7 mil 618 personas) quienes se encontraban en situación de pobreza, al presentar al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI), de la cuales el 27,0% eran pobres no extremos y el 7,8% es pobre extremo. El 54,1% de la población tiene edades comprendidas entre 18 y 59 años y solamente el 4,3 % tiene 60 y más años de edad.

La población con NBI presenta una estructura de edades predominantemente joven, donde el 49,4% son menores de 20 años de edad.

El 60,2% de la población de 15 y más años de edad tiene educación secundaria, mientras que solamente el 15,5% adquirió algún nivel de estudios superiores (superior no universitaria o universitaria).

En estas zonas el 7,8% (158) de las adolescentes entre 12 a 19 años de edad ya son madres o se encuentran embarazadas. La mayoría de las madres o embarazadas adolescentes (57,6%) se encuentra en unión consensual. El 79,7% de las madres o embarazadas adolescentes ha estudiado algún año de educación secundaria (43,7% secundaria incompleta y el 36,0% (secundaria completa), el 16,5% tiene educación primaria (9,5% primaria incompleta y el 7.0 primaria completa), y el 3.2% algún estudio técnico.

El 34,8% de las madres o embarazadas adolescentes se encuentran trabajando, y el 59,5% no tienen empleo. Asimismo, la mayoría de las madres o embarazadas adolescentes no cuenta con ningún tipo de seguro de prestaciones de salud (84,2%), sólo el 15,8% tiene un seguro de salud.

b) Zona urbano marginal de Pachacámac

Pachacámac es considerado como un distrito turístico, ecológico productivo cuya población está en proceso de integración social. Tiene

una superficie de 160,23 km², con una población de 35 mil 745 habitantes.

De este estudio, se ha registrado 27 mil 516 personas en las zonas urbano marginales del distrito de Pachacámac, donde el 41,7% (11 mil 468 personas) se encontraban en situación de pobreza, al presentar al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) de la cuales el 30,0% eran pobres no extremos y el 11,7% es pobre extremo. El 53,1% de la población tiene edades comprendidas entre 18 y 59 años y solamente el 3,1 % tiene 60 y más años de edad.

La población con NBI presenta una estructura de edades predominantemente joven, donde el 50,8% son menores de 20 años de edad. El 60,4% de la población de 15 y más años de edad tiene educación secundaria, mientras que solamente el 12,7% adquirió algún nivel de estudios superiores (superior no universitaria o universitaria).

El 48,8% de niños (as) y adolescentes que trabajan viven en hogares con al menos una NBI y el 51,2% residen en hogares con NBS. El 55,6% son hombres, y el 44,4% son mujeres. De los niños/as y adolescentes que trabajan, el 48,8% son niños (as). Los niños (as) y adolescentes trabajan: el 15,9% como vendedores al por menor, el 13,2% como personal doméstico, el 7,2% como limpiadores de establecimientos, el

6,5% como personal de servicios no clasificados, el 5,6% como albañiles, el 5,4% vendedor ambulante de productos alimenticios manufacturados, el 3,5% son peones de la construcción de edificios, entre las principales ocupaciones.

El 30,1% de niños (as) y adolescentes que trabajan ha logrado estudiar algún año de educación primaria, el 49,9 % tiene secundaria incompleta, 18,2% secundaria completa, 0,3% educación inicial y el 1,2% superior no universitaria incompleta.

De los 129 niños (as) y adolescentes que trabajan y asisten a algún grado de educación primaria, el 31,0% recibieron desayuno escolar. Asimismo, el 45,0% de los que trabajan accedieron al programa de distribución de libros y cuadernos. El 19,8% de niños(as) y adolescentes que trabajan tienen acceso a un seguro de salud (154) y el 80,2% carece de este servicio. Y los 14 niños (as) y adolescentes que trabajan no tienen partida de nacimiento. Mientras, 187 niños(as) y adolescentes que no trabajan no tienen partida de nacimiento.

Asimismo, el 7,3% (177) de las adolescentes entre 12 a 19 años de edad de las zonas urbano marginales del distrito de Pachacámac ya son madres o se encuentran embarazadas.

La mayoría de las madres o embarazadas adolescentes (62,7%) se encuentra en unión consensual. El 32,8% son madres solteras, el 3,4 se encuentran separadas o están divorciadas y solamente el 1,1% son casadas.

El 75,1% de las madres o embarazadas adolescentes ha estudiado algún año de educación secundaria (51,4% secundaria incompleta y el 23,7% secundaria completa), el 23,2% tiene educación primaria (13,0% primaria incompleta y 10,2% primaria completa) y el 1,1% ha logrado estudiar algún año de educación superior no universitaria. (MINTRA, 2007).

c) Zona urbano marginal de San Juan de miraflores

Según INEI (2005); SJM es considerado comparativamente uno de los distritos más pequeño del cono sur. Tiene una superficie de 23,98 km², con una población de 392 mil 796 habitantes. De las zonas urbano marginales: 74 mil 613 personas, el 31,6% (23 mil 595 personas) se encontraban en situación de pobreza, al presentar al menos una NBI, de las cuales el 23,6% eran pobres no extremos y el 8,0% es pobre extremo y 68,2% los no pobres.

El 58,2% de la población tiene edades comprendidas entre 18 y 59 años y solamente el 3,9 % tiene 60 y más años de edad.

La población con NBI presenta una estructura de edades predominantemente joven, donde el 48,8% son menores de 20 años de edad. El 63,1% de la población de 15 y más años de edad tiene educación secundaria, mientras que solamente el 15,1% adquirió algún nivel de estudios superiores (superior no universitaria o universitaria).

Se ha registrado a 20 mil 142 personas entre 6 a 17 años de edad. Del total (817) que reportaron estar trabajando, 215 son niños (as) y 602 adolescentes. El 43,3% de niños (as) y adolescentes que trabajan viven en hogares con NBI y el 56,5% residen en hogares con NBS. El 56,3% son hombres, y 43,7% son mujeres.

De los niños (as) y adolescentes trabajan: el 18,7% como vendedores al por menor, el 9,8% como personal doméstico, el 7,1% como vendedores ambulantes de productos alimenticios, el 5,6% como limpiadores de establecimientos, el 4,3% como personal de servicios no clasificados, el 2,6% son conductores de vehículos de motor (moto taxistas), el 2,3% son peones de la construcción de edificios, entre las principales ocupaciones.

Casi la mitad (45,9%) de los niños (as) y adolescentes que desempeñan una actividad económica, trabajan más de 40 horas semanales, observándose mayor proporción de niños (as) y adolescentes que residen en hogares con necesidades básicas insatisfechas (pobres) que niños (as) y adolescentes de hogares con necesidades básicas satisfechas (NBS) trabajan más de 40 horas semanales, así, mientras el 46,8% de los pobres trabaja más de 40 horas semanales, los no pobres lo hace el 45,0%.

El 5,1% (357) de las adolescentes entre 12 a 19 años de edad ya son madres o se encuentran embarazadas. La mayoría de las madres o embarazadas adolescentes (52,4%) se encuentra en unión consensual. El 34,2% son madres solteras el 11,8% se encuentran separadas o están divorciadas y solamente el 1,4% son casadas.

El 89,9% de las madres o embarazadas adolescentes ha estudiado algún año de educación secundaria (53,5% secundaria incompleta y el 36,4% secundaria completa), el 8,4% tiene educación primaria (3,6% primaria incompleta y 4,8% primaria completa) y el 1,7% ha logrado estudiar algún año de educación superior no universitaria. El 22,1% de las madres o embarazadas adolescentes se encuentra trabajando, 77,3% no tienen empleo.

Por NBI el 26,4% trabaja, mientras por NBS el 19,2% trabaja. Las madres o embarazadas adolescentes que laboran: 14 lo hacen como comerciantes al por menor, 7 como empleadas domésticas, y 5 como vendedoras ambulantes, etc., quienes en su mayoría no cuenta con ningún tipo de seguro de prestaciones de salud (88,2%), y sólo el 11,8% tiene un seguro de salud. (MINTRA, 2007).

d) Zona urbano marginal de Villa el salvador

Villa el salvador (VES) es considerado como uno de los distritos más populosos y joven, cuenta con cuatro zonas bien definidas como: zona urbana y de comercio, zona agropecuaria, zona industrial y zona de playa. Tiene una superficie de 35,46 km². Según la encuesta 2005, tiene una población de 348 mil 637 habitantes. Los resultados del empadronamiento de la población en riesgo ha registrado a 108 mil 160 personas, que representa el 31,0 % del total de la población.

De este grupo de personas, el 28,6% (30 mil 892 personas) se encontraban en situación de pobreza, al presentar al menos una NBI, de la cuales el 22,6% eran pobres no extremos y el 6,0% es pobre extremo.

El 55,9% de la población tiene edades comprendidas entre 18 y 59 años y solamente el 4,2 % tiene 60 y más años de edad. La población con NBI presenta una estructura de edades predominantemente joven, donde el 49,1% son menores de 20 años de edad. El 62,4% de la población de 15 y más años de edad tiene educación secundaria, mientras que solamente el 17,3% adquirió algún nivel de estudios superiores (superior no universitaria o universitaria).

Asimismo, de unas 29 mil 581 personas entre 6 a 17 años de edad, del total (1984) que reportaron estar trabajando, 633 son niños (as) y 1351 adolescentes. El 38,1% de niños (as) y adolescentes que trabajan viven en hogares con al menos una NBI y el 68,1% residen en hogares con NBS. El 50,3% son hombres, y 49,7% son mujeres.

Los niños (as) y adolescentes trabajan: el 20,5% como vendedores al por menor, el 9,0% como personal doméstico, el 5,7% como limpiadores de establecimientos, el 6,7% como personal de servicios no clasificados, el 0,9% como albañiles, el 4,7% vendedor ambulante de productos alimenticios manufacturados, el 2,4% son peones de la construcción de edificios, entre las principales ocupaciones.

El 37,8% de los niños (as) y adolescentes que desempeñan una actividad económica, trabajan más de 40 horas semanales, observándose mayor proporción de niños (as) y adolescentes que residen en hogares con necesidades básicas insatisfechas (pobres) que niños (as) y adolescentes de hogares con NBS trabajan más de 40 horas semanales, así, mientras el 39,5% de los pobres trabaja más de 40 horas semanales, los no pobres lo hace el 36,8%.

Mientras el 6,0% (586) de las adolescentes entre 12 a 19 años de edad ya son madres o se encuentran embarazadas. La mayoría de las madres o embarazadas adolescentes (51,2%) se encuentra en unión consensual. El 36,2% son madres solteras, el 8,5% se encuentran separadas o están divorciadas y solamente el 4,1% son casadas. (MINTRA, 2007).

El 85,2% de las madres o embarazadas adolescentes ha estudiado algún año de educación secundaria (47,1% secundaria incompleta y el 38,1% secundaria completa), el 10,9% tiene educación primaria (5,8% primaria incompleta y 5.1% primaria completa) y el 3,7% ha logrado estudiar algún año de educación superior no universitaria o universitaria.

e) Zona urbano marginal de Villa maría del triunfo

De 97 mil 634 personas, el 36,8% (35 mil 929 personas) se encontraban en situación de pobreza, al presentar al menos una NBI, de la cuales el 26,0% eran pobres no extremos y el 10,8% es pobre extremo. El 56,1% de la población tiene edades comprendidas entre 18 y 59 años y solamente el 4,1 % tiene 60 y más años de edad.

La población con NBI presenta una estructura de edades predominantemente joven, donde el 49,6% son menores de 20 años de edad. El 61,8% de la población de 15 y más años de edad tiene educación secundaria (completa y incompleta), mientras que solamente el 16,5% adquirió algún nivel de estudios superiores (superior no universitaria o universitaria).

Asimismo, de 26 mil 716 personas entre 6 a 17 años de edad, unos (1 mil 582) que reportaron estar trabajando, 480 son niños (as) y 1102 adolescentes. El 46,8% de niños (as) y adolescentes que trabajan viven en hogares con al menos una NBI y el 53,2% residen en hogares con NBS. El 57,1% son hombres, y 42,9% son mujeres.

Los niños (as) y adolescentes trabajan: el 20,7% como vendedores al por menor, el 11,13% como personal doméstico, el 5,9% como limpiadores de establecimientos, el 9,7% como vendedores ambulantes,

el 3,9% como personal de servicios no clasificados, el 2,4% son conductores de vehículos de motor (moto taxistas), el 2,4% son peones de la construcción de edificios, entre las principales ocupaciones.

El 39,1% de los niños (as) y adolescentes que desempeñan una actividad económica, trabajan más de 40 horas semanales, observándose igual proporción de niños (as) y adolescentes que residen en hogares con necesidades básicas insatisfechas (pobres) que niños (as) y adolescentes de hogares con NBS trabajan más de 40 horas semanales, así, mientras el 41,6% de los pobres trabaja más de 40 horas semanales, los no pobres lo hace el 36,9%.

Se reportó asimismo, que el 6,1% (512) de las adolescentes entre 12 a 19 años de edad de las zonas urbano marginales del distrito de Comas ya son madres o se encuentran embarazadas. La mayoría de las madres o embarazadas adolescentes (53,5%) se encuentra en unión consensual.

El 34,4% son madres solteras el 8,4% se encuentran separadas o están divorciadas y solamente el 3,7% son casadas. El 80,9% de las madres o embarazadas adolescentes ha estudiado algún año de educación secundaria (46,3% secundaria incompleta y el 34,6% secundaria completa), el 14,1% tiene educación primaria (5,7% primaria incompleta

y 8,4% primaria completa) y el 4,3% ha logrado estudiar algún año de educación superior no universitaria. (MINTRA, 2007).

f) Zona urbano marginal de Comas

Según DESCO-UNI, con apoyo de PROPOLI; el estudio del distrito de Comas, indica que fue creado en 1961 y cuenta con una población de 496,100 habitantes, que viven en un área geográfica netamente urbana. Este distrito es el más poblado de los tres seleccionados por PROPOLI en el cono norte, representando el 60% de la población total de esos tres distritos.

El cono norte es un espacio geopolítico de vida y planificación integrado por los nueve distritos de la zona norte de la ciudad de Lima. Estos distritos están articulados principalmente por la carretera Panamericana y por la parte baja del río Chillón.

Ocho de estos distritos pertenecen a la provincia de Lima y uno a la provincia constitucional del Callao.

Según estos estudios, el 14% de la población juvenil tiene ingresos de menos de 250 soles mensuales, lo que lo coloca en la pobreza extrema.

El 49% tiene ingresos mensuales de 251-500 soles, lo que lo coloca en la pobreza. Por lo tanto, el 63% de la POJ es pobre en términos de ingresos.

El 15% tiene ingresos mensuales de 501-750 soles; el 17% de 751-1000 soles y el 5% de más de mil soles. Las mujeres ganan menos que los hombres. El 64% de la población ocupada femenina juvenil gana menos de 500 soles al mes, frente al 62% de los hombres. Solo el 8% de los hombres y el 1% de las mujeres ganan más de mil soles al mes.

Todos los que tienen hasta primaria completa solo trabajan en microempresas. También trabaja en microempresas el 89% de los que tienen secundaria incompleta, el 63% de los que tienen secundaria completa, el 44% de los que tienen superior no universitaria incompleta, el 46% de los que tienen superior no universitaria completa, el 45% de los que tienen superior universitaria incompleta y el 27% de los que tienen superior universitaria completa.

El porcentaje de los que trabajan en la mediana y gran empresa no es alto, pero tiende a aumentar a mayor nivel educativo: 3% entre los que tienen secundaria incompleta; 16%, secundaria completa; 19%, superior no universitaria incompleta; 10%, superior no universitaria completa; 30%, universitaria incompleta; y 31%, universitaria completa.

La mayoría de la Población Ocupada Juvenil (POJ) viven en condiciones de trabajo muy deplorables, independientemente de su nivel de educación.

Asimismo, la Subgerencia de Juventudes, la Mesa de Concertación de Juventudes y el Programa Municipal Mi Jato (Centro de atención a la violencia juvenil) son los siguientes: el incremento en la participación de adolescentes y jóvenes en “pandillas” y “barras bravas”, el embarazo adolescente, las ITS y el VIH, y el consumo de sustancias psicoactivas. Problemas que han sido recogidos por el Programa "Mi Jato" para su intervención sistematizada, especializada y profesional y lograr con éxito los objetivos esperados. (MINTRA, 2007).

Para todos los casos, el común denominador de estos problemas son: el desempleo juvenil, el limitado acceso a la educación formal, la desintegración familiar y la intervención fragmentada y desarticulada en materia de juventudes por parte de las dependencias del Gobierno Central.

g) Zona urbano marginal de Ate

Según estudios de la organización internacional de apoyo para los fondos de vivienda (CARE-FOVIDA-2004), el distrito de Ate se encuentra en la parte media del valle del Rímac, al este de la

ciudad de Lima. Limita por el norte con SJL, por el sur con La Molina y Cieneguilla, por el este con el Agustino y San Luis, y por el oeste con Chaclacayo.

La fecha de creación de Ate se remonta a la época de la Independencia (inicios de 1821). Ate representa el 31,7% de la población total de los dos distritos seleccionados por PROPOLI en el Cono Este. Está conformado por 7 distritos, articulados por la Carretera Central, que es una vía de tránsito obligatorio a la sierra central del país y que atraviesa todo el Cono. Estos distritos se ubican en las zonas medias y altas de los cerros de la cuenca del río Rímac.

En cuanto al peso poblacional de los distritos, SJL es el que tiene la mayor población, con aproximadamente 44% de la población total del Cono Este, lo que significa que casi la mitad de la población del Cono Este se encuentra en este distrito. Seguidamente se ubica Ate, cuya población representa el 20,0% del Cono Este; en tercer lugar está El Agustino, con 11,0% de la población total del Cono Este.

La economía del cono este se sustenta fundamentalmente en el comercio y los servicios, como consecuencia de la reconversión de la industria hacia el comercio en los años noventa, y por el problema de la menor demanda de empleo, que posibilita el comercio de la pequeña y mediana empresa (Pyme) en estos sectores.

h) Zona urbano marginal de Puente piedra

El distrito de Puente Piedra fue creado en 1927 y tiene una población de 168,073 habitantes, que representa el 20% de la población total de los tres distritos seleccionados por PROPOLI en el Cono Norte. Este distrito tiene población rural ligada con la actividad agrícola y pecuaria.

El Cono Norte es el espacio geopolítico de vida y planificación integrado por los nueve distritos de la zona norte de la ciudad de Lima. Estos distritos están articulados principalmente por la carretera Panamericana y la parte baja

del río Chillón. Ocho de ellos pertenecen a la provincia de Lima y uno a la Provincia Constitucional del Callao. En esta región metropolitana vive la cuarta parte de la población limeña, 1'800,000 habitantes, encontrándose en su ámbito el segundo y tercer distrito más poblados de Lima: Comas y San Martín de Porres, los cuales concentran casi el 50% de la población total del Cono Norte. Mientras el Hospital de Puente Piedra, 2010 reportó que; el embarazo en adolescentes ha creado problemas educativos ya que constituye la segunda causa de deserción escolar, limitando así la posibilidad de desarrollo y sus proyectos de vida.

i) **Zona urbano marginal de San Juan de Lurigancho**

ENDES (/2007), refiere que la zona de SJL, es uno de los 43 distritos de Lima, que tiene una población de 898.443 habitantes. SJL es el distrito más poblado del Perú y de América Latina; ubicándose en el extremo nororiental de la ciudad de Lima, en la quebrada que lleva el mismo nombre del distrito, formada por las estribaciones andinas en las que penetra la urbe.

El Área de desarrollo en SJL, abarca 65 comunidades, donde el 78.5% de las comunidades se encuentran en situación de pobreza y el 21.5% en condiciones de extrema pobre. Del mismo modo, el 30.2% de la PEA son asalariados y el 69.8% se dedica al comercio y servicios, ello significa que gran cantidad de pobladores crean sus empleos desarrollando actividades de auto-generación de empleo e ingresos.

Respecto a las viviendas: al inicio fueron de material rústico, hoy en día son de ladrillo y cemento, aunque construidas sin ningún apoyo técnico.

La población tiene acceso a servicios educativos y de salud, aunque estos servicios no son necesariamente de calidad. La desnutrición crónica llega a 17.14% en los niños menores de 6 años, aumentando en zonas de extrema pobreza al 31%. El 1.5% de los niños presenta desnutrición aguda.

Asimismo, según el Hospital materno, en dicha institución se atiende un promedio de 300 partos adolescentes cada mes y recibe gestantes en su mayoría adolescentes, quienes se encuentran en abandono social porque son víctimas de la desatención de sus padres, de agresiones físicas y de abuso sexual, generalmente cometido por familiares cercanos. Y que en el 60% de los casos de madres adolescentes se encuentran abandonadas por sus parejas. (MINTRA, 2007).

La **Muestra**: Para determinar el tamaño de la Muestra (grupo de enfoque cuantitativo), se empleó la siguiente fórmula estadística:

Figura n° 11
Fórmula para determinar la Muestra



Fuente: Elaboración propia-Universidad San Martín de Porres- Prof. estadística-2012.

Entonces aplicando la fórmula, encontramos que **n=382**. Y para determinar el tamaño de muestra se desarrolló así:

$$N_h = \frac{N_h}{N} * n \text{ Así: } n_{ate} = 10476/68638 * 382 = 58$$

N

Donde $N_h = 10476$ y $n_h = 58$. Ver Fig.10 y tabla 2:

Tabla n° 2
Número de estudiantes de instituciones educativas de zonas urbano marginales de Lima metropolitana

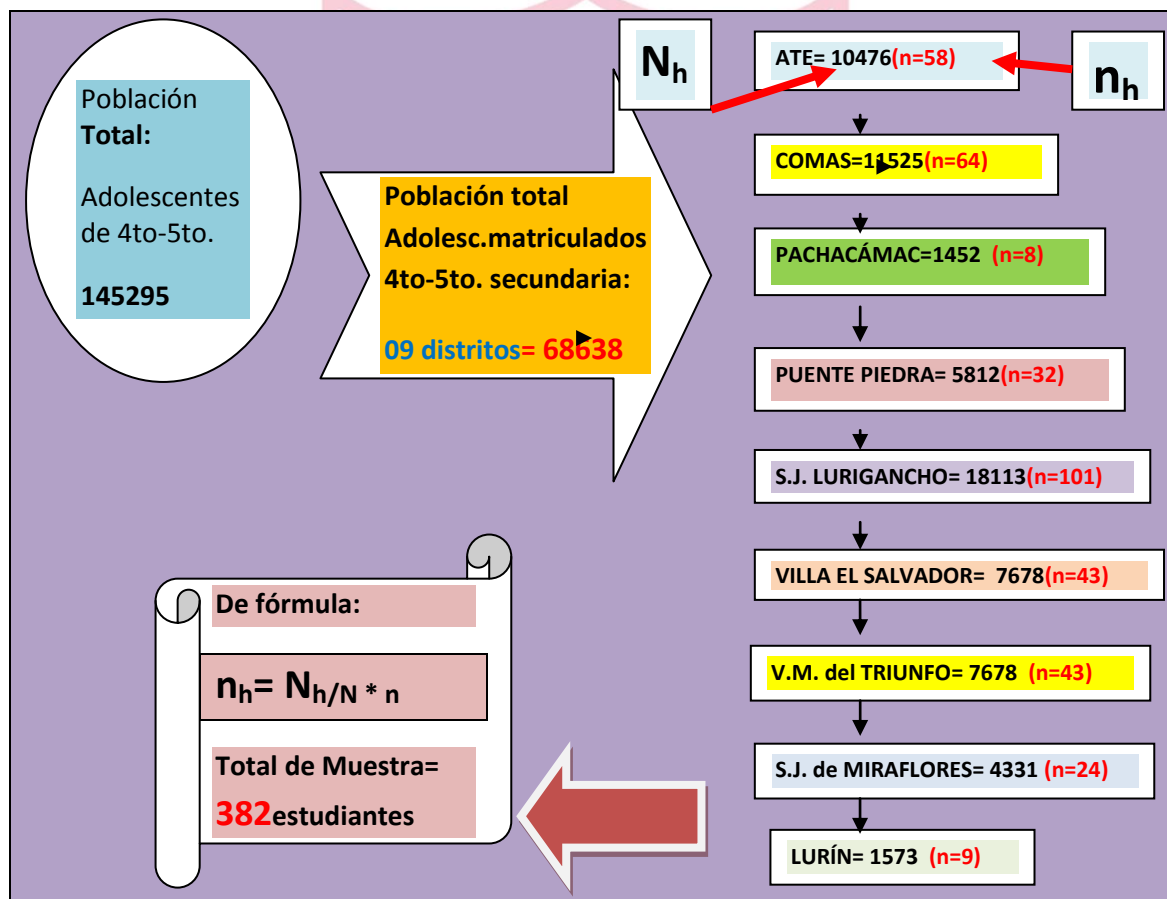
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LOS 09 DISTRITOS(MUESTRA ESTRATIFICADA)				
Distritos Urbano marginales	Pob. Colegios	% poblac.	Muestra	Muestra aprox.
ATE	10476	0,15262682	58,3076286	58
COMAS	11525	0,1679099	64,1415834	64
PACHACAMAC	1452	0,02115446	8,08100469	8
PTE. PIEDRA	5812	0,08467613	32,3462805	32
SAN JUAN LURIGANCHO	18113	0,26389172	100,806638	101
VILLA EL SALVADOR	7678	0,11186223	42,7313733	43
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	7678	0,11186223	42,7313733	43
SAN JUAN DE MIRAFLORES	4331	0,06309916	24,1038783	24
LURIN	1573	0,02291733	8,75442175	9
POBLAC. TOTAL ALUMNOS 09 DISTRITOS	68638			382

Fuente: Elaboración propia, con data del Portal web. MINEDU-INEI. 2011.

Por lo tanto, la Muestra es de **382** (sumatoria de **n**) estudiantes (varones y mujeres). Para el enfoque cuantitativo el muestreo es

probabilístico estratificado, y para el enfoque cualitativo el muestreo es no probabilístico intencionado; la misma que será aplicada en las doce Instituciones educativas (IE) públicas del nivelquinto de secundaria de 09 distritos de zonas Urbano marginales de Lima Metropolitana.

Figura nº 12
Número de estudiantes de instituciones educativas de zonas urbano marginales de Lima metropolitana.



Fuente: Elaboración propia, con data MINEDU-INEI.2011.

Para ello se debe considerar los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión

En general, se considerará conveniente contemplar como *población en estudio* contar con una *muestra estratificada* para el año de estudio (5to de secundaria de los 12 colegios urbano marginales de Lima metropolitana), seleccionada para su estudio. Así:

- Estudiantes varones y mujeres del 5to. de secundaria de zonas urbano marginales de Lima metropolitana.
- Estudiantes Varones y mujeres adolescentes entre 15 a 19 años.
- Estudiantes Varones y mujeres adolescentes con/sin hijos.

b) Criterios de exclusión

- estudiantes Varones y Mujeres de otros colegios (públicos y/o privados de instituciones educativas ubicados en zonas urbanas).
- Estudiantes adolescentes con tratamiento psicológico.
- Estudiantes adolescentes que están en situación de emergencia (salud).

3.3 Operacionalización de variables

Se presenta así. Ver a continuación (tabla 3).

Tabla nº 3:Operacionalización de variables.

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	INST.	ESCALA	ESTADÍST.				
V.D: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN IE.	Promoción de comportamientos saludables	Nº reportes del informe del responsable de PROMSA	Informe del responsable de promoción de la salud del colegio sobre el desarrollo de temas en SSR.	Ficha de Observación. Bitácoras de Campo. Revisión Documental.	Nominal (% simples)	Análisis de datos categóricos (holístico)				
		Nº de reportes del monitoreo de temas de SSR en el aula.	Informe del monitoreo de la visita al aula de clase, que desarrollan temas sobre SSR (1 por mes).							
		Nº de reportes sobre supervisión de Instituciones responsables.	Informe de la presencia de DIRESA y MINEDU sobre actividades de promoción en SSR.							
	Desarrollo de entornos saludables	Nº de visitas del C.S a la IE.	Informe de la visita a la IE por el responsable del programa del centro de salud de la zona.							
		Nº de talleres sobre SSR.	Informe de talleres educativos sobre temas de SSR.							
		Nº de informes sobre reuniones de consejería en SSR.	Informe de reuniones o libro de actas con motivos de consejería en SSR.							
		Nº de informes sobre la evidencia de las condiciones de las instalaciones de las IE.	Informe sobre la evidencia de las instalaciones educativas en buenas condiciones, con aulas espaciosas, auditorio ideal, biblioteca, área de recreación, botiquín, cafetería, servicios básicos completos y en funcionamiento.							
	Trabajo intersectorial	Nº de encuestas sobre SSR.	Consolidado de encuestas relacionada a la problemática de SSR de la institución.							
		Nº de resultados de capacitación por el C.S.	Informe de resultados y planes de capacitación organizados por el C.S. de la jurisdicción.							
		Nº de coordinaciones realizadas en la IE.	Informe de las coordinaciones del personal de salud con el consejo educativo institucional para el desarrollo de actividades de promoción de la salud en SSR.							
			Nº de documentos de				Documento de Resolución directoral.			

	Implementación de políticas que promueven salud	Resolución directoral.				
		N° de copias sobre las acciones de promoción de SSR.	Copia del PEI correspondiente a las acciones de promoción de la salud en el eje de la SSR adolescentes.			
		N° de documentos pedagógicos sobre SDDR:	Existencia de Guías, lineamientos de política, y protocolos pedagógicos en el eje temático de SSR.			
		N° de instrumentos técnicos para estudiantes de las IE.	Existencia de cuadernos de trabajo, módulos educativos, láminas y/o dípticos para los estudiantes.			
		N° de diseño de materiales educativos locales sobre SSR.	Diseño de materiales educativos en SSR adaptados a la realidad local.			
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES						
V.I (1) y V.I (2): NIVEL DE CONOCIM. Y NIVEL ACTITUDINAL SOBRE SSR DE LOS/LAS ADOLESC.	Planificación familiar y Paternidad responsable	% de adolescentes que conocen la PFFF.	Sabe reconocer conceptos de reproducción humana, orientada a la paternidad responsable, sana y sin riesgos (Planificación familiar y Riesgos de la Maternidad adolescente).	Cuestionario con alternativas	Ordinal (Escala de ESTANIN OS)	Análisis de datos categóricos
		°% de adolescentes que conocen de Paternidad responsable.				
	Educación sexual	°% de adolescentes que conocen los cambios biológicos de su cuerpo.	Sabe reconocer descriptivamente los cambios, sentimientos asociados, y demás vivencias vinculados al desarrollo de su sexualidad.			
		°% de adolescentes que conocen la educación sexual en familia.	Sabe reconocer teóricamente que el espacio fundamental y primario para la construcción de su identidad sexual es la familia.			
	Violencia	°% de adolescentes que conocen sobre prejuicios y discriminación sexual.	Sabe reconocer conceptos sobre prejuicios y situaciones de discriminación en relación a su sexualidad.			
°% de adolescentes que conocen los riesgos del aborto y violencia sexual.		Sabe reconocer analíticamente que el aborto y la violencia sexual no son conductas saludables.				
ITS, SIDA y VIH	°% de adolescentes que conocen los riesgos de Paternidad responsable.	Sabe reconocer conceptos, síntomas y formas de prevención de las ITS, VIH/SIDA.				
NIVEL ACTITUDINAL SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES						

V.I (3): PERCEPCIÓN DE LOS/LAS DOCENTES SOBRE SSR.	Educación sexual	°% de adolescentes que toman decisiones respecto al ejercicio de su sexualidad.	Tiene un Plan de vida, comunicación asertiva y toma de decisiones frente a situaciones de presión vinculado al ejercicio de su sexualidad.	Cuestionario con alternativas.	Ordinal (Escala de LIKERT).	Análisis de datos categóricos.
	Planificación familiar y Paternidad responsable	°% de adolescentes que identifican los MAC.	Identifica los métodos de anticoncepción y su diferenciación.			
		°% de adolescentes que defienden sus derechos sexuales.	Valora la prevención de sus derechos sexuales y la protección anticonceptiva en casos de relaciones sexuales.			
	ITS, SIDA y VIH	°% de adolescentes que identifican los riesgos de practicar coitos sin protección.	Identifica las graves consecuencias de una relación coital irresponsable, con riesgos de contraer ITS y/o VIH/SIDA.			
	Violencia	°% de adolescentes que practican la equidad sexual.	Respeta y adopta valores de equidad y no discriminación a las minorías sexuales.			
		°% de adolescentes que adoptan conductas de protección ante la violencia.	Adopta conductas de protección frente a la violencia, abuso sexual y prostitución.			
	Práctica de entornos y estilos saludables	N° de veces de toma de pretest en temas de SSR.	Se aplica un pre test en el desarrollo de talleres en SSR.	Ficha de Observación	Nominal (% simples)	Análisis de categorías (holístico).
		N° de temas desarrollado en las aulas sobre SSR.	Se desarrolla temas sobre SSR escogidos por los mismos adolescentes en el aula			
		N° de sesiones sobre temas de SSR realizadas por los profesores.	Los alumnos/as entienden las sesiones realizadas por el profesor- facilitador sobre temas de SSR.			
		N° de mensajes desarrollados acorde a las expectativas de los/las estudiantes.	Los consejos y mensajes solicitados por los/las estudiantes responden a sus expectativas de satisfacción y comprensión.			
N° de ambientes de consejería personalizada en las IE.		Estudiantes cuentan con un ambiente de confianza y seguridad para la discusión y reflexión de temas relacionados a la SSR.				
	N° de veces que se enseña SSR según protocolos pedagógicos.	Se enseña SSR acorde a su edad y nivel educativo, según protocolos pedagógicos.				

	Práctica de entornos y estilos saludables	N° de participaciones de estudiantes en talleres de SSR.	Estudiantes participan activamente en Talleres de SSR.			
		N° de práctica de sesiones pedagógicas sobre SSR.	Estudiantes reciben información educativa en SSR en forma de socio dramas, afiches, canciones, videos.			
		N° de veces que los estudiantes recibieron materiales pedagógicos sobre SSR.	Estudiantes reciben cuadernos de trabajo y dípticos y/o trípticos, alusivo a los temas desarrollados.			
		N° de estudiantes que participaron en el plan anual de SSR.	Para la elaboración del plan anual sobre promoción de la salud en SSR participan los delegados del aula.			
		N° de veces de toma de examen pos test sobre SSR.	Se aplica un pos test en el desarrollo de talleres en SSR			
	Opinión de los y las docentes sobre temas de SSR	N° de docentes que opinan y recomiendan sobre la promoción de SSR en IE.	Opinión de los/las docentes sobre la educación sexual en IE.	Cuestionario con alternativas	Nominal	Análisis de categorías (holístico).
			Opinión de los/las docentes sobre PROMSA en SSR.			
			Opinión de los/las docentes sobre el desarrollo de campañas preventivo-promocionales en SSR.			
			Opinión de los/las docentes respecto a la importancia de la capacitación continua en el manejo de temas de SSR en las aulas.			
			Opinión de los/las docentes sobre la participación activa del MINSA y MINEDU en las IE sobre el PSSR.			
			Recomendaciones a actores sociales del entorno educativo sobre la promoción de SSR.			

Fuente: Elaborado por Mg. S.Remuzgo--USMP-agosto 2011.Data de Tesis PUCP Y USMP: 2009-2011. Ver más en Capítulo III y en anexos. Revisión con Asesor proyectos: Dr. Silva/julio 2012.

3.4 Técnicas para la recolección de datos

En la técnica para la recolección de datos se utilizó 04 instrumentos: el cuestionario para la encuesta sobre conocimientos y actitudes de salud sexual y reproductiva (SSR) de los/las estudiantes, la entrevista semi estructurada sobre las percepciones de los/las docentes, la observación y la revisión documental del programa de salud sexual y reproductiva en IE.

Veamos:

- **El cuestionario.** Elaboración de preguntas cerradas que abarca la información personal y temas sobre SSR, para medir el nivel de conocimientos y las actitudes de los/las estudiantes adolescentes (ver anexo 1-A).
- **Observación.** Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. En el estudio se observó la información documental, y toda la evidencia posible en torno al PSSR; de las instituciones educativas de los 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana, acorde a la cantidad de muestra seleccionada. (Ver anexo 1-B).

- **La entrevista semi estructurada.-** método que forma parte de la investigación antropológica estándar. El propósito de la entrevista semi estructurada es investigar temas generales y específicos mediante preguntas informales pero sistémicas, tomadas como opiniones de los/las docentes en temas concernientes a la promoción de la salud en SSR (ver anexo 1-C).

Para el primer caso: el cuestionario mide el nivel de conocimientos y las actitudes de los y las adolescentes sobre SSR. El cuestionario consta de IV componentes (06 preguntas de información personal- 22 ítems sobre nivel de conocimientos- 15 ítems sobre actitudes). Para el segundo caso: la ficha de observación consta de dos componentes: una mide 04 líneas de acción del programa de SSR (15 ítems) enfocados a la institución educativa respectiva, y la otra mide 11 ítems sobre la práctica de entornos y estilos saludables en las instituciones educativas.

Para el tercer caso: la entrevista semi estructurada consta de datos personales y 06 ítems sobre las opiniones de los y las docentes (director ó tutor) de las IE urbano marginales de Lima.

Para la aplicación de la encuesta, entrevista, y observación se hizo uso de la siguiente Ficha técnica:

Tabla nº4
Ficha técnica de Investigación

Sub. investigación: N-01	1.- Estudiantes de IE de zonas urbano marginales
Nombre de estudio	Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre SSR
Muestra a investigar	IE de zonas urbano marginales: Ate (n= 58); Comas (n=64); Pachacámac (n=8); P. Piedra (n=32); S.J. deLurigancho (n=101); Villa el Salvador (n= 43); Lurín (n=9); V.M. del Triunfo (n=43); y S.J. deMiraflores (n=24).
Técnica	Encuesta y Observación a 382 estudiantes.
Fecha de trabajo de campo	Julio-diciembre del 2012.
Ámbito de investigación	Lima metropolitana.
Sub. investigación: N-02	2.- Docentes de IE de zonas urbano marginales
Nombre de estudio	Percepción de docentes de IE sobre el PSSR
Muestra a investigar	Directores de IE (06) y Tutores de IE (06).
Técnica	Entrevista a 12 docentes ó tutores
Fecha de trabajo de campo	Julio-diciembre del 2012.
Ámbito de investigación	Lima metropolitana.
Sub. investigación: N-03	3.- Programa de salud sexual y reproductiva
Nombre de estudio	Promoción de SSR en IE de zonas urbano marginales de Lima metropolitana
Muestra a investigar	IE de distritos urbano marginales de Lima metropolitana (Ate-Comas- Pachac.- VES- SJM- VMT- SJL- Pte. Piedra y Lurín.
Técnica	Observación y Revisión documental
Fecha de trabajo de campo	Julio-diciembre del 2012.
Ámbito de investigación	Lima metropolitana.

Fuente: Elaboración propia. Modelo de ficha técnica de Tesis PUCP-Remuzgo 2009.

De otro lado, también se utilizaron libros, guías, manuales, protocolos, artículos y revistas científicas las bitácoras, las libretas de campo y las experiencias vivenciales de la autora durante su proceso formativo profesional a la fecha.

En relación a la validez y la confiabilidad de los instrumentos se consideró lo siguiente:

- Hernández (2012), indica que este aspecto de la *exactitud* con que un instrumento mide lo que se pretende medir es lo que se denomina la *confiabilidad* de la medida. En este sentido, el término confiabilidad es equivalente a los de *estabilidad* y *predictibilidad*. Esta es la acepción que más comúnmente se le da a este término.
- El análisis de las encuestas, la observación, y las entrevistas a profundidad, se realizaron a informantes claves: varones y mujeres adolescentes del 5to. de secundaria de IE de zonas urbano marginales de Lima metropolitana (Ate, Comas, Puente Piedra, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, San Juan de Lurigancho, Lurín, Pachacámac, y Ventanilla).

- Para la elaboración del instrumento de recolección de datos: “el cuestionario y la guía de entrevistas”, se hizo como se mencionó líneas arriba, tomando como base las preguntas elaboradas por Tesistas (maestría y doctorado) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Universidad San Martín de Porres, y de la Pontificia Universidad Católica del Perú; y también se tomó los contenidos teóricos de la normativa nacional en SSR del protocolo y modelo de abordaje de promoción de la salud; las cuales fueron validadas en su momento y que fueron adaptadas a la realidad de las zonas urbano marginales de Lima Metropolitana.

Al respecto, tomando la sugerencia del profesor y asesor de la asignatura (Dr. Jorge Córdova-II ciclo) se aplicó nuevamente en octubre del 2011, un Plan piloto, a una muestra de 24 estudiantes, con características similares al grupo objetivo (para el caso fue Micaela Bastidas, un asentamiento humano del distrito de Ate). Para lo cual se tomó como medidor de confiabilidad: el “alfa de Cronbach” y se obtuvo: “Confiabilidad alta”. Y se validó el modelo del cuestionario bajo el criterio de 4 expertos (1 Ing. Estadístico, 1 docente, 1 Ginecólogo y 1 Obstetra).

Luego de analizado los cuestionarios respectivos al medidor “alfa de cronbach” se retiraron componentes (5 preguntas del nivel actitudinal y 4 preguntas del nivel de conocimientos). Una vez hecho los cambios sugeridos, se procedió a la aplicación de la observación, encuesta y la entrevista; respectivamente.

3.5 Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento de datos se consideró los resultados obtenidos del cuestionario, la entrevista, y la observación.

Las respuestas del cuestionario se codificaron e ingresaron a una base de datos por la investigadora. En cuanto a la disposición y transformación de los datos para la simplificación de la información se llevó a cabo a través de procedimientos de tablas numéricas, porcentajes simples y de gráficos, (operaciones efectuadas desde el software estadístico Excel, y Megastat). Y pruebas paramétricas del Chi-cuadrado.

El cuestionario se llevó a cabo a 382 estudiantes (varones y mujeres) adolescentes del 5to. de secundaria de IE urbano marginales de Lima metropolitana, cuyos resultados fueron descritos con frecuencias simples y porcentajes. Y la información de las entrevistas (para el caso se hizo 12 entrevistas a docentes y/o tutores de las instituciones educativas estratificadas).

Respuestas de tipo “*preguntas abiertas*”, que se registraron literalmente, es decir se redactó en el lenguaje natural (“tal como habla la gente”), señalando vacíos e inconsistencias de los/as entrevistadas.

E igualmente se detallaron los resultados de la observación del manejo del PSSR de cada IE, por medio de una lista de cotejo.

Luego del registro respectivo, en base al análisis descriptivo, se pudo identificar aspectos deseables, algunos patrones y fenómenos relevantes. Por lo que se trató de no alterar el lenguaje o el sentido de las respuestas dadas, contextualizando la información recabada, según los objetivos planteados.

3.6 Aspectos éticos

Hubo consenso en la aplicación del: “procedimiento informado”. El estudio siguió las normas y las directrices éticas sugeridas por la Universidad San Martín de Porres. Sin embargo, si se habla de responsabilidades éticas y sociales a los derechos sexuales y reproductivos, es preciso destacar que en la lucha diaria de toma de decisiones éticas, se reconoce que la salud sexual y reproductiva es un propósito que concierne a todos y que se asumen libremente y de forma segura, sin violencia ó coacción.

En el estudio se consideró: estudiantes adolescentes y tutores ó directores encuestados/as y entrevistados/as, previamente “informados y en libre consentimiento”, sobre lo que realmente se pretende lograr a favor de su comunidad y del país.



CAPÍTULO IV: RESULTADOS

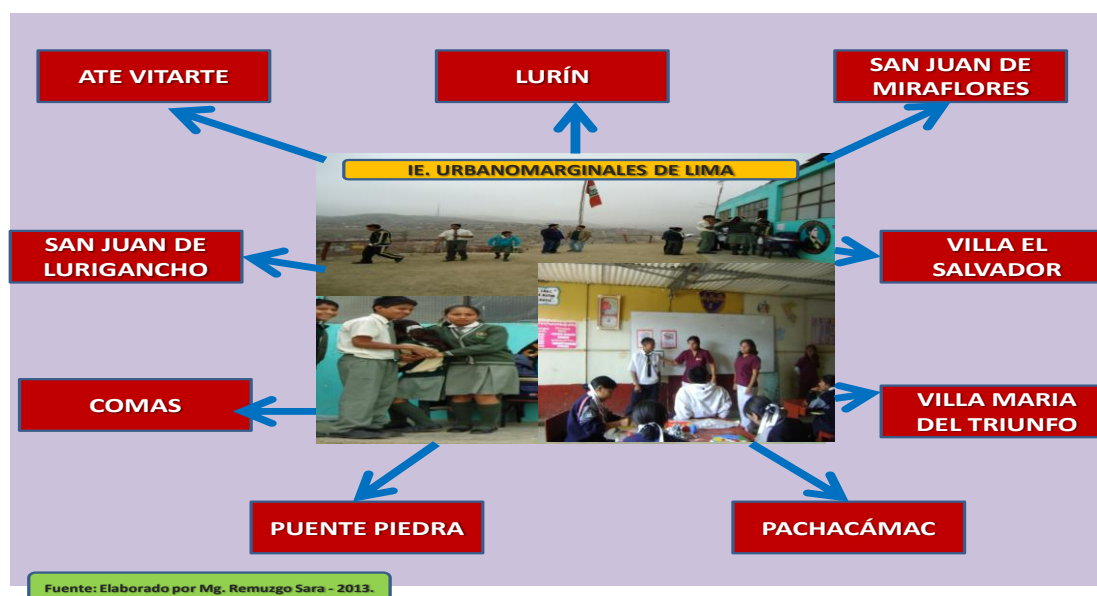
En este capítulo se presenta los resultados de la investigación concerniente a: los datos generales de los/as estudiantes adolescentes, el nivel de conocimientos y las actitudes de los/as adolescentes sobre salud sexual y reproductiva (SSR), las percepciones de los/as docentes (Directores y/o Tutores) sobre SSR, y los resultados del manejo del programa de salud sexual y reproductiva (PSSR) en instituciones educativas (IE) propiamente.

Los resultados que se presentan a continuación son como sigue.

4.1 Datos generales y datos socio demográficos de los/as estudiantes del 5to de secundaria de instituciones educativas de Lima metropolitana

En esta primera parte de los resultados de la encuesta realizada, a manera de datos generales de los/as estudiantes participantes del 5to. de secundaria, se presenta primero a las 12 instituciones educativas de Lima metropolitana que permitió encuestar a los/as 382 estudiantes, inmediatamente se indaga sobre la edad y el sexo de los/as adolescentes; su condición laboral, el tipo de actividad laboral y su salario respectivo. (Ver figura 13).

Figura n°13
Localización de las Instituciones educativas de distritos urbanos marginales de Lima metropolitana.



Y de la misma forma, se indagó sobre los medios por los cuales se informaron y la vivencia de experiencias sexuales previas de los/as mismos/as estudiantes. Veamos:

Tabla n°5
Frecuencias de la muestra objetivo respecto al número de Instituciones educativas de los distritos urbano marginales de Lima metropolitana.

DISTRITO URBANO MARGINAL	MUESTRA OBJETIVO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TOTAL de I.E.
ATE VITARTE	58	I.E.0026 "Aichi Nagoya"	2
		I.E.1244 "Micaela Bastidas"	
COMAS	64	I.E. 3055 "Túpac Amaru"	1
PACHACÁMAC	8	I.E. 7265 "José Carlos Mariátegui"	1
PUENTE PIEDRA	32	I.E. 2067 "Leoncio Prado"	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	101	I.E. 116 "Abraham Valdelomar"	2
		I.E. "Francisco Bolognesi"	
VILLA EL SALVADOR	43	I.E. 7072 "San Martín de Porres"	2
		I.E. 6080 "Rosa de América"	
VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	43	I.E. 6060 "Inca Garcilaso de la Vega"	1
SAN JUAN DE MIRAFLORES	24	I.E. 7081 "José María Arguedas"	1
LURÍN	9	I.E. 7104 "Ramiro PrialéPrialé".	1
TOTAL	382	12	12

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

La **tabla 5**, respecto a las Frecuencias de la muestra objetivo en relación con el número de IE de los distritos urbano marginales de Lima Metropolitana, muestra a las 12 IE de la jurisdicción; se encuestó a 382 estudiantes.

Se encuestó a 101 estudiantes en los colegios de San Juan de Lurigancho (Colegios Abraham Lincoln y Leoncio Prado), 64 estudiantes de Comas (Colegio Túpac Amaru), 58 estudiantes de Ate Vitarte (colegios Nagoya y

Micaela Bastidas), 43 estudiantes de VES (Colegios de San Martín de Porres y Rosa de América), 43 estudiantes de María del Triunfo (colegio Garcilaso de la Vega), 32 estudiantes de Puente Piedra (colegio Leoncio Prado), 24 estudiantes de San Juan de Miraflores (José M. Arguedas), 9 estudiantes de Lurín (colegio Ramiro Prialé), y 8 estudiantes de Puente Piedra (colegio Leoncio Prado).

Tabla n°6
Frecuencias y porcentajes de estudiantes
según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.

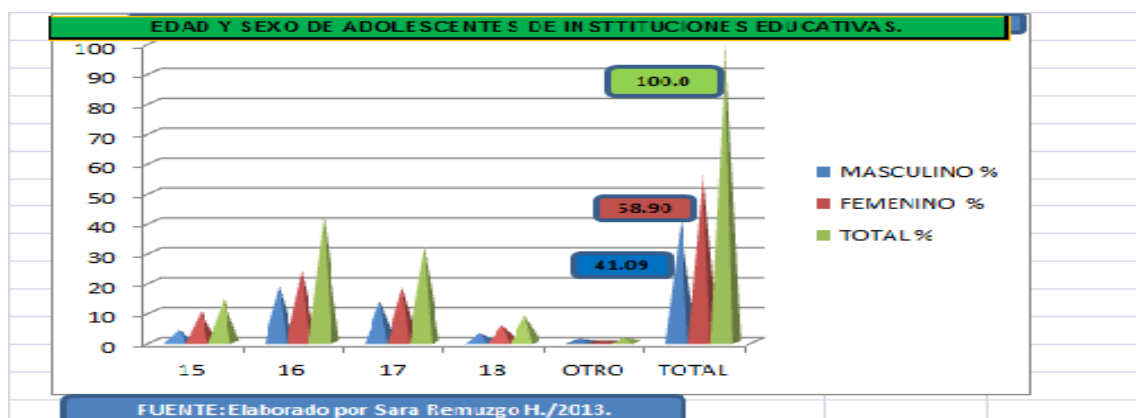
EDAD Y SEXO DE ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS.						
EDAD	M		F		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
15	16	4.19	40	10.47	56	14.66
16	72	18.84	91	23.82	163	42.67
17	53	13.87	70	18.32	123	32.20
18	12	3.14	22	5.75	34	8.90
OTRO	4	1.19	2	0.52	6	1.57
TOTAL	157	41.09	225	58.90	382	100.0

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

La **tabla n°6** sobre Frecuencias y porcentajes de estudiantes según su edad y sexo en I.E. de Lima Metropolitana, se encuestó a 58.9% (n=225) mujeres y 41.09%(n=157) varones.

De los cuales el 42.67% (n=163) tienen 16 años, seguido de estudiantes de 17 años con 32.2% (n=123), luego adolescentes con 18 años de edad con 8.9% (n= 34), y adolescentes de otras edades con 1.57% (n=6). De las cuales corresponden a 2 de 19 años y 4 de 20 años.

Figura n°14
Porcentajes del total de estudiantes
según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.



Entonces, tal como se aprecia en la **Figura 14**, hay un 74.87% que corresponden a adolescentes entre 16-17 años y que el 58.9% del total de encuestados son mujeres.

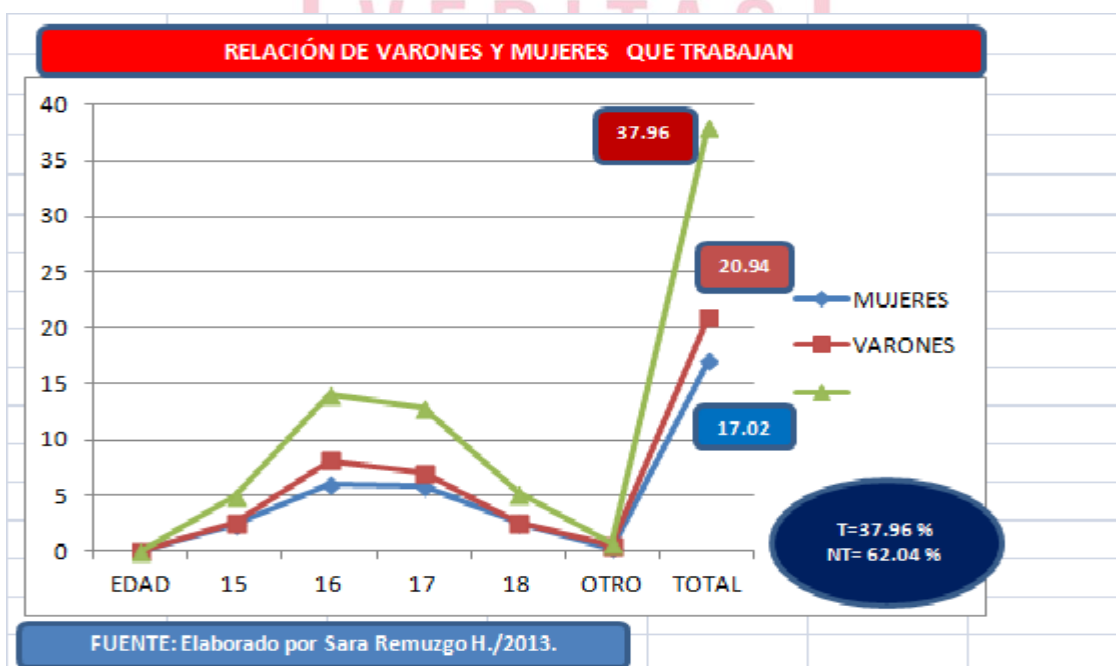
Tabla n° 7
Frecuencias y porcentajes de estudiantes que trabajan
según su edad y sexo. Instituciones educativas de Lima metropolitana.

ADOLESCENTES DE 5TO. DE SECUNDARIA QUE TRABAJAN							
SEXO	EDAD	SI TRABAJA		NO TRABAJA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
M	15	10	2.62	6	3.14	16	4.19
	16	31	8.11	41	10.73	72	18.84
	17	27	7.07	26	6.81	53	13.87
	18	10	2.62	2	0.52	12	3.14
	OTRO	2	0.52	2	0.52	4	1.19
SUBTOTAL		80	20.94	77	20.16	157	41.09
F	15	9	2.36	31	8.11	40	10.47
	16	23	6.02	68	17.80	91	23.82
	17	22	5.76	48	12.56	70	18.32
	18	10	2.62	12	3.14	22	5.75
	OTRO	1	0.26	1	0.26	2	0.52
SUBTOTAL		65	17.02	160	41.88	225	58.90
TOTAL		145	37.96	237	62.04	382	100.0

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

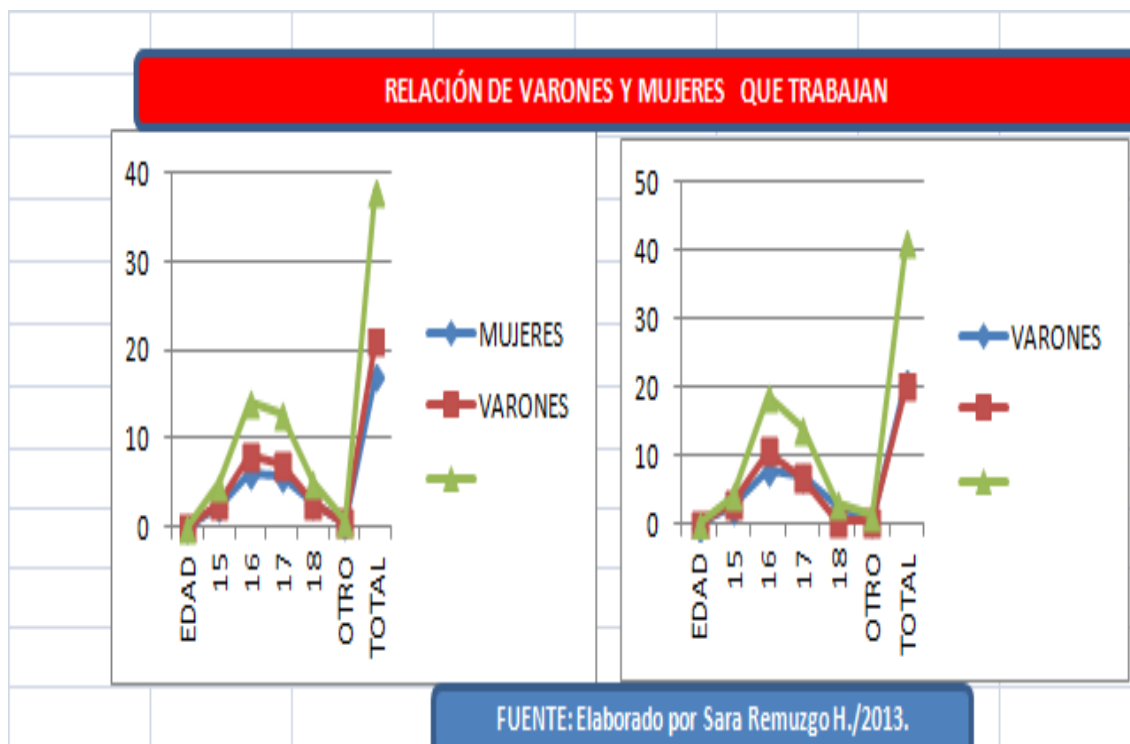
En la **Tabla 7**, respecto a las Frecuencias y porcentajes de estudiantes que trabajan según su edad y sexo; se encontró que trabajan un 20.94% (n=80) de estudiantes varones y un 17.02% (n=65) de estudiantes mujeres que trabajan. Ambos grupos son del 5to. secundaria. Y que para ambos géneros la edad promedio de trabajar fluctúan entre los 16 a 17 años.

Figura n°15
Porcentajes totales de estudiantes que trabajan
según su edad y sexo. Instituciones educativas de Lima metropolitana.



En la **Figura 15** se encontró un 37.96% (n=145) de estudiantes que aparte de estudiar también trabajan, y que el 62.04% (n=237) no trabajan, es decir se dedican solo a estudiar.

Figura n° 16
Porcentajes de estudiantes que trabajan
según su edad y sexo. Instituciones educativas de Lima metropolitana.



Asimismo tal como se aprecia en la **Figura 16**, del 41.09% (n=157) de varones encuestados, trabajan el 20.9% (n=80); y del 58.9% (n=225) de mujeres encuestadas, trabajan el 17.02% (n=65). De los cuales vemos que del total de varones y mujeres que estudian y trabajan fluctúan mayormente entre los 16- a los 17 años de edad.

Tabla n°8
Frecuencias y porcentajes de estudiantes que trabajan según el tipo de actividad laboral. Instituciones educativas de Lima metropolitana.

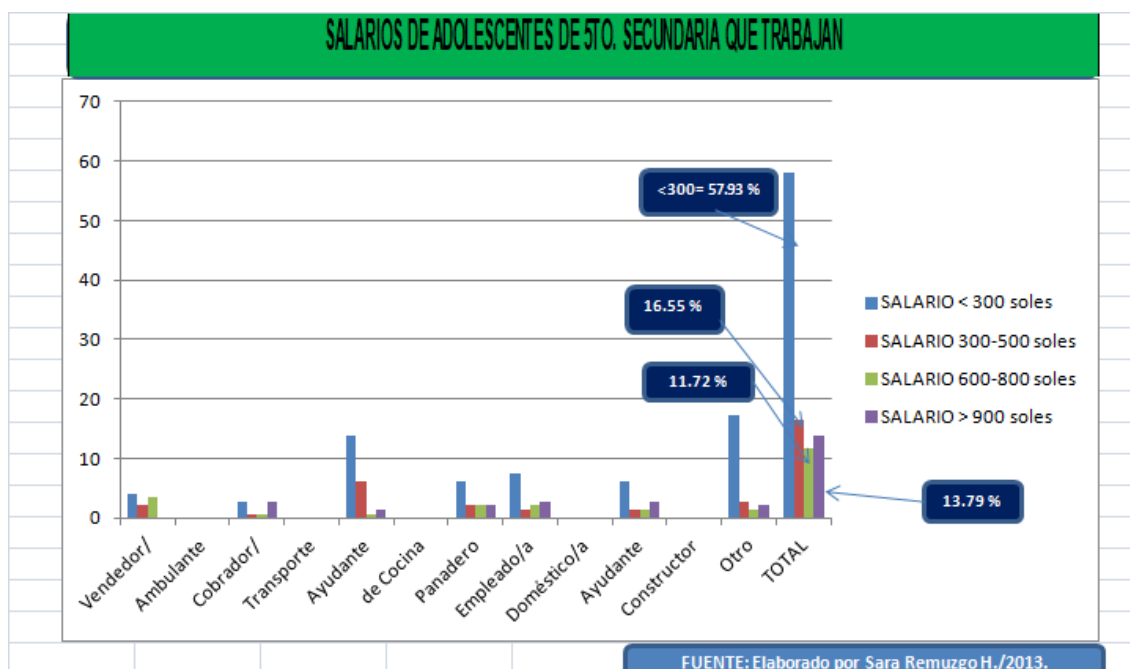
SALARIOS DE ADOLESCENTES DE 5TO. SECUNDARIA QUE TRABAJAN										
ACTIV. LABORAL	<300		300-500		600-800		>900		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vendedor/ Ambulante	6	4.14	3	2.07	5	3.45	0	0	14	9.66
Cobrador/ Transporte	4	2.76	1	0.69	1	0.69	4	2.76	10	6.90
Ayudante de Cocina	20	13.79	9	6.21	1	0.69	2	1.38	32	22.07
Panadero	9	6.21	3	2.07	3	2.07	3	2.07	18	12.41
Empleado/a Doméstico/a	11	7.59	2	1.38	3	2.07	4	2.76	20	13.79
Ayudante Constructor	9	6.21	2	1.38	2	1.38	4	2.76	17	11.72
Otro	25	17.24	4	2.76	2	1.38	3	2.07	34	23.45
TOTAL	84	57.93	24	16.55	17	11.72	20	13.79	145	100.0

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

En la **Tabla 8**, sobre las Frecuencias y porcentajes de estudiantes que trabajan según el tipo de actividad laboral en I.E. de Lima Metropolitana; encontramos que del grupo de adolescentes que estudian y trabajan en sus tiempos libres, lo hacen en actividades como ayudantes de cocina (22.07%), panaderos/as (12.4%), empleadas domésticas (13.8%), ayudantes de construcción (11.7%), vendedores ambulantes (9.7%) y cobradores de transporte público (7%).

Y los que indicaron “otra” alternativa (23.4%) corresponden específicamente a los oficios de “cargadores de equipaje en los mercados, volanteras, y ayudantes de riego de agua residuales en las chacras cercanas a su domicilio”.

Figura n° 17
Porcentajes de estudiantes que trabajan según el tipo de actividad laboral. Instituciones educativas de Lima metropolitana.



De igual modo, si revisamos la **Figura 17**, se ve que estos estudiantes trabajadores tienen como salarios: ganan menos de 300 soles un 57.9% (n=84), ganan entre 300 a 500 soles un 16.6% (n=24), luego entre 600 a 800 soles un 11.7% (n=17) adolescentes, y salarios de más de 900 soles al mes un 13.8% (n=20) adolescentes.

Y las labores a las cuales los/as estudiantes más se dedican a trabajar ó que son seleccionados/as para trabajar en sus tiempos libres son como: ayudantes de cocina, panaderos, y empleadas domésticas.

Tabla n°9

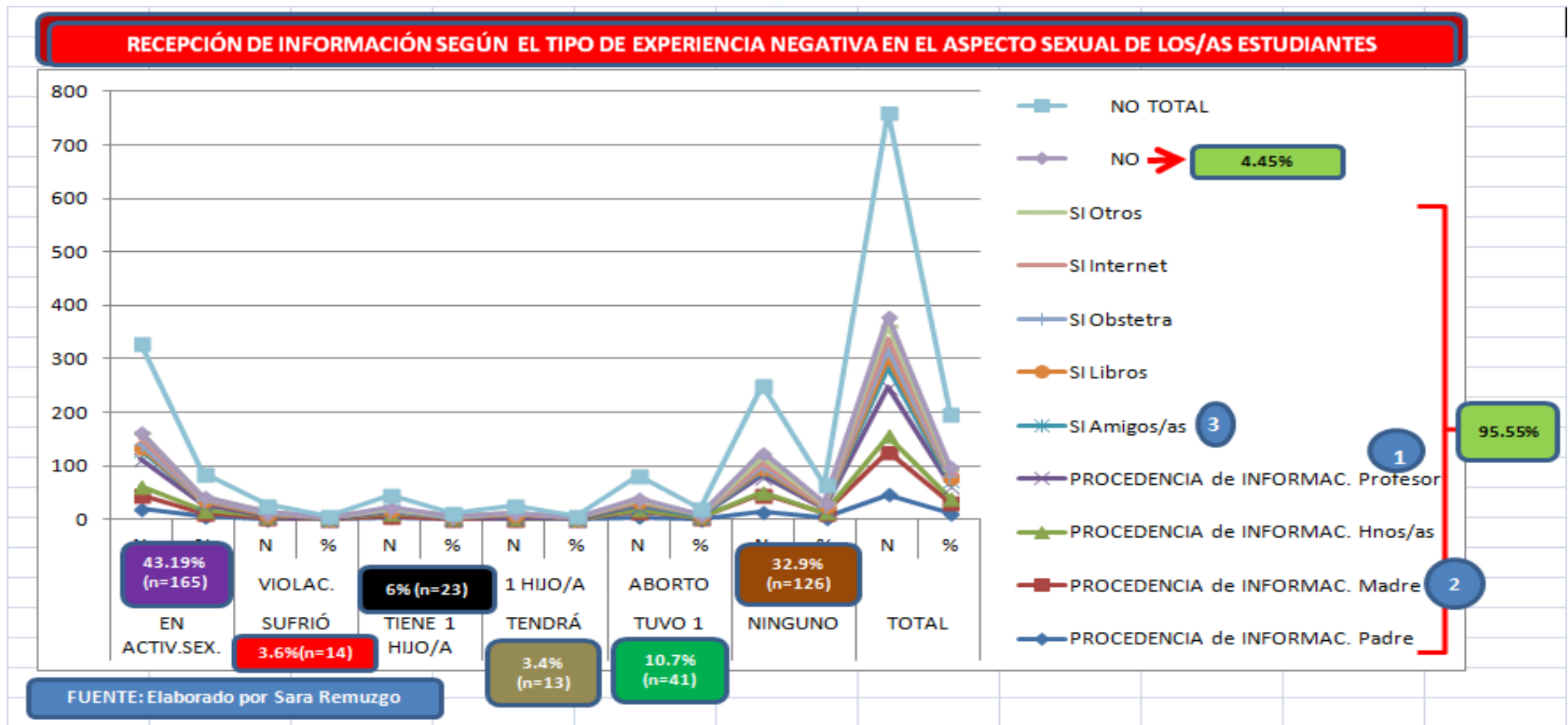
Frecuencias y porcentajes sobre la procedencia de la información de los/as estudiantes en salud sexual y reproductiva y su experiencia negativa en torno al aspecto sexual. Instituciones educativas de Lima metropolitana.

RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SSR Y EXPERIENCIA NEGATIVA EN EL ASPECTO SEXUAL															
PROCEDENCIA de INFORMAC.		EN ACTIVIDAD SEXUAL		SUFRIÓ VIOLACIÓN		TIENE 1 HIJO/A		TENDRÁ 1 HIJO/A		TUVO 1 ABORTO		NINGUNO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	PADRE	20	5.2	1	0.3	5	1.3	0	0.0	5	1.3	16	4.2	47	12.3
	MADRE	27	7.1	4	1.02	3	0.78	3	0.78	11	2.8	32	8.36	80	20.94
	HNOS/AS	16	4.5	1	0.3	4	1.02	1	0.3	3	0.78	4	1.02	29	7.59
	PROFESOR	50	13.1	1	0.3	4	1.02	1	0.3	6	1.5	30	7.83	92	24.08
	AMIGOS/AS	18	4.7	2	0.52	1	0.3	4	1.02	3	0.78	8	2.08	36	9.42
	LIBROS	5	1.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	5	1.3	5	1.3	18	4.71
	OBSTETRA	6	1.5	3	0.78	1	0.3	1	0.3	2	0.52	3	0.78	16	4.18
	INTERNET	10	2.6	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	7	1.82	21	5.49
	OTROS	11	2.8	0	0.0	2	0.52	1	0.3	2	0.52	10	2.61	23	6.02
NO		2	0.5	0	0.0	1	0.3	0	0.0	3	0.78	11	2.87	17	4.45
TOTAL		165	43.2	14	3.6	23	6.0	13	3.4	41	10.7	126	32.9	382	100

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

Figura n°18

Frecuencias y porcentajes sobre la procedencia de la información de los/as estudiantes en salud sexual y reproductiva y la experiencia negativa en torno al aspecto sexual. Instituciones educativas de Lima metropolitana.



En la **Tabla 9** y en la **Figura 18**, respecto a las Frecuencias y porcentajes de recepción de información de estudiantes sobre SSR y el tipo de experiencia negativa en torno al aspecto sexual que tuvieron, se encontró que el 95.5% (n= 365) recibieron información sobre SSR y un 4.5% (n=17) refieren no haber recibido información sobre SSR. Del grupo de adolescentes informados proviene de su profesor/a (24.08%), de la madre (20.9%), y de los amigos/as (9.4%).

Asimismo, de este grupo de estudiantes encuestados sobre su experiencia sexual se observó que, el 43.2% (n=165) actualmente está en actividad sexual, el 10.7% (n=41) ya vivió la experiencia de un aborto, un 6% (n=23) tienen un hijo/a actualmente, un 3.6% (n=14) sufrió de una violación, y el 3.4% (n=13) tendrán un hijo/a. Vemos entonces que del 95.5 % de estudiantes informados en SSR, el 67.1% ya vivieron una experiencia sexual de diversa índole, tal como se aprecia en la figura.

4.2 Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de los y las estudiantes del quinto de secundaria

Los componentes para medir Nivel de conocimientos sobre SSR de los/as

Estudiantes del quinto de secundaria son:

- ✓ Educación sexual
- ✓ Paternidad responsable
- ✓ Planificación familiar
- ✓ Violencia
- ✓ Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y SIDA.

Tabla n°10

Frecuencias y porcentajes del nivel de conocimientos de estudiantes de 5to. de secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
ESCALA ESTANINOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Alto (34-44ptos.)	45	11.78	80	20.94	125	32.72
Medio (22-32ptos.)	65	17.02	116	30.37	181	47.38
Bajo (0-20ptos.)	25	6.54	51	13.35	76	19.90
TOTAL	135	35.34	309	64.66	382	100.0

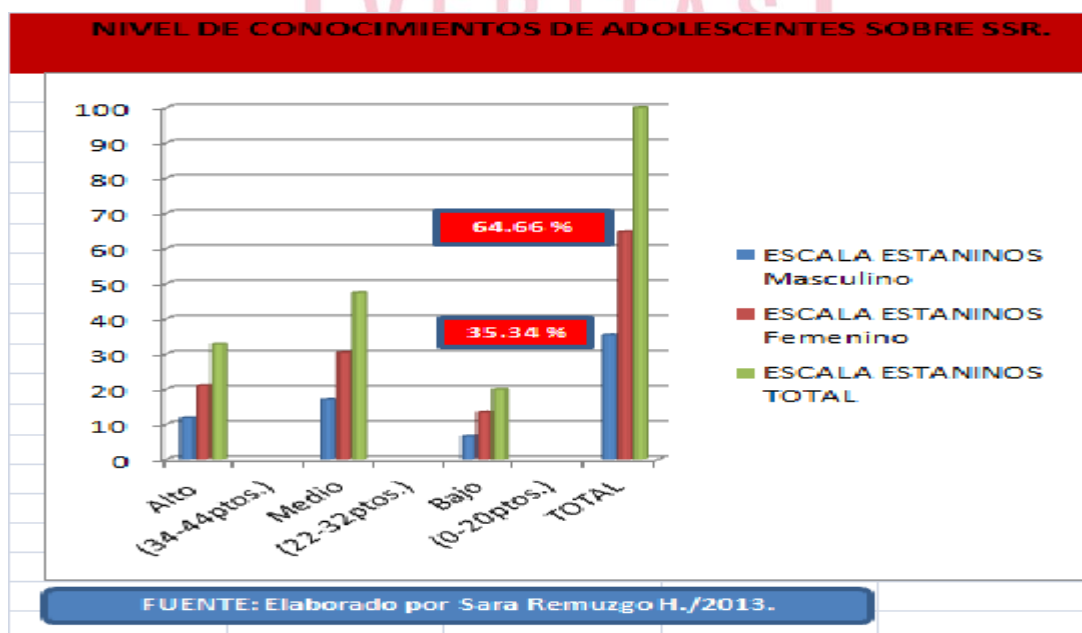
Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

En la **Tabla 10** y en la **Figura 19**, respecto a las frecuencias y porcentajes del

Nivel de conocimientos de los y las estudiantes del 5to. de secundaria sobre

SSR en I.E. se encontró que estos estudiantes están en el nivel medio: con 47.38% (n=181), en el nivel alto: con 32.72% (n=125), y en el nivel bajo: con 19.9% (n=76). De la tabla se deduce que los y las estudiantes adolescentes de estas jurisdicciones investigadas tienen un Nivel de conocimientos sobre Salud sexual y reproductiva, de Medio a bajo, ya que constituyen un 67.28% (n=257).

Figura n°19
Porcentajes del nivel de conocimientos de estudiantes de 5to. secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.



En la **Figura 19**, se aprecia claramente que el total de mujeres adolescentes encuestadas lo constituyen un 64.66% y los varones el 35.34% respectivamente. El 43.72% del grupo de mujeres tienen un nivel de conocimientos sobre SSR de medio a bajo. Y el 23.56% del grupo de varones tienen también un nivel de conocimientos sobre SSR de medio a bajo.

Finalmente, se aplicó pruebas estadísticas al Nivel de conocimiento sobre SSR en relación con el género de los y las estudiantes del quinto de secundaria.

Encontrándose lo siguiente:

Tabla n° 11
Tabla de contingencia Escala de Estanino * Género
Recuento

VARIABLE	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Alto	45	80	125
Medio	65	116	181
Bajo	25	51	76
Total	135	247	382

Tabla n° 12
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,249 ^a	2	,883
Razón de verosimilitudes	,251	2	,882
Asociación lineal por lineal	,161	1	,688
N de casos válidos	382		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,86.

Integrando la **Tabla 11 y 12**; vemos que al usar un nivel de significación del 5% no se puede rechazar una posible hipótesis nula (sig = 0,883 es mayor que 0,05); esto es, el género del adolescente no está relacionado (es independiente) con su nivel de conocimiento.

4.3 Actitudes sobre salud sexual y reproductiva de los/as estudiantes del quinto de secundaria

Los componentes para medir la Actitud sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) de los/as estudiantes del quinto de secundaria son:

- ✓ Educación sexual
- ✓ Paternidad responsable
- ✓ Planificación familiar
- ✓ Violencia
- ✓ Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y SIDA.

Tabla n°13
Frecuencias y porcentajes de las actitudes de estudiantes de 5to. secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.

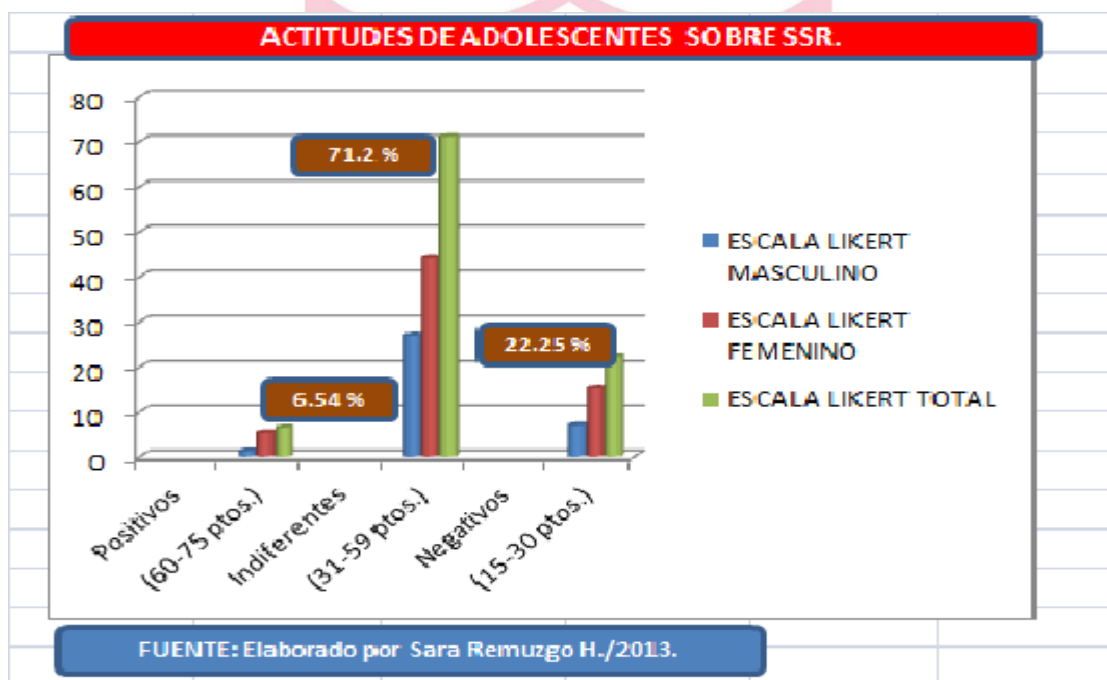
ACTITUDES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
ESCALA LIKERT	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Positivos (60-75 ptos.)	5	1.31	20	5.34	25	6.54
Indiferentes (31-59 ptos.)	103	26.96	169	44.24	272	71.20
Negativos (15-30 ptos.)	27	7.07	58	15.18	85	22.25
TOTAL	135	35.34	247	64.66	382	100.0

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

En la **Tabla 13**, respecto a las Frecuencias y porcentajes de las Actitudes sobre SSR de los y las estudiantes del quinto de secundaria en I.E. Para lo cual, se encontró que del 35.34% de varones encuestados: el 26.96% (n=103)

presentaron actitudes indiferentes respecto a su SSR; y que del 64.66% de mujeres encuestadas: el 44.24% también mostraron actitudes indiferentes respecto a su SSR.

Figura n°20
Porcentajes de las actitudes de estudiantes de 5to. secundaria sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana.



En la **Figura 20**, se aprecia que hay un 71.2% (n=272) de estudiantes entre varones y mujeres que mostraron actitud indiferente respecto a su SSR, un 22.25% (n=85) varones y mujeres que mostraron actitud negativa respecto a su SSR, y que un 6.54% (n=25) adolescentes entre varones y mujeres que mostraron actitud positiva respecto a su SSR.

Finalmente, aplicando las pruebas paramétricas de análisis a las Actitudes sobre SSR en relación al género de los y las estudiantes en estudio son:

Tabla n°14
Tabla de contingencia Escala de Estanino * Género
 Recuento

VARIABLE	Género		Total	
	Masculino	Femenino		
Escala de Likert	Positivo	45	80	125
	Indif.	65	116	181
	Neg.	25	51	76
Total	135	247	382	



Tabla n°15
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,249 ^a	2	,883
Razón de verosimilitudes	,251	2	,882
Asociación lineal por lineal	,161	1	,688
N de casos válidos	382		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,86.

Al usar un nivel de significación del 5% no se puede rechazar una posible hipótesis nula (sig = 0,883 es mayor que 0,05); esto es, el género del adolescente no está relacionado (es independiente) con su actitud.

4.4 Percepción de los/as docentes sobre salud sexual y reproductiva

Para medir la percepción de los/as docentes de las 12 I.E. se tomó en cuenta primero los datos generales y luego sus opiniones sobre SSR, para lo cual se consideró:

- ✓ La práctica de entornos y estilos saludables en las IE.
- ✓ Opinión personalizada respecto a la temática de SSR.

4.4.1 Datos generales

En esta primera parte se identificó el sexo de los/as docentes (directores y/o tutores), el tiempo de servicio en el cargo respectivo, y el número de capacitaciones recibidas a la fecha sobre temas de SSR. Veamos.

En la **Tabla 16** y en la **Figura 21**, respecto a las Frecuencias y porcentajes de los y las Responsables de la dirección del programa de SSR según su edad y sexo en dichas I.E., se entrevistó en total a 12 responsables del programa de SSR, siendo 06 directores y 06 tutores; de los cuales 09 son varones y 03 son mujeres.

Asimismo, que del 33.3% (n=4) de los directores entrevistados: el 16.6% fluctúan entre los 51 a 60 años de edad y el otro 16.6% corresponde a los mayores de 60 años de edad, que tienen entre 26 a 35 años de servicio

en la dirección del programa de SSR en IE. Y que del 50% (n=6) de los tutores entrevistados: el 25.0% fluctúan entre 41 a 50 años de edad, que tienen entre 15 a 25 años de servicio en la dirección del programa de SSR en IE.

Tabla n°16
Frecuencias y porcentajes de responsables de la dirección del programa de salud sexual y reproductiva según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.

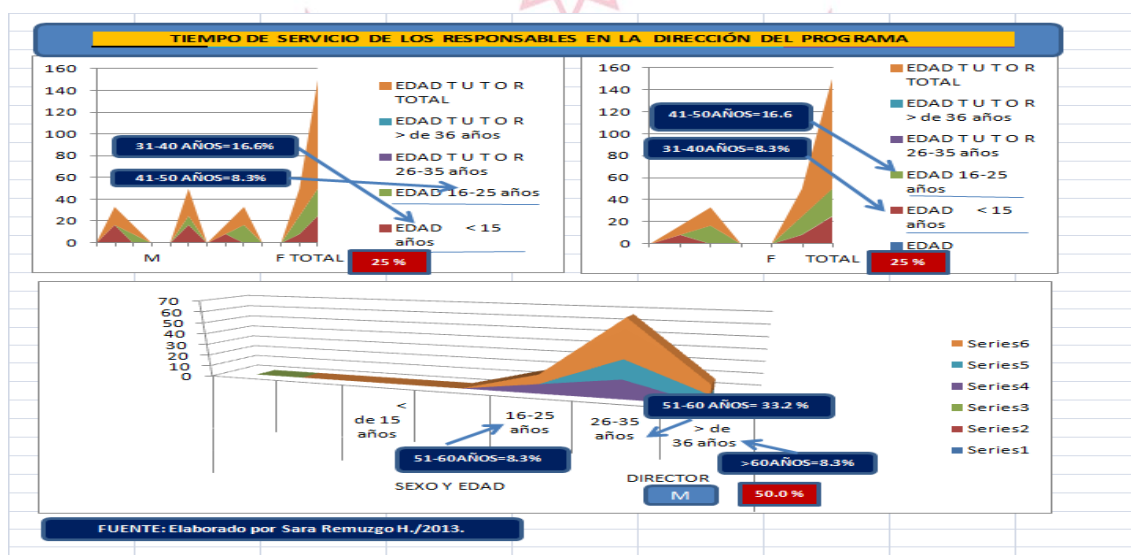
TIEMPO DE SERVICIO DE LOS/AS RESPONSABLES EN LA DIRECCIÓN DEL PROGRAMA																		
SEXO Y EDAD	DIRECTOR/A								TUTOR/A								TOTAL	
	<15		16-25		26-35		>36		<15		16-25		26-35		>36		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
M	<30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	31-40	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16.6	0	0	0	0	0	2	16.6
	41-50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3	0	0	0	1	8.3
	51-60	0	0	1	8.3	2	16.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	25.0
	>60	0	0	0	0	2	16.6	1	8.3	0	0	0	0	0	0	0	3	25.0
	Subt	0	0	1	8.3	4	33.3	1	8.3	2	16.6	1	8.3	0	0	0	9	75.0
F	<30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	31-40	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3	0	0	0	0	0	1	8.3
	41-50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16.6	0	0	0	0	2	16.6
	51-60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	>60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Subt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3	2	16.6	0	0	0	3	25.0
TOTAL	0	0	1	8.3	4	33.3	1	8.3	3	25.0	3	25.0	0	0	0	12	100	

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

Se observa también que del 75% (09) docentes varones responsables del programa de SSR: el 25% tiene más de 60 años de edad, el otro 25% tiene entre 51 a 60 años de edad, el 16.6% tiene entre 31 a 40 años de edad, y un

8.3% tiene entre 41 a 50 años de edad. Mientras que del 25% (03) docentes mujeres responsables del programa de SSR: el 16.6% tiene entre 41 a 50 años de edad, y un 8.3% tiene entre 31 a 40 años de edad.

Figura n°21
Porcentajes de responsables de la dirección del programa de salud sexual y reproductiva según su edad y sexo en instituciones educativas de Lima metropolitana.



Finalmente, del 75% de los docentes varones entrevistados: el 41.6% (n=5) trabaja en el programa de SSR un promedio de 26 a 35 años en su cargo respectivo. Y del 25% de los/as docentes mujeres entrevistadas el 58.3% (n=7) tienen entre 16 a 36 años en el cargo respectivo y que actualmente dirigen el programa de SSR.

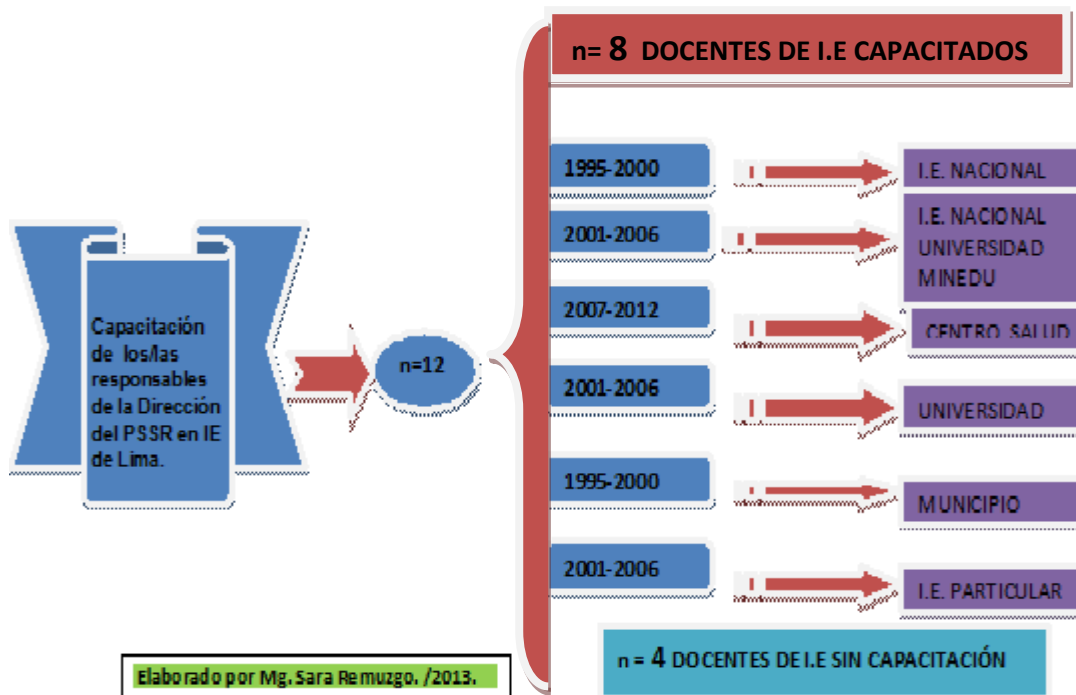
Tabla n°17

Frecuencias y porcentajes del número de capacitaciones de responsables de dirección del programa de salud sexual y reproductiva según lugar, día y año. Instituciones educativas de Lima metropolitana.

CAPACITACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE DOCENTES.																						
DIA /AÑOS		MINEDU			I.E. NACIONAL			I.E. PARTICULAR			UNIVERSIDAD			MUNICIPIO			CENT. SALUD			N.A.	TOTAL	
		1 V	2 V	>2V	1V	2V	>2V	1V	2V	>2V	1V	2V	>2V	1V	2V	>2V	1V	2V	>2V		N	%
1 d	1995 2000	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3
	2001 2006	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	25.0
	2007 2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8.3
	1995 2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
2 d	2001 2006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3
	2007 2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	1995 2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8.3
3 d	2001 2006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	2007 2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	1995 2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
> 3 d	2001 2006	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.3
	2007 2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	N.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	33.3
TOT.		1	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	4	12	100

Fuente: Encuesta realizada por Mg. Remuzgo en los meses de julio a diciembre del 2012.

Figura n°22
Número de capacitaciones de responsables de dirección del programa de salud sexual y reproductiva según lugar, día y año. Instituciones educativas de Lima metropolitana.



La **Tabla 17** y la **Figura 22** respecto a las Frecuencias y porcentajes del número de Capacitaciones de responsables de la dirección del programa de SSR según lugar, día y año; de I.E. de Lima Metropolitana; se encontró que de 12 docentes (director y/o tutor): el 33.3% (n=04) nunca se capacitaron y el 66.7% (n=08) si se capacitaron.

Los/as docentes capacitados en su mayoría (41.6%) fueron adiestrados entre los años del 2001 al 2006 y sólo un 8.3% (n=1) fue capacitado en el 2010 (2007-2012).

4.4.2 Opinión de docentes sobre salud sexual y reproductiva

Se aborda tres temas: la opinión, la participación y se toma en cuenta las recomendaciones de los/as 12 docentes sobre la SSR de los 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana, en la cual se respetó íntegramente el lenguaje y se transcribió las respuestas “tal cual” se expresaron los entrevistados. Ver previamente la figura 23.

Figura n° 23

Opinión, participación y recomendaciones de los/as docentes sobre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas de Lima metropolitana.



- A. Respecto a la pregunta: **¿Qué opina de los temas de sexualidad, promoción de la salud, métodos anticonceptivos, violencia, y otros? ¿Dialoga Ud. estos temas con naturalidad o siente vergüenza?**

Los/as docentes respondieron:

“La sexualidad es necesario para los jovencitos....promover la salud es responsabilidad de todos, pero principalmente del MINSA...sobre los métodos anticonceptivos, urge se usen para evitar embarazos tempranos...y sobre la violencia, aumenta en el distrito, se debe trabajar más con las familias para proteger a las niñas violadas. Y, yo si hablo los temas de sexualidad con naturalidad a mis alumnos pero me gustaría capacitarme más, pues dado que aumentan los embarazos e infecciones de transmisión sexual. Creo que no lo estamos haciendo bien, pedimos asesoría permanente. Si?”

(Tutor, 32 años, C.N. José C. Mariátegui-Pachacámac).

“Hablar de sexualidad con los adolescentes es algo que hago siempre aún sin que lo haya programado, mi hijo embarazó a su enamoradita y ello me hace sentir mal que trabajo más esos temas con los chicos en el colegio.....respecto a la promoción de

la salud, nos permite hacer prevención, tenemos que practicarla siempre como yo lo hago.....Sobre los Métodos anticonceptivos tenemos y necesitamos hacer mas difusión, porque este año se embarazaron 4 adolescentes y tuvimos un caso de abuso sexual en un adolescente de 15 años, todos estamos trastornados porque lo atacaron 3 jóvenes del barrio, que difícil época señorita, Ud. sabe en mi tierra (Arequipa) respetamos a los más jóvenes, son el futuro del Perú, se imagina?.....Y en cuanto a hablar con naturalidad sobre temas de educación sexual en las aulas, si lo practico pero me falta dominar mas temas como los anticonceptivos de emergencia por ejemplo, haber si Ud. nos asesora en ello....”

(Tutor de 39 años de edad, C.N. Aichi Nagoya de Ate V.)

“Me preocupa los valores de los jóvenes de ahora, no se respetan y se tocan confianzadamente.....han aumentado embarazos y abortos tempranos.....por ello si es importante hablar de estos temas y no tener vergüenza.....pero tengo problemas para hablar de sexo con los varones de 5to. secundaria.....hacen bulla y no dejan que dialoguemos.....por ello debemos insistir y capacitarnos más, es realmente urgente hacerlo.....la promoción y prevención es lo primero.....”

(Tutora de 50 años. C.N. Micaela Bastidas- Ate V.)

“Educación sexual, violencia, anticonceptivos y promoción de salud....son temas que propondremos al próximo año en nuestro plan anual.....este año hay 6 embarazos, 2 violaciones y 3 adolescentes infectados con su sexo....ya los vio el médico de la posta..... por ello trabajamos y procuramos todos hablar de sexualidad con ellos muy tranquilamente y claro hay temas que no dominamos lo tenemos en los libros y procuraremos trabajarlos más.....”

(Tutor de 49 años, C.N. San Martín de Porres- VES).

“Los chicos saben hoy mucho de sexo por la red, la radio y los amigos, el equipo de docentes si hablan de sexo pero deben mejorar más y olvidarse de la vergüenza. Necesitamos hacer promoción y prevenir los abusos sexuales en las mismas familias y los embarazos.....que pasa con las niñas de hoy?.....es importante todos trabajemos para combatir estos limitantes y apoyarlos en todo...”

(Directora de 50 años, C.N. Rosa de América- VES).

“Como yo no tengo miedo ni vergüenza de hablar de educación sexual a los estudiantes.....yo les pido lo hablen en equipos en el aula.....les dejo trabajo en casa y sobre eso hablamos.....por ejemplo hay tocamos el anticonceptivo de emergencia.....y todos quedamos sorprendidos que un alumno dijera que es abortivo y que tiene

pruebas de video sobre sus efectos.....tenemos duda urgente con la gente de salud para que nos lo aclare....tenemos que prevenir y promocionar sus cuidados en sexualidad para no lamentar mañana.”

(Tutor de 44 años, C.N. Abraham Valdelomar- SJL).

“Vergüenza de mi parte para hablar de sexualidad ninguno, pero si queremos denotar que tenemos niñas y adolescentes que se inician sexualmente desde los 12 años las mujeres y desde los 13 años los varones.....hemos tenido adolescentes con ITS...por ir a prostíbulos....queremos hacer una buena prevención y promoción, ojalá recibamos ayuda del MINSA...”

(Director de 58 años, C.N. Francisco Bolognesi- SJL).

“El programa indica que se debe hablar de sexo con naturalidad pero debemos respetar su inocencia...solo se habla de un futuro sexual con sus esposos y sobre todo favoreciendo el uso de los métodos naturales, dado que mi Iglesia no lo sugiere y debemos mantener la inocencia, sin embargo cuando vienen a hacer charlas y otras actividades como lo hizo Ud. hoy, no les prohíbo su ingreso ni de lo que van a hablar. Ya vio?”

(Directora de 39 años, C.N. Túpac Amaru- Comas).

“A los adolescentes se debe hablarles de sexo con naturalidad y sin prejuicios....peor....debe ser medido....según su edad y como lo indica el programa....por ello recuerdo a los colegas traten los temas con tacto....sin llegar a la vulgaridad ni a la desfachatez de regalar condones a los chicos de 4to. y 5to. de secundaria...ah eso si señorita.....me molesta muchísimo que lo hagan.....pareciera que se propaga el sexo libre y así no es....

Si es importante aprendan a protegerse.....y no ser padres a estas alturas de su vida, por ello pido la ayuda de mis colegas y a los padres de familia sobre todo.....la promoción es saludable porque nos permite prevenir.....Gracias.”

(Director de 57 años, C.N. Leoncio Prado-Pte. Piedra).

“.....Buenas tardes....señorita que gusto.....así nomás nadie nos visita....encantado de ayudarla.....Me preocupa la situación de los jóvenes de hoy, es un problema social.....chicos y chicas ya se inician sexualmente a temprana edad....12 y 13 años según mi sondeo.....y ya tienen antecedente de abortos e infecciones(tuvimos dos casos de chicos de 15 años con gonorrea)....y fíjese maltrato (tenemos dos denuncias de violencia sexual).....Tenemos que trabajar más con ellos, la ayuda de los padres es crucial.....y el equipo de salud debería darse su vueltita por acá para apoyarnos con las

charlas.....Realmente me entristece ver que los valores se van perdiendo en esta nueva sociedad....”

(Director de 60 años, C.N. Ramiro Prialé P-Lurín).

“Buenos días, promoción de la salud, si es importante; y hablar con naturalidad de educación sexual también.....pero debo reconocer que es difícil dialogar con la gente de 5to. Porque todo lo llevan a la broma y a la chacota.....La información de métodos anticonceptivos es básico.....deben proyectarse a futuro y salir de la pobreza material en que se encuentran y no es llenándose de hijos.....desafortunadamente, son padres a temprana edad.....y la mayoría no saben ni que hacer.....el año pasado tuvimos 5 deserciones escolares (dos varones y tres mujeres) por embarazo precoz.

Desgraciadamente hay mucha diversión negativa en la zona que tampoco ayuda en la mentalidad de los chicos, si a ello le agregas el pandillaje....es terrible....realmente a nosotros nos enferma dicha situación, porque los padres de familia no se preocupan tampoco por ellos.....Necesitamos ayuda.....”

(Director de 57 años, C.N. Inca Garcilaso de la Vega- VMT).

“Mire señorita.....no tengo hijos aun, pero dado los problemas que tenemos en el colegio.....no entiendo a los padres de familia.....muchos tienen motivos por su ausencia pues trabajan para mantener su familia pero otras madres están en la calle y no hacen nada por mejorar su situación familiar.....estamos cansados de hablar con ellas...

Sobre todo con las madres de las niñas que tienen problemas de conducta (ya que inician relaciones sexuales con sus mismos compañeros de aula y luego los cambian rápidamente con otras parejas, lastimando incluso a sus compañeras), violencia sexual, abortos...no sabe....(señoritas de 14 años con problemas de hemorragia por aborto provocado....), señoritas embarazadas cuyas parejas niegan su paternidad.....en fin, donde están sus padres?.....No es solo labor del docente, si se da cuenta....”

(Tutor de 46 años, C.N. José maría Arguedas- SJM).

B. Respecto a su participación sobre: Realizo y/o apoyo en campañas, sesiones y talleres en el colegio en temas como: Métodos anticonceptivos - Píldora de emergencia - Aborto - Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA - Maltrato y/o abuso sexual - Violencia familiar- etc. Explica.

A lo que los/as docentes respondieron:

“Sinceramente, señorita, campañas en los temas de sexualidad: ninguna campaña. Pero, si apoyé en campañas de psicología por ejemplo, pero nada más.....”

(Tutor, 32 años, C.N. José C. Mariátegui- Pachacámac).

“Señorita yo propuse a dirección realizar campañas de educación sexual, pero desafortunadamente no tenemos presupuesto para preparar maquetas, o comprar libros, preparar dípticos u otros, pero se nos presentan casos de urgencia y lo dejamos de lado....sin embargo cuando hay niñas embarazadas o violadas recién nos acordamos y empieza nuestra preocupación.....necesitamos apoyo del MINSA y el MINEDU”

(Tutor de 39 años de edad, C.N. Aichi Nagoya de Ate V.).

“Le cuento quisimos hacer una campaña de salud y charlas de educación sexual: enfocado en métodos anticonceptivos.....pero los padres lo malinterpretaron y elevaron quejas a la dirección...sobre todo un grupo de padres de sectas religiosas.....fue duro....tanto que dirección cedió y ya no se llevó a cabo la charla...que hacemos?...casos así nos quita la voluntad.”

(Tutora de 50 años. C.N. Micaela Bastidas- Ate V.

“La verdad, verdad, no he tenido tiempo en apoyar en campañas sobre temas de sexo ni sexualidad. Pero cuando lo comenté y lo propuse a dirección, no teníamos materiales para trabajar.....se presentó también 4 casos de TBC y ello nos obligó a invertir tiempo o, dinero y docentes para solucionarlos.....”

(Tutor de 49 años, C.N. San Martín de Porres- Villa el salvador).

“Sinceramente no he podido apoyar a los colegas para hacer campañas de salud en educación sexual pese al incremento de la fecundidad y embarazo no esperado.....hay casos de violaciones...con decirle que hace 3 meses se encontró un feto en el baño. Pero tuvimos campaña de nutrición y anemia en jóvenes que postergamos su efectividad....esperamos proponerlo y realizarlo bien este año.” **(Directora de 50 años, C.N. Rosa de América- VES).**

“La única campaña que apoyé y participé fue la que organicé en el 2010 fue sobre el uso de los condones y su importancia, ahora me gustaría tener más información de métodos anticonceptivos y pastilla del día siguiente.....”

(Tutor de 44 años, C.N. Abraham Valdelomar- SJL).

“Nuestro colegio no hizo campañas sobre educación sexual, o charlas de anticoncepción.....pero si hicimos una de violencia familiar y sexual el año pasado, fue muy interesante pues invitamos a la posta, a DISA y a la UGEL, dado que hubo un caso de violación en el colegio....fue desastroso.....ya pasaron dos años del incidente y no hay más casos a la fecha y esperamos seguir así”.

(Director de 58 años, C.N. Francisco Bolognesi- SJL).

“Cómo le decía....este mundo está perdido...no lo perdamos más embruteciéndose con el alcohol y mentiras. No regalemos condones invitemos a cuidar su cuerpo y comenzar tarde su inicio sexual....tengo interés en hacer charlas, coordino con la posta, pero a veces ellos no vienen por escaso tiempo y por falta de personal.....Justo hoy revisaba las estadísticas, y a pesar de tanta información en la televisión y otros medios lejos de mejorar los índices de embarazo adolescenteha aumentado.....”

Tenemos que sentarnos a conversar: personal de salud- padres- profesores y estudiantes....., no todo está perdido, procuremos trabajar más con ellos.”

(Directora de 39 años, C.N. Túpac Amaru- Comas).

“Se ha programó una charla sobre educación sexual el año pasado, y tenemos otro a realizarse a fin de año. Esperamos también contar con su apoyo en esos temas.....la invitamos para la ponencia a los padres y adolescentes, le parece?.

(Director de 57 años, C.N. Leoncio Prado-Pte. Piedra).

“No participamos mucho en este tipo de charlas porque también tenemos problemas de TBC y desnutrición,.....desgraciadamente quedó relegado nuestro presupuesto a problemas de educación sexual.....Este año no programamos pero lo plantearemos para el día de la primavera.....Y sobre los problemas de embarazo yo ahínco a los padres de familia a preocuparse más por sus hijos e hijas.....que los cuiden bien y les hablen.....es su responsabilidad”.

(Director de 60 años, C.N. Ramiro Prialé P-Lurín).

“Hicimos una charla en septiembre del año pasado y tenemos otro para julio, pero los profesores de tutoría hablan de esos temas con los estudiantes.....lo que si estamos coordinando con la posta de la zona, pero aun no nos han contestado la invitación, hace un mes. Estamos llanos a apoyar todo aquello que favorezca a los jóvenes.”

(Director de 57 años, C.N. Inca Garcilaso de la Vega- VMT).

“Soy nuevo en el cargo y propondremos esos temas en nuestro plan anual, justo hoy veía los datos sobre casos de embarazo y abortos en el colegio.....y eso si me preocupa.....gracias por recordarnoslo. Se por la antigua dirección que han solicitado personal que apoye a los docentes y tutores en el manejo de dichos temas, solicitando materiales audiovisuales y papeleríapero nada.....también hicimos extensivo la invitación a los Municipios....pero tampoco no han venido.....Por ello nosotros nos armaremos con lo poco que tenemos para asesorarlos en todo.....”

(Tutor de 46 años, C.N. José María Arguedas- SJM).

C. Respecto a la Educación sexual, sus recomendaciones son:

*“Al colegio le recomendamos dejar de lado el tabú sexual
.....a los padres les pedimos que conversen más con sus hijos,
.....a los profesores/as les recordamos que dialoguen de
temas sexuales abiertamente sin temores ni miedos.....a los
profesionales de la salud les pedimos se acerquen a nuestro
colegio, no vienen hace 5 años.....al Municipio les pedimos tengan
más presencia en los colegios, al menos en el nuestro.....y al
gobierno trabajen en políticas de educación sexual.....nuestro
país crece desmesuradamente....nacen muchos niños a temprana
edad....¿qué pasa Sr. presidente?.....”*

(Tutor, 32 años, C.N. José C. Mariátegui-Pachacámac).

*“En relación al colegio, a los profesores, y a los padres, les
pedimos más comunicación y trabajo en equipo y más apoyo
emocional a los estudiantes, a los profesionales de la salud, al
Municipio y al gobierno que por favor se acerquen y vengan al
colegio.....que no solo estén en las elecciones...trayendo comida o
regalando condones.....no señorita...queremos capacitación,
charlas y asesoría psicológica, presupuesto....en fin. Gracias”.*

(Tutor de 39 años de edad, C.N. Aichi Nagoya de Ate V.).

“Tema difícil pero no imposible, por ello pido apoyo de Ministerios de educación y salud, a los gobiernos (alcalde y presidente) nos faciliten los medios y las personas para ayudar en consejería en educación sexual a padres, docentes y alumnos. Nosotros no tenemos todos los instrumentos ni las armas para combatir la religión por ejemplo....que se opone a la anticoncepción...Hace poco vino gente de la Iglesia evangélica, el presidente APAFA es de esta religión, no sabe los problemas que nos ha ocasionado.....en fin...esperamos mejorar estas áreas. ”

(Tutora de 50 años. C.N. Micaela Bastidas- Ate V.

“Sugerimos al equipo del MINSA, nosotros, MINEDU, familias y el Gobierno (nacional y local), ayudarnos para las campañas, talleres en temas de educación sexual y otros temas urgentes de los/las chicos/as. Ayúdenos con la difusión de nuestras necesidades, ud puede: por lo pronto contando lo que pasa y luego las fotos.....?”

(Tutor de 49 años, C.N. San Martín de Porres- VES).

“Invito a todos a aunarse en el trabajo del cuidado y protección de los adolescentes, espero construir con la ayuda de los padres u pequeño ambiente exclusivamente para ellos. Invitar cada 3 meses a los médicos. Que les parece? Y al Alcalde y al Presidente, dense un paseíto al colegio y ayúdenos a ayudar”.

(Directora de 50 años, C.N. Rosa de América- VES).

La verdacita, como dicen en mi pueblo de Abancay, no tenemos apoyo de los centros de salud, del municipio ni del gobierno actual, los padres trabajan mucho, y nuestro director para de viaje.....es difícil, solo insistimos con los padres en consejería para que se ocupen de sus hijos hablándoles de sexo, sus cuidados y ver las consecuencias....si se descuidan. Y en cuanto a los jóvenes nos encomendamos a Dios para que ellos solos se ayuden.....”

(Tutor de 44 años, C.N. Abraham Valdelomar- SJL).

“A los padres les digo les enseñen como cuidar su cuerpo.....a los profesores les pido se tomen en serio su trabajo....a los profesionales de salud, al MINEDU y al Presidente, se preocupan por regular leyes favorecedoras y que cumplan las pautas a favor de los estudiantes adolescentes.....queremos ayudarlos pero necesitamos ayuda para programarlo y cumplirlos....”

(Director de 58 años, C.N. Francisco Bolognesi- SJL).

“Si somos un equipo....trabajemos en equipo. Pero el presidente, los Municipios, y los Médicos tenemos que reunirnos en las aulas para ayudar a los chicos. Y por favor padres y madres de familia queremos que se ocupen mas de sus hijos”.

(Directora de 39 años, C.N. Túpac Amaru- Comas).

“Señorita.....nadie viene por acá.....como llegó Ud.?.....ha visto lo difícil que es llegar?.....tenemos tantas necesidades y los problemas con los adolescentes no es extraño, el medio donde viven tampoco ayuda. Ojalá los Ministerios, Municipio y Gobierno se acuerden que existimos y nos envíen materiales concernientes a educación sexual”

(Director de 57 años, C.N. Leoncio Prado-Pte. Piedra).

“Para ser honesto hace tres años venían las serumistas de la posta, pero desafortunadamente ese equipo ya se fue, según supimos y nadie más vino.....y si queremos valorar los resultados de su trabajo de un año.....fue óptimo no tuvimos casos de embarazo en dos años.....lamentablemente los adolescentes de 4to. y 5to. ya egresaron (son los que fueron capacitados por las profesionales de la salud), y tenemos problemas con los otros grados.....los profesores están trabajando pero parece que no es suficiente.....Señores los esperamos con su apoyo y compromiso”

(Director de 60 años, C.N. Ramiro Prialé P-Lurín).

“Bueno señorita, hasta donde se habían materiales de educación sexual hasta hace cinco años....pero no se qué pasó.....estoy el tiempo que le mencioné en el cargo y no hay ningún material concerniente a educación y promoción de la salud.....Salud, Ugel,

Municipio y Gobierno.....no hay presencia.....salvo para las elecciones.....por ejemplo para la última elección vinieron y regalaron condones a padres e hijos, en una reunión que tuvimos en el colegio.....de ahí nada mas.....Vengan a nuestro colegio.”

(Director de 47 años, C.N. Inca Garcilaso de la Vega- VMT).

“Hasta el año pasado venían una vez por año.....pero ya cambió la dirección en el centro de salud y parece que también cambiaron sus actividades extramurales-.....no vienen.....el Municipio vino para septiembre y trajo a los chicos condones con el lema: no tengan hijos_ y del Gobierno nada....les pedimos vengan a visitarnos y trabajar con los más pobres de verdad.....tan solo pueden enviar representantes si es que no hay tiempo.....todo es posible.....”

(Tutor de 46 años, C.N. José María Arguedas- SJM).

4.5 Programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de zonas urbano marginales de Lima metropolitana

Para medir la eficacia del programa concerniente al logro de objetivos del programa, se tomó en cuenta: primero, la revisión documental con la participación de los/as docentes para la evaluación de 04 líneas de acción propuestas por el MINSA (promoción y desarrollo de entornos saludables, trabajo intersectorial e implementación de políticas saludables); y segundo, se realizó la evaluación del programa de promoción de SSR con la participación de los/as estudiantes del 5to. de secundaria de las IE.

Para ambos casos se realizó una exhaustiva “revisión documental” y la observación de todo tipo de evidencia concerniente al programa de salud sexual y reproductiva, haciendo uso de instrumentos como: lista de cotejo, fotografías, grabación, y registro de datos en la ficha de observación y bitácoras respectivamente.

Para la evaluación del Programa de promoción de SSR se tomó en cuenta tres perspectivas: docentes, estudiantes y fuentes de información documental. Así:

4.5.1 Evaluación del programa de promoción de salud sexual y

Reproductiva desde la perspectiva docente

Para la medición respectiva del programa de promoción de SSR desde la perspectiva docente, se consideró las escalas:

MB= 5 (MUY BUENO)	B = 4 (BUENO)	R = 3 (REGULAR)	P = 2 (POCO/DEFICIENTE)	N = 1 (NULO/ MUY DEFICIENTE)
-----------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--

Y se tomó en cuenta lo siguiente:

Figura n°24

Componentes, actividades y alternativas sobre el programa de promoción en salud sexual y reproductiva en I.E. de Lima Metropolitana.

COMPO-NENTE	ACTIVIDAD	ALTER-NATIVA
Promoc. de comportamientos saludables	Informe del responsable de promoción de la salud del colegio sobre el desarrollo de temas en SSR	a.1
	Informe del monitoreo de la visita al aula de clase, que desarrollan temas sobre SSR(1 por mes)	a.2
	Informe de la presencia de DIRESA y MINEDU sobre actividades de promoción en SSR.	a.3
Desarrollo de entornos saludables	Informe de la visita a la IE por el responsable del programa del centro de salud de la zona.	b.1
	Informe de talleres educativos sobre temas de SSR.	b.2
	Informe de reuniones o libro de actas con motivos de consejería SSR	b.3
	Evidencia de instalaciones educativas en buenas condiciones, con aulas espaciosas, auditorio ideal, biblioteca, área de recreación, botiquín, cafetería, servicios básicos completos y en funcionamiento.	b.4
Trabajo intersectorial	Consolidado de encuestas sobre la problemática de SSR de la IE.	c.1
	Informe de resultados y planes de capacitación organizados por el C.S. de la jurisdicción	c.2
	Informe de coordinaciones del personal de salud con el consejo IE para el desarrollo de actividades de promoción de la salud en SSR.	c.3
Implementación de políticas que promueve salud	Documento de Resolución directoral concerniente a la SSR.	d.1
	Copia del PEI correspondiente a las acciones de promoción de la salud en el eje de la SSR adolescentes	d.2
	Existencia de Guías, lineamientos de política, y protocolos pedagógicos en el eje temático de SSR	d.3
	Existencia de cuadernos de trabajo, módulos educativos, láminas y/o dípticos para los estudiantes sobre SSR.	d.4
	Diseño de materiales educativos en SSR adaptados a la realidad	d.5

De las consideraciones dadas tenemos como resultados:

Tabla n° 18
Frecuencia sobre la promoción de comportamientos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes.

Promoción de comportamientos saludables						
ACTIVIDADES	MB	B	R	P	N	TOTAL
a.1	0	0	0	2	10	12
a.2	0	0	0	2	10	12
a.3	0	0	0	2	10	12

La **Tabla 18** y la **Figura 24-25**, sobre la Frecuencia de la promoción de comportamientos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de SSR en I.E. desde la perspectiva de docentes, mostraron resultados muy deficientes (por ejemplo de 12 docentes, 10 expresaron deficiencias) en cuanto al manejo promocional del programa.

Figura n°25
Frecuencia sobre la promoción de comportamientos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.



Tabla n° 19
Frecuencia sobre el desarrollo de entornos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.

Desarrollo de entornos saludables						
ACTIVIDADES	MB	B	R	P	N	TOTAL
b.1	0	0	0	2	10	12
b.2	0	0	0	2	10	12
b.3	0	0	0	2	10	12
b.4	0	0	0	5	7	12

La **Tabla 19** y la **Figura 26**, sobre el desarrollo de entornos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de SSR en I.E., se encontró que de 12 docentes entrevistados, 10 expresaron serias deficiencias en desarrollar entornos saludables a favor de los estudiantes de dichas jurisdicciones.

Figura n° 26
Frecuencia sobre el desarrollo de entornos saludables respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.

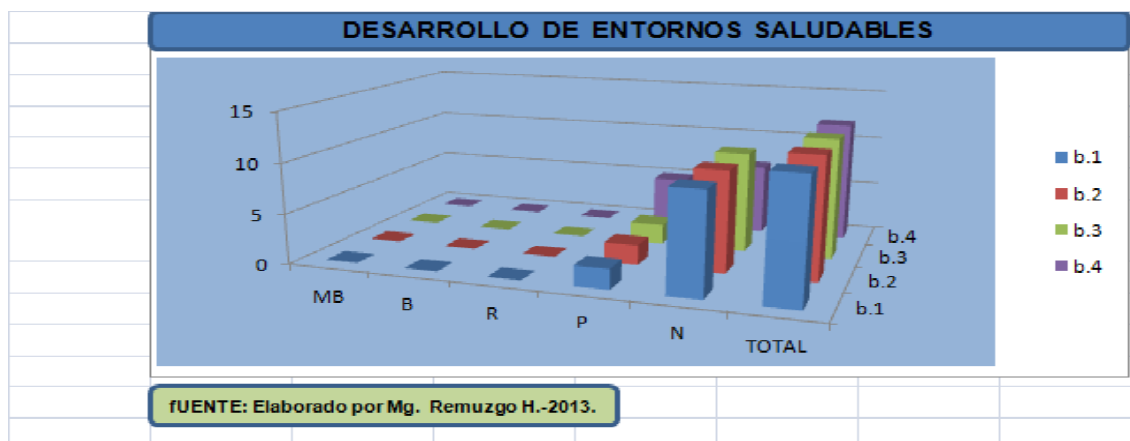


Tabla n° 20
Frecuencia sobre el trabajo intersectorial respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima Metropolitana.

Trabajo intersectorial						
ACTIVIDADES	MB	B	R	P	N	TOTAL
c.1	0	0	0	2	10	12
c.2	0	0	0	2	10	12
c.3	0	0	0	2	10	12

La **Tabla 20** y la **Figura 27**, sobre la Frecuencia del trabajo intersectorial respecto a las actividades y escalas de medición del programa de SSR en I.E. desde la perspectiva de los y las docentes, encontramos que estas 12 IE no presentan un adecuado trabajo intersectorial, dado que la mayoría (n=10) indicaron “Muy deficiente”.

Figura n° 27
Frecuencia sobre el trabajo intersectorial respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.

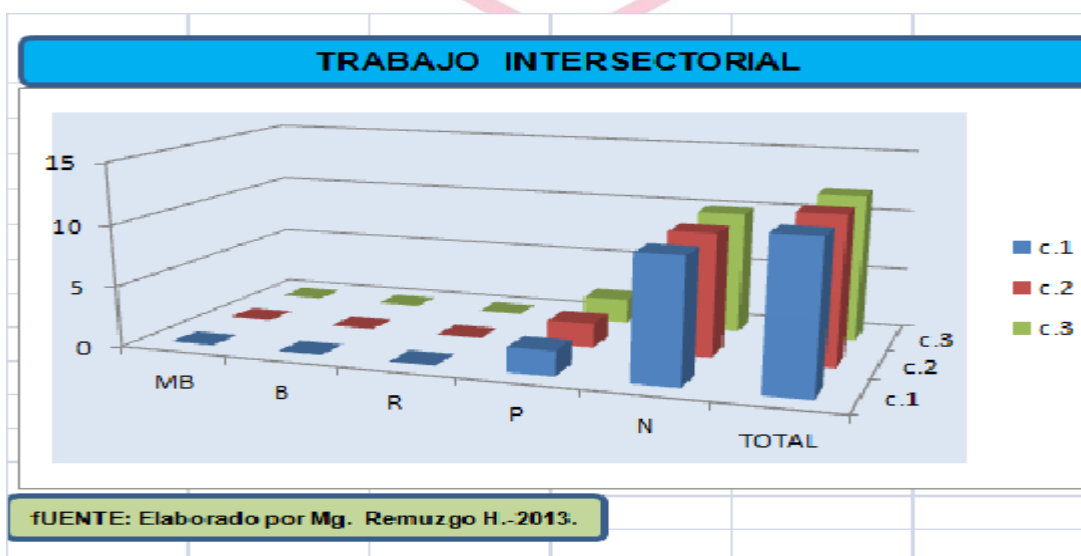


Tabla n° 21

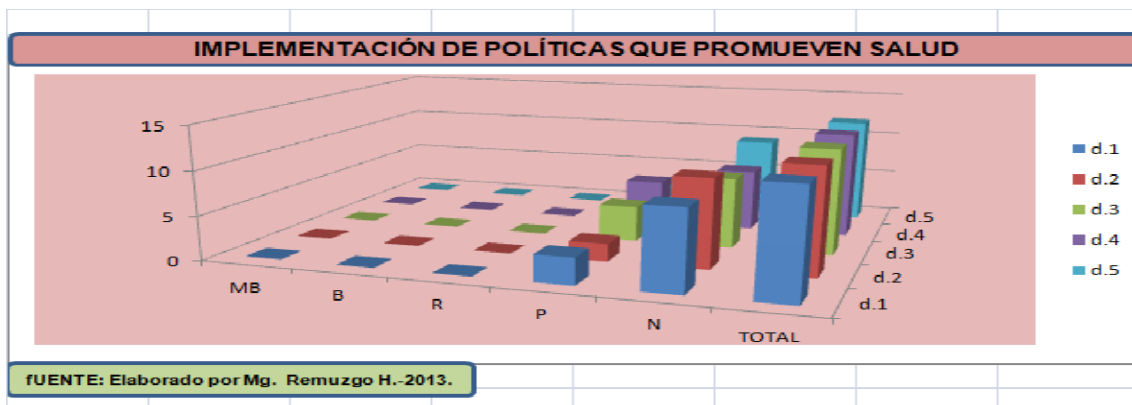
Frecuencia sobre la Implementación de políticas que promueven salud respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima metropolitana.

Implementación de políticas que promueven salud						
ACTIVIDADES	MB	B	R	P	N	TOTAL
d.1	0	0	0	3	9	12
d.2	0	0	0	2	10	12
d.3	0	0	0	4	8	12
d.4	0	0	0	5	7	12
d.5	0	0	0	3	9	12

La **Tabla 21** y la **Figura 28**, sobre la Frecuencia en cuanto a la Implementación de políticas que promueven salud respecto a las actividades y escalas de medición del programa de SSR en I.E. desde la perspectiva de los y las docentes, se encontró problemas y muchas deficiencias en cuanto a la implementación del programa, ya que al observar y entrevistar a los responsables los resultados se inclinaron en datos de “deficiente y muy deficiente”.

Figura n° 28

Frecuencia sobre la Implementación de políticas que promueven salud respecto a las actividades y escalas de medición del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de docentes. Lima Metropolitana.



4.5.2 El programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva estudiantes

Para la medición respectiva del programa de promoción de SSR desde la perspectiva de los/as estudiantes, se consideró las escalas:

MB= 5 (MUY BUENO)	B = 4 (BUENO)	R = 3 (REGULAR)	P = 2 (POCO/DEFICIENTE)	N = 1 (NULO/ MUY DEFICIENTE)
-----------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--

Y se consideró lo siguiente:

Figura n°29

Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas desde la perspectiva de estudiantes adolescentes del 5to. de secundaria en instituciones educativas de Lima metropolitana.

ACTIVIDAD	ALTERNATIVA
Se aplica un pre test en el desarrollo de talleres en SSR	a
Se desarrolla temas sobre SSR escogidos por los mismos adolescentes en el aula	b
Los alumnos/as entienden las sesiones realizadas por el profesor-facilitador sobre temas de SSR.	c
Los consejos y mensajes solicitados por los/las estudiantes responden a sus expectativas de satisfacción y comprensión.	d
Los y las estudiantes cuentan con un ambiente de confianza y seguridad para la discusión y reflexión de temas relacionados a la SSR.	e
Se enseña SSR acorde a su edad y nivel educativo, según protocolos pedagógicos.	f
Estudiantes participan activamente en los talleres sobre SSR.	g
Los y las estudiantes reciben información educativa en SSR en forma de socio dramas, afiches, canciones, videos.	h
Estudiantes reciben cuadernos de trabajo y dípticos y/o trípticos, alusivo a los temas desarrollados.	i
Para la elaboración del plan anual sobre promoción de la salud en el eje de SSR participan los delegados del aula	j
Se aplica un pos test en el desarrollo de talleres en SSR	k

De las consideraciones dadas tenemos como resultados:

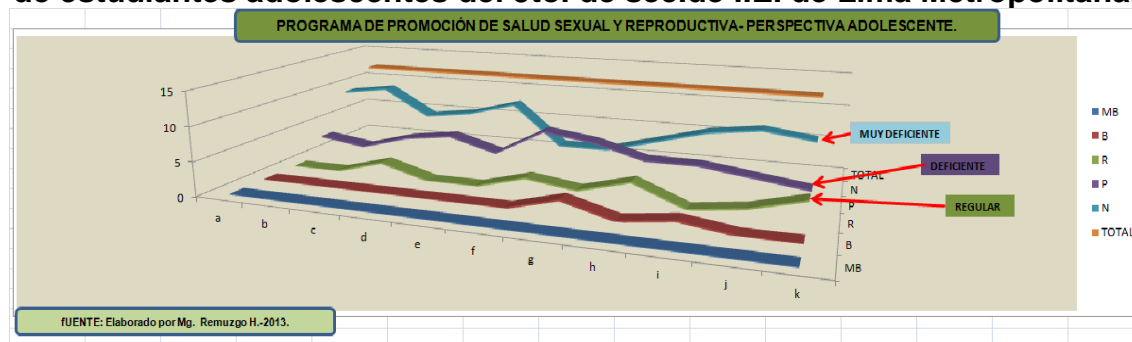
Tabla n° 22
Frecuencia sobre la evaluación del programa de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de estudiantes adolescentes del 5to. de sec.de instituciones educativas de Lima metropolitana.

Programa de promoción de SSR a nivel institucional- Estudiantes.						
ACTIVIDADES	MB	B	R	P	N	TOTAL
a	0	0	0	3	9	12
b	0	0	0	2	10	12
c	0	0	2	4	6	12
d	0	0	0	5	7	12
e	0	0	0	3	9	12
f	0	0	2	7	3	12
g	0	2	1	6	3	12
h	0	0	3	4	5	12
i	0	1	0	4	7	12
j	0	0	1	3	8	12
k	0	0	3	2	7	12

Fuente: respuestas dadas por un/a delegado/a de cada aula-Agosto-diciembre del 2012.

La **Tabla 22** y la **Figura 30**, sobre la Frecuencia respecto a la evaluación del programa de promoción de SSR desde la perspectiva de los y las estudiantes adolescentes del 5to. de secundaria de I.E., se encontró que en las 12 instituciones los delegados del aula respondieron y dieron como resultado de “deficiente y muy deficiente” en cuanto a la evaluación general del programa.

Figura n° 30
Frecuencia sobre la evaluación del programa de SSR desde la Perspectiva de estudiantes adolescentes del 5to. de sec.de I.E. de Lima Metropolitana.



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En éste capítulo cinco, se desarrollan tres temas: primero, la discusión; segundo, las conclusiones, y finalmente las recomendaciones. Así:

5.1 Discusión

La discusión se llevó a cabo bajo la directriz de aspectos generales, y análisis de los tres ejes planteados. Una desde la perspectiva de los/as estudiantes, otra desde la perspectiva de los/as docentes, y finalmente se hizo la evaluación del programa de SSR en IE propiamente, en base al análisis de metas, principales aciertos y desaciertos, y un comparativo con los indicadores propuestos por el MINSA para el eje de SSR.

5.1.1 Discusión de resultados respecto al Nivel de conocimientos y as Actitudes sobre salud sexual y reproductiva de los/as estudiantes del quinto de secundaria de instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana

El derecho a la educación, a la vida, a gozar de una maternidad sin riesgos, así como a la salud sexual y reproductiva; son derechos humanos básicos. Con los derechos humanos se propone exhortar el respeto y la promoción de los derechos fundamentales, la protección y promoción de la SSR, mediante el empoderamiento cognitivo y actitudinal del adolescente.

Y es precisamente en este aspecto cognitivo, en que vemos que hay un escaso enfoque sobre los aspectos promocionales, médicos ó clínicos de la SSR, y que ésta no es suficiente. Por ello, para que se concrete verdaderamente el programa en las IE, creemos que los/as profesionales de la salud en coordinación con los/as docentes; pueden y deben desempeñar un papel activo en la promoción de sus derechos reproductivos, a fin de mejorar la SSRde los y las estudiantes.

Entonces, sobre los aspectos mencionados, a raíz de la encuesta realizada a 382 adolescentes del 5to de secundaria de 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana;se consideró y contrastó los resultados obtenidos en el estudio con otras investigaciones, respecto a

algunas variables intervinientes de tipo: socio-demográficos; medios de información, nivel de conocimientos y actitudes sobre SSR.

En rasgos generales, se entiende que la SSR es un factor clave para el progreso social, económico y político del país. Es así que, el embarazo en adolescentes es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad; siendo un problema de salud pública. Y que la anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, para prevenir tanto el embarazo no programado como el subsiguiente aborto en condiciones de riesgo.

Por ello, para generar la expansión de esta información, debe el cuerpo profesional de atención en SSR; especialmente el médico general, el Ginecólogo y la Obstetriz, y claro está los y las docentes responsables del programa de promoción de la salud en IE, poseer claros y sólidos conocimientos, los cuales deben ser coherentes con su compromiso educativo y comunitario. Aspectos que ahora analizaremos como producto de los resultados de la encuesta realizada en las 09 jurisdicciones distritales, en comparación con otras investigaciones sobre la misma temática.

A) En el estudio, el 74.87% de adolescentes fluctúan entre los 16-17 años, y que del total, el 58.9% de las encuestadas son mujeres.

Asimismo, encontramos que el 37.96% de adolescentes aparte de estudiar también trabajan. Siendo el oficio mayormente realizado por los/as adolescentes: el de panaderos y empleadas domésticas; con un salario menor a los 300 soles (57.9%). Además, el 95.5 % de adolescentes refieren haber sido informados en temas de SSR por su profesor, madre y amigos. Y que el 67.1% de éstos adolescentes ya tienen su historia sexual (abortos, tener un hijo, embarazo, violación, etc.).

De este resultado, cabe la duda sobre la calidad educativa recepcionada por los estudiantes que trabajan; pues como ya es de conocimiento y que luego fue corroborado por el diagnóstico situacional, efectuado en dichas zonas (ver capítulo III- población); el rendimiento académico es menor por el cansancio físico, los bajos niveles nutritivos, el stress, y el escaso tiempo para descansar y hacer las tareas programadas. Y de la misma forma, existe la incertidumbre de saber: ¿cómo si recibieron tanta información en SSR, tienen en su haber una historia sexual negativa en aumento?

Si a esto le agregamos que el 43.2% de los/s adolescentes ya están en actividad sexual, la alerta está dada. Por cuanto podemos afirmar que, calidad de vida no la tienen, pues sus necesidades afectivas y económicas son mayores a su razón.

Es así que, dadas las circunstancias; la esperanza de vida se reduce, pues no hay un entorno favorable, y como tal, no hay un estilo de vida saludable. Sin embargo, se debe reconocer que hay mucho valor y muchos deseos de superación en algunos grupos de estudiantes adolescentes, por cambiar su situación (como es el caso de los/as que estudian y trabajan, y que además ya son padres/madres de familia). Es ahí donde tenemos que trabajar como equipo interdisciplinario (salud-educación) para que estudiantes que ya viven una experiencia sexual y aquellos/as que aun no la tienen; programen y logren un proyecto de vida favorecedor para su familia y para el país.

Un estudio realizado por la OPS-2008, respecto al medio de información de los estudiantes, indicaron que un 55% de éstos adolescentes no recibieron información/consejería de manera oportuna. Y como tal existe un factor en contra que son el tipo de conductas sexuales de riesgo. Asimismo, al investigar la edad promedio para recibir información en SSR, en un estudio realizado por Remuzgo (2009) en Huaycán, manifestaron estos/as adolescentes que recibieron información respectiva a partir de los 15 años en adelante por sus pares (amigos/as). Mientras en el estudio de Huamán (2001) luego de analizar los resultados obtenidos, propuso como meta ideal, el hecho de recibir información en temas de SSR entre las edades de 10-14 años, considerando que los/as adolescentes actualmente se inician

sexualmente antes de los 14 años. Concluye además, que una actitud adecuada no siempre nos dice que un comportamiento sea de bajo riesgo, sino todo lo contrario, traen desacuerdos entre ambas variables.

Por su parte, Chirinos, J. (1996), encontró que la fuente de información en temas de SSR provienen de los amigos y luego de los padres; y Casaverde, (1994) corrobora lo mismo. Y para Huamán (2001), indicó que hablar temas de sexo con los profesores trae buenos resultados, porque los/as adolescentes expresan mayor conocimiento y mejor actitud en su SSR, y que los que hablan con los amigos/as tienen bajo conocimiento.

Del mismo modo, explicó que si los/as adolescentes conversan más con sus padres sobre temas de sexualidad, entonces tienen un mejor nivel de conocimientos y expresan una buena actitud, lo que no sucede con aquellos adolescentes que no se comunican con sus padres.

Analizando los resultados obtenidos por Huamán, Chirinos, Casaverde y Remuzgo (entre 1994 al 2010), vemos que ha evolucionado la forma de comunicación de los/as adolescentes en cuanto a temas de SSR se refiere, ya que al 2012, los/as 382 adolescentes encuestados manifestaron conversar principalmente con “*su madre y su profesor*”, relegando al papel del “*amigo*” a un tercer lugar de consulta a sus inquietudes sobre temas de educación sexual.

Sin dejar de mencionar la intervención del internet a su consulta respectiva. Claro está que la televisión, las revistas y los videos son mucho más accesibles; actualmente. Haciendo la salvedad, podemos apreciar, que pese a que los/as estudiantes actualmente ya conversan con sus profesores/as sobre el tema, de manera natural. Los/as estudiantes refieren que no se sienten satisfechos con las respuestas recibidas ni con las explicaciones científicas dadas, como por ejemplo: el hecho de saber y conocer más sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOP).

Es el caso que se tuvo con la AOP: en la que un adolescente de las jurisdicciones en estudio preguntara en clase, respecto a su definición, uso y utilidad, y que solo obtuvo como respuesta de parte del docente: *“que era un abortivo y que no era recomendable para él”*. O que por ejemplo: la profesora de 55 ó 35 años, *se ruborice cuando habla de los genitales masculinos y femeninos respectivamente.*

O que un docente les diga: *“si....quieren saber más.....ingresen a youtube y/o compren su video triple x”*. Más aún, que un grupo de estudiantes mencionen que: *“Ud. no sabe....en marzo vinieron las señoritas obstetricas de la posta y nos regalaron a todos/as los casquitos...lo chistoso señorita, es que algunos lo jugamos como globos.....pero la verdacita que no nos explicaron bien las infecciones que se dan por no usarlo bien.”* Como vemos, el escenario al 2013, nos indica que aún tenemos mucho que trabajar al respecto.

B) De la misma forma, en el estudio, los y las estudiantes de estas jurisdicciones investigadas tienen un Nivel medio de conocimientos sobre SSR (47.4%). Mientras, el 71.2% de los y las estudiantes mostraron una actitud indiferente y un 22.3% mostraron una actitud negativa respecto a su SSR.

Analizando los resultados, encontramos que hay cierta coherencia informativa, respecto a que, la experiencia en el campo clínico, nos indica que en adolescentes no bien empoderados en conocimientos sea cual fuere el tema ó problema, casi siempre manifiestan poco interés, una nula importancia y un gran pesimismo ante tales circunstancias. Y es precisamente, en el estudio vemos que los conocimientos sobre SSR de los/as estudiantes encuestados/as son de nivel medio, y presentan además, una actitud indiferente respecto a su vida sexual y reproductiva.

Es decir, si se conoce algo de forma regular, qué actitud debe presentarse, entonces? Y surgen aun muchas otras incertidumbres como: ¿Por qué los/as estudiantes, pese a estar informados y conocer de forma regular los temas de SSR tienen una actitud indiferente y negativa respecto a su SSR? ¿Por qué si conocen tanto y están bien informados en el tema, su historia sexual aumenta de forma desproporcionada y negativamente?

¿Qué pasa.....acaso hay problemas con la sociedad y con los valores, ó es que hay un alto grado de independencia y mucho libertinaje respecto al manejo de su salud sexual y reproductiva? ¿Qué hay de la responsabilidad paterna? Y por último ¿Donde están sus padres, que no canalizaron bien sus dudas e inseguridades respecto a su sexualidad en tiempo y a tiempo?

Pese a que se incrementa la incertidumbre, si podemos afirmar, que desafortunadamente según la situación en que se encuentren los y las estudiantes, si pueden verse afectados en su salud mental y emocional, sobre todo, aquellos/as que ya vivieron traumas sexuales a temprana edad, la vivencia de abortos, la espera de un nuevo ser, ó aquellos/as que pudiendo estudiar tranquilos tienen que trabajar para sostener a sus hijos/as, soportando la carga laboral y el maltrato a que se ven sometidos, pues como vimos en el estudio, muchos de ellos/as tienen subempleos, ganando sueldos infrahumanos (salarios menor a los 300 soles mensuales).

Al respecto, Mimbela (2010), aplicó un programa para estudiantes del 4to. y 5to. de secundaria de una IE de San Borja, logrando como resultados que si se mejoró la educación en salud reproductiva respecto a los conocimientos y actitudes respectivamente.

Mientras que Eslava (2009) en su trabajo realizado en una IE parroquial, demostró que hay razones valederas que sostienen la eficacia de la técnica empleada en el manejo del programa, logrando como resultados: la transformación de los conocimientos y las actitudes de los/as estudiantes intervenidos/as.

En ambos estudios, observamos que los resultados corresponden a estudiantes de estratos socio-económicos: “*alto y medio*”, según la ubicación y la IE correspondiente. Por lo que, si lo contrastamos con los resultados obtenidos en las 12 IE de los 09 distritos urbano marginales de Lima metropolitana, nos damos cuenta, que el diagnóstico situacional obtenido pese al tiempo (2008-2010 y 2012) es el mismo, y que por supuesto, sólo luego de una intervención profesional si puede mejorarse su condición cognitiva y actitudinal en cuanto a SSR se refiere.

Y también nos confirma, la carencia de competencias de los/as docentes responsables del manejo del programa de promoción de SSR en dichas jurisdicciones, pero que a su vez, muestra una gran disponibilidad de aprender y mejorar las deficiencias que se presentan en dichas IE.

De otro lado, Macchi y Col. (2008), en su investigación reveló que hay jóvenes en situación de riesgo de contraer VIH/SIDA. Sugiriendo con ello la necesidad de empoderar los programas y proteger a este importante grupo de vida.

Mientras que Ochoa y Col (2008), en su estudio encontró elementos actitudinales en transición hacia una perspectiva de género más equitativa. Y OPS/GTZ (2002), presentó dificultades y riesgos en las familias con hijos/as adolescentes, por lo que sugirieron a los padres de familia principalmente, tratar de incorporarlos en los roles de atención de la casa y la atención de los/as hijos/as; para luego ser involucrados en la prevención de sus roles reproductivos.

Los resultados de Machi, Ochoa y GTZ, entre el 2002 al 2008 advirtieron serios problemas con la SSR. Ello nos muestra la gran necesidad de mejorar los programas promocionales en SSR, pues como podemos apreciar, al 2012, las deficiencias percibidas en Latinoamérica y en el Perú siguen y continúan siendo los mismos.

Por ello, urge reflexionar y activar las políticas de salud, y tomando las sugerencias de Hurtado (2009) y Remuzgo (2009-2010), a raíz de sus investigaciones aplicadas en varones y adolescentes mujeres respectivamente, de Lima metropolitana. Investigadoras, que nos convocan a realizar grandes cambios, asumiendo la responsabilidad

social como eje y retos que cumplir, pues el camino en temas de SSR en general, aun se está en proceso de construcción. Empezando que no existen políticas de salud reproductiva, ya que solo existen programas de corto y largo tiempo, y que casi siempre se ven afectados transitoriamente, por los cambios de gobierno.

Asimismo, Córdor, García, Espino, Huamán, y Dávila (entre el 2000 al 2002), mostraron en sus investigaciones la importancia del nivel de conocimientos y las actitudes de los/as estudiantes adolescentes tanto de IE nacionales como particulares en temas de SSR. La deficiencia que mostraron no es diferente a la encontrada en la presente investigación en el 2012. La alerta ya fue dada hace 10 años, a 5 años de institucionalizado el programa en el MINSA (1995) y luego en el 2002 por el MINEDU.

Al 2013, a raíz de la presente investigación, los problemas aún persisten, y que contrariamente a los resultados esperados según las metas propuestas por entes internacionales y nacionales, percibimos que cada día que pasa se degenera mucho más la escala de autovaloración personal, perjudicando el normal desarrollo de la SSR de los/as adolescentes que recién se inician en su vida SSR.

Lo cual si representa una gran preocupación, y a su vez, se constituye en un gran reto a trabajar, por cuanto hay la necesidad de invitar y comprometer voluntariamente a la sociedad civil, a la ciudadanía, instituciones públicas y privadas, y a todos/as los/as profesionales (salud-educación) involucrados/as en la dirección e implementación del programa; a mejorar los indicadores esperados, y sobre todo, a mejorar la calidad de vida de los/as estudiantes.

5.1.2 Discusión de resultados sobre la Percepción de docentes sobre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva

Para analizar el capítulo de las percepciones de los y las profesionales responsables del manejo del programa de promoción de la salud en IE, se necesita entender previamente algunos aspectos. Se sabe, que la vida personal de las personasha entrado en un campo de negociación de la intimidad; ya que se ha convertido en un proceso personal y abierto que ha creado nuevas demandas. En general, los procesos de liberalización e introducción de nuevos principios, valores y discursos que ordenan la relación entre cuerpo, sexualidad y reproducción se ven enfrentados a nuevos problemas.

Según Dides (2006), los avances tecnológicos en materia de reproducción implican nuevos campos de conflicto, especialmente valóricos, en la medida en que ponen en cuestión las formas tradicionales de entender las instituciones sociales básicas y los principios de filiación. En ese sentido, Perú vive un proceso de doble agenda: por una parte, un elevado estándar de vida en términos de consumo material e infraestructura, así como la vivencia de demandas e intereses sociales; por otra, la inseguridad ciudadana, el déficit y las necesidades propias de un país en proceso de desarrollo.

En términos generales, la salud se ve afectada por muchas condiciones, a menudo llamadas "*los determinantes de la salud*". Los determinantes pueden ser biológicos (sexo, genes), sociales (género, educación, papel de cada miembro de la familia, apoyo de la comunidad), económicos (pobreza), ambientales (contaminación y entorno en el lugar de trabajo); y relacionados con el estilo de vida (patrones de alimentación, hábito de fumar, comportamiento sexual).

Estos determinantes de la salud pocas veces son aisladas, y más de las veces, se refuerzan o afectan unos a otros de diversas formas. Es así que la OMS (1998); gracias a los programas de planificación familiar y los servicios de SSR, favoreció inicialmente a las mujeres de todo el mundo para que puedan realizar nuevas actividades y ampliar sus roles.

Servicios que han ayudado a mejorar la salud de las mujeres y las familias, sobre todo en comunidades rurales y urbanas de bajos ingresos. Razón por la que los índices de mortalidad materna ya han sido reducidos a la mitad y las tasas de fertilidad en un tercio. Y es razón, que en muchos países las mujeres se mueven de la marginalidad hacia los centros de la vida comunitaria, aportando trabajo y desarrollo, encargándose de las diversas necesidades del hogar y la familia. Pero, a pesar de estos avances, aún persisten las grandes diferencias entre mujeres y varones.

Es por ello que existe el compromiso mundial con la equidad de género, desarrollando por tal motivo las facilidades en los servicios de salud y propiciando que los/as profesionales de la salud contribuyan a la prestación eficiente de servicios. Y es en esta razón de lucha, que surge la presencia los/as adolescentes, la cual exige una mirada y preocupación de trabajo permanente para la mejora de sus derechos.

El manejo del programa de promoción de la salud (SSR), está a cargo de un equipo de profesionales (salud y educación), quienes son los responsables del programa. En la investigación se analiza la eficacia del programa de promoción de SSR; en las cuales se indica su edad, el tiempo de servicio en el cargo, el número de capacitaciones, y se

constata su participación en el programa a través de talleres u otras sesiones (preguntas de opinión y observación).

El análisis se presenta así:

- A)** Se entrevistó a 12 responsables del programa de SSR (06 directores y 06 tutores); de los cuales, 09 son varones y 03 son mujeres. Y que el 83.3% de directores/as y tutores/as, fluctúan entre las edades de 50 a 60 años de edad con una permanencia en el cargo entre 25 a 35 años de servicio en su función, y en lo referente a la capacitación sobre el programa de SSR: el 33.3% nunca se capacitó y el 66.7% si se capacitó.

De los cuales, 07 docentes fueron capacitados entre los años del 2001 al 2006, y sólo 01 docente fue capacitado en el año 2010 en el tema de educación sexual. Los resultados son evidentes, por ello muchos de los/as docentes entrevistados/as no supieron responder adecuadamente sobre el manejo de las guías, los protocolos, las normativas en SSR. Asimismo no se evidencia la inclusión de temas de SSR en el plan anual operativo (POA) y tampoco en la del planeamiento estratégico institucional, dada la ausencia de su participación en el proceso de elaboración. Razones por las que no existen evidencias que sustenten la eficacia del programa, si se desconoce su existencia y los procedimientos respectivos para su implementación.

Y sobre el desarrollo del programa en el aula propiamente, un gran % de alumnos/as refirieron haber abordado los temas de SSR, a manera de “*tareas diferidas a casa*” pero que no se solucionaron en el aula con la ayuda del docente para aclarar sus dudas, y que si tocaron los temas en la hora de tutoría; fue exclusivamente por casos de embarazo, violación ó abortos que se presentaron en el colegio.

En ese sentido, como producto de la investigación se pudo corroborar, la nula participación y la nula coordinación interinstitucional entre ambos sectores (MINSA-MINEDU), que firmaron una alianza el año 2002, cuya prioridad fue educar responsablemente en temas inherentes a la vida sexual y reproductiva por etapas de vida (niñez y adolescencia), para así poder reducir los índices de embarazo adolescente, disminuirlos índices de deserción educativa, y sobre todo el hecho de lograr un acercamiento y atención personalizada con los/as estudiantes adolescentes del país. Razón por la que, al aplicar la lista de cotejo y al anotar los resultados de la observación no se pudo evidenciar algún tipo de instrumento de trabajo sobre el programa: resoluciones, directivas, documentos, cuadernos y bitácoras de campo, materiales, e insumos; y mucho menos se pudo evidenciar la existencia de un aula direccionada para la atención de casos de adolescentes con problemas de dicha naturaleza.

B) En lo concerniente a la Opinión propiamente de los/as docentes, se abordaron los temas de educación sexual, promoción de la salud, métodos anticonceptivos (MAC) y violencia sexual. Así como el hecho de poder evidenciar su participación en el desarrollo de talleres relacionados a su SSR (MAC-AOP-Aborto-ITS-VIH/SIDA-Abuso sexual).

Las respuestas obtenidas como producto de la entrevista, fueron diversas y algunas inesperadas, en cuanto al manejo y tratamiento del programa de promoción de SSR en IE, respectivamente. Justamente, analizados desde una percepción personalizada, vemos que cuanto sucede se dan son por fallas en la Gestión, las cuales inevitablemente a consecuencia de la descoordinación interinstitucional y la ausencia de adiestramiento en temas sobre SSR, ya que no se evidencia el manejo de un lenguaje y/o un mensaje uniforme sobre el programa, direccionado para los/as adolescentes por parte de los/as docentes responsables de su implementación. Y es quizás la respuesta probable, por la que los/as estudiantes de las IE de las jurisdicciones en estudio no se encuentren fortalecidos/as en áreas cognitivas ni actitudinales en lo referente a temas de SSR, si los encargados de implementarla no están lo suficientemente empoderados académico ni administrativamente.

En ese sentido, si quisiéramos simplificar la respuesta sobre la relación obtenida, ésta sería: “*conocimiento medio vs indiferencia*”, explicando sería: “*¿si se conoce más o menos sobre algo, entonces la actitud concerniente a ese algo, también será más ó menos;.....ó que su actitud será incierta e inesperada?*”. Analógicamente es muy amplia su explicación, y las razones también serían múltiples, dependiendo definitivamente del enfoque en que uno lo puede percibir. Este enfoque personalizado acorde a las competencias adquiridas de cada docente; pueden darse:

- En relación a la “*educación sexual*” impartida en los colegios, los/as docentes refieren en su mayoría estar de acuerdo con su aplicación en los distintos niveles educativos. Pero existe una errónea percepción de parte de ellos/as cuando relacionan la educación sexual con la sexualidad, y que con frecuencia lo asocian más, al “*morbo de las relaciones sexuales*”.

Y que además, no diferencian los contenidos que los/as estudiantes deberían conocer, como por ejemplo “*conocer la fisiología de la menstruación femenina o explicar los cambios fisiológicos por las que atraviesa todo adolescente en dicha etapa de vida*”.

O el hecho de responsabilizar a los padres de familia por el incremento de embarazos adolescentes y la pobreza en general. Al respecto, comparto la idea de Majone, cuando indica que existe responsabilidad

compartida cuando hay fallas en las políticas (gobierno – iglesia – salud - educación-institución civil - instituciones públicas, y privadas- población en general). Aspectos que se deben considerar, si de buscar responsables se trata.

- Sobre “*la promoción de la salud*”, todos/as los/as docentes respondieron que si es bueno la promoción de la salud, pero tampoco tienen claro la diferencia entre promoción y prevención de la salud, por ejemplo. Así como, tampoco especifican la importancia del manejo de los 03 enfoques transversales de la promoción de la salud: equidad en salud, equidad de género, e interculturalidad. Sin embargo si coinciden en que se debe participar activamente en la promoción de la SSR de los/as estudiantes.

Hablar de “*promoción de la salud*”, implica específicamente promocionar para “*prevenir embarazos en adolescentes y prevenir la recurrencia a abortos clandestinos*”.

Por ejemplo, en la investigación de Remuzgo (2010), en relación al aborto, encontró opiniones diversas por parte del equipo de salud de Huaycán, pues indicaron que nada lo justifica y que más bien; conciben a la “*práctica del aborto como asesinato*”, ya que ellos/as tienen como única misión: “*velar y dar vida*”, mas no quitar o eliminar vidas,

entendiendo que estos nuevos seres humanos no tienen la culpa de haber nacido en tales entornos. Mencionar también, que en el estudio de CHAMBI (1997), se indicó que el aborto es visto por el personal de salud como una alternativa al embarazo no deseado y que como tal adquiere 03 posiciones: restricción absoluta (que no acepta bajo ninguna condición), restricción relativa (que acepta bajo cierta condición, como embarazos por violación) y el que destaca la libertad individual para decidir.

Entonces como podemos apreciar, el aborto acorde a la experiencia sexual evidenciada, fue y es aún un caso muy controversial que se ve influenciada por muchos factores, tales como: las ideologías religiosas, las condiciones socioculturales de la población y el país en general.

- Sobre “*los Métodos anticonceptivos vs AOP*”, existe la preocupación sobre dos áreas: “*docentes que están convencidos en que se les debe enseñar todo sobre cómo cuidarse, y aquellas/os docentes que influenciadas/os por sus dogmas religiosos sugieren que deben limitarse su alcance. Sugiriendo la educación sexual en adolescentes, de forma restringida hasta concluir la secundaria, y no propiciar desde las aulas la promiscuidad e inicio sexual temprano*”, por ejemplo.

También se toma en consideración la investigación realizada por Remuzgo (2009), donde demostró que la mayoría de profesionales del Hospital de Huaycán, coincidieron en que hay un alto número de adolescentes carentes de información adecuada en el “*uso de anticonceptivos*”. Y respecto a la forma en que deben atenderse a estos adolescentes, manifestaron que debe ser brindando consejería privada y respetuosa, en ambientes privados y diferenciados, con horarios diferenciados, trato respetuoso y con lenguaje claro, además de contar con profesionales especializados en temas de SSR para adolescentes primordialmente.

Asimismo, el equipo de salud del Hospital de Huaycán, entrevistados/as en la investigación de Remuzgo (2009-2010), recomendaron el uso de los MAC de forma cuidadosa y que ésta debe estar orientado permanentemente al uso frecuente y continuo, de los insumos y de los servicios del PSSR. Lo cual no fue así, y las explicaciones dadas por los/as adolescentes, fueron por desconocimiento y carencia de apoyo por parte de sus familiares, parejas, y/o un alto grado de temor.

Sugiriendo consecuentemente, sensibilizar a pacientes y familiares sobre su importancia, y el hecho de que si los/las adolescentes ya se iniciaron sexualmente, deberían entonces de cuidarse y protegerse con algún MAC, ya sea oral, tabletas vaginales ó preservativos, previa consejería y evaluación.

Razones por las que se hace extensiva la recomendación sobre la necesidad de implementar políticas de natalidad, y su tratamiento inmediato para combatir el problema de los/as adolescentes como un problema sociocultural. Imposible no mencionar, y contrastar los resultados del 2009, ya que hay actualmente una gran preferencia por el uso de los preservativos, pero no hay claridad en cuanto a sus ventajas, y a su principal función: que es el proteger a toda persona en actividad sexual del contagio de las ITS, VIH/SIDA, además de protegerlos de embarazos no planificados.

- Y ni que decir sobre las dudas que se tienen sobre el uso del AOP (píldora de emergencia), pues los/as docentes no conocen su uso y lo confunden como un método anticonceptivo, peligroso, e inseguro. Con toda seguridad, once docentes de los/asdoce entrevistados/as tienen la convicción de que el AOP es un abortivo, y sencillamente no lo mencionan en su agenda tutorial. Por cuanto comprendemos que es la razón de que los/as estudiantes tampoco pudieron responder favorablemente sobre su existencia.

Explicando las dudas generadas, afirmamos que el AOP no es un método anticonceptivo y tampoco es un abortivo. Los estudios científicos a nivel mundial ya lo demostraron (OPS Y OMS), y considerar prioritariamente que su uso debe estar direccionado solo “*para casos de*

emergencia” como: violaciones o relaciones sexuales no consentidas. Actualmente, el MINSA a través de sus establecimientos de salud tiene a su disposición los insumos suficientes para ser entregados de manera gratuita a todos/as los/as pobladores, incluidos los/as adolescentes que lo requirieran para su uso.

- Y en relación al “maltrato y *la violencia sexual*”, los/as docentes refieren estar preocupados por su incremento en el medio, cuyos casos van desde acoso hasta abuso sexual, ya sea por parte de sus propios compañeros de aula y/o percepciones equivocadas de personas cercanas a su entorno (profesores, amigos/as y vecinos del barrio, y sus propios familiares).

Tal es así, un profesor nos contaba sobre: “*la guerra de pandillas por el amor de una señorita de 14 años....en Comas.*” ó “*la violación consentida por algunas madres...contra sus propias hijas...en VES*”, ó “*el acoso de un docente de 43 años hacia una colegiala de 15 años en el aula....para mejorar sus notas y la violación contranatura de un adolescente de 16 años contra un menor de 09 años, en los baños del Colegio.....en Pachacámac...*”, etc. Los casos son increíbles y preocupantes verdaderamente.

Analizando las respuestas de los/as profesores/as sobre el problema de la SSR en estudiantes de estas IE, puede enfocarse de diversos modos:

- Si lo vemos desde el enfoque filosófico veríamos que el problema se relaciona con la ausencia de ética y la ausencia de valores.
- Si lo vemos desde el enfoque socioeconómico lo entenderíamos como un problema, producto del subempleo y desempleo, además de los desórdenes del entorno y el medio en que viven.
- Si lo vemos desde el enfoque educativo entenderíamos las razones de la ausencia de competencias cognitivas y actitudinales, por las fallas provenientes desde los niveles centrales de la administración pública (MINEDU).
- Si lo vemos desde el enfoque político diríamos que hay ausencia de voluntad política para implementar políticas públicas favorables a la SSR. No existe políticas en SSR en nuestro país.
- Si lo vemos desde el enfoque religioso diríamos que hay ausencia del espíritu santo. Adolescentes del mundo, en completo estado primitivo, carentes del amor de Dios.
- Si lo vemos desde el aspecto de la salud pública entenderíamos sus dificultades para implementar y ejecutar acciones a corto y/o a largo plazo en favor de la promoción y prevención de la salud de los/as adolescentes del país.
- Si lo vemos desde el enfoque psicológico-familiar, veríamos a adolescentes carentes de afecto y carentes de salud mental, por cuanto actúan contra su propia autoestima y contra su desarrollo emocional.

Adolescentes sin la autoridad y la imagen paterna que los ayude a tener modelos positivos y les permita tomar sus propias decisiones, sin temor a equivocarse. Y

- Si lo vemos desde el enfoque científico entonces entenderíamos la ausencia de conocimientos sobre la ciencia y su metodología, ello como producto de la escasa cultura en investigación. Ya que de identificar la importancia de la investigación permitiría inicialmente detectar los problemas, plasmar una línea de base, diseñar, proyectar e implementar acciones de mejoría. Acciones que pueden ser evidenciada si se sistematiza la experiencia.

Como podemos apreciar, las variantes serían innumerables, y lo que pretendemos con la presente investigación es analizar la del programa de promoción de la salud, principalmente el eje de SSR, en IE de Lima metropolitana, es decir, medir específicamente el logro de los objetivos del programa en mención, a 18 años de ser institucionalizado el programa por el MINSA y a 10 años de ser institucionalizado el programa por el MINEDU, con el único propósito de fundamentar y construir políticas favorables para la SSR de adolescentes, haciendo incidencia en los responsables y hacedores de políticas, desde las aulas universitarias y el medio donde se encuentra.

5.1.3 Discusión de resultados sobre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas de Lima metropolitana

En líneas generales sabemos que, el programa de SSR a nivel nacional trabaja en base a 03 líneas de acción: la planificación familiar (consejería, métodos anticonceptivos, y la AOE), la línea materno-perinatal (Control prenatal, parto, y puerperio); el Control de ITS/ VIH SIDA, y la Detección del Cáncer (cervical y mamas) la primera a través de la toma de muestra del Papanicolaou y la segunda a través del autoexamen.

A continuación se detalla el análisis de los resultados, concerniente al manejo del programa de promoción de la salud (SSR) en Instituciones educativas (IEs).

5.1.3.1 El programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas en relación a metas internacionales en salud sexual y reproductiva

Un grupo de expertos internacionales (OMS y OPS para las Américas y el mundo, 2008) plantearon como meta en la temática de SSR: *“promover la Salud sexual eliminando todo tipo de barreras que atenten su normal desenvolvimiento”*.

Y que esta promoción debe darse entre todos los miembros de la sociedad, haciendo hincapié en la necesidad de reconocer los derechos sexuales de todas las personas, incluidas las/los que tengan discapacidades mentales y físicas. Entonces, en un intento de contribuir con los avances se analiza las 05 metas sobre SSR, propuestas por los organismos internacionales, con los resultados obtenidos en la investigación en las IE urbano marginales de Lima metropolitana. Así:

- a) **Meta 1.** *“Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras contra la salud sexual”.*

En el estudio realizado se encontró serias repercusiones que atentan contra los DSR de los y las estudiantes, lo cual es evidente con las actitudes indiferentes (71.2%) que expresaron.

Asimismo se observó a docentes poco comprometidos y carentes de capacitación en la temática de SSR para adolescentes, además de no contar con el ambiente, material, y el presupuesto necesario para realizar su trabajo (ver capítulo de resultados y anexos). Siendo así los resultados, pueden entonces convertirse en barreras de inequidad en cuanto a oportunidad de conocimiento y a acceso en igualdad de condiciones.

Demostrado está, según las investigaciones realizadas por los/as investigadores; en el 2001, 2009, 2010 y ahora en el 2012, los ausentes requerimientos de los servicios en SSR en los centros de salud u hospitales del Estado, y mucho menos aún en la búsqueda de consulta y consejería en las aulas tutoriales de las IE, por parte de los/as adolescentes, de presentarse la necesidad. Ya que lamentablemente solo acuden a los servicios en casos de embarazo, abortos provocados y abuso sexual, con compromiso de su salud.

Cabe mencionar, que la evidencia observacional permite corroborar la información respecto a las deficiencias de contar con servicios de calidad personalizado y diferenciado exclusivamente para el grupo de adolescentes. Dado, que no hay infraestructura adecuada, ni hay los recursos disponibles, en los Centros Hospitalarios y en las IE públicas urbano marginales del país.

b) Meta 2. *“Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población”.*

Existen problemas de integralidad sobre todo en jurisdicciones golpeadas por la pobreza y pobreza extrema, el mismo que es evidente con los resultados de los/as adolescentes encuestados/as en dichas IE: nivel medio a bajo de conocimientos en SSR (67.3%), pese a que el programa de promoción se implementó en el MINSA en 1995 y luego se

hizo alianzas educativas preventivo-promocionales con el MINSA-MINEDU-MIMDES a partir del 2002.

A doce años de implementado el programa MINSA_MINEDU, desafortunadamente afirmamos que aun no se trabaja coordinada ni equitativamente en la transmisión de conocimientos sobre SSR en las zonas urbanas, rurales y urbano marginales de Lima (hay una brecha amplia e inequitativa entre IE nacionales con IE particulares).

El manejo de la información de los/as docentes es limitado dada las escasas competencias profesionales en cuanto a actualización e interés por los temas de SSR en adolescentes, y es más ello/as mismos/as aducen que hay una mayor preocupación por los problemas sociales (bulling docente y estudiantil, desnutrición y anemia, ó el pandillaje y la drogadicción). Quedando relegadas la capacitación y la actualización en consejería y educación sexual de los/as adolescentes, dejándolos/as a su suerte; dada la inclinación de la balanza en dichos problemas. Y como refieren, solo manifiestan interés y preocupación ante el problema dado, ya sea por embarazo, aborto y/o violación.

En ese sentido no hay educación integral en los sectores pobres de la población peruana, ante la carencia de recursos (humanos- infraestructura- económicos- etc.), nos vemos en la necesidad de solicitar mayor atención y compromiso en nuestras funciones, aun con

las limitaciones que se pueda tener, tenemos que cumplir con nuestro rol profesional; con la consigna de dejar un mundo mejor al recibido.

c) Meta 3. *“Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que se desempeñan en campos relacionados con la salud sexual”.*

Según los resultados obtenidos en la investigación vemos consternados que la meta propuesta presentará dificultades en Lima, puesto que de 12 docentes capacitados en temas de SSR, 08 docentes si recibieron capacitación en temas de SSR, tal como lo indica el manual del programa de promoción de SSR en IE, pero que éstas desafortunadamente sólo se realizaron una sola vez, entre los años del 2001 y 2006.

Y que a la fecha la promoción de la SSR no es considerado prioridad en los colegios pese al incremento de los índices de natalidad en el país (ver capítulo de resultados).

Los/as docentes entrevistados/as (director/tutor) lo expresaron claramente en el sentido que se presentan otros problemas de salud que hacen que la balanza se incline en la solución inmediata de dicho problemas (es el caso de pandillaje, drogas, anemia y desnutrición), ya descritos líneas arriba.

- d) Meta 4.** *“Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de SSR y brindar a la población el acceso a dichos servicios”.*

La atención es realizada en nuestro país en las jurisdicciones del MINSA pero no hay atención personalizada con las condiciones propuestas en el programa, por las carencias que se presentan principalmente en dichas jurisdicciones. Las estadísticas indican que los y las estudiantes adolescentes son los que menos acuden a los servicios del MINSA y que los colegios aún no han podido implementar áreas de consejería y atención personalizada para los/as estudiantes, y que tampoco cuentan con docentes actualizados y capacitados en temas de SSR, tal como lo exige e indica el programa (ver lista de cotejo y ficha de observación).

- e) Meta 5.** *“Promover y auspiciar la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante”.*

La investigación y la evaluación es un problema de data antigua pero de interés nacional, en rasgos generales, ya no solo es un problema local, el arraigo es de data antigua que hace que las familias y las instituciones concentren interés y preocupación para resolverlo, dado que el problema carece de presupuesto primordialmente.

Actualmente algunas universidades promueven en los/as estudiantes investigadores la publicación de resultados de las investigaciones, a manera de artículos, pero ello no sucede en la totalidad de las universidades.

Y si nos vamos a los colegios, vemos que el desinterés es mayor, dado que es nula la probabilidad de realizar investigaciones de tamaño índole, y mucho menos su publicación. Por ello creemos al igual que los/as especialistas en el tema, una urgente y necesaria inclusión de la salud sexual y reproductiva en los programas de salud pública que dé cabida a todas las dimensiones de la SSR (por ej., educación sexual integral para adolescentes, desarrollo de los vínculos afectivos/amor del género, proyecto de vida e importancia de la SSR en la etapa adolescente).

5.1.3.2 Principales aciertos del programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas

Los principales aciertos detectados al desarrollar la entrevista en las 12 IE urbano marginales de Lima metropolitana, desde la perspectiva de los/as estudiantes, la perspectiva de los/as docentes, y las del programa propiamente se presentan así:

(a) Aciertos concernientes a la perspectiva de estudiantes

Las perspectivas de los/as estudiantes son:

- Adolescentes que acuden en busca de ayuda a las Instituciones si se encuentran en dificultades de índole física, emocional, y/o personal. Por ejemplo: si necesitan apoyo en casos de abuso sexual, saben que deben acudir inmediatamente a su profesor/a, y/o tutor/a, siempre acompañados/as de sus familiares más cercanos para solicitar apoyo psicológico, y luego entablar el proceso de denuncia. Ellos/as saben que tienen al Hospital para su recuperación física, a la Comisaría para la defensa de su vida en riesgo, y a la DEMUNA para su apoyo legal y manejo del caso.
- Destacar el rol de los/las adolescentes que tempranamente toman conciencia de su condición económica, y apenas concluyen el colegio ven la forma de insertarse rápidamente al mercado laboral para ayudar a sus familias e independizarse económicamente.
- Adolescentes, que cada día conocen más sobre temas de SSR: conocen su cuerpo (división, partes, funciones, y cuidados), diferencias de sexo (equidad e igualdad de género), etc. y le den la importancia debida a la promoción del uso de los preservativos en toda relación sexual, como una medida de prevención a su SSR.

- Adolescentes comprometidos a temprana edad, que reconocen la importancia de vivir las etapas de vida como corresponde, sin apresuramientos y que reconocen que lo ideal no es casarse entre los 14 a 19 años de edad, sino que son etapas que deben ser ocupadas para el estudio y el trabajo ante la necesidad económica; por lo que recomiendan a amigas/os de su entorno a revalorar y encaminar sus planes y metas. Actualmente, existen muchos/as de los/as estudiantes adolescentes ya conviven y son madres/padres de familia, pero reconocen que deben mejorar sus estilos de vida.

(b) Aciertos concernientes a la perspectiva de los/as docentes

Los aciertos en relación a las perspectivas de los/as docentes son:

- Docentes con la intención latente de elaborar el plan anual institucional con programas direccionados a temas de SSR, como por ejemplo: el hecho de programar para los meses de septiembre (día de la juventud) charlas, teatro, y talleres en SSR. La IE tiene su PEI, donde en una de sus estrategias considera a la SSR como tema importante a considerar en la formación académica de los estudiantes.

- Docentes que conocen e identifican los roles y funciones del equipo profesional de salud en los centros hospitalarios (psicología, nutrición, ginecología y obstetricia), y que deben estar en contacto y coordinación permanente, para la promoción y prevención de la SSR de los/as adolescentes.
- Docentes que ya dialogan con mayor criterio, propiedad, y calma; temas concernientes a la SSR de los/as estudiantes. Al respecto, va quedando relegado la práctica de “*la educación sexual como conocimiento tabú*” de los años 80-90. Actualmente la tecnología es un gran instrumento de apoyo en la difusión educativa.
- Docentes que ya se actualizan en temas de SSR en estudiantes al menos una vez al año. Y que consideran prioritario conocer adecuadamente dichos temas, dadas las circunstancias actuales de la educación nacional.
- Docentes, directivos y tutores que se comprometen con la promoción de la salud, mostrando interés en coordinaciones e invitaciones a las Universidades de carreras de la salud para participar en el programa de capacitación y asesoría permanente a los/as docentes y estudiantes en general. Asimismo, los/as directores/as hacen extensiva la invitación del compromiso y participación a favor de la salud adolescente, e invita también a los Hospitales, centros de salud y Municipios a aunarse también en su rol educador.

(c) Aciertos concernientes a la eficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas

Los aciertos respecto a la eficacia del programa son:

- Destacar la organización del plan anual del MINEDU y del plan anual del MINSA, en el sentido de programar las sesiones de orientación a los/las estudiantes en SSR, enfocados a través de talleres de educación sexual y de paternidad responsable. Programa de acción coordinada con el MINSA-MINEDU.
- Destacar la labor de las madres y padres de familia que pese a sus limitaciones culturales y educativas (pues muchas/os de éstos jefes de familia no concluyeron sus estudios secundarios según encuestas demográficas aplicadas en el 2005-2007 por INEI, y corroboradas luego en investigaciones del 2009 y 2010, les hablen a sus hijas e hijos sobre “cómo cuidarse” (como el hecho de esperar para iniciarse sexualmente, ó acudir a su profesor/a ó al Hospital para consejería en educación sexual si desean conocer más sobre SSR).
- La IE dispone de algunas herramientas de calidad básicas (como el Módulo de consejería en educación sexual para adolescentes y el PEI).

Existencia de trabajos diagnósticos-situacionales sobre la promoción de la salud en las IE, estudios facilitados desde los niveles centrales.

- Intención del equipo de tutoría para la elaboración y publicación de un organigrama institucional con los roles y las funciones docentes sobre los programas a desarrollar en su plan anual, donde se incluya la realización de un taller con los padres de familia en consejería para adolescentes: "promoción y prevención en SSR" y la realización de la semana científica en el día de la juventud, donde también se considere campañas y charlas preventivas sobre la promoción de SSR.
- Intención de la dirección y el equipo tutorial para la elaboración de un Organigrama institucional sobre el manejo de redes y atención inmediata, de presentarse algunas emergencias concernientes a la salud adolescente, incluida las relacionadas a la SSR.
- Intención del equipo directivo-docente para la elaboración y diseño de un directorio institucional sobre las entidades públicas y privadas para casos de emergencia y/u otras necesidades.
- Mejora de aulas y remodelación de las construcciones y el pintado general de la fachada e interiores de los colegios. Consideración del área destinada para la biblioteca para también compartir otras actividades de interés estudiantil, como las consejerías para adolescentes, por ejemplo.

- Intención de la comunidad educativa para coordinar apoyo y realizar talleres científicos inter e intradisciplinarios sobre SSR para adolescentes con Municipios, Universidades, Hospitales y centros de salud de la jurisdicción a la que pertenecen.

5.1.3.3 Principales desaciertos del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas

Los principales desaciertos detectados al desarrollar la entrevista en las IE urbano marginales de Lima metropolitana, presentada desde la perspectiva de los/as adolescentes, desde la perspectiva de los/as docentes, y las del programa propiamente, fueron los siguientes:

a) Desaciertos desde la perspectiva de los/as estudiantes

Los principales desaciertos son:

- Estudiantes que solo consideren acudir a los centros hospitalarios cuando se sienten y están delicados de salud, en general es la percepción que todos tenemos. Olvidamos que el hospital puede brindar otras actividades preventivas a favor de la salud.
- Estudiantes del género femenino que solo acudan a los servicios del PSSR en los centros hospitalarios en condiciones de necesidad y emergencia como: embarazo y sangrado por aborto en curso,

infecciones de transmisión sexual, ó fallas en el uso de los MAC, por ejemplo. Ó simplemente buscar consejería en amigos/as del barrio, de presentarse los casos mencionados. La vergüenza y el temor son las razones por las que muchas adolescentes no asisten a los servicios.

- Estudiantes varones que desconocen las funciones y servicios del centro de salud y Hospitales del Estado concerniente a sus derechos en SSR.

Y que al preguntarles *¿si siendo informados y conociendo sus derechos irían al Hospital?* Estudios del 2010 y las del 2012 nos muestra el gran desinterés por parte de los adolescentes varones en SSR.

- Estudiantes en actividad sexual que acuden a los servicios del programa de SSR en las instituciones de salud, para recoger insumos pero que no preguntan ó no reciben información suficiente sobre las bondades del MAC solicitado. Lo menciono porque al realizar la encuesta a los/as estudiantes sobre MAC, percibí un alto índice de desconocimiento en el manejo correcto de estos métodos. Y al preguntarles las razones de su desconocimiento, manifestaron que: *“no saben bien....porque se olvidan y otras que se limitan en preguntar al ver a la profesional: muy apurada, con tantas pacientes que atender, y otras por la indiferencia de algunas profesionales que ni siquiera las miran, etc. etc.”.*

- Estudiantes con una historia sexual temprana en aumento, como es el hecho de contar con estudiantes en actividad sexual, estudiantes madres de familia, y en otros casos estudiantes embarazadas; que

desconozcan y no manejen adecuadamente los temas de anticoncepción y no adopten actitudes favorables a su propia SSR.

Como son los casos de:

- (a) Que la educación sexual no contribuya como corresponde al equilibrio y asesoría familiar. Y que se imparta la educación sexual en los colegios a partir de la adolescencia (13 años en adelante). Y “¿Por qué no antes? Porque es malo aprenderlo de muy niñas”, refieren.
- (b) Que los padres de familia no estén preparados para hablar sobre “sexo con sus hijos”.
- (c) Que no posean conocimientos claros sobre los DSR de la mujer, por cuanto no consideren que puedan lograr su máxima realización siendo profesionales y madres. Además de no considerar que las familias numerosas no permiten y no contribuyen al desarrollo familiar ni al desarrollo del país.
- (d) Que exista un machismo pronunciado y persistente a la fecha, proveniente de ambos géneros, al pensar que es el varón quien toma las decisiones en el hogar, que los varones necesitan más de las relaciones sexuales, por cuanto saben cómo, cuándo y en qué momento realizarlo con sus parejas. Además de no tener la disposición y la madurez suficiente, para asumir su responsabilidad paterna en casos de embarazo adolescente.

- (e) Que aun exista discriminación sexual por parte de ambos géneros, en casos de su condición e identidad sexual, así como el verse afectados por SIDA sean discriminados por su condición. Que desconozcan la sintomatología y los riesgos de contraer las ITS, y el VIH/SIDA, así como el hecho de tener vergüenza si descubren que tienen el problema, y que además no lo dialogan con sus parejas.
- (f) Que exista desconocimiento sobre la función y el rol que cumple su *cuerpo y el aparato reproductor de ambos géneros*. Así como no tener claridad en identificar los factores de riesgo del embarazo, la necesidad de llevar su control prenatal, y el hecho de no estar seguros de la duración del período gestacional. Siendo mayores los riesgos y complicaciones en la etapa adolescente.
- (g) Que expresen que los lavados vaginales, el uso de la tableta vaginal y el uso de la T de cobre; son métodos naturales, seguros y eficaces.
- (h) Que el uso de los MAC orales ocasionen esterilidad permanente y que la AOE sea un método anticonceptivo eficaz para abortar, según la experiencia y recomendación de sus amigos/as. Y que además pueda usarse “*los fines de semana de juerga*” ó cuando no han tomado las suficientes medidas de precaución, en sus relaciones sexuales.

- (i) Que no estén seguros que los preservativos ó condones los protege contra las ITS, VIH/SIDA. Y que en algunos casos dada su concepción religiosa, consideren que el uso de los preservativos sea “*pecado ó faltas graves contra Dios*”.
- (j) Que el varón que se somete a realizarse la “Vasectomía” como MAC definitivo, considere que pierda su hombría. Según la referencia de los/as amigas y la incertidumbre de sus profesores.

b) Desaciertos desde la perspectiva de los/as docentes

Los desaciertos son:

- Docentes insuficientemente capacitados en temas de SSR, siendo su prioridad los temas sociales, y que lo único que llama su atención y así poder actuar en función al problema, es la presencia de algún caso de embarazo en la IE.
- Docentes carentes de presupuesto para llevar a cabo el programa con eficiencia. Explican que para realizar las coordinaciones necesitan de personal permanente, con el tiempo y el dinero suficiente para trasladarse y así poder participar en las capacitaciones.

- Docentes sin instrumentos ni herramientas para la implementación del programa de SSR en sus IE. No tienen: maquetas, libros, dípticos, trípticos, papelógrafos, manuales, videos, etc.etc. Tampoco tienen cuadernos, ni hojas de reportes de actividades extra e intramurales. Así como tampoco tienen la normativa, ni el protocolo del programa para todos los tutores, responsables de su aplicación.
- Docentes que opinen desfavorablemente en temas de educación sexual, como es el hecho de pensar, que debe enseñarse educación sexual solo a ciertos grupos de edad, que no debe brindarse información suficiente sobre los MAC, que mencionen que el AOP es un abortivo no recomendable, que no hay método seguro para ellos solo la abstinencia sexual, y que más bien sugieren el uso de los métodos naturales para aquellos/as adolescentes que ya tienen familia y pareja, pero que los/as adolescentes solteros/as en actividad sexual no deben usar nada.
- Docentes que observan la violencia y abuso sexual en las familias de los/as estudiantes, pero que no pueden actuar rápidamente, dada las trabas de las instituciones en cuanto a “*papeles burocráticos*” y que además desconocen los derechos, deberes y flujo organizacional a seguir, respectivamente.

- Docentes que no participan en talleres ni charlas en temas de SSR, pero que tampoco pueden apoyar su difusión y promoción en las IE, pues carecen de apoyo económico para hacerla efectiva. Refieren además que no tienen ni conocen los contactos del programa para trabajar con el MINSA, la Ugel, los Municipios, y las Universidades. Y lamentablemente, de haber la necesidad y la probabilidad de hacer realidad la actividad, tampoco hay el espacio ni la infraestructura para su implementación.
- Docentes que responsabilizan al gobierno, a los padres de familia, a la dirección del colegio, y a la sociedad sobre la problemática del embarazo adolescente, y otras afecciones inherentes a la SSR. Docentes con paradigmas sobredimensionados en relación a la SSR.

c) Desaciertos concernientes a la eficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas

Los desaciertos son:

- Inexistencia de informes de visita, monitoreo y/o evaluación del programa de promoción de SSR en las IE, como constancia de su implementación y aplicación supervisada por el MINSA y por la UGEL.

- Inexistencia de documentación interna concerniente a normativas legales sobre la implementación del programa en IE. No se cuenta con ningún tipo de documento legal concerniente y direccionada solo a SSR (protocolos, guías, materiales, dípticos y/0 trípticos, bitácoras, cuaderno de firma de actas de reuniones internas y externas, etc.etc.).
- Inexistencia de ambientes privados, direccionadas exclusivamente para adolescentes. Ni en los centros de salud ni en las IE hay recurso suficiente para su inversión y construcción. Ausencia de mecanismos de coordinación entre las Universidades, los municipios, la sociedad civil y el MINSA para solucionar e intervenir conjuntamente en temas relacionados a la SSR de los adolescentes de esta localidad. Los entornos no son lo idealmente saludables.
- No contar con todas las herramientas básicas de calidad, ni con los indicadores de control y medición de calidad, ya que gran parte de ello son analizadas en la UGEL, y que sólo se basan en el reporte de datos y algunos avances comparativos realizados al año, semestre y trimestre.
- Que no haya un programa concertado que incluya a la comunidad y menos a los/las adolescentes en la prevención de enfermedades comunes, VIH/SIDA, control de embarazo, métodos anticonceptivos.

- Que no haya un programa de capacitación permanente del equipo de tutores y docentes responsables, en temas de SSR para estudiantes con el Municipio, con el MINSA ó con la UGEL.
- Que el Ministerio de salud no tome el liderazgo para aplicar y desarrollar la implementación eficiente de la promoción del programa de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas.
- Que el personal obstetra no tome el liderazgo para capacitar a docentes de jurisdicciones correspondientes.
- Que no se programe los diagnósticos de conocimiento (pre y post test) sobre SSR en adolescentes de las IE, previos a la realización de campañas, talleres u otras actividades científicas concernientes a la promoción de su SSR.
- Que haya dudas por parte de los/las profesores/as en el conocimiento y manejo de temas de SSR, y sobre todo en Consejería, siendo responsables del programa.
- Que no haya una programación anual sobre las actividades a realizar en el año, las metas y los retos a lograr, ni acciones de extensión comunitaria que alcance a los padres de familia; en consejería y educación sexual para adolescentes. Y que para ello, no se convoque la participación activa del “representante de salud, *adolescente, docente/tutor, padres, y director/a*” en el desarrollo y la implementación del programa de promoción de salud sexual

y reproductiva en instituciones educativas, acorde a las necesidades identificadas en la localidad.

- Que aún cuando sea efectiva la realización de talleres educativos sobre salud sexual y reproductiva en los colegios, para trabajar con los/as adolescentes de la comunidad educativa; no se cuente con el personal responsable para que se ocupe del programa, el tiempo destinado para su ejecución, ni haya el presupuesto económico para su realización.
- Que no exista políticas de salud sexual y reproductiva, dado que los gobiernos de turno no lo consideran como tema prioritario para ser resueltas y ser puestas en la agenda pública.
- Que los responsables políticos no cumplan con el rol para los cuales fueron elegidos, sobre todo los/as responsables del sector salud y educación.

5.1.3.4 El programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas y el cumplimiento de indicadores propuestos por el Modelo de abordaje del MINSA

En esta última parte del análisis del programa de promoción en SSR, se hace un análisis comparativo de los estándares propuestos por el Ministerio de salud del Perú.

Ver figura 31.

Figura n°31
Indicadores del eje temático de salud sexual y reproductiva en adolescentes

ADOLESCENTE

(De 10 a 19 años)

- % de adolescentes mujeres y varones que conocen sobre el ciclo reproductivo, y métodos anticonceptivos incluyendo el condón.
- % de adolescentes mujeres y varones que reportan conversar con sus parejas sobre las relaciones sexuales.
- % de adolescentes que tomaron una decisión informada para el inicio de sus relaciones sexuales.
- % de adolescentes que usan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual.
- % de adolescentes que deciden postergan el inicio de sus relaciones sexuales.
- % de adolescentes que nombran sus derechos sexuales y reproductivos. Gestante y madre adolescente
- % de gestantes adolescentes que conocen y participan activamente en sus atenciones prenatales.
- % de gestantes y/o madres adolescentes que continúan sus estudios.
- % de madres adolescentes que postergan por más de dos años su siguiente gestación.
- % de madres adolescentes que dan de lactar a sus bebés los primeros seis meses.

Fuente: MAIS-MINSA 2012.

Según los resultados obtenidos en el estudio, si lo comparamos con los porcentajes de logro de metas, propuestos en la **Fig. 31**, se observa que los y las estudiantes adolescentes del quinto de secundaria de los nueve distritos urbanos marginales de Lima metropolitana, no conocen bien el ciclo reproductivo, y tampoco tienen claridad sobre el uso adecuado de los anticonceptivos. Uso aislado y escaso de preservativos por considerarlo poco “*excitable*”.

Respecto al segundo indicador, los y las estudiantes de la investigación aún no tienen aun el grado de madurez emocional para mantener una

comunicación fluida con sus parejas respecto a su SSR. En cuanto al tercer y cuarto indicador, es poco frecuente que estudiantes inicien sus relaciones sexuales previamente informadas/os, casi siempre es practicada de forma espontánea y poco concientizada; pero con posteriores consecuencias, como un embarazo no planificado; y que tampoco hacen uso de preservativos u otro MAC, tal como se apreció en la investigación.

En cuanto al quinto indicador, aún no es promocionado con plenitud “*la postergación del inicio de las relaciones sexuales*”; como se observó en el estudio; los/as estudiantes lo ven pasado de moda pensar en la postergación. En el quinto, el sexto y el séptimo indicador, aun se evidencia estudiantes poco conocedores de sus DSR, como es el hecho de no cuidar su embarazo, de ser el caso, al no acudir a sus cuidados prenatales. Y lo más triste, es que de confirmarse su embarazo, no continúen sus estudios, dado su estado de gravidez.

Y finalmente sobre el octavo y el noveno indicador; se ve a estudiantes adolescentes que no amplían los intervalos de sus nuevas gestaciones, ó que son escasas las adolescentes estudiantes que lactan a sus hijos como mínimo hasta los seis meses de edad; situaciones casi siempre atribuidas a su inmadurez biológica e inexperiencia. Los contrastes en relación a los nueve indicadores propuestos por el MAIS-MINSA no hacen más que evidenciar las deficiencias de nuestros programas

nacionales, los mismos que nos obligan moralmente a actuar con responsabilidad social.

5.2 Conclusiones

El estudio revela que el programa de promoción de salud sexual y reproductiva de las doce IE de los nueve distritos urbano marginales de Lima metropolitana, enfrentan serios problemas y deficiencias en Gestión e Implementación; ello a raíz de la Evaluación realizada entre el 2010 al 2012, por medio de encuestas, entrevistas, revisión documental, y observación propiamente; efectuadas a docentes, estudiantes e IE.

Y acorde con los Lineamientos contenidos en las Plataformas de El Cairo y Beijing (1994), y la de los Lineamientos de Políticas de Salud del MINSA_MINEDU (Perú, 1995- 2002-2012); a los cuales los documentos de los Programa de promoción de SSR se ajustan en mayor o menor medida, se concluye con las siguientes conclusiones:

- En primer lugar, respecto a los/as Estudiantes; específicamente en relación a sus Derechos; pese a ser reconocido y mejorado gradualmente, a través del estudio podemos constatar que aún existen barreras sociales, educativas, políticas, económicas, culturales y religiosas que afectan y limitan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de éste grupo importante de la población.

Y en relación a los conocimientos y las actitudes de los y las estudiantes en SSR, se tuvo resultados desfavorables, ya que sus conocimientos fueron de nivel medio a bajo, con actitudes indiferentes.

- En segundo lugar, en relación a los/as Docentes; la investigación muestra escaso índice de capacitaciones y desactualización de equipo docente en temas de: “Adolescencia, aspectos socioculturales del proceso salud/enfermedad, Género, Educación sexual, Anticoncepción, Prevención y promoción en SSR, y Derechos sexuales y reproductivos”; respectivamente. Asimismo, los resultados indican que las percepciones de los y las docentes en torno a la temática de SSR son negativas.
- En tercer lugar, en relación a la Gestión del programa de promoción en SSR; el estudio indica que las instancias de coordinación interinstitucional, Implementación, monitoreo y evaluación del programa por el MINSA-MINEDU, son prácticamente nulas. Lamentablemente a la fecha, no existen políticas en SSR; y si a ello se le suma la inexistencia de presupuestos direccionados para el programa propiamente, y que tampoco se incluye la participación de los/as involucrados/as en el planeamiento estratégico y el plan operativo anual. La ineficacia del programa en SSR es evidente.

Finalmente, en rasgos generales se concluye que existe un regular nivel de conocimientos y actitudes indiferentes sobre SSR de los/as estudiantes del quinto de secundaria, así como también existe,

percepciones negativas de los/as docentes sobre SSR, que influyen en la ineficacia del programa de promoción de la SSR en IE urbano-marginales de Lima metropolitana. Resultados que ponen en riesgo la salud y el desarrollo normal de un sector vulnerable del país, como son los/as estudiantes adolescentes. Dados los resultados, se evidencia mucho trabajo que realizar y una serie de obstáculos que derribar; para así poder abordar efectivamente las necesidades de salud de los/as estudiantes en el campo de la SSR, especialmente la de los/as estudiantes provenientes de los grupos más vulnerables (pobreza y extrema pobreza) del país.

5.3 Recomendaciones

En base a los aportes y a los complementos teórico-prácticos de los/as especialistas en salud sexual y reproductiva puede sugerirse algunas recomendaciones:

a) Para fortalecer el programa de promoción de la salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas desde la perspectiva de los y las estudiantes

Los aspectos a fortalecer en el grupo de estudiantes de las instituciones educativas en estudio son:

- Mejorar la infraestructura del colegio y direccionar un área determinado para los/as estudiantes adolescentes, ya que en algunos casos por ejemplo: “*el auditorio*” es puesto a disposición para consejería de actividades académicas, la realización de talleres lúdicos, y/u otras. Ejemplo no común, en otras IE, que es el caso de las 12 IE en estudio; en donde lamentablemente no hay auditorio específico, y que dadas las circunstancias se tiene en última instancia “*el patio*” para llevar a cabo dichas actividades, con la salvedad de que carecen de sillas y carecen de pisos de material noble (los/as alumnos/as permanecen en pisos de: tierra y/o piedras).
- El requerimiento “de un aula específico para adolescentes”, tal como lo sugiere el programa, es una realidad incompatible a su aplicación, dadas las escasas aulas que se disponen en la IE. En ese sentido vemos que aún no se cuentan con las herramientas Tics ni con las computadoras suficientes, ya que sólo hay cinco computadoras en los laboratorios de las IE, y que a su vez, éstas son adaptadas para ser usadas como biblioteca y/o para realizar actividades administrativas del colegio, etc.; para un promedio de 40 alumnos por aula.
- Promoción de una cultura de estudiantes que exijan derechos en SSR: derecho al trato humanitario, recibir información, atención de calidad, y tratamiento en igualdad de condiciones; sin discriminación alguna. Y lograr la “*autodefensa y autoprotección ante el incremento del índice de*

violencia”, que es el derecho a denunciar actos: como el maltrato y el abuso sexual, que atenten contra su normal desarrollo y crecimiento.

- Es importante se realice “*talleres educativos para adolescentes*” con enfoques transversales de promoción de la salud (género, equidad e interculturalidad) en las IE, de forma permanente durante todo el año académico. La capacitación debe fortalecer y desarrollar también las habilidades de los/as adolescentes en el abordaje de la problemática del aborto inducido, la doble protección, la anticoncepción y la píldora de emergencia, la violencia, y las adicciones.
- Formentar el liderazgo de los/as estudiantes en las IE. Inicialmente se sugiere convocar y conformar equipos de estudiantes comprometidos con el cambio y la mejora continua para implementar acciones favorables a la SSR. Uno de ellos es lograr el compromiso en áreas de promoción de la salud para retroalimentar y difundir el programa en todos los niveles educativos de la Institución, quienes deben estar en permanente coordinación con los/as tutores y profesionales de la salud de las instituciones hospitalarias de la jurisdicción.
- Fomentar en la mente y las costumbres de los y las estudiantes, la “postergación del inicio de las relaciones sexuales”; pese a no contarse con los medios favorables para su práctica (económico, entorno y tecnología); es importante sembrar el mensaje de postergación y reemplazarlo por: “proyecto de futuro y estilos de vida saludables”.

- Establecer reuniones de diálogo e intercambio cultural con la familia, para tratar temas concernientes a la vida de sus hijas e hijos; guiados/as por los/as docentes y/o tutores, además de contar con la asesoría de especialistas en el tema (equipo de salud).
- Incluir la participación de los/as estudiantes en la programación del Plan operativo y el planeamiento estratégico de la institución, según como lo indica la norma del PEI y los Lineamientos del programa de promoción de SSR, con el propósito de incluir todas sus necesidades, dudas y requerimientos más urgentes, en representación de sus análogos.
- Participar en la investigación formativa a través de la elaboración de monografías e informes sobre su realidad local, según los problemas que se presenten.

b) Para fortalecer el programa de promoción de salud sexual y reproductiva en estudiantes desde la perspectiva de docentes

Los aspectos a fortalecer en el grupo de docentes son:

- Educación en salud sexual básica para todos los/as profesionales de la comunidad educativa, la misma que debiera incluirse, tanto en su capacitación básica como en los programas de educación continua.

Capacitación direccionada en temas de salud reproductiva, salud sexual, programas de prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA, consejería e investigación.

- Demostrado está que los programas basados en la “*Abstinencia sexual*”, “MELA” ó “Método del ritmo”, no tienen buenos resultados, sobre todo en aquéllos/as adolescentes que ya tienen una historia y vida sexual activa, e incluso ya se encuentran en estado de convivencia. Por lo que se debe reflexionar respecto del rol que compete a los/as profesores/as en la promoción de la salud, para que los/as estudiantes asuman responsablemente sus obligaciones, tengan el derecho a la libre elección, y como consecuencia puedan tomar decisiones favorables a su salud sexual y reproductiva.
- Capacitar a Tutores en Gestión educativa, considerando la temática de SSR en la agenda anual. Es preciso que los responsables del programa de SSR en las IE conozcan el manejo, elaboren y diseñen proyectos de desarrollo; que hagan monitoreo y evaluación de programas, que plasmen propuestas de mejora continua y sobre todo que implementen satisfactoriamente recomendaciones según sea el caso. Finalmente urge contar con la sistematización correspondiente para una efectiva toma de decisiones de los responsables políticos.
- Fomentar la participación de los/as profesores en la programación del Plan anual institucional, según como lo indica la norma del PEI y los

Lineamientos del programa de promoción en SSR, para incluir las necesidades, problemas, y requerimientos de urgencia, de los estudiantes adolescentes.

- Coordinar con los miembros responsables de las Instituciones hospitalarias, los centros de salud, la Ugel, los Municipios, las redes locales, ONGs, y las instituciones privadas; principalmente de la jurisdicción; para la ejecución e implementación efectiva del programa de promoción en SSR en las IE, de forma coordinada y efectiva.
- Realizar un diagnóstico situacional sobre el estado de la salud sexual y reproductiva de los y las estudiantes adolescentes de la institución educativa, para intervenir satisfactoriamente en su mejoría.
- Fomentar la participación de los/as docentes en la investigación formativa, a través de la elaboración de monografías e informes sobre su realidad local, según los problemas que se presenten, por ejemplo: hay problemas de embarazo adolescente y aborto, cuyas estadísticas van en aumento; por lo que su diagnóstico sería un tema a proponerse para ser tratados y evaluados en las aulas de las instituciones educativas.

c) Para el fortalecimiento del programa de promoción de la salud sexual y reproductiva en instituciones educativas

Los aspectos a fortalecer para la eficacia del programa en SSR son:

- El monitoreo y la evaluación continua es una tarea pendiente que contribuiría a reorientar mejor las acciones y fortalecer la promoción del programa de SSR, acorde con una adecuada voluntad política y los recursos suficientes y sostenibles para su inversión e implementación.
- El reto para nuestro país es desarrollar planes y programas de promoción en SSR de un modo inclusivo, considerando la participación de las/os estudiantes y docentes, respetando la diversidad cultural según sexo, género, etnia y edad, entre otros aspectos. Una tarea pendiente es la elaboración del plan estratégico y el plan operativo institucional con la participación de los grupos interesados.
- Mejorar la calidad de consejería en SSR que exige que directores/as de programas, investigadores/as, profesores/as, tutores/as, y padres de familia; estén convencidos de la importancia de la calidad de consejería para sus hijos.
- Mejorar las estrategias de coordinación entre tutores/as, profesores/as y proveedores/as de la salud, para hacer de ellos sus aliados/as en el acceso y la calidad de los servicios en SSR.
- Mejorar la relación interpersonal “*alumno-maestro*” e “*hijos-padres*”. Lo cual significa que los/as padres de familia y los/as docentes logren entablar un diálogo sincero y generar un clima de confianza saludable, para abordar con naturalidad temas relacionados a la sexualidad.

- Los responsables de la implementación del programa deben cerciorarse de que la educación sexual incluya los enfoques transversales de promoción de SSR (género, equidad e igualdad sexual).
- Considerar la viabilidad de las estrategias nacionales en SSR. Para lo cual es necesario crear indicadores de SSR para ser usados en la formulación y evaluación de políticas y programas.
- Promoción de la SSR entre todos los miembros de la sociedad. Hay la necesidad de reconocer los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, incluidas las que tengan discapacidades mentales y físicas.
- Ejecución de programas de educación en adultos, que aborden específicamente las necesidades de los padres, ya que ellos son los agentes más inmediatos y eficientes en la promoción de un comportamiento sexual responsable.
- Fomentar la participación de los/as padres y madres de familia de las IE en las charlas de “*escuela para padres*”, actividades donde se incluya necesariamente temas relacionados a la SSR, según las etapas de vida.
- Participación de los medios de comunicación en la introducción y difusión de temas en educación sexual para propiciar un comportamiento sexual responsable en sus mensajes, abordando el tema directamente en programas de radio, en publicaciones especiales, ó lanzando campañas concretas.

- Facilitar medios y recursos (humanos, físicos y económicos) para la implementación del programa en SSR. Coordinar acciones interinstitucionales, solicitando apoyo y presupuesto para talleres.
- Fomentar la participación de docentes y tutores en la actualización de temas de SSR para adolescentes, y luego ser replicadas en las instituciones respectivas.
- Coordinar con las Universidades (nacional y/o particular), principalmente con las carreras profesionales de la salud; para llevar a cabo las prácticas de promoción de la salud en las IE.
- Considerar a la investigación como motor de desarrollo, la misma que sea de utilidad para establecer una línea de base e intervenir académica y administrativamente en la implementación del programa en SSR.
- Fomentar la cultura del monitoreo y evaluación de programas en forma permanente y sostenida en el tiempo, ya que sus resultados permitirán analizar el cumplimiento de estándares e indicadores proyectados, y corregir las fallas encontradas para su mejora respectiva.
- Coordinación intra e interdisciplinarios con: ONG, Municipios, centros de salud y Hospitales, Clubes de madres, Instituciones educativas particulares y nacionales.

Las recomendaciones que se indican líneas arriba, invitan necesariamente a su practicidad y aplicabilidad a raíz de los resultados obtenidos en la investigación, donde una vez más se corroboró los efectos negativos y multiplicados; de nuestra tradición centralista, la inequitativa distribución de los recursos, corrupción y la escasa transparencia en su ejecución. Por ello no es sorprendente tamaño resultado y el incumplimiento de logros del programa; que lamentablemente perjudican el normal desarrollo de la población joven y pobre, del país; que en el caso es el grupo poblacional estudiado.

Al respecto es improbable corroborar la eficacia del programa; y como tal; pareciera ser utópica su viabilidad dada la ausencia de voluntad política y voluntad ciudadana en la agenda pública del país en temas concernientes a la SSR de estudiantes adolescentes. Las razones de la ineficacia del programa en SSR, es producto de una serie de factores; tal como se evidenció en la investigación ya que se constató caos y serias deficiencias en la administración pública.

Las dificultades observadas y evidenciadas se derivan en gran medida por los escasos recursos económicos (físicos y humanos), por la ineficacia de la cultura y dinámica de las instituciones, por la propia formación del personal de educación y de la salud, y por las desfavorables expectativas y actitudes de la población en general.

No obstante sus propósitos, la investigación nos muestra también que los programas en relación a los servicios de salud aún tienen un enfoque eminentemente asistencial, y no realizan “*promoción y prevención*” en las comunidades educativas.

Y tampoco se cultiva la “*autoeducación y la auto responsabilidad de la salud*”. Por ello urge fortalecer y mejorar la cultura en salud del país. Asimismo, el equipo docente entrevistado, consideró que el desarrollo de actividades a nivel comunitario, y la articulación de acciones con las instituciones nacionales y privadas, con las agencias gubernamentales y con las organizaciones no gubernamentales respectivamente; podrían contribuir a mejorar estas deficiencias, pero que sin embargo, afrontar estas actividades no es considerada una alternativa viable; dado el corto plazo para su implementación y la cambiante política gubernamental de nuestro país; según las condiciones descritas.

Por tanto, la intención de atender a la población adolescente, es estratégica para el país. Su salud es su capital con el que ingresa para aportar al proceso de desarrollo. El estudiante sano y saludable, nutrido y calificado para el trabajo, responsables de su sexualidad y con capacidad de hacer felices a los que están a su alrededor; es el mejor aporte para el desarrollo de nuestro país.

Es importante reconocer que invertir en salud de los/las adolescentes, no es solo detectar daños y curar las enfermedades, sino también es

desarrollar capacidades, promover capital humano y social, y construir agentes de cambio cultural en salud; constituyéndose con ello, que la salud sexual y reproductiva es un derecho para todas las personas sin diferenciar el sexo, etnia, nivel económico ó la edad. Las y los estudiantes adolescentes son también titulares de estos derechos apropiados a su desarrollo y necesidades.

Por lo que, el reto más grande es cambiar el paradigma de un enfoque de atención a daños de la salud, a un enfoque de estilos de vida sana. Que para el caso de la salud sexual y reproductiva por ejemplo, es dejar de estigmatizar el embarazo en la etapa de la adolescencia, que además también podría ser deseado y planificado y tomar en consideración el derecho al ejercicio de la sexualidad responsable, informada y libre de todo tipo de discriminación, incluido la edad.

Asimismo, es importante conocer los beneficios de la educación sexual, el mismo que puede ser un punto de partida sólido para apoyar los programas y vencer los miedos, y también para concientizar sobre la función que cumple y conseguir aliados que permitan extender los servicios y así poder tomar en cuenta los factores que facilitan o dificultan la salud sexual y reproductiva. El mismo que permitirá, reconocer el valor de la formación y del conocimiento en los y las adolescentes para que encuentren en su sexualidad una fuente de

alegría y cuenten con instrumentos para el ejercicio pleno y responsable, libre de abusos, violencia, de discriminación, de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

En ese sentido, tal como lo afirma el MINEDU, considerar que dentro del sistema educativo, la educación sexual consiste en humanizar y acercar a los/as adolescentes a los valores, al conocimiento antropológico, al hecho de aprender a desarrollar instancias de opinión respecto de temas relevantes para crecer como individuos y como sociedad, tomando en cuenta los enfoques transversales de equidad, igualdad e interculturalidad. Y también no olvidar, que en nuestra sociedad aún existe una gran ambivalencia frente a la educación sexual, es decir hay un gran interés por saber más pero también hay cierta resistencia para hablar directamente del tema.

Actitud que con seguridad es resultado del desconocimiento sobre los beneficios de la educación sexual y del temor que sienten los seres humanos ante la posibilidad de afrontar situaciones inmanejables para ellos/as. Instancias que debemos tomar en consideración para generar los cambios pertinentes y trabajar conjuntamente ambas instituciones (MINSA-MINEDU). En ese sentido, su relación con la educación es preponderante, por cuanto la calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y

comportamientos en la esfera de la SSR, y se constituye en un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

Finalmente, el espacio escolar es un lugar estratégico para promover una cultura de salud y bienestar, y que la intervención no debería centrarse únicamente en estudiantes, sino que también debería incorporar a la Ciudadanía en general para que actúen como facilitadores de entornos y estilos de vida saludables. Este estudio enfatiza la necesidad inminente de implementar programas y políticas de salud, principalmente en salud sexual y reproductiva, con lo cual hacemos partícipe a profesores/as, estudiantes, políticos, instituciones y sociedad; para ser parte activa en la transformación que nuestro país lo requiere; asumiendo criterios de responsabilidad moral y social, y promover acciones que favorezcan a los intereses generales, bajo la perspectiva de dejar un mundo mejor al recibido.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Referencias bibliográficas

- Amartya, Sen. (2000). *Desarrollo y libertad*. Economía política. Madrid: editorial Planeta.
- Ausejo, F. (2010). *Políticas públicas*. Lima: editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cáceres C. (1998). *Jóvenes varones en Lima: Dilemas y estrategias en salud sexual*. En: Valdés T, Olavarría J (eds). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Chile:FLACSO – UNFPA.
- Dides, C. (2006). *Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago de Chile: FLACSO- UNFPA.
- Figuerola, N. (2008). *Eficacia y eficiencia*. USA: George Washington University.
- Hurtado La Rosa, R. (2009). *Caracol de piedra. Fragilidad y fortaleza: Aproximaciones al doble discurso de los hombres en Lima Metropolitana*. Lima: INPPARES y Biblioteca Nacional del Perú.

- La Rosa, C. (2006). *Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes en el Perú. ¿Cuáles son, cómo se garantizan? y ¿cuál es la agenda pendiente?*. Lima: INNPARES.
- Locke, j. (1962). *El conocimiento: percepción del acuerdo o desacuerdo de dos ideas*. Ensayo, IV, C.I. España: CARE.
- Majone, G. (1989). *Argumento, evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas: el análisis como argumento*. México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública.
- Newell, I. (1981). *Nivel de conocimiento*. Manual de Pedagogía. Lima: UNMSM.
- Nizama, E. y Samaniego A. (2007). *Como mejorar la educación para la salud: diagnóstico situacional y propuestas*. Lima: CIES-CARE.
- Rawls, J. (1996). *El liberalismo político*. España.
- Remuzgo, S. (2010). *Manual de promoción de estilos de vida saludable en instituciones educativas*. Lima: FOE-USMP.
- Remuzgo, S. y otros. (2011). *Manual de Metodología del Trabajo Universitario*. Lima: Estudios Generales-UPNW.
- Remuzgo, S. y otros. (2012). *Manual de Metodología de la investigación*. Lima: Estudios Generales-USMP.
- Remuzgo, S. (2013). *Guía práctica de Salud mujer y desarrollo*. Lima: EAPO-UPNW.
- Rodríguez, I. (2008). *El nivel de conocimiento*. Lima: Biblioteca UNMSM.

- Waissbluth, M. (2002). *La Reforma del Estado en América latina: zanahorias, garrotes, sermones y la medición de su impacto*. Guía abreviada para exploradores en la jungla. Polis. Chile: Programa latinoamericano de gerencia pública.
- Villoria, M. (2000). *Cultura organizativa y la Ética profesional*. España.

Tesis

- Córdor, E. (2002). *Actitudes y autoestima hacia la sexualidad en adolescentes de la ciudad de Cerro de Pasco*. (Tesis de Licenciatura). Universidad San Martín de Porres. Lima.
- Chambi, María A. (1997). *Estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva del adolescente.UTES, San Román, Juliaca, Puno*. (Tesis de Maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Dávila, A., Sánchez, K. y Chilín, N. (2000). *Influencia del nivel de conocimiento en las actitudes sobre SSR de los alumnos de 4to. y 5to. de secundaria del Liceo Naval*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Eslava, M. (2010). *Influencia del manual de educación sexual integral en el nivel de conocimientos y actitudes de la SSR en el colegio parroquial santa Rosa*. (Tesis Doctoral). Universidad de San Martín de Porres. Lima.

- García, F. (2000). *Conocimiento en salud reproductiva de los adolescentes escolares de Cuzco- Sicuani y Manganí antes y después de la aplicación de un módulo educativo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Huamán, Y. y Justo, A. (2000). *Nivel de conocimientos y actitudes asociado al comportamiento sexual: adolescentes varones. Centro nacional nuestra señora de Guadalupe y San Julián*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Macchi, M., Benítez, A., Núñez, y Ortigoza, D. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay*. Rev. Chile. Pediatría. 79(2): 206-217. (Tesis Doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile. Biblioteca PUCP. Lima.
- Mimbela, T. (2010). *Programa de educación en SR en relación a conocimientos y actitudes de adolescentes de IE del distrito de san Borja*. (Tesis Doctoral). Universidad san Martín de Porres. Lima.
- Ochoa, S., Fariña, G. y Salazar, V. (2008). *Importancia de la perspectiva de género en el ámbito educativo de los adolescentes*. (Tesis de Maestría). Universidad nacional autónoma de México.
- Pintado, E. (1983). *Estudio descriptivo y comparativo de las actitudes de los estudiantes secundarios del colegio nacional miguel cortés de Piura hacia el psicólogo como profesional*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Martín de Porres. Lima.

- Remuzgo, S. (2009). *La gestión pública de las políticas de salud en adolescentes: Análisis del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes orientado a la Mejora de la Calidad de Atención de los servicios del Hospital de Huaycán. Período 2005 al 2008.* (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Remuzgo, S. (2010). *Conocimientos, Actitudes y percepciones masculinas en Salud sexual y reproductiva. Hospital de Huaycán. Período 2009.* (Tesis de Maestría). Universidad San Martín de Porres. Lima.
- Rubio, I. (2010). *Estudio del Programa de capacitación Continua SISTOL en el desarrollo de Competencias del personal Médico y paramédico en el Hospital de la Solidaridad de Surquillo. Lima 2009-2010.* (Tesis Doctoral). Universidad San Martín de Porres. Lima.

Referencias hemerográficas

- Cáceres, C. y Salazar, X. (2009). *Promoción de la salud sexual: Aportes para la investigación y la acción.* Lima: UPCH, IESSDEH.
- Córdova, M., Gonzáles, R., McKay, A., Montoya, O., Ruiz, E. y Vargas, R. (2002). *La salud sexual y reproductiva también es un asunto de hombres.* Costa Rica: OPS/GTZ-Flora Tristán.
- De Barbieri T. (1994). *Género y políticas de población. Una reflexión.* En: Benítez R, Ramírez, E. *Políticas de población en Centroamérica.* México: UNAM/ PROLAP.
- DEMUS. (2009). *Casos de Femicidio en el Perú.* Lima.

- Diario Oficial El Peruano. (2009). Revista *Crece en democracia, publicación especial*. Lima.
- Díaz, M. & Spicehandler, J. (1997). Foro Latinoamericano: *La Incorporación del Enfoque de Género en la Capacitación, Implementación, Investigación y Evaluación en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva*. En: International Center for Research on Women. Washington, D.C.: Revista Population Council.
- Espino, C., y Butrón, B.(2002). *Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú, entre octubre 2000 a junio del 2002*.Lima: ESAN-MINSA-PCMI.
- INEI. (2007). *Resultados del Censo 2007, XI de población y VI de vivienda*. Lima.
- INEI. (2007). *II Censo de comunidades indígenas de la Amazonía peruana*.Lima.
- MIMDES. (2009). Foro “*Las mujeres rurales en las políticas públicas, mujeres rurales comprometidas con el desarrollo*”, Lima.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). (2009). *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010*.Lima.
- Ministerio de Salud. (1996). *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1996-2000*.Lima: Resolución Ministerial N° 071-96- SA/DM.
- Ministerio de Trabajo. (2009). *Plan de acción nacional para la erradicación del trabajo forzoso según la Comisión Nacional Intersectorial*. Lima:Resolución Suprema No 028-2005-TR.

- Ministerio de Salud. (2005). *Documento del Programa de promoción de la salud en las instituciones educativas*. Lima: Dirección general de promoción de la salud.
- Ministerio de Salud. (2005). *Documento del Programa de promoción de la salud en salud sexual y reproductiva*. Lima: Dirección general de promoción de la salud.
- Ministerio de Salud. (2005). *Documento del Programa de Salud sexual y reproductiva*. Lima: Dirección general de promoción de la salud.
- Ministerio de Salud. (2005). *Lineamientos, guías y protocolos del Programa de SSR*. Lima: Dirección general de promoción de la salud.
- Ministerio de Salud. (2005). *Documento de estrategias de atención de salud al adolescente*. Lima: Dirección general de promoción de la salud.
- ONG Manuela Ramos. (2009). *Desigualdad de género en la educación de las niñas y adolescentes rurales*. Lima.
- Pontificia Universidad Católica del Perú. (2007). *Estrategias para la promoción de estilos de vida saludables*. Lima: Diploma de segunda especialidad en Gestión de instituciones educativas promotoras de la salud.
- KALLPA. (2007). *Planificación en promoción de la salud*. Gestión de instituciones educativas promotoras de la salud. Lima: Diploma de segunda especialidad PUCP de la Facultad de Educación.
- Pontificia Universidad Católica del Perú. (2008) *Fundamentos de la promoción de la salud en instituciones educativas*. Lima: Diploma de segunda especialidad en Gestión de instituciones educativas promotoras de la salud.

- Sulmont, D. (2007). *El tema de género en encuestas de opinión en el Perú*. Lima.
- Tobón, S. y otros (2010). *Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de competencias*. México: Pearson.
- Vázquez, V. (1997). *Evaluación por competencias*. Revista científica: ISBN: 968-7854-90-1.

Referencias electrónicas

- APA. (2009). *Guía a la redacción en el estilo APA*. 6ta edición. Biblioteca de la Universidad. Consultado el 2 de Mayo del 2013. Recuperado de <http://web.ua.es/es/ice/documentos/redes/2012/asesoramiento/modelo-normas-apa-bibliografia.pdf>
- Colegios secundarios de Lima. (2009). Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.kinderperu.com/colegios_secundaria_por_distritos.html
- Dirección de salud. MINSA. (2002). *La promoción de la salud*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.disavlc.gob.pe/ps/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=6
- FIGO. (2006). *Salud Sexual Y Reproductiva*. [En línea] Responsabilidades éticas y sociales relativas a los derechos sexuales y reproductivos [Consultado el 18 de noviembre de 2008]. Recuperado de <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/actualizaciones/interno2/saludsexart10.pdf>.

- INPPARES. (2009). *Creciendo con salud y sexualidad*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de <http://www.inppares.org/drupal/sites/default/files/fichas%20conociendo%20con%20salud%20y%20sexualidad.pdf>
- INPPARES. (2008). *El primer amor*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de <http://www.inppares.org/sites/default/files/primer%20amor.pdf>
- Ministerio de Educación. (2010). *Matrícula de educación secundaria por tipo de gestión, área geográfica y sexo, según forma de atención y grado*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de <http://escale.minedu.gob.pe/magnitudes-portlet/reporte/cuadro?anio=2&cuadro=33&forma=u&dpto=15&prov=1501&dist=&dre=>
- Ministerio de salud. *Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas*. (2005). Consultado en Mayo del 2011. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/FamiliaSaludable/famsalud-proins.asp>
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Lurín*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/propoli_lurin.pdf

- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Pachacamac*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/propoli_pachacamac.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *San Juan de Lurigancho*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/propoli_sjm.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Villa el Salvador*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/propoli_villa_el_salvador.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Villa María del Triunfo*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/propoli_villa_maria_del_triunfo.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Lurín*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/indicadores_censo_propoli_lurin.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI.(2007). *Indicadores- Pachacamac*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/indicadores_censo_propoli_pachacamac.pdf

- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Indicadores-SJL*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/indicadores_censo_propoli_sjm.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Indicadores-VES*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/indicadores_censo_propoli_ves.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo Perú- INEI. (2007). *Indicadores-ATE*. Consultado en Junio del 2011 Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/indicadores_censo_propoli_vmt.pdf
- Ministerio de Salud. (2009). *Salud sexual* Consultado en Junio del 2011. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/estadistica/publicaciones/2009/publ_sal_sex_%20reprod.pdf
- Ministerio de Salud. (2007). *Actividades a favor del adolescente. Promoción de la salud adolescente*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/who_frh_adh_97.9_spa.pdf
- Ministerio de Salud. (2002). *Actividades a favor del adolescente. Ejerciendo mi sexualidad*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/212_prom7.pdf

- Ministerio de Educación (2012). *Toma de decisiones*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de <http://destp.minedu.gob.pe/secundaria/nwdes/pdfs/guiatomadedecisiones.pdf>
- Municipio Ate (2012). *Participación ciudadana ATE*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/propoli/participacion.pdf>
- Naciones Unidas. (2005). Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo [página de internet]. Ginebra: ONU. [Fecha de acceso: setiembre 2006]. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Ponencia Técnica sobre el Género y la Salud. OMS/Salud de la Familia y Salud Reproductiva (FRH)/Día Mundial de la Salud/98.16. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm>.
- UNFPA. (2001). *Estrategias en Salud Sexual y reproductiva en zonas andinas y amazónicas*. Consultado en Junio del 2011. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/chirapaq-guia-estrategia-ssr.pdf>
- UNFPA. (2001). *Invertir en adolescentes y jóvenes, una prioridad/en línea*. Adolescentes y jóvenes, los más pobres y vulnerables. Consultado el 5 de noviembre de 2008. Recuperado de <http://www.onu.org.pe/Upload/infocus/UNFPA-Invertir-Jóvenes.pdf>.



ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: “PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIONES EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA”.					
PROBLEMA: ¿Cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos y actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria y con las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012?					
b) OBJETIVOS		c) HIPÓTESIS		d) VARIABLES	e) METODOLOG.
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	V :	TÉCNICA:
<p>Determinar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva con el nivel de conocimientos y actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria y con las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>1. Verificar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva y el nivel de conocimientos de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p> <p>2. Identificar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva y las actitudes de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p> <p>3. Determinar cuál es la relación entre el programa de promoción de salud sexual y reproductiva y las percepciones de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con el bajo nivel de conocimientos y las actitudes indiferentes de los/las estudiantes del quinto de secundaria, además de las percepciones equivocadas de los/las docentes, en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>1. La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con el bajo nivel de conocimientos de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p> <p>2. La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con las actitudes indiferentes de los/las estudiantes del quinto de secundaria en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p> <p>3. La ineficacia del programa de promoción de salud sexual y reproductiva se relaciona con las percepciones equivocadas de los/las docentes en salud sexual y reproductiva; de las Instituciones educativas Urbano marginales de Lima metropolitana, durante el 2010 al 2012.</p>	<p>V : Programa de promoción de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas.</p> <p>V1: Nivel de Conocimientos de Estudiantes en salud sexual y reproductiva</p> <p>V2: Actitudes de estudiantes en salud sexual y reproductiva.</p> <p>V3: Percepciones de docentes en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>- Encuesta - Entrevista - Observación</p> <p>INSTRUMENTO - Cuestionario - Revisión documental.</p> <p>POBLACIÓN(N_h): 68,638</p> <p>MUESTRA (n_h): 382 (estudiantes). Y 12(docentes).</p>

Fuente: Elaborado por Mg. Remuzgo/Diciembre del 2012.

ANEXO 2. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 2-A: CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES

“PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIONES EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA”.

ENCUESTADOR

ESTABLECIMIENTO

DISTRITO:

FECHA

HR. INICIO:

Por el intermedio saludo a los/las estudiantes que participan en esta encuesta anónima, sobre temas relacionados a la salud sexual y reproductiva para la investigación que se está realizando a favor de la población estudiantil adolescente, considerando que la única forma de cambiar esquemas de atención a Uds., es conociendo sus inquietudes y opiniones. Espero sus sinceras respuestas, no omitiendo ninguna pregunta; para así poder contribuir en la mejora de la calidad de enseñanza del programa de salud reproductiva. Las preguntas enfocan primero una información personal y luego en la parte de conocimientos, consiste en “marcar las alternativas” que Uds. consideren es o debe de ser la correcta.

I. I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. Edad: 15 años 16 años 17 años 18 años Otro

2. SEXO: M F

3. Trabaja actualmente? SI No

Si respondió “SI” entonces marque una de las siguientes opciones:
 vendedor ambulante cobrador/transporte ayudante cocina panadero/a
 empleado/a doméstico/a ayudante constructor otro

4. Y si trabaja ¿cuánto es su salario mensual en soles?
 Menos de 300 300 a 500 600 a 800 Más de 900

5. Has recibido información sobre salud sexual y reproductiva? SI NO
 Si respondió “Si” entonces marque ¿De quién recibiste información?
 padre madre hermanos/as amigos profesor(a) obstetriz
 Libros Internet Otros...

6. Marque si ya vivió la siguiente experiencia sexual y reproductiva: (puede marcar una o varias alternativas)

Estoy en actividad sexual Tengo un hijo/hija Tuve un aborto (tu pareja o tu)
 Fui violado/a sexualmente. Actualmente tendré un hijo/a Ninguno

II. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Marcar la alternativa que considera correcta, como verdadero (V) ó falso (F):

PREGUNTAS	V	F
1. La educación sexual contribuye al equilibrio y asesoría familiar		
2. La adolescencia es la edad propicia para iniciar la educación sexual		
3. El homosexual es una persona que gusta vestirse con ropa del sexo opuesto		
4. El útero, ovarios, trompas forman parte del aparato reproductor femenino		
5. Los testículos, escroto y pene forman parte del aparato reproductor masculino		
6. Los espermatozoides se producen en la próstata		
7. El óvulo se produce en el ovario		
8. La menstruación es el sangrado menstrual proveniente de la descamación del útero		
9. El embarazo es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser		
10. La edad ideal para el embarazo fluctúa entre los 14 y 19 años		
11. Normalmente el embarazo dura 7 meses		
12. Es un factor de riesgo para la mujer embarazada el no tener control prenatal		
13. El aborto es la interrupción del embarazo		
14. La T de cobre es un método de anticoncepción natural		
15. La píldora del día siguiente es un buen método anticonceptivo		
16. La tableta vaginal es un método natural muy seguro.		
17. La píldora impide la ovulación y puede causar la esterilidad permanente.		
18. El lavado vaginal inmediato después del coito es un método muy seguro y eficaz.		
19. El mismo condón o preservativo puede usarse varias veces		
20. Las infecciones de transmisión sexual son infecciones de los órganos genitales y se puede presentar sin síntomas en los y las adolescentes.		
21. El VIH/SIDA se contagia por caricias y lágrimas.		
22. El uso del preservativo previene el contagio del VIH/SIDA		

Fuente: UPCH: preguntas de tesis, sustentadas en el año 1997y 2001, en la PUCP: 2009 y USMP: 2010 (Ver antecedentes de estudio y bibliografía).



III. NIVEL ACTITUDINAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SEGÚN:

A: De acuerdo	TA: Totalmente de acuerdo	I: Indiferente
TD: Totalmente en desacuerdo	y	D: Desacuerdo.

Marcar la respuesta que considera correcta (sólo una):

PREGUNTAS	TA	A	I	D	TD
1. El varón debe iniciarse sexualmente antes de 14 años y debe tener experiencia sexual con otras mujeres para demostrar que es hombre.					
2. Es necesario que una pareja de enamorados tenga relaciones sexuales.					
3. Los padres deben de hablar de sexo a sus hijos					
4. La mujer logra su máxima realización cuando es profesional y es madre.					
5. El varón es quien toma las decisiones en el hogar y decide como gastar el dinero.					
6. El varón necesita más de las relaciones sexuales que la mujer, por ello decide como, cuando y en que momento realizarlo con su pareja.					
7. El aborto debe considerarse como método anticonceptivo					
8. Sólo las mujeres deben usar métodos anticonceptivos					
9. Si mi pareja me pidiera que use algún método anticonceptivo lo haría.					
10. Un varón que se opera para no tener hijos, pierde su hombría.					
11. Los varones deben asumir su responsabilidad si embarazan a una chica.					
12. El que las familias tengan muchos hijos contribuye al desarrollo del país					
13. Si tuvieras una ITS le contarías a tu pareja					
14. Quien tiene una ITS debe sentirse avergonzada/o					
15. La persona infectada con VIH debe ser separada/o del grupo					

Fuente: UPCH: Preguntas de Tesis, sustentada en el 2001, en la PUCP: 2009 y USMP: 2010 (ver antecedentes de estudio y bibliografía).

ANEXO 2-B.

FICHA DE OBSERVACIÓN Y REGISTRO DE DATOS

ENCUESTADOR

ESTABLECIMIENTO

DISTRITO FECHA: HORA DE INICIO:

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN SSR EN COLEGIOS URBANO MARGINALES DE LIMA METROPOLITANA.

LÍNEA DE ACCIÓN	ÍTEMES	MB	B	R	P	N
EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA A NIVEL INSTITUCIONAL						
Promoción de comportamientos saludables	Informe del responsable de promoción de la salud del colegio sobre el desarrollo de temas en SSR					
	Informe del monitoreo de la visita al aula de clase, que desarrollan temas sobre SSR(1 por mes)					
	Informe de la presencia de DIRESA y MINEDU sobre actividades de promoción en SSR					
Desarrollo de entornos saludables	Informe de la visita a la IE por el responsable del programa del centro de salud de la zona.					
	Informe de talleres educativos sobre temas de SSR.					
	Informe de reuniones o libro de actas con motivos de consejería en SSR.					
Trabajo intersectorial	Evidencia de instalaciones educativas en buenas condiciones, con aulas espaciosas, auditorio ideal, biblioteca, área de recreación, botiquín, cafetería, servicios básicos completos y en funcionamiento.					
	Consolidado de encuestas relacionada a la problemática de SSR de la institución					
	Informe de resultados y planes de capacitación organizados por el c.s. de la jurisdicción					
Implementación de políticas que promueven salud	Informe de las coordinaciones del personal de salud con el consejo educativo institucional para el desarrollo de actividades de promoción de la salud en SSR.					
	Documento de Resolución directoral					
	Copia del PEI correspondiente a las acciones de promoción de la salud en el eje de la SSR adolescentes					
	Existencia de Guías, lineamientos de política, y protocolos pedagógicos en el eje temático de SSR					
	Existencia de cuadernos de trabajo, módulos educativos, láminas y/o dípticos para los estudiantes.					
	Diseño de materiales educativos en SSR adaptados a la realidad local					

ÍTEMS	MB	B	R	P	N
EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA A NIVEL DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES					
Se aplica un pre test en el desarrollo de talleres en SSR					
Se desarrolla temas sobre SSR escogidos por los mismos adolescentes en el aula					
Los alumnos/as entienden las sesiones realizadas por el profesor- facilitador sobre temas de SSR.					
Los consejos y mensajes solicitados por los/las estudiantes responden a sus expectativas de satisfacción y comprensión.					
Los y las estudiantes cuentan con un ambiente de confianza y seguridad para la discusión y reflexión de temas relacionados a la SSR.					
Se enseña SSR acorde a su edad y nivel educativo, según protocolos pedagógicos.					
Estudiantes participan activamente en los talleres sobre SSR.					
Los y las estudiantes reciben información educativa en SSR en forma de socio dramas, afiches, canciones, videos.					
Estudiantes reciben cuadernos de trabajo y dípticos y/o trípticos, alusivo a los temas desarrollados.					
Para la elaboración del plan anual sobre promoción de la salud en el eje de SSR participan los delegados del aula					
Se aplica un pos test en el desarrollo de talleres en SSR					

FUENTE: Adaptado por Mg. Sara Remuzgo para Tesis Doctoral-USMP. Manual de promoción de la salud. MINSA-Perú 2005 y de Tesis de Doctor: Juan Caycho Cabello, USMP: 2009./ Lima: 2011.

OBSERVACIONES ADICIONALES

HORA DE FINALIZACIÓN DE LA OBSERVACIÓN

- MB= 5 (MUY BUENO)
- B = 4 (BUENO)
- R = 3 (REGULAR)
- P = 2 (POCO/DEFICIENTE)
- N = 1 (NULO/ MUY DEFICIENTE).

ANEXO 2-C.

ENTREVISTA PARA DOCENTES

ENCUESTADOR

ESTABLECIMIENTO

DISTRITO FECHA:

I. DATOS GENERALES

1. Edad (años cumplidos): <input style="width: 150px;" type="text"/>	2. Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)
3. Cargo(s): Director <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>
4. Tiempo de desempeño profesional: <input style="width: 150px;" type="text"/>	

5. ¿Qué capacitaciones ha recibido en el área de SSR del adolescente?

1995-2000				2001-2006				2007-2012			
Tema	Veces	Institución	Días	Tema	Veces	Institución	Días	Tema	Veces	Institución	Días

II. PREGUNTAS DE OPINIÓN SOBRE EL PSSR

Responda las preguntas de manera breve y crítica:

6. Qué opina de los temas de sexualidad, promoción de la salud, métodos anticonceptivos, violencia, y otros? ¿Dialoga Ud. estos temas con naturalidad o siente vergüenza?

7. Realizo y/o apoyo a los profesores en campañas, sesiones y talleres en el colegio en temas como: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS - PÍLDORA DE EMERGENCIA - ABORTO - INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA - MALTRATO Y/O ABUSO SEXUAL - VIOLENCIA FAMILIAR- etc. Explica.

8. Respecto a la educación sexual en los colegios, indique algunas recomendaciones:

COLEGIO.....
PADRES.....
PROFESORES.....
PROFESIONALES DE LA SALUD.....
MUNICIPIO.....
GOBIERNO.....

Fuente: análisis CONICET y CENEP, OPS, 2004 y Tesis PUCP- USMP, Remuzgo: 2009-2010

HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ENCUESTA

ANEXO N°2-D:

ESCALA DE RESPUESTAS

1RO. RESPUESTAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

1. V	7. V	13. V	19. F
2. F	8. V	14. F	20. V
3. F	9. V	15. F	21. F
4. v	10. F	16. F	22. V
5. V	11. F	17. F	
6. V	12. V	18. F	

2DO. RESPUESTAS DEL NIVEL ACTITUDINAL (VALORACIÓN)

	TA	A	I	D	TD		TA	A	I	D	TD
						10.	1	2	3	4	5
1.	1	2	3	4	5	11.	5	4	3	2	1
2.	1	2	3	4	5	12.	1	2	3	4	5
3.	5	4	3	2	1	13.	5	4	3	2	1
4.	5	4	3	2	1	14.	1	2	3	4	5
						15.	1	2	3	4	5
5.	5	4	3	2	1						
6.	5	4	3	2	1						
7.	1	2	3	4	5						
8.	1	2	3	4	5						
9.	5	4	3	2	1						

ANEXO 3:
CONSTANCIA

DIRECTOR/A:

COLEGIO:

DISTRITO:

Por el intermedio, se tiene conocimiento que en nuestra institución educativa se realizará la investigación denominada **“PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIONES EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA”** en los meses de agosto 2010 a diciembre del 2012.

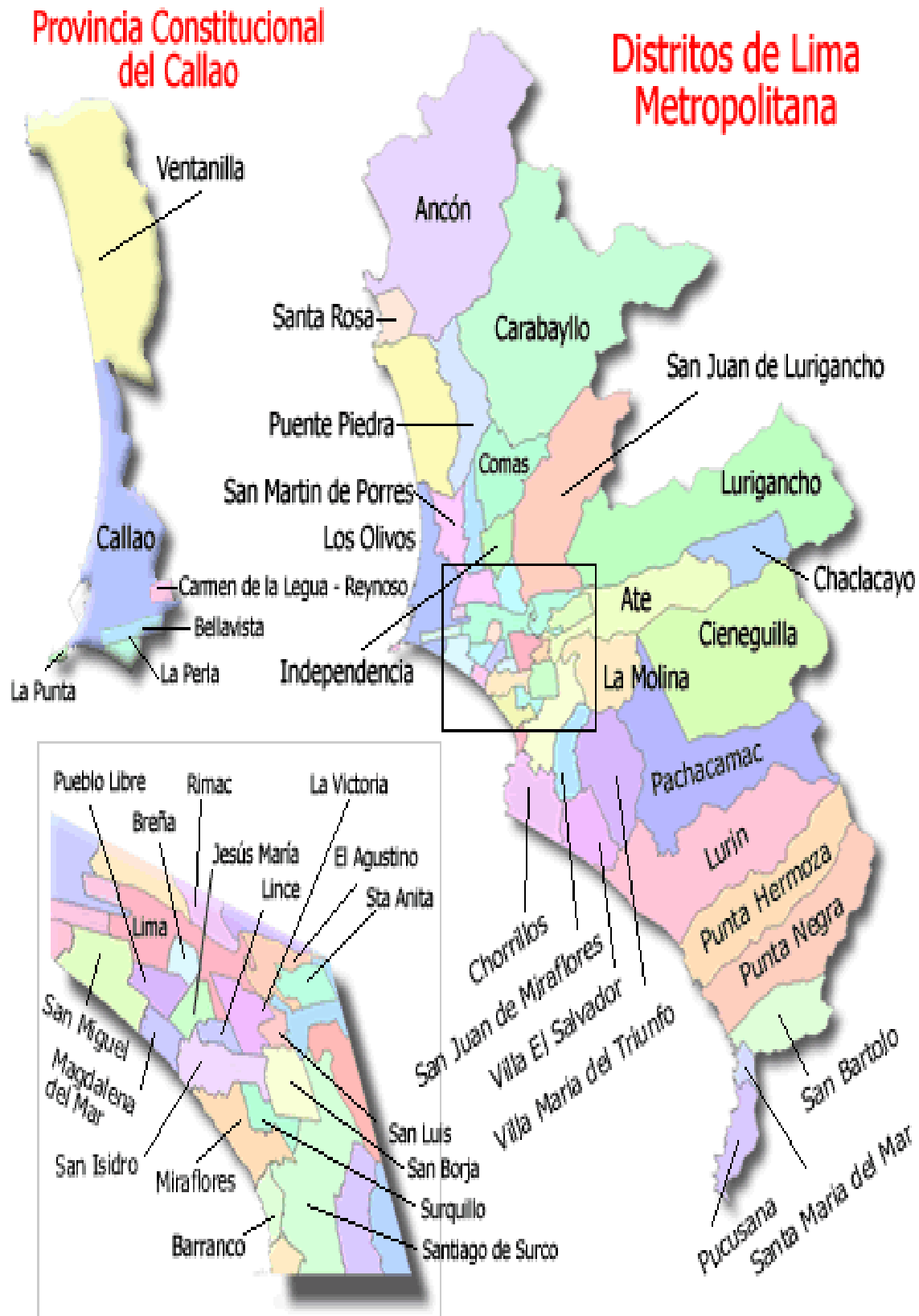
Estudio a cargo de la estudiante del Doctorado en Educación, de la Universidad de San Martín de Porres: **Mg. Sara Remuzgo Huamán**; a quien se le permitirá el acceso libre a todas las áreas de nuestra IE que considere y sea necesario, para realizar tan magno estudio, en aras de la investigación y desarrollo del país.

Extendemos la presente constancia para uso personal de la investigadora.

Atentamente;

Lima, agosto del 2010.

MAPA DE LIMA METROPOLITANA.



Fuente: Mapa de Municipio de Lima-2013.