



# UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



## TESIS

---

IMPACTO DEL PROGRAMA “ÁMATE BIEN”: UN PROGRAMA DE  
INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN  
ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA  
CONVENCIÓN, CUSCO, 2023

---

Línea de investigación: Formulación y ejecución de proyectos; Enfermedades de  
Transmisión Sexual

Presentado por los bachilleres:

Montoya Choccechanca, Masbey Lupita

Código ORCID: 0009-0005-3232-8603

Ramos Ataucuri, Harnold

Código ORCID: 0009-0008-5423-196X

Para optar el Título Profesional de Médico  
Cirujano

Asesor: Dr. Marco Antonio Salazar Zegarra

Código ORCID: 0000-0003-2231-058X

CUSCO - PERÚ  
2023



### Metadatos

Datos del autor	
Nombres y apellidos	MASBEY LUPITA MONTOYA CHOCCECHANCA
Número de documento de identidad	72427603
URL de Orcid	<a href="https://orcid.org/0009-0005-3232-8603">https://orcid.org/0009-0005-3232-8603</a>
Datos del autor	
Nombres y apellidos	HARNOLD RAMOS ATAUCURI
Número de documento de identidad	72519243
URL de Orcid	<a href="https://orcid.org/0009-0008-5423-196X">https://orcid.org/0009-0008-5423-196X</a>
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	MARCO ANTONIO SALAZAR ZEGARRA
Número de documento de identidad	29587263
URL de Orcid	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2231-058X">https://orcid.org/0000-0003-2231-058X</a>
Datos del jurado	
Presidente del jurado (jurado 1)	
Nombres y apellidos	WILLIAM SENEN SARMIENTO HERRERA
Número de documento de identidad	23925735
Jurado 2	
Nombres y apellidos	MARITSENDI HERENCIA ZAPANA
Número de documento de identidad	40064182
Jurado 3	
Nombres y apellidos	JULIO PAUL MENENDEZ SANJINEZ
Número de documento de identidad	42414991
Jurado 4	
Nombres y apellidos	ROBERT LUIS CHUMBIRAICO CHUMBIMUNI
Número de documento de identidad	09772682
Datos de la investigación	
Línea de investigación de la Escuela Profesional	Formulación y ejecución de proyectos; Enfermedades de Transmisión Sexual



## AGRADECIMIENTOS

Queremos comenzar agradeciendo a Dios, nuestra fe en Él ha sido nuestro sostén a lo largo de esta travesía académica. Gracias Señor por cada día de vida y aprendizaje.

A la Universidad Andina del Cusco, por brindarnos la oportunidad de crecer tanto personal como profesionalmente a través de sus maestros y la adquisición de conocimientos esenciales.

A nuestros maestros en el internado clínico del Hospital Antonio Lorena, Hospital Quillabamba y Centro de Salud Pomacanchi, cuya dedicación y experiencia nos han formado como profesionales más competentes y comprometidos.

También extendemos nuestro agradecimiento al Dr. Marco Antonio Salazar Zegarra, nuestro asesor y guía, cuyo conocimiento y orientación han sido fundamentales en esta tesis, guiándonos en cada paso hacia la obtención de resultados de calidad.

Los tesistas



## DEDICATORIA

Con profunda gratitud, dedico este logro a mis queridos padres, Carlos Montoya Arce y Andrea Choccechanca. Su apoyo incondicional y enseñanzas han sido mi guía en esta travesía académica. A ti, papá, agradezco tus palabras de aliento y abrazos llenos de fortaleza que han sido mi sostén en los momentos difíciles y me han impulsado a superarme. A ti, mi apreciada madre, te debo mi compasión y vocación por el prójimo; tus manos sanadoras y corazón generoso son la base de mi éxito.

A mis queridos hermanos, quienes han sido cómplices y amigos en cada etapa de la vida, agradezco por su apoyo y comprensión incondicional. En particular, a mi hermano Max, gracias por ser mi mejor amigo e inspirarme con tu ejemplo para ser mejor cada día.

A mi compañero, Harnold Ramos, por motivarme e impulsarme cada día con tu amor. A sus padres, quienes han compartido este camino conmigo, agradezco por su paciencia y trabajo en equipo. Juntos superamos desafíos y celebramos pequeños avances.

A mis queridas amigas del colegio, Iris y Sheyla, así como a mis amigos de la universidad, por haber formado parte de momentos inolvidables que han dejado una huella de felicidad en mis recuerdos. Vuestras orientaciones y anécdotas compartidas han sido un apoyo invaluable en este viaje.

Montoya Choccechanca, Masbey Lupita

Con alegría y gratitud, dedico este logro a ti, querido papá Juan de Dios, gracias por cada día de tu esfuerzo, por educarme con valores y ser un gran maestro y padre ejemplar. A ti mamita Lourdes gracias por tu amor inmenso, alegría y comprensión. También va para mis dos hermanos, Jordy y Rubí, con quienes hemos aprendido juntos de la vida. Los cuatro son el pilar de mi existencia.

Afortunado soy de tener dos mamitas más, tía Marthita y mamá Ana, para ustedes este logro, gracias por siempre estar en mi vida. A todos mis tíos y primos, muy en especial a mi tío Miguel y Alejandro, sin cada uno de ustedes no lo hubiera logrado. Yaurisque, tierra linda, formó personas maravillosas. A mis abuelos, Moises y Leoncio, abuelita Rude y Luchito quienes ya no están en este plano, pero siempre los llevo en mis pensamientos.

A Lupita, eres un río de amor, gracias por levantarnos en los momentos más críticos, por contagiarme con tu entusiasmo y por aventurarte conmigo en este camino. A la Sra. Andreita, gracias por su confianza y cariño.

A Ramiro, Mahonri y a mis grandes amigos desde la infancia hasta hoy, gracias por permitirme aprender de ustedes y disfrutar juntos hasta hoy. A todos solo les prometo un mayor esfuerzo. Y, Pudchicito, aunque quizás no comprendas estas palabras, agradezco tu lealtad y compañía constante.

Ramos Ataucuri, Harnold



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTOS .....	<b>II</b>
DEDICATORIA .....	<b>III</b>
ÍNDICE.....	<b>IV</b>
ÍNDICE DE TABLAS .....	<b>VI</b>
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	<b>VII</b>
RESUMEN .....	<b>VIII</b>
ABSTRACT.....	<b>IX</b>
<b>CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema .....	2
1.2.1. Problema general .....	2
1.2.2. Problemas específicos .....	2
1.3. Justificación de la investigación.....	2
1.4. Objetivos de la investigación .....	4
1.4.1. Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos específicos .....	4
1.5. Delimitación del estudio .....	4
1.6. Aspectos éticos .....	5
<b>CAPITULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....</b>	<b>6</b>
2.1. Antecedentes del estudio.....	6
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	6
2.1.2. Antecedentes nacionales .....	11
2.2. Bases Teóricas .....	12
2.3. Definición de términos básicos .....	28
2.4. Hipótesis .....	29
2.4.1 Hipótesis general .....	29
2.4.2 Hipótesis específicas .....	29
2.5. Variables .....	30
2.6. Definiciones operacionales .....	31
<b>CAPITULO III MÉTODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>36</b>
3.1. Alcance del estudio .....	36
3.2. Diseño de Investigación .....	36
3.3. Población .....	37
3.3.1. Descripción de la población .....	37
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión .....	37



3.4.	Muestra .....	38
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	39
3.6.	Validez y confiabilidad del instrumento.....	40
3.7.	Presentación y fiabilidad del instrumento aplicado .....	41
3.8.	Plan de análisis de datos.....	43
<b>CAPITULO IV RESULTADOS .....</b>		<b>45</b>
4. 1.	Estadísticas Descriptivos de las principales variables demográficas .....	47
4. 2.	Resultados concernientes a los objetivos específicos .....	55
4. 3.	Resultados concernientes al objetivo principal.....	67
<b>CAPITULO V DISCUSIÓN.....</b>		<b>70</b>
5.1.	Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos.....	70
5.2.	Limitaciones del estudio .....	72
5.3.	Comparación crítica con la literatura existente .....	73
5.4.	Implicancias del estudio.....	76
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>78</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>		<b>79</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>84</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
TABLA 1. <i>Etiología, síntomas y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</i> .....	18
TABLA 2. <i>Resumen de métodos anticonceptivos</i> .....	20
TABLA 3. <i>Validación por juicio de expertos</i> .....	42
TABLA 4. <i>Distribución por edad de los participantes en el estudio</i> .....	47
TABLA 5. <i>Distribución por sexo de los participantes en el estudio</i> .....	48
TABLA 6. <i>Distribución por condición socioeconómica de los participantes en estudio</i> .....	49
TABLA 7. <i>Distribución por grupo étnico de los participantes en estudio</i> .....	50
TABLA 8. <i>Distribución en cuanto a la procedencia: Rural vs Urbano</i> .....	51
TABLA 9. <i>Edad de inicio de relaciones sexuales de los participantes en el estudio</i> .....	52
TABLA 10. <i>Antecedente de número de parejas sexuales de los participantes en el estudio</i> .....	53
TABLA 11. <i>Antecedente de embarazos previos de los participantes en estudio</i> .....	54
TABLA 12. <i>Impacto del programa “Ámate Bien” en el conocimiento en salud sexual</i> .....	56
TABLA 13. <i>Impacto del programa “Ámate Bien” en el comportamiento en salud sexual</i> .....	57
TABLA 14. <i>Impacto del programa “Ámate Bien” en la actitud en salud sexual</i> .....	58
TABLA 15. <i>Impacto del programa “Ámate Bien”</i> .....	68
TABLA 16. <i>Impacto global del Grupo intervención Vs Grupo control</i> .....	69



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
FIGURA 1. <i>Diagrama de flujo del método de estudio</i> .....	37
FIGURA 2. <i>Diagrama de flujo de detección inscripción, aleatorización y seguimiento</i> .....	46
FIGURA 3. <i>Comparación visual de los cambios de pretest y posttest en los grupos de estudio respecto a las tres dimensiones de salud sexual.</i> .....	59
FIGURA 4. <i>Impacto de la subdimensión Anatomía y fisiología sexual en el conocimiento de la salud sexual.</i> .....	61
FIGURA 5. <i>Impacto de la subdimensión Infecciones de Transmisión sexual en el conocimiento de la salud sexual</i> .....	62
FIGURA 6. <i>Impacto de la subdimensión métodos anticonceptivos en el conocimiento de la salud sexual.</i> .....	63
FIGURA 7. <i>Impacto de la subdimensión diversidad sexual y de género en el conocimiento de la salud sexual.</i> .....	64
FIGURA 8 y 9. <i>Impacto de las actitudes hacia la salud sexual</i> .....	65





**RESUMEN**  
**IMPACTO DEL PROGRAMA “ÁMATE BIEN”: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN, CUSCO, 2023**  
**Montoya Masbey L; Ramos Harnold; Salazar Marco A**

**Introducción:** Las intervenciones digitales en salud sexual se han desarrollado como respuesta a la insuficiente promoción de la salud sexual entre los adolescentes. Dado que la salud sexual abarca aspectos como la educación sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual, la anticoncepción, la identidad de género, la orientación y la satisfacción sexual. La falta de una promoción adecuada de estos factores puede tener consecuencias adversas en el bienestar futuro de los adolescentes. Por ello, el objetivo principal fue evaluar el impacto del programa digital "Ámate Bien" en la salud sexual de adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, durante el año 2023.

**Método:** Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado cuasiexperimental que involucró a 424 adolescentes de 18 y 19 años, divididos en un grupo de intervención que recibió el programa digital "Ámate bien" y un grupo de control que recibió material audiovisual sobre salud sexual proporcionado por el Ministerio de Salud de Perú.

**Resultados:** De la muestra inicial de 424 participantes, se logró un seguimiento exitoso del 87%. El 68.2% (n=289) tenía 18 años, el 61.8% (n=262) correspondía al sexo masculino, el 70.8% (n=300) inició su actividad sexual entre los 16 y 18 años, mientras que el 37.3% (n=158) tenía un historial de cinco o más parejas sexuales, y el 12.7% (n=54) tuvo un hijo nacido vivo previo. Con relación al impacto del programa "Ámate bien", se observaron mejoras estadísticamente significativas de un 4.1% en conocimiento, un 5.9% en comportamiento y un 15% en actitud, en comparación con el grupo de control. En conjunto, el programa "Ámate bien" generó un impacto global significativo, con una mejora del 36% ( $p < 0.001$ , con 177 grados de libertad) en el grupo de estudio.

**Conclusiones:** Se constató de manera concluyente un impacto favorable del programa de intervención digital "Ámate bien" en los adolescentes de 18 y 19 años que asisten a instituciones educativas superiores en la provincia de La Convención, Cusco, durante el año 2023. Este impacto abarca tanto la mejora general como las dimensiones relacionadas con el conocimiento, comportamiento y actitud hacia la salud sexual de dichos adolescentes.

**Palabras claves:** Salud sexual, adolescentes, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, orientación sexual.



## ABSTRACT

### IMPACT OF THE “ÁMATE BIEN” PROGRAM: A DIGITAL SEXUAL HEALTH INTERVENTION PROGRAM FOR ADOLESCENTS AGED 18 AND 19 IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN THE PROVINCE OF LA CONVENCION, CUSCO, 2023.

**Montoya Masbey L; Ramos Harnold; Salazar Marco A**

**Introduction:** Digital sexual health interventions have been developed in response to insufficient sexual health promotion among adolescents. Given that sexual health encompasses aspects such as sex education, prevention of sexually transmitted infections, contraception, gender identity, sexual orientation, and sexual satisfaction, the lack of adequate promotion of these elements may have adverse consequences on the future well-being of adolescents. For that, the main objective was to evaluate the impact of exposure to the "Ámate Bien" program on the sexual health of adolescents aged 18 and 19 years in higher educational institutions in the province of La Convención, Cusco, during the year 2023.

**Methods:** A quasi-experimental randomized clinical trial was conducted involving 424 adolescents, divided into an intervention group that received the digital program "Love yourself well" and a control group that received video material on sexual health provided by the Ministry of Health of Peru.

**Results:** Of the initial sample of 424 participants, 87% were successfully followed up. A total of 68.2% (n=289) were 18 years old, 61.8% (n=262) were male, 70.8% (n=300) initiated sexual activity between 16 and 18 years of age, while 37.3% (n=158) had a history of five or more sexual partners, and 12.7% (n=54) had experienced a previous born child alive. Regarding the impact of the "Ámate Bien" program, statistically significant improvements of 4.1% in knowledge, 5.9% in behavior and 15% in attitude were observed compared to the control group. Overall, the "Ámate Bien" program generated a significant overall impact, with an improvement of 36% ( $p < 0.001$ , with 177 degrees of freedom) in the study group.

**Conclusions:** A favorable impact of the digital intervention program "Ámate Bien" on adolescents aged 18 and 19 years attending higher educational institutions in the province of La Convención, Cusco, during the year 2023 is conclusively found. This impact covers both general improvement and specific aspects related to knowledge, behavior, and attitude towards sexual health of these adolescents.

**Key words:** Sexual health, adolescents, contraceptive methods, sexually transmitted infections, sexual orientation.



# IMPACTO DEL PROGRAMA "ÁMATE BIEN": UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN, CUSCO, 2023

*por* Harnold Ramos Ataucuri

Fecha de entrega: 12-oct-2023 08:53a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2193514454

Nombre del archivo: IS\_FINAL\_Montoya\_Choccechanca\_Masbey-Ramos\_Ataucuri\_Harnold.docx (3.67M)

Total de palabras: 31347

Total de caracteres: 170853

  
Dr. Marco A. Salazar Zegarra  
EFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA  
C.M.P. 29376 1974 14884  
  
HOSPITAL NACIONAL ADOLFO DE VERA, CUSCO, CUSCO



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

IMPACTO DEL PROGRAMA "ÁMATE BIEN": UN PROGRAMA DE  
INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN  
ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA  
CONVENCIÓN, CUSCO, 2023

Línea de investigación: Promoción de la Salud; Ginecología y Obstetricia

Presentado por los bachilleres:

Montoya Choccechanca, Masbey Lupita

Código ORCID: 0009-0005-3232-8603

Ramos Ataucuri, Hamold

Código ORCID: 0009-0008-5423-196X

Para optar el Título Profesional de Médico

Cirujano

Asesor: Dr. Marco Antonio Salazar Zegarra

Código ORCID: 0000-0003-2231-058X

CUSCO - PERÚ  
2023

  
Dr. Marco Antonio Salazar Zegarra  
MFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA  
C.E.P. CUSCO R.N.E. 14884  
  
HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUERENA VELASCO CUSCO



## TESIS FINAL Montoya Choccechanca y Ramos Ataucuri

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>15%</b>	<b>13%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Andina del Cusco</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>www.coursehero.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>www.olavarria.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>issuu.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to San Francisco College</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Universidad de Málaga - Tii</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>consultas.cuba.cu</b> Fuente de Internet	

Dr. Marco A. Solaiz Zegarra  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA  
C.I.P. 100716 IN.E. 14884  
Ministerio de Salud  
HOSPITAL NACIONAL ADOLFO QUEVEDO VILLARCO CUSCO



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Harnold Ramos Ataucuri
Título del ejercicio:	TESIS MEDICINA
Título de la entrega:	TESIS FINAL Montoya Choccechanca y Ramos Ataucuri
Nombre del archivo:	IS_FINAL_Montoya_Choccechanca_Masbey-Ramos_Ataucuri_...
Tamaño del archivo:	3.67M
Total páginas:	112
Total de palabras:	31,347
Total de caracteres:	170,853
Fecha de entrega:	12-oct.-2023 08:53a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2193514454

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS  
IMPACTO DEL PROGRAMA "AMÁTE BIEN": UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN, CUSCO, 2023

Línea de investigación: Promoción de la Salud, Ginecología y Obstetricia  
Presentado por los señores:  
Monica Choccechanca Masbey Lopez  
Código ORCID: 0009-0005-3232-8003  
Harnold Ramos Ataucuri  
Código ORCID: 0009-0008-5425-196X  
Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano  
Autor: Dr. Marco Antonio Salazar Zegarra  
Código ORCID: 0000-0003-2231-006X

CUSCO - PERÚ  
2023

Derechos de autor 2023 Turnitin. Todos los derechos reservados.

*Dr. Marco A. Salazar Zegarra*  
FECHA DE ENTREGA: 12-OCT-2023 08:53 AM  
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-2231-006X  
HOSPITAL NACIONAL AGRILO GUREVANA ILLASCO CUSCO



## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia es un período del desarrollo humano comprendido entre la infancia y la edad adulta, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se extiende desde los 10 hasta los 19 años(1). Por otro lado, la salud sexual se refiere a un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, que no se limita a la mera ausencia de enfermedades, disfunciones o incapacidad (2).

La situación presente refleja una carencia de información, desconocimiento de prácticas saludables y falta de herramientas adecuadas para abordar la salud sexual, lo cual está generando consecuencias tangibles y profundas (2). Estas abarcan desde enfrentar riesgos sexuales como infecciones de transmisión sexual (ITS) hasta presentar embarazos no deseados; por lo que, la falta de promoción de salud sexual puede llevarlos a tomar decisiones inapropiadas o la adopción de conductas de riesgo (3).

En respuesta a esta problemática, diversas estrategias han sido empleadas, resaltando entre ellas las intervenciones digitales de salud sexual. Estas intervenciones se fundamentan en la aplicación de tecnologías de la información y comunicación (TIC) mediante enfoques psicológicos como la Técnica Cognitivo-Social, que han evidenciado una notoria eficacia (4). La evaluación del impacto de dichas intervenciones conlleva la consideración de múltiples facetas, tales como el conocimiento en salud sexual y reproductiva, el comportamiento sexual, actitudes hacia la salud sexual, la satisfacción sexual y el bienestar emocional, entre otros (5).

En Perú esta brecha en la promoción de la salud sexual hacia los adolescentes se ve reflejada en el aumento en la incidencia de las ITS, limitado acceso a métodos anticonceptivos, alta incidencia de embarazos no deseados en edades tempranas y, como consecuencia, un incremento en la mortalidad materna. Cusco no es la excepción, además de resaltar que buena parte de adolescentes desconoce que son las ITS o un método anticonceptivo (6). Por otro lado, a pesar de que se ha logrado reducir los niveles de maternidad en adolescentes de 15 a 19 años en la región del Cusco, la tasa de nacidos vivos en este grupo de adolescentes sigue siendo superior a la nacional en las provincias de La Convención y Espinar. Esto se debe probablemente a la presencia de grupos étnicos como los asháninkas, shipibo-konibo y awajún, que tienen una probabilidad tres veces mayor de ser madres a edades tempranas debido a factores socioeconómicos y culturales (7).



En base a lo expuesto, el presente estudio tiene como objetivo demostrar que el programa "Ámate Bien", una intervención digital de salud sexual generará un impacto favorable en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, durante el año 2023. Se espera que esta intervención impacte de manera favorable en el conocimiento, comportamiento y actitud de los adolescentes en relación con la salud sexual, brindándoles un mejor futuro.

## 1.2. Formulación del problema

### 1.2.1. Problema general

¿Cuál es el impacto del programa "Ámate bien" en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023?

### 1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es el impacto del programa "Ámate Bien" en el conocimiento de los adolescentes de 18 y 19 años sobre anatomía y fisiología sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y diversidad sexual y de género en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023?
2. ¿Cuál es el impacto del programa "Ámate Bien" en el comportamiento en salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años respecto al uso del condón en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023?
3. ¿Cuál es el impacto del programa "Ámate Bien" en la actitud de los adolescentes de 18 y 19 años hacia la Importancia de la salud sexual, la preocupación por las infecciones de transmisión sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la percepción de la responsabilidad sexual, el apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual; y la estigmatización de la salud sexual en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023?

## 1.3. Justificación de la investigación

### 1.3.1. Conveniencia

La investigación es conveniente debido a la necesidad de abordar la salud sexual en adolescentes de 18 y 19 años en la provincia de La Convención, Cusco. Esta etapa de la vida es crucial para el





desarrollo sexual y emocional de los jóvenes, y es importante proporcionarles información y herramientas adecuadas para tomar decisiones saludables y responsables respecto a su sexualidad.

### **1.3.2. Relevancia Social**

La salud sexual es un tema de gran relevancia en la sociedad actual, especialmente para los adolescentes, dado que en esta etapa de la vida es común que experimenten cambios fisiológicos y emocionales que pueden influir en su comportamiento sexual. Además, la falta de promoción de la salud sexual ha llevado a una carencia enorme de conocimiento y orientación sobre este tema, lo que puede desencadenar prácticas de riesgo y la propagación de infecciones de transmisión sexual. De manera particular, en la provincia de La Convención, la tasa de infecciones de transmisión sexual y embarazo en adolescentes es elevada, convirtiéndose en una problemática de salud pública.

### **1.3.3. Implicancias Prácticas**

La investigación tiene implicancias prácticas significativas, ya que los resultados obtenidos podrían influir en la toma de decisiones de políticas públicas y en la implementación de programas educativos relacionados con la salud sexual en instituciones educativas. Si se demuestra que el programa "Ámate Bien" tiene un impacto positivo en la salud sexual de los adolescentes, se podría considerar su expansión a nivel nacional u otros contextos similares, lo que podría tener un efecto duradero en la prevención de problemas de salud y bienestar.

### **1.3.4. Valor Teórico**

La investigación tiene un valor teórico significativo al contribuir al conocimiento existente en el campo de la salud sexual en adolescentes. Al evaluar el impacto del programa "Ámate Bien" en esta población específica, se generará información valiosa sobre la eficacia de las intervenciones digitales en la promoción de la salud sexual. Esto puede ayudar a informar futuras investigaciones y programas de intervención en este campo.

### **1.3.5. Utilidad Metodológica**

La investigación tiene utilidad metodológica al utilizar un enfoque digital para la intervención en salud sexual. Esto permite llegar a un mayor número de adolescentes de manera eficiente y accesible. Además, el uso de métodos de evaluación rigurosos permitirá obtener resultados confiables y generalizables, lo que puede servir como base para el diseño de futuras intervenciones en salud sexual, contribuyendo así a la mejora de las metodologías de investigación en este campo.



#### 1.4. Objetivos de la investigación

##### 1.4.1. Objetivo general

Evaluar el impacto del programa “Ámate bien” en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.

##### 1.4.2. Objetivos específicos

1. Medir el impacto en el conocimiento de los adolescentes de 18 y 19 años sobre anatomía y fisiología sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y diversidad sexual y de género posterior a la implementación del programa "Ámate bien" en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.
2. Medir el impacto en el comportamiento de los adolescentes de 18 y 19 años inmediatamente después del programa "Ámate bien" respecto al uso del condón en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.
3. Medir el impacto en la actitud de los adolescentes de 18 y 19 años hacia la importancia de la salud sexual, la preocupación por las infecciones de transmisión sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la percepción de la responsabilidad sexual, el apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual; y la estigmatización de la salud sexual posterior a la implementación del programa "Ámate bien" en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.

#### 1.5. Delimitación del estudio

##### 1.5.1. Delimitación espacial

El presente estudio fue realizado en la ciudad de Quillabamba, distrito de Santa Ana, provincia de La Convención, Región del Cusco. En las Instituciones Educativas de Educación Superior que aceptaron ser parte del estudio, siendo estas: “Urusayhua” “Signos de Fe” y “Camisea”

##### 1.5.2. Delimitación temporal

La realización del presente estudio se realizó en el año 2023.



### 1.6. Aspectos éticos

La presente investigación se compromete a respetar los principios éticos establecidos en el Informe Belmont y la Declaración de Helsinki. Se asegurará que todos los participantes otorguen su consentimiento informado por escrito y se les informará adecuadamente sobre los detalles y objetivos del estudio. Además, se garantizará la confidencialidad y privacidad de los participantes al utilizar una ficha de recolección de datos anónima. Cabe destacar que todos los datos recolectados serán utilizados exclusivamente para fines de investigación y se asegurará que los participantes no sufran ningún tipo de daño físico o psicológico durante el estudio.

Por otro lado, se evitará cualquier conflicto de interés al no tener vinculación alguna con instituciones o empresas que puedan influir en los resultados del estudio. Asimismo, se asegurará que la divulgación de los resultados de la investigación sea transparente y objetiva, sin manipulación alguna de los datos para favorecer intereses personales o ajenos al estudio.



## CAPITULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 2.1. Antecedentes del estudio

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Jenner E y cols (California, Estados Unidos - 2023)** en su estudio sobre “Ensayo clínico aleatorizado de una intervención de video de salud sexual para mujeres adolescentes afroamericanas e hispanas” cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención de video de salud sexual de una sola sesión y educación en mujeres adolescentes afroamericanas e hispanas. Se realizó un ensayo controlado aleatorio (ECA) a nivel individual en el que un total de 1770 adolescentes femeninas participaron en el estudio, de las cuales 886 recibieron la intervención en forma de video sobre salud sexual y 884 recibieron un video de educación general sobre salud. La variable independiente fue el video de salud sexual denominado Plan A. Los datos fueron analizados usando modelos lineales generalizados para ajustar por variables de confusión. Los resultados mostraron que se tuvo una alta tasa de seguimiento (96%). La puntuación media de autoeficacia percibida para negociar el uso del condón en el grupo de intervención aumentó en 0,20 puntos (IC 95%: 0,01-0,39;  $p = 0,04$ ) después de la intervención de video, mientras que la puntuación media en el grupo de control no cambió significativamente ( $p = 0,92$ ). También se encontró que la puntuación media de intención de uso de condón en el futuro en el grupo de intervención aumentó en 0,42 puntos (IC 95% 0,19-0,65;  $p = 0,001$ ) después de la intervención de video, mientras que la puntuación media en el grupo de control no cambió significativamente ( $p = 0,33$ ). Sin embargo, la intervención de video no tuvo un efecto significativo en el conocimiento del VIH/ITS, la autoeficacia percibida para rechazar el sexo sin condón o el comportamiento sexual. Además, la intervención también tuvo efectos positivos en la comunicación con los padres y la intención de usar métodos anticonceptivos en el futuro.

**En conclusión**, el estudio sugiere que una intervención audiovisual sobre salud sexual como Plan A es una intervención de video de baja carga, económica y altamente escalable para mujeres adolescentes afroamericanas e hispanas que tiene efectos significativos y casi significativos en las conductas protectoras de salud sexual y antecedentes importantes (8).

**Ybarra M y cols (California, Estados Unidos - 2021)** en su estudio sobre “Una intervención de mHealth para la prevención del embarazo para adolescentes LGB: un ECA” cuyo objetivo fue desarrollar y probar Girl2Girl, un programa de prevención del embarazo basado en mensajes de texto adaptado a las necesidades únicas de las adolescentes cisgénero LGB + con experiencia sexual e inexpertas.



Se realizó un ECA nacional con 948 adolescentes cisgénero LGB+ de 14 a 18 años. La variable dependiente fue el programa digital de salud sexual denominado Girl2Girl, su contenido está guiado por el modelo de conocimiento, motivación y habilidades conductuales. Del total de participantes 473 se asignaron al grupo intervención Girl2Girl y 475 a un grupo de control. Los participantes fueron reclutados en las redes sociales entre enero de 2017 y enero de 2018 y se inscribieron por teléfono. Se enviaron entre 5 y 10 mensajes de texto diarios durante 7 semanas. Ambos brazos experimentales terminaron con un refuerzo de 1 semana administrado 12 semanas después. Un total de 799 (84%) participantes completaron la encuesta final de intervención. Los participantes tenían, en promedio, 16,1 años (DE: 1,2 años). El 15% residía en zona rural y el 29% provenía de un hogar de bajos ingresos. Girl2Girl estuvo asociada con tasas significativamente mayores de relaciones sexuales protegidas con condones (aOR = 1.48, P < .001), uso actual de anticonceptivos distintos de los condones (aOR = 1.60, P = .02) e intenciones de usar anticonceptivos entre aquellos que actualmente no toman anticonceptivos (aOR = 1.93, P = .001). Las diferencias en el embarazo fueron clínicamente pero no estadísticamente significativas (aOR = 0,43, P = 23,0). La abstinencia (aOR = 82.34, P = .0), las intenciones de abstinencia (aOR = 95.77, P = .1) y las intenciones de usar condones (aOR = 09.59, P = <math>\infty</math>) fueron similares según el brazo del estudio.

Se llegó a la **conclusión** que una intervención de mHealth como Girl2Girl impactó de manera favorable en los comportamientos preventivos del embarazo para las niñas LGB +, al menos a corto plazo. Las intervenciones integrales basadas en mensajes de texto podrían usarse más ampliamente para promover comportamientos de salud sexual en los adolescentes (9).

**Manlove, J y cols (Maryland, Estados Unidos - 2020)** en su estudio sobre “Impactos a corto plazo de Pulse: un programa de prevención del embarazo adolescente basado en aplicaciones para mujeres afroamericanas y latinas” cuyo objetivo fue evaluar el impacto de un nuevo programa de prevención del embarazo adolescente enfocado en aplicaciones creado para esta población utilizando un enfoque de reclutamiento y evaluación en línea y solo por mensajes de texto.

El diseño del estudio fue un ECA con asignación a nivel individual de 1304 mujeres de 18 a 20 años seleccionadas en línea. Las mujeres fueron asignadas al azar a la aplicación de salud sexual Pulse o una aplicación de salud general y recibieron mensajes de texto regulares con el contenido del programa y recordatorios para ver la aplicación. Se utilizó un enfoque de intención de tratar para los análisis, y las pruebas de significación se ajustaron para tener en cuenta la asignación aleatoria y las pruebas de hipótesis múltiples. Los modelos de probabilidad lineal que controlan la medida inicial de cada resultado, si la participante informó haber tenido relaciones sexuales vaginales, edad y raza / etnia, evaluaron los impactos del programa para 1,124 participantes 6 semanas después de la aleatorización. Se encontró que el uso de la aplicación móvil Pulse se asoció significativamente con un incremento en el conocimiento en la anticoncepción (p <0,001)



IC 95% de 2,4 a 4,1 puntos post intervención. El uso de Pulse se asoció significativamente con una disminución en la intención de tener relaciones sexuales en el futuro cercano ( $p < 0,001$ ) IC 95% de -0,32 a -0,16 post intervención. Los participantes que usaron Pulse informaron una mayor autoeficacia para negociar el uso del condón ( $p < 0,001$ ) IC95% de 0,33 a 0,63 puntos post intervención. Pulse se asoció significativamente con una disminución en la proporción de participantes que informaron tener relaciones sexuales sin protección en el último mes ( $p = 0,006$ ) IC 95% de -0,19 a -0,03 post intervención.

El estudio **concluyó** que la aplicación móvil Pulse tuvo un impacto positivo en la prevención del embarazo no deseado entre mujeres afroamericanas y latinas en el corto plazo. Aumentó el conocimiento sobre la anticoncepción, mejoró la autoeficacia para negociar el uso del preservativo y redujo la intención de tener relaciones sexuales en el futuro cercano. Disminuyó la tasa de participante de haber tenido relaciones sexuales sin protección en el último mes después de usar la aplicación. Por ello las aplicaciones móviles pueden ser efectivas en la prevención del embarazo adolescente y mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes pertenecientes a comunidades marginadas (10).

**Hafner SP y Rushing SC (Portland, Estados Unidos - 2019)** en su estudio sobre “Salud sexual, riesgo de ITS y VIH, y percepciones de riesgo entre los adultos emergentes indios americanos y nativos de Alaska” cuyo objetivo fue determinar el impacto de una intervención de salud sexual basada en video diseñada específicamente para jóvenes indoamericanos / nativos de Alaska y adultos emergentes (15-24 años) sobre las percepciones de cambio de riesgo.

Esta intervención se evaluó mediante un diseño grupal aleatorizado con tres condiciones: a. hoja informativa sola, b. hoja informativa y video, y c. hoja informativa, video y discusión facilitada. Utilizando datos de 199 adultos emergentes indoamericanos y nativos de Alaska (18-24 años) que participaron en la evaluación de Native VOICES, utilizamos múltiples regresiones logísticas multinomiales para determinar si los cambios en las percepciones de riesgo fueron significativamente diferentes entre los brazos del estudio desde el inicio hasta la postintervención, y desde la post-intervención hasta el seguimiento de 6 meses. Se encontraron pocas diferencias en las percepciones de riesgo de ITS al inicio del estudio y las diferencias observadas en las percepciones de riesgo de ITS entre los brazos del estudio desaparecieron después de incluir las percepciones de riesgo basales en el modelo. De manera similar, se observaron pocas diferencias en las percepciones de riesgo de VIH entre los brazos del estudio al inicio del estudio, y todas las diferencias en las percepciones de riesgo de VIH entre los brazos del estudio desaparecieron después de controlar las percepciones de riesgo iniciales, la demografía y los factores de riesgo sexual iniciales.

En general, la intervención **concluyó** en que la intervención de Native VOICES no mejoró las percepciones de riesgo de ITS y del VIH entre los adultos emergentes de 18 a 24 años. Además,



se mostró poco efecto sobre las percepciones de riesgo de ITS y VIH entre adultos emergentes de este grupo de edad. Las intervenciones dadas para su edad deben diseñarse para reflejar sus necesidades únicas y sus experiencias de vida (11).

**Hirshfield, S. y cols (Nueva York, Estados Unidos - 2019)** en su estudio sobre "Evaluación de Sex Positive! Una intervención de eSalud en video para hombres que viven con el VIH" cuyo objetivo fue evaluar el impacto de una intervención de salud en línea para hombres que viven con VIH en Canadá.

Dicho estudio el cual fue un ECA en el que se reclutó a 830 participantes. La variable independiente fue el material audiovisual eSalud Sex Positive la cual fue una intervención web basada en video de dos brazos destinada a reducir el sexo anal sin condón con parejas de seroestado conocido y desconocido. Se aleatorizó y al grupo de intervención se le asignó ver Sex Positive, mientras que el grupo de control no recibió ninguna intervención. Los datos fueron analizados usando modelos mixtos lineales para ajustar por variables de confusión. Los resultados mostraron que el grupo de intervención informó una mayor satisfacción sexual ( $p = 0,019$ ) y menos preocupación por la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales ( $p = 0,013$ ) en comparación con el grupo de control. Además, el grupo de intervención informó una mayor intención de usar preservativos en el futuro ( $p = 0,029$ ) y una mayor probabilidad de haber discutido su estado serológico con sus parejas sexuales ( $p = 0,044$ ) en comparación con el grupo de control.

**En conclusión**, los resultados indican que la intervención de salud en línea basada en videos Sex Positive impactó favorablemente en la satisfacción sexual, reducir la preocupación por la transmisión del VIH y promover el uso de preservativos y la comunicación serológica entre hombres que viven con VIH en Canadá (12).

**Downs, JS y cols (Pensilvania, Estados Unidos - 2018)** en su estudio sobre "Intervención de video para aumentar la autoeficacia percibida para el uso del condón en un ensayo controlado aleatorio de adolescentes" cuyo objetivo fue evaluar una intervención en video para aumentar la autoeficacia percibida para el uso del condón en mujeres adolescentes.

Dicho estudio se trató de un ECA multicéntrico en el que participaron 296 mujeres adolescentes, de entre 14 a 19 años, en los Estados Unidos. Al grupo de intervención se le brindó el programa Diecisiete días (intervención de tratamiento; salud sexual) frente al grupo control al que se le brindó habilidades de conducción. Los resultados del estudio mostraron que la intervención en video aumentó la autoeficacia percibida para el uso del condón en un 19,5% en el grupo experimental, mientras que el grupo de control sólo experimentó un aumento del 3,7%. Además, se encontró que el grupo experimental tenía una intención significativamente mayor de usar condones en el futuro ( $p < 0,001$ ) y tuvo una mayor proporción de uso de condones en el último



coito ( $p < 0,01$ ) en comparación con el grupo de control. La puntuación media de autoeficacia percibida para el uso del condón en el grupo de intervención aumentó en 0,55 puntos (IC 95%: 0,11-0,99;  $p = 0,02$ ) después de la intervención de video, mientras que la puntuación media en el grupo de control no cambió significativamente ( $p = 0,43$ ).

Estos resultados sugieren que la intervención en video puede ser una herramienta efectiva para mejorar la autoeficacia percibida y promover el uso del condón en mujeres adolescentes. La utilización de intervenciones en video puede ser una estrategia útil para promover comportamientos de salud sexual en adolescentes(13).

**Barbee, AP y cols (Kentucky, Estados Unidos - 2016)** en su estudio sobre “Impacto de dos intervenciones de prevención del embarazo adolescente en el comportamiento sexual de riesgo: un ensayo de control aleatorio por grupos de tres brazos” cuyo propósito consistió en evaluar la efectividad de Reducing the Risk (RTR) y Love Notes (LN) en la reducción del comportamiento sexual de riesgo entre los jóvenes que aún no han experimentado o causado un embarazo.

El estudio adoptó un diseño de Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) en tres grupos, con la participación de 1448 jóvenes de 14 a 19 años en situación de empobrecimiento. La investigación se realizó en 23 organizaciones comunitarias en Louisville, Kentucky, entre septiembre de 2011 y marzo de 2014. Las variables dependientes evaluadas fueron: haber tenido relaciones sexuales, uso de condones, uso de anticonceptivos y cantidad de parejas sexuales a los 3 y 6 meses de seguimiento. Los resultados revelaron que tanto a los 3 como a los 6 meses, en comparación con el grupo de control, los adolescentes que participaron en el programa Reducing the Risk (RTR) reportaron una menor cantidad de parejas sexuales y un mayor uso de anticonceptivos. Por otro lado, a los 6 meses, los participantes en el programa Love Notes (LN) informaron un aumento en el uso de anticonceptivos y condones, así como menos parejas sexuales, además de ser menos propensos a haber tenido relaciones sexuales en comparación con el grupo de control.

**En conclusión**, la RTR tuvo un impacto en más de 1 tipo de comportamiento sexual de riesgo utilizando un método de parto más condensado. Además, al exponer a los jóvenes a una fuerte dosis de planificación de la vida, relaciones saludables y material de prevención de la violencia en el contexto de la prevención del embarazo adolescente, la intervención LN también tuvo éxito en la reducción del comportamiento sexual de riesgo(14).

**Wang H y Singhal A (Nueva York, Estados Unidos - 2016)** en su estudio sobre “Entretenimiento educativo transmedia para promover la salud sexual y reproductiva de jóvenes latinas” cuyo objetivo fue involucrar e influir en los jóvenes latinos estadounidenses con respecto a la prevención del embarazo adolescente y una mejor salud sexual y reproductiva.

Se adoptó un enfoque mixto de investigación compuesto por un: a. Seguimiento analítico para evaluar el alcance de la audiencia, que monitoreó el tráfico web al sitio web de East Los High y





a los sitios web y widgets de los socios de ONG; b. una encuesta a los espectadores para evaluar el compromiso narrativo y los resultados previstos; y c. un experimento de laboratorio con no espectadores de East Los High para comparar el efecto del entretenimiento educativo transmedia con otras formas de presentación narrativa. Se recopiló datos de seguimiento anónimos y discretos a través de Google Analytics desde mayo de 2013 hasta enero de 2014 y se incorporó una encuesta en línea en el sitio web de East Los High y la promovimos en las redes sociales con incentivos personalizados. Se encontró que después de ver la serie y los materiales educativos adicionales, el conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia aumentó en un 26% (IC 95%: 20,7-31,3%;  $p < 0,001$ ), el conocimiento sobre la prueba de detección del VIH aumentó en un 19% (IC 95%: 14,9-23,2%;  $p < 0,001$ ), el conocimiento sobre la prueba de detección de la clamidia aumentó en un 15% (IC 95%: 11,5-19,5%;  $p < 0,001$ ), y el conocimiento sobre la prueba de detección de la gonorrea aumentó en un 12% (IC 95%: 8,3-15,8%;  $p < 0,001$ ). Además, se encontró que la intención de buscar información sobre la anticoncepción de emergencia aumentó en 32% (IC 95%: 26,4-37,4%;  $p < 0,001$ ), la intención de buscar información sobre el VIH aumentó en 23% (IC 95%: 17,8-28,4%;  $p < 0,001$ ), la intención de buscar información sobre la clamidia aumentó en 15% (IC 95%: 10,4-20,2%;  $p < 0,001$ ) y la intención de buscar información sobre la gonorrea aumentó en 12% (IC 95%: 7,3-16,7%;  $p < 0,001$ ).

**En conclusión**, el presente estudio encontró que la serie y los materiales educativos adicionales impactaron significativamente en el conocimiento de salud sexual y la intención de los jóvenes de buscar información y servicios de salud sexual y reproductiva. Estos hallazgos sugieren que los medios transmedia, como la serie de televisión East Los High, pueden ser una herramienta efectiva para abordar problemas de salud pública, particularmente entre poblaciones desfavorecidas y marginadas (15).

### 2.1.2. Antecedentes nacionales

**Young SD y cols (Lima, Perú - 2015)** en su estudio sobre: “La intervención de HOPE en las redes sociales para la prevención mundial del VIH: un ensayo controlado aleatorio por grupos en Perú” cuyo objetivo fue evaluar la eficacia del uso de las redes sociales (Facebook) para aumentar las pruebas de VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) peruanos.

Se diseñó un ECA grupal con asignación oculta, los HSH peruanos de Lima / Callao (N = 556) fueron asignados aleatoriamente para unirse a grupos privados de intervención o control en Facebook durante 12 semanas. Grupo intervención, 49 HSH peruanos fueron entrenados y asignados al azar para ser mentores de prevención del VIH para los participantes a través de grupos de Facebook por 12 semanas. Los del grupo control recibieron un estándar mejorado de atención, incluida la prevención estándar del VIH fuera de línea disponible en Perú, así como la participación en grupos de Facebook (sin líderes pares) que proporcionaron actualizaciones del



estudio e información sobre las pruebas del VIH. Los participantes podían solicitar una prueba gratuita de VIH en una clínica comunitaria local y completar cuestionarios sobre comportamientos de riesgo de VIH y uso de redes sociales al inicio y al seguimiento de 12 semanas. Se encontró que entre el 19 de marzo de 2012 y el 11 de junio de 2012, y el 26 de septiembre de 2012 y el 19 de diciembre de 2012, 556 participantes fueron asignados aleatoriamente a grupos de intervención (N=278) o grupos de control (N=278); Analizamos los datos de 252 y 246. 43 participantes (17%) en el grupo de intervención y 16 (7%) en los grupos control se hicieron la prueba del VIH (ORa= 2,61; IC 95% [1,55–4,38]). No se informaron eventos adversos. La retención a las 12 semanas de seguimiento fue del 90%. A través de las condiciones, 7 (87.5%) de los 8 participantes que dieron positivo fueron vinculados a la atención en una clínica local.

Por lo que **se concluyó** que el desarrollo de comunidades de medios sociales asesoradas por pares pareció ser un método efectivo para aumentar las pruebas de VIH entre las poblaciones de alto riesgo en Perú. Los resultados sugieren que la intervención de VIH en las redes sociales de HOPE puede mejorar las tasas de pruebas de VIH entre los HSH en Perú (18).

## 2.2. Bases Teóricas

### 2.2.1. Adolescencia:

#### a) Definición y características de la adolescencia:

La adolescencia constituye una fase crucial en el desarrollo humano, situada entre la infancia y la edad adulta. La OMS ha precisado su definición, señalando que este período abarca desde los 10 hasta los 19 años. Esta etapa de la vida se subdivide en tres categorías: adolescencia temprana, que comprende de 10 a 13 años; adolescencia intermedia, abarcando el rango de edad de 14 a 16 años; y adolescencia tardía, que se extiende desde los 17 hasta los 19 años (1).

Las características físicas de los adolescentes incluyen el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales, el aumento de la estatura y el peso, y el desarrollo de características sexuales secundarias, como el vello facial y corporal. Las características psicológicas de los adolescentes incluyen el desarrollo de la identidad, la exploración de nuevas experiencias y la búsqueda de independencia y autonomía. Las características sociales de los adolescentes incluyen la formación de relaciones con amigos y compañeros, la influencia de medios de comunicación y la cultura popular, y la exploración de la sexualidad y la identidad de género (5).



b) Adolescencia tardía

La adolescencia tardía representa la fase final en el desarrollo de la adolescencia, comprendida entre los 17 y 19 años. Este período se caracteriza por la consolidación de las transformaciones experimentadas a lo largo de la adolescencia y la adaptación a estos cambios en diversos aspectos. Es un momento de aceptación y asimilación de las transformaciones físicas, emocionales y psicológicas que han tenido lugar a lo largo de esta etapa vital (1).

Durante la adolescencia tardía, los jóvenes logran forjar su identidad personal, establecer nuevas relaciones sociales y adoptar valores morales y éticos que influirán en su transición gradual hacia la vida adulta. En cuanto a las transformaciones físicas que experimentan los adolescentes en esta etapa, se observa una desaceleración progresiva del crecimiento. Esto implica que los cambios hormonales, el crecimiento corporal, las variaciones en la talla, el peso y la masa ósea, así como el desarrollo de órganos y sistemas, como la maduración sexual y el crecimiento de diferentes órganos, se detienen debido a la madurez alcanzada (4).

c) Desarrollo sexual en la adolescencia

La etapa de la adolescencia está marcada por modificaciones físicas, psicológicas y sociales que son base para el desarrollo sexual. Según la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson, la adolescencia es una etapa crítica en la que se desarrolla la identidad sexual y se experimentan diversas emociones y sentimientos relacionados con la sexualidad.

Concerniente a ello, el conocimiento sobre anatomía y fisiología del sistema reproductivo es fundamental para entender el desarrollo sexual en la adolescencia. El sistema reproductivo masculino comprende una serie de estructuras especializadas que desempeñan funciones clave en la producción y transporte de espermatozoides. Los testículos son las gónadas masculinas responsables de la producción de espermatozoides y hormonas sexuales, como la testosterona. Están alojados en el escroto, una bolsa de piel que los protege y regula su temperatura. El epidídimo, por su parte, es un tubo largo y enroscado ubicado en la parte posterior de los testículos. Su función principal es almacenar y madurar los espermatozoides antes de su liberación. Los espermatozoides son transportados desde el epidídimo hasta la uretra a través del conducto deferente, un tubo especializado. Este sistema también incluye las vesículas seminales, que son glándulas que producen un líquido viscoso que se mezcla con los espermatozoides para formar el semen. Este líquido proporciona nutrientes y protección a los espermatozoides durante su recorrido. Además, la próstata, otra glándula del sistema reproductivo masculino, produce un líquido alcalino que se mezcla con el semen. Este líquido ayuda a neutralizar la acidez del tracto reproductivo femenino, lo que facilita a los espermatozoides. Por otro lado, la uretra es el



conducto que transporta tanto la orina como el semen fuera de nuestro organismo a través del pene, el órgano copulador masculino que permite la introducción de los espermatozoides en el tracto reproductor femenino durante el acto sexual (19).

En cuanto al sistema reproductivo femenino, los ovarios desempeñan un papel fundamental, las cuales son gónadas femeninas encargadas de producir los óvulos y las hormonas sexuales, como el estrógeno y la progesterona. Adicionalmente, se encuentran situadas en la cavidad pélvica, a cada lado del útero. Las trompas de Falopio son dos conductos que establecen una conexión entre los ovarios y el útero. Su función principal es transportar el óvulo desde el ovario hasta el útero, y si ocurre la fecundación, facilitar la unión del óvulo con un espermatozoide. El útero, por su parte, es un órgano muscular hueco en forma de pera invertida. Durante el embarazo, el útero aloja y nutre al embrión y al feto en crecimiento. El endometrio es la capa interna del útero que experimenta cambios cíclicos en preparación para la implantación del embrión. Si no se produce la implantación, el endometrio se desprende y se expulsa durante la menstruación. El cérvix, también conocido como cuello del útero, conecta el útero con la vagina. Durante el parto, el cérvix se dilata para permitir el paso del bebé. Por último, la vagina, un conducto muscular y elástico, conecta el útero con el exterior del cuerpo. Además de funcionar como el canal del parto, la vagina también actúa como el órgano copulador femenino durante el coito. Estas descripciones anatómicas del sistema reproductivo masculino y femenino son fundamentales para comprender los procesos de reproducción y fertilidad en los adolescentes (19,20).

Por otro lado, la fisiología del sistema reproductiva es un proceso complejo que ocurre en nuestro organismo es la fisiología del sistema reproductivo humano es un proceso complejo que involucra una serie de eventos y funciones específicas en el sistema reproductivo masculino y femenino (20). En el sistema reproductivo masculino, la espermatogénesis es fundamental para la producción de espermatozoides en los túbulos seminíferos de los testículos. Estos espermatozoides se maduran y almacenan en el epidídimo hasta el momento de la eyaculación. Los testículos también desempeñan un papel crucial en la producción de testosterona, una hormona esteroide que regula el desarrollo de características sexuales secundarias y la función reproductiva masculina. Durante la eyaculación, los espermatozoides se mezclan con líquidos producidos por las vesículas seminales, la próstata y las glándulas bulbouretrales para formar el semen, que luego es expulsado a través de la uretra mediante contracciones musculares (20).

De manera similar, en el sistema reproductivo femenino, la ovogénesis se refiere al proceso de generación de óvulos en los ovarios a partir de células germinales. Este proceso comienza antes del nacimiento y se completa durante la ovulación en la edad reproductiva de la mujer. El ciclo menstrual es un proceso recurrente de aproximadamente 28 días en el cual el sistema reproductivo femenino se prepara para la fecundación y el embarazo. El ciclo menstrual consta de varias fases, incluyendo la fase folicular, la ovulación y la fase lútea. La fase folicular es la primera fase del ciclo menstrual y comienza el primer día de la menstruación. Durante esta fase, los niveles de



hormonas reproductivas, como el estrógeno, comienzan a aumentar y estimulan el crecimiento de los folículos ováricos. Los folículos son pequeñas estructuras en los ovarios que contienen óvulos inmaduros. Si los folículos crecen, producen más estrógeno y preparan el cuerpo para la ovulación. La ovulación es el proceso en el cual un óvulo maduro es liberado de uno de los ovarios y se mueve hacia las trompas de Falopio. La ovulación ocurre aproximadamente en el día 14 del ciclo menstrual, aunque puede variar en cada mujer. Durante la ovulación, los niveles de hormonas reproductivas alcanzan su punto máximo y estimulan la liberación del óvulo. La fase lútea es la última fase del ciclo menstrual y comienza después de la ovulación. Durante esta fase, los restos del folículo ovárico que liberó el óvulo se convierten en el cuerpo lúteo, una estructura que produce progesterona. La progesterona ayuda a preparar el útero para la implantación del óvulo fecundado y mantiene el revestimiento del útero grueso. Si no ocurre la fecundación, el cuerpo lúteo se desintegra y los niveles de hormonas disminuyen, lo que produce la menstruación (19,20).

Los ovarios también tienen una función esencial en la síntesis de hormonas como el estrógeno y la progesterona, las cuales controlan el ciclo menstrual, el desarrollo de rasgos sexuales secundarios y la función reproductiva en las mujeres. Si un espermatozoide logra fecundar un óvulo en las trompas de Falopio, se forma un cigoto que comienza a dividirse mientras se desplaza al útero. Ya en el útero, el embrión en desarrollo se implanta en el endometrio, donde se nutre y recibe oxígeno a través de la placenta. Si no ocurre la implantación, el endometrio se desprende y se expulsa durante la menstruación (20).

La conducta sexual en la adolescencia conlleva diversos riesgos que deben ser considerados. Uno de estos riesgos es el embarazo no deseado, que puede resultar de relaciones sexuales entre jóvenes sin la correcta utilización de métodos anticonceptivos. El embarazo durante la adolescencia trae consigo riesgos significativos para la salud tanto de la madre como del bebé. Las adolescentes embarazadas enfrentan un mayor riesgo de complicaciones durante el período de gestación y el parto, como la preeclampsia, la diabetes gestacional y la hemorragia después del parto. Además, los bebés de madres adolescentes presentan un mayor riesgo de complicaciones de salud, como bajo peso al nacer, problemas respiratorios y retrasos en el desarrollo, lo cual puede aumentar la probabilidad de mortalidad infantil (18). Otro riesgo asociado al comportamiento sexual en la adolescencia son las ITS, las cuales se tocarán más a profundidad posteriormente.

Es fundamental que los adolescentes tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, donde puedan obtener orientación y recibir métodos anticonceptivos para reducir los riesgos de embarazo no deseado e ITS. Estos servicios deben brindar información adecuada y confiable sobre prevención de infecciones y el uso de métodos anticonceptivos, así como apoyo emocional y asesoramiento sobre la toma de decisiones sexuales responsables.



### 2.2.2. Salud sexual:

#### a) Definición e importancia de salud sexual:

La salud sexual es un concepto amplio que abarca muchos aspectos de la sexualidad, incluyendo la educación sexual, la prevención de ITS, la anticoncepción, la identidad de género, la orientación y la satisfacción sexual. La OMS define la salud sexual como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad"(19).

Mantener una salud sexual adecuada puede potenciar la autoestima, la confianza y la calidad de las relaciones interpersonales. Además, una salud sexual óptima puede repercutir positivamente en el bienestar físico y mental en su conjunto. Contrariamente, una mala salud sexual puede conllevar consecuencias desfavorables, como ITS, embarazo no deseado, disfunciones sexuales, así como complicaciones emocionales y psicológicas.(20).

Los adolescentes pueden enfrentar muchos desafíos psicológicos y sociales vinculados a la salud sexual. La presión social y cultural para tener relaciones sexuales, la falta de educación sexual adecuada y la falta de acceso a servicios de salud sexual pueden contribuir a problemas de salud sexual en los adolescentes(18).

La salud sexual, además, implica tener una actitud positiva y respetuosa hacia la sexualidad, poseer un conocimiento adecuado sobre la anatomía, fisiología y funcionamiento del cuerpo en relación con la sexualidad, así como también comprender los riesgos y las prácticas sexuales seguras. Además, implica tomar decisiones informadas y responsables en relación con la actividad sexual, incluyendo el uso adecuado de métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Definiremos a detalle estos tres componentes:

- Actitud: La actitud se refiere a las creencias, valores y disposiciones emocionales que una persona tiene hacia la salud sexual. En el contexto de los adolescentes, una actitud positiva hacia la salud sexual implica tener una mentalidad abierta, respetuosa y responsable en relación con las prácticas sexuales seguras y la toma de decisiones informadas (21).
- Conocimiento: El conocimiento se refiere a la comprensión y la información que una persona tiene sobre la salud sexual. Esto incluye el conocimiento sobre la anatomía y fisiología sexual, la prevención de ITS, el uso adecuado de métodos anticonceptivos y la importancia de las prácticas sexuales seguras. Un mayor conocimiento sobre la salud sexual puede ayudar a los adolescentes a tomar decisiones informadas y reducir los riesgos asociados con la actividad sexual (21).
- Comportamiento: El comportamiento se refiere a las acciones y conductas que una persona lleva a cabo en relación con su salud sexual. Esto incluye decisiones sobre la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la práctica de sexo seguro y la búsqueda de atención médica y asesoramientos relacionados con la salud sexual. Un comportamiento saludable



implica tomar medidas para protegerse a sí mismo y a los demás de las ITS y los embarazos no deseados (21).

b) Derechos sexuales y reproductivos:

Los derechos sexuales y reproductivos son un conjunto de derechos humanos que se relacionan con la sexualidad y la reproducción. Estos derechos incluyen el derecho a la información y la educación sexual, el derecho a la atención médica y la anticoncepción, el derecho a la elección reproductiva y el derecho a la protección contra la violencia y la discriminación sexual(21). Estos derechos están fundamentados en los derechos humanos universales y van desde el derecho a la vida hasta el derecho a la salud(22).

De igual manera estos derechos están protegidos por la legislación internacional y nacional. La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoce el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal, el derecho a la igualdad y a no ser discriminado, así como el derecho a la salud.(22).

A pesar de la protección legal de dichos derechos, todavía existen barreras y desafíos para su protección en los adolescentes. Estos incluyen la falta de acceso a la atención médica y la anticoncepción, la falta de educación sexual adecuada, la discriminación y la violencia sexual, y la falta de apoyo social y familiar. Además, los estereotipos de género y las normas culturales pueden limitar la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud sexual y reproductiva. Es importante que los adolescentes tengan acceso a información precisa y confiable sobre los derechos sexuales y reproductivos y los servicios de salud sexual y reproductiva (23).

c) Infecciones de transmisión sexual:

Las ITS son infecciones que se transmiten de una persona a otra durante las relaciones sexuales (7). Existen muchos tipos de ITS, incluyendo la clamidia, la gonorrea, la sífilis, el herpes genital, el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis B y el VIH/SIDA (7).

Los síntomas de las ITS varían ampliamente, pero pueden incluir dolor al orinar, secreción vaginal o uretral, ampollas en los genitales, dolor durante las relaciones sexuales y fiebre (27,28). Es importante que los adolescentes se hagan pruebas de detección de ITS si han tenido relaciones sexuales sin protección o si tienen síntomas de una ITS. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de laboratorio, como análisis de sangre, cultivos o pruebas de orina(25). El tratamiento de las ITS depende del tipo de ITS y puede incluir antibióticos, antivirales o medicamentos para aliviar los síntomas(26). En la siguiente tabla se presenta un cuadro resumen de las ITS y tratamiento según el esquema nacional peruano más utilizado:



**TABLA 1.** Etiología, síntomas y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

ITS	Etiología	Síntomas	Tratamiento
<b>Clamidia</b>	Bacteria Chlamydia trachomatis	Puede no presentar síntomas o causar dolor al orinar, secreción vaginal o del pene, dolor abdominal y fiebre	Antibióticos (doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días, o azitromicina 1 g vía oral en dosis única)
<b>Gonorrea</b>	Bacteria Neisseria gonorrhoeae	Puede no presentar síntomas o causar dolor al orinar, secreción vaginal o del pene, dolor abdominal y fiebre	Antibióticos (ceftriaxona 500 mg vía IM en dosis única, más azitromicina 1 g vía oral en dosis única)
<b>Sífilis</b>	Bacteria Treponema pallidum	Puede presentar una ulcera en los genitales, la boca o el ano, erupción cutánea, fiebre y dolor de cabeza	Antibióticos (penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades vía IM dosis única, o doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días)
<b>Herpes genital</b>	Virus herpes simple tipo 1 o tipo 2	Puede causar ampollas dolorosas en los genitales o la boca, fiebre y dolor de cabeza	Antivirales (aciclovir 400 mg vía oral tres veces al día por 7-10 días, o valaciclovir 1 g vía oral dos veces al día por 7-10 días)
<b>Virus del papiloma humano (VPH)</b>	Virus del papiloma humano	Puede no presentar síntomas o causar verrugas genitales, cambios en las células del cuello uterino y otros tipos de cáncer (cuello uterino, ano, pene y garganta)	No hay cura, pero se pueden tratar las verrugas y prevenir el cáncer con vacunas
<b>Hepatitis B</b>	Virus de la hepatitis B	Puede no presentar síntomas o causar fatiga, dolor abdominal, fiebre y pérdida de apetito	Antivirales (tenofovir 300 mg vía oral una vez al día, o entecavir 0.5 mg vía oral una vez al día)
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Puede no presentar síntomas o causar fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso y debilidad. Puede causar infecciones oportunistas y cánceres relacionados con el SIDA	Antirretrovirales (tenofovir/emtricitabina 300/200 mg vía oral una vez al día, más dolutegravir 50 mg vía oral una vez al día) en diferentes esquemas(27)

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf> (6).





La prevención de las ITS es fundamental para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. La abstinencia sexual es la forma más efectiva de prevenir las ITS, pero si los adolescentes deciden tener relaciones sexuales, es importante que usen condones de manera correcta (1).

d) Métodos anticonceptivos:

Los métodos anticonceptivos son herramientas que se utilizan para prevenir el embarazo y reducir el riesgo de ITS (28). Existen muchos tipos de métodos anticonceptivos, incluyendo los métodos hormonales, los métodos de barrera, los dispositivos intrauterinos (DIU), los métodos naturales y los métodos permanentes. Los métodos hormonales incluyen la píldora anticonceptiva, el parche anticonceptivo, el anillo vaginal y la inyección anticonceptiva. Los métodos de barrera incluyen el condón masculino y femenino, el diafragma y el capuchón cervical. Los métodos naturales incluyen la planificación familiar natural y la lactancia materna. Los métodos permanentes incluyen la ligadura de trompas en las mujeres y la vasectomía en los varones (30).

En la siguiente tabla se presenta un resumen de los distintos tipos de métodos anticonceptivos:



**TABLA 2. Resumen de métodos anticonceptivos**

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Te protegen de una ITS	Sea eficaz (1)	Sea seguro y eficaz aunque tenga vómitos y diarreas	Tenga pocas posibilidades de olvido	Me regule el ciclo y evite los dolores menstruales	No interfiera en la espontaneidad de la relación	Pueda utilizar mientras hago lactancia materna	En caso de lactancia materna, cuándo puedo comenzar a utilizar el método?	Si no lacto, cuándo puedo comenzar a utilizar el método?
ANILLO VAGINAL		0,3% / 8%	X	X	X	X	(2)	6 meses postparto	21 días postparto (3)
PARCHE transdérmico		0,3% / 8%	X	X	X	X	(2)	6 meses postparto	21 días postparto (3)
PÍLDORA		0,3% / 8%			X	X	(2)	6 meses postparto	21 días postparto (3)
MINI PÍLDORA		0,4% / 5-10%				X	X	< 6 semanas postparto	Inmediatamente
Inyectables de solo gestágenos		0,3% / 3%	X	X		X	X	> 6 semanas postparto	Inmediatamente
IMPLANTE subdérmico 3 años		0,05% / 0,05%	X	X		X	X	< 6 semanas postparto	Inmediatamente
DIU HORMONAL: levonorgestrel 3-5 años		0,1% / 0,1%	X	X	X	X	X	> 4 semanas postparto	
DIU 5-10 años		0,6% / 0,8%	X	X		X	X	> 4 semanas postparto	
DEFINITIVOS (4) Esterilización tubárica vasectomía.		0,5% / 0,5% 0,1% / 0,15%	X	X		X	X	3 meses después de la intervención y después de los controles médicos	
PRESERVATIVO masculino	X	2% / 15%	X				X	Uso inmediato	
PRESERVATIVO femenino	X	5% / 21%	X				X	Uso inmediato	
Diafragma		6% / 16%	X				X	6 semanas posparto, después de comprobar la medida correcta	
Espermicida		18% / 29%	X				X	Solo utilizar hasta la 6 semana posparto	Solo utilizar hasta la 3 semana posparto
MELA (5) método de lactancia materna exclusiva y amenorrea		/ 2%	X			X	X	Uso inmediato	No es posible
Coitus interruptus o marcha atrás (6)		4% / 27%					X	Uso inmediato	

■ Métodos hormonales. 
 ■ Métodos reversibles de larga duración. 
 ■ Métodos definitivos. 
 ■ Métodos de barrera 
 ■ MELA 
 ■ Coitus interruptus o marcha atrás.

(1) Índice de Pearl: porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso del método anticonceptivo. El primer porcentaje se refiere al uso perfecto y el segundo al uso habitual.

(2) A partir de los 6 meses del parto.

(3) Hay condiciones de la mujer que pueden contraindicar la utilización de algún método (tabaquismo, edad materna, hipertensión arterial, migrañas, antecedentes de trombosis...)

(4) Si no queréis tener ningún otro hijo/a, podéis acceder a métodos que se pueden aplicar a la mujer (esterilización tubárica) o al hombre (vasectomía), teniendo en cuenta que la decisión tiene que ser madura y no precipitada porque ofrecen una protección al embarazo muy alta y se consideran métodos definitivos e irreversibles.

(5) Solo se considera método anticonceptivo si se cumplen estas condiciones: se hace durante los 6 primeros meses postparto, la madre no ha tenido la primera menstruación postparto, se hace lactancia materna exclusiva y no pasan más de 4h sin lactar durante el día ni más de 6h durante la noche.

(6) Por su poca seguridad, no se considera un método de elección.

Los métodos conocidos como naturales o basados en el conocimiento de la fertilidad: Ogino-Knaus (del ritmo o calendario), Billings (moco cervical), temperatura basal, y sintotérmico, no son recomendables durante el postparto ya que esta fase se caracteriza por la irregularidad en los ciclos.

FUENTE: WHO World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use-5th ed. 2015. / SEC Sociedad Española de Contracepción. / SCC Societat Catalana de Contracepció. / Blog ASSIR <https://assirmn.wordpress.com>

Fuente: WHO World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use-5th ed. 2015 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>. (29)



Por otro lado, tenemos los anticonceptivos de emergencia son métodos anticonceptivos que se utilizan después de una relación sexual sin protección o si el método anticonceptivo falla (30).

e) **Sexualidad y diversidad:**

La identidad de género se refiere a la forma en que una persona se identifica en términos de género, ya sea masculino, femenino, no binario o cualquier otra identidad de género. La orientación sexual se refiere a la atracción romántica, sexual o emocional de una persona hacia otras personas del mismo género, de un género diferente o de múltiples géneros (32,33). Es importante destacar que la identidad de género y la orientación sexual son aspectos naturales y normales de la diversidad humana (31).

Las personas LGBTIQ+ tienen los mismos derechos humanos que cualquier otra persona, incluyendo el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal, el derecho a la igualdad y la no discriminación, y el derecho a la salud. Además, muchas leyes nacionales e internacionales protegen los derechos de las personas LGBTIQ+, incluyendo el derecho al matrimonio igualitario, la protección contra la discriminación y la violencia, y el acceso a la atención médica y la educación (31).

A pesar de la protección legal de los derechos de las personas LGBTIQ+, todavía existen barreras y desafíos para la inclusión de la diversidad sexual en la educación y la atención en salud sexual. Estos incluyen la falta de educación y capacitación adecuadas para los profesionales de la salud y la educación, la discriminación y la violencia basadas en la orientación sexual y la identidad de género, y la falta de acceso a servicios de salud y educación culturalmente sensibles (31).

Es importante que los adolescentes LGBTIQ+ tengan acceso a servicios de salud y educación culturalmente sensibles y que los profesionales de la salud y la educación estén capacitados para brindar atención y educación inclusivas y respetuosas. Además, es importante que se promueva la aceptación y el respeto a la diversidad sexual en la sociedad en general (23,31).

### **2.2.3. Intervención de salud sexual en la adolescencia:**

a) **Métodos y estrategias de intervención en salud sexual:**

La promoción de la salud sexual y la prevención de ITS y embarazo adolescente requieren la implementación de estrategias y programas coordinados por profesionales de la salud, educadores y organizaciones comunitarias y gubernamentales.

Además, es necesario contar con una red de apoyo que incluya amigos, familiares, profesionales de la salud, organizaciones comunitarias y recursos en línea para reducir el estigma y la discriminación, y promover la aceptación y el respeto hacia la diversidad sexual y de género (2).

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) juegan un papel importante al mejorar el acceso a información precisa y actualizada sobre salud sexual y reproductiva, y al



proporcionar servicios de atención médica y apoyo emocional a través de medios digitales, especialmente beneficiosos para aquellos con dificultades para acceder a servicios tradicionales (32).

b) Evaluación de programas de intervención en salud sexual:

Los indicadores de evaluación de programas de intervención en salud sexual son herramientas utilizadas para medir la efectividad y el impacto de dichos programas. Estos indicadores engloban medidas de resultados, como la reducción de la incidencia de embarazos no deseados e ITS, la mejora del acceso a servicios de atención médica, y la promoción de prácticas sexuales saludables y seguras. También se consideran medidas de la calidad de los servicios de atención médica, la satisfacción del usuario, la participación comunitaria y la colaboración entre organizaciones y profesionales de la salud (33).

La utilización de indicadores de evaluación es fundamental para identificar áreas de mejora y respaldar la toma de decisiones en la planificación y la implementación de futuros programas. Los métodos de evaluación cuantitativos, como el análisis de datos estadísticos, son especialmente útiles para medir la magnitud de los cambios en la salud sexual y reproductiva, así como para identificar patrones y tendencias en los datos recopilados. Por otro lado, los métodos cualitativos, como las entrevistas y los grupos focales, brindan información detallada sobre las experiencias y percepciones de las personas en relación con la salud sexual y reproductiva, lo cual es crucial para comprender los factores subyacentes que contribuyen a los resultados observados en los métodos cuantitativos (33).

La evaluación de impacto de los programas de intervención en salud sexual implica medir los cambios en los indicadores de salud y bienestar de la población objetivo como resultado de la implementación del programa.

c) Barreras y desafíos para la implementación de programas de intervención en salud sexual:

Las barreras culturales y sociales representan un desafío significativo en la implementación efectiva de programas de intervención en salud sexual. Para abordar estas barreras, es crucial colaborar con líderes comunitarios y organizaciones locales, asegurando así que los programas sean culturalmente apropiados y aceptables para la población objetivo (33).

El acceso limitado a servicios de salud sexual constituye otra barrera importante que dificulta la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, la promoción de relaciones sexuales saludables y seguras, y la planificación familiar. Estas barreras pueden ser económicas, geográficas, culturales y sociales en naturaleza.

Las desigualdades de género y las barreras sociales tienen un impacto significativo en la salud sexual y reproductiva de las personas. Estas barreras incluyen discriminación y estigma hacia las



mujeres y las personas LGBTQ+, así como la falta de acceso a información y servicios de salud sexual, y la falta de poder y control sobre su propia salud sexual y reproductiva (31).

Es esencial entonces que las estrategias utilizadas para superar estas barreras estén respaldadas por evidencia y sean adaptadas a las necesidades y contextos específicos de la población objetivo. De esta manera, se garantiza una intervención efectiva y adecuada que promueva la salud sexual y reproductiva para todos.

#### **2.2.4. Tecnología y salud sexual:**

##### a) Tecnología y salud sexual:

Las intervenciones mencionadas han demostrado una eficacia superior en comparación con los programas tradicionales en el aumento del conocimiento acerca de la salud sexual, la promoción de normas de sexo seguro y la influencia positiva en las actitudes hacia el sexo seguro. Además, se ha constatado que las intervenciones basadas en tecnología han contribuido significativamente a mejorar la práctica del uso del condón, promover la abstinencia y fomentar la toma de decisiones sexuales más seguras (32).

Es de destacar que las intervenciones tecnológicas ofrecen beneficios adicionales respecto a las tradicionales. Entre estos beneficios se incluyen el mayor alcance a un costo relativamente bajo, la privacidad y la comodidad que proporcionan a los adolescentes al abordar temas sensibles. No obstante, es importante señalar que la sostenibilidad a largo plazo de los efectos de estas intervenciones puede plantear desafíos, y se requiere de una investigación adicional para evaluar su impacto en resultados biológicos, como las infecciones de transmisión sexual y las actitudes hacia la salud sexual en adolescentes (32).

La instrucción en línea en salud sexual ofrece diversos métodos efectivos para la transmisión de información y educación en salud sexual y reproductiva a una audiencia diversa. Estos métodos incluyen cursos virtuales, webinarios, materiales audiovisuales educativos, aplicaciones móviles y plataformas de redes sociales. Estos enfoques facilitan el acceso a recursos esenciales para el logro de un bienestar sexual y reproductivo óptimo. (34).

Es importante notar que la eficacia de la educación virtual puede variar según el contexto y la población objetivo. Sin embargo, en general, se ha observado que la educación en línea puede ser igual o incluso más efectiva que la educación presencial. Las ventajas clave de la educación en línea incluyen su accesibilidad, flexibilidad y su capacidad para llegar a un amplio público. No obstante, es necesario abordar los desafíos potenciales, como la falta de interacción directa y la necesidad de asegurar que la información se adapte culturalmente a las necesidades de la población a la que se dirige (34).



b) Aplicaciones y plataformas de salud sexual en línea:

Las aplicaciones y plataformas de salud sexual ofrecen diversas funciones y características para abordar diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva. Algunas de las funciones y características más comunes incluyen el seguimiento del ciclo menstrual, información sobre anticoncepción, recordatorios y alertas, educación sexual, prevención y manejo de ITS, telemedicina y asesoramiento en línea, comunidades y redes sociales, personalización y privacidad, basado en evidencia científica, accesibilidad y facilidad de uso (2). Estas aplicaciones y plataformas pueden tener un impacto significativo en la salud sexual y reproductiva de los usuarios al proporcionar información precisa y detallada, mejorar la toma de decisiones, aumentar la adherencia a los métodos anticonceptivos, reducir el riesgo de ITS, mejorar el acceso a la atención médica y reducir el estigma y la vergüenza asociados con los temas de salud sexual y reproductiva (2).

c) Innovaciones tecnológicas en la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual:

Las innovaciones tecnológicas han tenido un impacto significativo en la prevención y manejo de ITS. La telemedicina permite a los pacientes recibir atención médica y asesoramiento en línea, lo cual es beneficioso para aquellos que no tienen acceso a servicios de salud convencionales. Las aplicaciones móviles pueden proporcionar información sobre las ITS y enviar recordatorios para realizar pruebas y seguir el tratamiento, lo que puede mejorar la prevención de las ITS, especialmente entre la población joven (34). La profilaxis preexposición (PrEP) es una innovación tecnológica crucial en la prevención del VIH, que implica tomar medicamentos antirretrovirales antes de la exposición al virus para prevenir la infección (35).

### 2.2.5. Acerca del programa “Ámate Bien”

El programa "ÁMATE BIEN", es un programa de salud sexual diseñado específicamente para adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores en la provincia de La Convención, Cusco, en el año 2023 con el objetivo de equipar a los adolescentes con conocimientos y habilidades esenciales para tomar decisiones saludables en relación con su salud sexual y reproductiva. Este programa se implementó como una herramienta digital y educativa a través de una página web: <https://amatebiencusco.wixsite.com/amate-bien/blank> .

El programa se desarrolló a partir de la técnica cognitivo-social, el cual se enfoca en la exposición a modelos de comportamiento positivo y en el fortalecimiento de la autoconfianza para la ejecución de dichos comportamientos, estas estrategias ayudan a los adolescentes a comprender y gestionar mejor los riesgos y las decisiones relacionadas con la salud sexual. En paralelo, se empleó la Técnica de Narrativa en Salud que se centra en la creación de narrativas que generen



empatía, identificación y conexiones emocionales con el público, facilitando así la comprensión y el cambio en actitudes y comportamientos.

El programa "ÁMATE BIEN" consta de una serie de componentes diseñados para abordar diferentes aspectos de la salud sexual de los adolescentes. Estos componentes incluyen:

a. **Videos tipo Telenovela**

Se incluye un video de 46.07 minutos que utiliza una narrativa atractiva y envolvente para abordar temas relacionados con la salud sexual. Estos videos han sido diseñados para ser atractivos y accesibles para los adolescentes, lo que los hace más propensos a comprometerse con el contenido.

El video de estilo telenovela se dividieron en tres secciones:

- Primera sección: "El Descubrimiento" (Duración de 10:33 min)

En esta sección, se presentaron tres personajes enfrentando cuestiones relacionadas con la salud sexual:

- Primer personaje: Una joven de 18 años experimentando su primera relación sexual y cuestionándose sobre métodos anticonceptivos y prevención del embarazo no planificado. A lo largo de la trama, esta protagonista adquiere conocimiento sobre salud sexual, anatomía y fisiología sexual, métodos anticonceptivos y anticoncepción.
- Segundo personaje: Una joven de 18 años enfrentando infecciones de transmisión sexual recurrentes y sintiéndose avergonzada y aislada. En medio de estos desafíos, este personaje lucha por acceder a servicios de salud sexual adecuados debido a su situación socioeconómica y cultural. Esto resalta la importancia de la equidad en el acceso a la atención médica y educación en salud sexual.
- Tercer personaje: Un joven de 19 años que lidia con la presión social para tener relaciones sexuales, además de enfrentar discriminación por su orientación sexual e identidad de género. A través de su historia, se explora la importancia de la salud sexual, el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, la diversidad sexual y de género, y el apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual.

- Segunda sección: "Enfrentando la Realidad" (Duración de 17:58 minutos)

Esta presenta a los personajes en busca de asistencia en un centro de salud, donde enfrentan y abordan los desafíos que les aquejan en los servicios de medicina, planificación familiar y psicología.

- Tercera sección: "Ámate Bien: La Resolución" (Duración de 18:15 minutos)

Se pone de manifiesto cómo los profesionales de la salud se convierten en protagonistas al ofrecer soluciones que resuelven los conflictos presentados por los personajes, culminando en una



narrativa coherente y satisfactoria para cada personaje individualmente así como el grupo de amigos

**b. Animaciones Informativas**

Además de los videos de telenovela, el programa "ÁMATE BIEN" ofrece tres animaciones con información teórica sobre temas clave de salud sexual. Estas animaciones tienen una duración de 9:49 minutos para Información sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 8:22 minutos para Métodos Anticonceptivos, y 2:40 minutos para Identidad de Género y Orientación Sexual. Estas animaciones se utilizan para proporcionar conocimientos fundamentales sobre estos temas importantes.

**c. Página Web Interactiva:**

Esta página web ofrece un acceso fácil y una navegación intuitiva, lo que permite a los usuarios encontrar rápidamente el contenido relevante, que incluye videos tipo telenovela, animaciones informativas sobre temas de salud sexual. Además, fomenta la interacción de los participantes con el contenido a través del chat personal y promueve una experiencia atractiva con un diseño visual cuidadosamente diseñado tanto para móviles como ordenadores.

**2.2.6 Salud sexual en el Perú:**

**a) Situación actual de la salud sexual en el Perú**

Las estadísticas sobre la salud sexual en el Perú revelan una serie de desafíos, entre ellos, el elevado índice de embarazo adolescente, ITS, VIH/SIDA, falta de acceso a métodos anticonceptivos y mortalidad materna. Estos desafíos están influenciados por factores socioculturales, como la educación sexual limitada, el estigma y la discriminación hacia personas LGBTIQ+, el machismo y el patriarcado, las barreras económicas y la falta de acceso a métodos anticonceptivos. Los grupos de población más vulnerables incluyen adolescentes y jóvenes, personas LGBTIQ+, población indígena y trabajadoras sexuales (27).

En el Perú, la situación de la salud sexual es preocupante. En 2019, las mujeres peruanas entre 15 a 19 años, el 8.9% han estado embarazadas en algún momento, siendo el 70% no planificados. Así mismo se reportó que la edad mediana para el nacimiento del primer hijo entre mujeres de 25 a 49 años fue de 20.8 años y que solo el 50.7% utilizaron condón en su primera relación sexual. Más de 30,000 casos de sífilis, más de 20,000 casos de gonorrea y más de 10,000 casos de clamidia se registraron en todo el país, y solo el 50,5% de las mujeres peruanas en edad reproductiva utilizaban algún método anticonceptivo. Además, solo el 38,5% de las mujeres peruanas entre 15 y 19 años recibieron educación sexual en la escuela (27).





En la región de Cusco, la situación de la salud sexual presenta desafíos similares a los del resto del país, se ha encontrado que los adolescentes presentan una prevalencia del 12,5% de ITS, siendo la clamidia y la gonorrea las más comunes (6). Los estudios revelan que el 20,0 - 39,6% de las mujeres, no conocen sobre las ITS. Según el Ministerio de Salud, en 2020, se registraron 1,238 casos de VIH en la región de Cusco, lo que representa una tasa de 16,5 casos por cada 100,000 habitantes. Además, se registraron 1,327 casos de sífilis, 1,042 casos de gonorrea y 1,032 casos de clamidia en la región (27).

Por otro lado, a pesar de que se ha logrado reducir los niveles de maternidad en adolescentes de 15 a 19 años en la región del Cusco, pasando del 15,5% en el año 2000 al 4,6% en el 2021, la tasa de nacidos vivos en este grupo de adolescentes sigue siendo superior a la nacional (655 nacidos vivos por cada mil habitantes) en las provincias de La Convención y Espinar. Esto se debe probablemente a la presencia de grupos étnicos como los asháninkas, shipibo-konibo y awajún, que tienen una probabilidad tres veces mayor de ser madres a edades tempranas debido a factores socioeconómicos y culturales (7).

Además, según el INEI, en 2019, solo el 47,5% y el 38,5% de las mujeres cusqueñas y quillabambinas respectivamente, utilizaban algún método anticonceptivo (36). La falta de acceso a métodos anticonceptivos puede llevar a un mayor riesgo de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual en estas regiones. Es necesario mejorar la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos para todos, especialmente para los jóvenes, a fin de reducir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

#### b) Políticas y estrategias nacionales en salud sexual

En el Perú, el marco legal y normativo en salud sexual y reproductiva se encuentra en la Constitución Política, la Ley General de Salud, y la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es el principal instrumento de política pública en esta área, enfocándose en la prevención de embarazos no planificados, tratamiento de ITS, promoción de la salud sexual y atención integral.



### 2.3. Definición de términos básicos

- **Adolescencia:** Período de la vida que se extiende desde los 10 hasta los 19 años de edad (1).
- **Salud sexual:** Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar(2).
- **Programa de salud sexual:** Conjunto de estrategias y acciones planificadas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas a través de la promoción de prácticas sexuales saludables y responsables(33).
- **Conocimientos en salud sexual:** Comprensión y el entendimiento de los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la anticoncepción, la planificación familiar y la promoción de relaciones sexuales saludables (21).
- **Comportamiento en salud sexual:** Son acciones y decisiones que las personas toman en relación con su salud sexual y reproductiva (21).
- **Actitud hacia la salud sexual:** Son los sentimientos, creencias y opiniones positivas o negativas que tienen las personas sobre la salud sexual y los comportamientos relacionados (21).
- **Intervención digital en salud sexual:** Uso de tecnologías digitales para proporcionar información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva (34).



## 2.4. Hipótesis

### 2.4.1 Hipótesis general

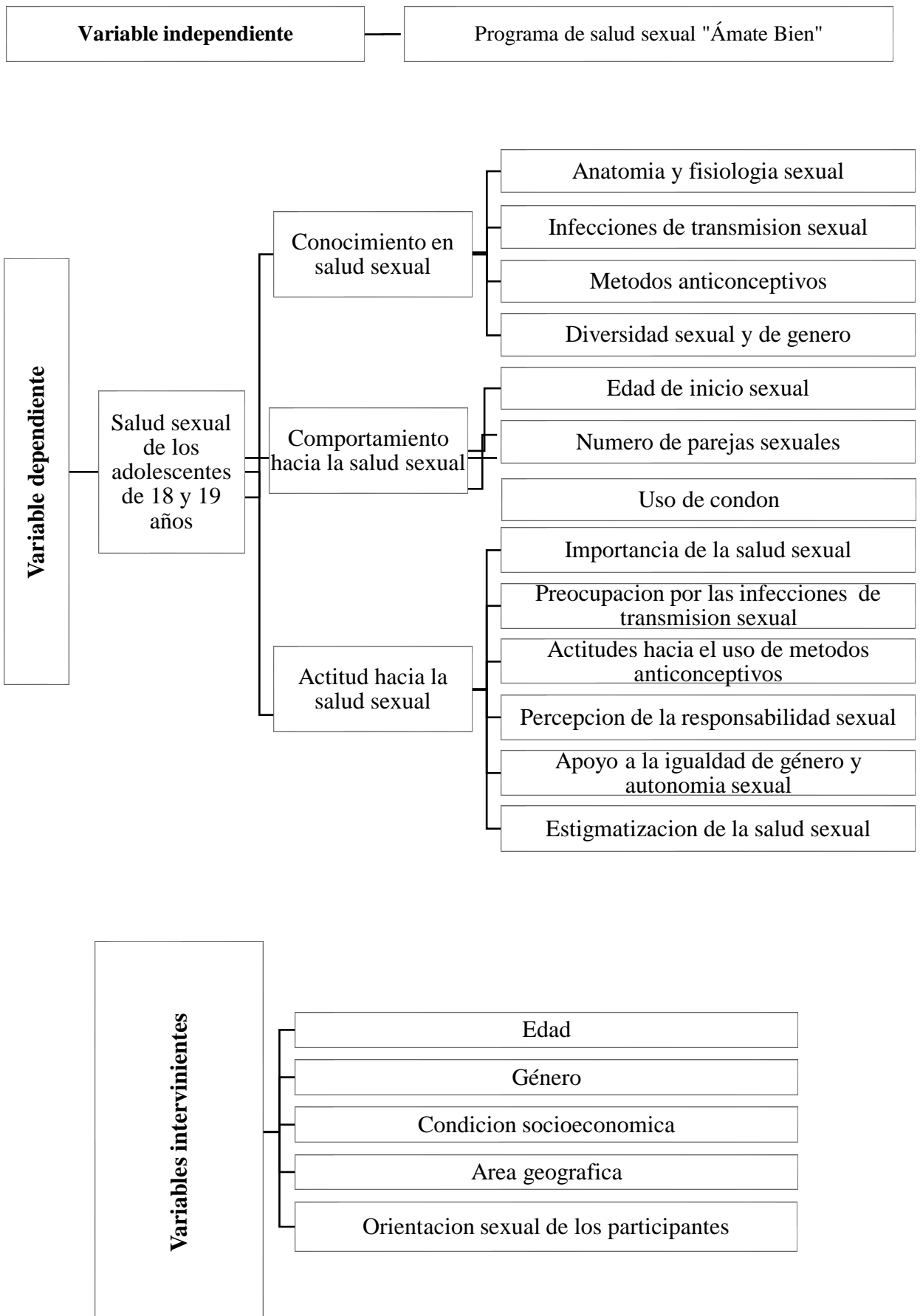
La implementación del programa "Ámate bien" tendrá un impacto favorable en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.

### 2.4.2 Hipótesis específicas

1. La intervención del programa "Ámate bien" en los adolescentes de 18 y 19 años de instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023, tendrá un impacto favorable en el conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y diversidad sexual y de género.
2. La intervención del programa "Ámate bien" en los adolescentes de 18 y 19 años de instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023, tendrá un impacto favorable en el comportamiento sexual respecto al mayor uso del condón.
3. La intervención del programa "Ámate bien" en los adolescentes de 18 y 19 años de instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023, tendrá un impacto favorable en la actitud hacia la Importancia de la salud sexual, la preocupación por las infecciones de transmisión sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la percepción de la responsabilidad sexual, el apoyo a la igualdad de género y la autonomía sexual; y la estigmatización de la salud sexual.



2.5. Variables





2.6. Definiciones operacionales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO O PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
<b>Anatomía y fisiología sexual</b>	Aspectos físicos y biológicos de la función sexual humana y la reproducción ((16,17).	Cuantitativa	Directa	Alto conocimiento de anatomía y fisiología sexual	Continua	Encuesta	Las respuestas obtenidas en la encuesta de la variable en el conocimiento de anatomía y fisiología sexual. Se clasificarán en tres categorías: 1) Alto conocimiento 2) Conocimiento medio 3) Bajo conocimiento	14 – 33	La variable conocimiento de anatomía y fisiología sexual se catalogará primero asignando un valor numérico a cada respuesta. 1 respuesta correcta y 0 respuestas incorrectas. Posterior a ello calcular la media y la desviación estándar (DE) de los puntajes obtenidos y al final se expresará como: Alto conocimiento: $+ \geq 1$ DE Conocimiento medio: Dentro de $+1$ DE a $-1$ DE Bajo conocimiento: $- \leq 1$ DE
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>	Son un conjunto de infecciones causadas por virus, bacterias o parásitos que se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales, ya sea vaginal, anal u oral (24).	Cuantitativa	Directa	Alto conocimiento de infecciones de transmisión sexual	Continua	Encuesta Desviación estándar	Se procederá a calcular el promedio de las respuestas obtenidas en la encuesta y a determinar la media y desviación estándar de la variable correspondiente al conocimiento de infecciones de transmisión sexual. Finalmente, se clasificará el nivel de conocimiento en tres categorías: 1) Alto conocimiento 2) Conocimiento medio 3) Bajo conocimiento	34 - 44	La variable conocimiento de infecciones de transmisión sexual se catalogará primero asignando un valor numérico a cada respuesta. 1 respuesta correcta y 0 respuestas incorrectas. Posterior a ello calcular la media y la desviación estándar (DE) de los puntajes obtenidos y al final se expresará como: Alto conocimiento: $+ \geq 1$ DE Conocimiento medio: Dentro de $+1$ DE a $-1$ DE Bajo conocimiento: $- \leq 1$ DE
<b>Métodos anticonceptivos</b>	Utilización de técnicas, dispositivos o sustancias que tienen como objetivo prevenir el embarazo y/o reducir el riesgo de contraer una infección	Cuantitativa	Directa	Alto conocimiento de métodos anticonceptivos	Continua	Encuesta Desviación estándar	Se procederá a calcular el promedio de las respuestas obtenidas en la encuesta y a determinar la media y desviación estándar de la variable correspondiente al conocimiento de método anticonceptivos. Finalmente, se clasificará el nivel de conocimiento en tres categorías: 1) Alto conocimiento 2) Conocimiento medio 3) Bajo conocimiento	45 - 54	La variable conocimiento de métodos anticonceptivos se catalogará primero asignando un valor numérico a cada respuesta. 1 respuesta correcta y 0 respuestas incorrectas. Posterior a ello calcular la media y la desviación estándar (DE) de los puntajes obtenidos y al final se expresará como: Alto conocimiento: $+ \geq 1$ DE Conocimiento medio: Dentro de $+1$ DE a $-1$ DE



	de transmisión sexual durante las relaciones sexuales (28).							Bajo conocimiento: $-\leq 1DE$
<b>Diversidad sexual y de género</b>	Variedad de orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales de las personas (30)	Cuantitativa	Directa	Alto conocimiento de Diversidad sexual y de género	Continua	Encuesta Desviación estándar	Se procederá a calcular el promedio de las respuestas obtenidas en la encuesta y a determinar la media y desviación estándar de la variable correspondiente al conocimiento de diversidad sexual y de género. Finalmente, se clasificará el nivel de conocimiento en tres categorías: 1) Alto conocimiento 2) Conocimiento medio 3) Bajo conocimiento	55 – 64  La variable conocimiento de Diversidad sexual y de género se catalogará primero asignando un valor numérico a cada respuesta. 1 respuesta correcta y 0 respuestas incorrectas. Posterior a ello calcular la media y la desviación estándar (DE) de los puntajes obtenidos y al final se expresará como: Alto conocimiento: $+\geq 1 DE$ Conocimiento medio: Dentro de $+1DE$ a $-1 DE$ Bajo conocimiento: $-\leq 1DE$
<b>Edad de inicio sexual</b>	Momento en el que una persona comienza a tener relaciones sexuales por primera vez(4).	Cuantitativa	Directa	Inició su vida sexual	Continua	Encuesta	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual completa (con penetración vaginal o anal)? a) Menos de 13 años b) Entre 13 y 15 años c) Entre 16 y 18 años d) 19 años e) No he iniciado mi vida sexual	65  La variable Edad de inicio sexual se catalogará asignando un valor numérico a cada respuesta como: 1: Menos de 13 años 2: Entre 13 y 15 años 3: Entre 16 y 18 años 4: 19 años 5: No he iniciado mi vida sexual
<b>Número de parejas sexuales</b>	Cantidad de personas con las que una persona ha tenido relaciones sexuales a lo largo de su vida sexual activa (4).	Cuantitativa	Directa	Número de parejas sexuales en números enteros	Continua	Encuesta	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta ahora? _____	66  La variable Número de parejas sexuales se expresará como: 0 aquellas que no iniciaron vida sexual Número entero para aquellas que si iniciaron su vida sexual
<b>Uso de condón</b>	Práctica de utilizar un preservativo durante la actividad sexual como una medida de protección contra enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (15).	Cuantitativa	Directa	Si hizo uso del condón	Ordinal	Encuesta	¿Has utilizado algún tipo de método de barrera (como el condón) en tus relaciones sexuales? a) Sí b) No c) No he tenido relaciones sexuales  ¿Con qué frecuencia actual utilizas condones durante las relaciones sexuales? a) Siempre b) A menudo c) A veces d) Raramente e) Nunca  ¿Sabes cómo usar correctamente un condón para prevenir enfermedades de transmisión	67 - 70  La variable Uso de condón se expresará como: a) Sí = 1 punto; b) No = 0 puntos; c) No he tenido relaciones sexuales = 0 puntos  a) Siempre = 4 puntos; b) A menudo = 3 puntos; c) A veces = 2 puntos; d) Raramente = 1 punto; e) Nunca = 0 puntos  a) Sí = 1 punto; b) No = 0 puntos; c) Más o menos = 0.5 puntos  a) Sí = 0 puntos; b) No = 1 punto; c) No he tenido relaciones sexuales = 1 punto



						sexual y embarazos no deseados? a) Sí b) No c) Más o menos		
						¿Has tenido alguna experiencia en la que no utilizaste un condón y después te arrepentiste? a) Sí b) No c) No he tenido relaciones sexuales		
<b>Importancia de la salud sexual</b>	Valoración y reconocimiento de la necesidad de recibir conocimientos, habilidades y orientación relacionados con la salud sexual y reproductiva(5).	Cuantitativa	Directa	Clasificación de la actitud hacia la educación sexual como actitud positiva moderadamente positiva	Intervalo	Escala de actitud hacia la salud sexual  -Totalmente en desacuerdo: 1 -En desacuerdo: 2 -Ni en desacuerdo ni de acuerdo: 3 -De acuerdo: 4 -Totalmente de acuerdo: 5	71 - 75	La variable Importancia de la salud sexual se expresará como el promedio del grado de acuerdo de las afirmaciones presentadas, clasificándolas, según intervalo puntuación, de la siguiente manera: - Actitud negativa: $< \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud neutral: $\geq (\text{Media} + 0.75 \text{ DS}) - \leq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud positiva: $\geq \text{Media} + 0.75 \text{ DS}$
<b>Preocupación por las enfermedades de transmisión sexual</b>	Nivel de inquietud o preocupación con la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual(37).	Cuantitativa	Directa	Clasificación de la actitud hacia las enfermedades de transmisión sexual como actitud positiva o moderadamente positiva	Intervalo	Escala de actitudes hacia las enfermedades de transmisión sexual  -Totalmente en desacuerdo: 1 -En desacuerdo: 2 -Ni en desacuerdo ni de acuerdo: 3 -De acuerdo: 4 -Totalmente de acuerdo: 5	76 - 80	La variable Preocupación por las enfermedades de transmisión sexual se expresará como el promedio del grado de acuerdo de las afirmaciones presentadas, clasificándolas, según intervalo puntuación, de la siguiente manera: - Actitud negativa: $< \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud neutral: $\geq (\text{Media} + 0.75 \text{ DS}) - \leq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud positiva: $\geq \text{Media} + 0.75 \text{ DS}$
<b>Actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos:</b>	Evaluaciones y disposiciones emocionales hacia la utilización de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados y/o protegerse contra las ITS (38).	Cuantitativa	Directa	Clasificación de la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos como actitud positiva o	Intervalo	Escala de actitudes hacia los métodos anticonceptivos  -Totalmente en desacuerdo: 1 -En desacuerdo: 2	81 - 85	La variable Actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos se expresará como el promedio del grado de acuerdo de las afirmaciones presentadas, clasificándolas, según intervalo puntuación, de la siguiente manera:



				moderadamente positiva			-Ni en desacuerdo ni de acuerdo: 3 -De acuerdo: 4 -Totalmente de acuerdo: 5		- Actitud negativa: $< \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud neutral: $\geq (\text{Media} + 0.75 \text{ DS}) - \leq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud positiva: $\geq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$
<b>Percepción de la responsabilidad sexual</b>	Son las creencias, valores y actitudes individuales relacionadas con asumir la responsabilidad de cuidar y proteger la propia salud sexual y la de las parejas sexuales (5).	Cuantitativa	Directa	Clasificación de la Escala de percepción de la responsabilidad sexual como muy responsable o moderadamente responsable	Intervalo	Escala de percepción de la responsabilidad sexual	Las respuestas obtenidas en la encuesta de la variable Percepción de la responsabilidad sexual se clasificará según el grado de responsabilidad: Nada responsable: 1 Poco responsable: 2 Algo responsable: 3 Bastante responsable: 4 Totalmente responsable: 5	86 - 95	La variable Percepción de la responsabilidad sexual se expresará como el promedio del grado de responsabilidad de las afirmaciones presentadas, clasificándolas, según intervalo puntuación, de la siguiente manera:  - Muy responsable: $< \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Algo responsable: $\geq (\text{Media} + 0.75 \text{ DS}) - \leq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Nada responsable: $\geq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$
<b>Apoyo a la igualdad de género y la autonomía sexual</b>	Creencias, actitudes y acciones que respaldan la igualdad de derechos, oportunidades y poder de decisión autónoma entre personas de diferentes géneros (39).	Cuantitativa	Directa	Clasificación de las actitudes hacia la igualdad de género y la autonomía sexual como actitud positiva o moderadamente positiva	Intervalo	Escala de actitudes hacia la igualdad de género y la autonomía sexual	Las respuestas obtenidas en la encuesta de la variable Apoyo a la igualdad de género y la autonomía sexual se clasificará según el grado de acuerdo: -Totalmente en desacuerdo: 1 -En desacuerdo: 2 -Ni en desacuerdo ni de acuerdo: 3 -De acuerdo: 4 -Totalmente de acuerdo: 5	96 - 100	La variable Apoyo a la igualdad de género y la autonomía sexual se expresará como el promedio del grado de acuerdo de las afirmaciones presentadas, clasificándolas según intervalo puntuación, de la siguiente manera:  - Actitud negativa: $< \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud neutral: $\geq (\text{Media} + 0.75 \text{ DS}) - \leq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$ - Actitud positiva: $\geq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$
<b>Estigmatización de la salud sexual</b>	Atribución de etiquetas negativas, prejuicios y discriminación hacia las personas o grupos que buscan servicios, información o están involucrados en temas relacionados con la salud sexual (21).	Cuantitativa	Directa	Clasificación de la estigmatización de la salud sexual como nivel bajo de estigmatización	Intervalo	Escala de estigmatización de la salud sexual	Las respuestas obtenidas en la encuesta de la variable Estigmatización de la salud sexual se clasificará según el grado de acuerdo:  -Totalmente en desacuerdo: 1 -En desacuerdo: 2 -Ni en desacuerdo ni de acuerdo: 3 -De acuerdo: 4 -Totalmente de acuerdo: 5	101 - 107	La variable Estigmatización de la salud sexual se expresará como el promedio del grado de acuerdo de las afirmaciones presentadas, clasificándolas de la siguiente manera: $< \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$  • Nivel bajo de estigmatización: • Nivel moderado de estigmatización: $\geq (\text{Media} + 0.75 \text{ DS}) - \leq \text{Media} - 0.75 \text{ DS}$





									<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel muy alto de estigmatización: &gt;=Media - 0.75 DS</li> </ul>
<b>Edad</b>	Cantidad de años que se ha cumplido en una persona desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de recolección de datos	Cuantitativa	Directa	Edad en años cumplidos	Nominal	Encuesta	¿Cuántos años tiene usted? (En años cumplidos) a.18 b.19	1	La variable edad se expresará como la edad en años cumplidos (18 o 19) manifestado por el sujeto de la investigación al momento de aplicar la encuesta
<b>Sexo</b>	Condición biológica de ser mujer o varón	Cualitativa	Directa	Sexo consignado	Nominal	Encuesta	¿A qué sexo pertenece usted? a. Masculino b. Femenino	2	La variable sexo se expresará como: a. Masculino o b. Femenino de acuerdo a lo manifestado por el sujeto de la investigación al momento de aplicar la encuesta
<b>Orientación sexual</b>	Atracción emocional, romántica y/o sexual que una persona siente hacia otros individuos	Cualitativa	Directa	Orientación sexual indicada	Nominal	Encuesta	¿Cuál es su orientación sexual? a) Homosexual (mismo sexo) b) Heterosexual (del sexo opuesto) c) Bisexual (de ambos sexos) d) Asexual (ninguna de las anteriores) e) Pansexual e) Otra (especificar)	3	La variable Orientación sexual se expresará como: 1: Homosexual 2: Heterosexual 3: Bisexual 4: Asexual 5: Pansexual 6: Otra (especificar)
<b>Grupo étnico</b>	Comunidad de personas que comparten una identidad cultural, histórica, lingüística, religiosa y/o ancestral común	Cualitativa	Directa	Grupo étnico indicado	Nominal	Encuesta	¿A qué grupo étnico pertenece? a) Machiguenga b) Quechua c) Aymara d) Asháninka e) Shipibo f) Otro (Especificar)	4	La variable grupo étnico se expresará como: 1: Machiguenga 2: Quechua 3: Aymara 4: Asháninka 5: Shipibo 6: Otro (Especificar)
<b>Área geográfica</b>	Región o zona física delimitada que comparte características similares en términos de su entorno natural, patrones de asentamiento humano y características socioeconómicas	Cualitativa	Directa	Area geográfica indicada	Nominal	Encuesta	Seleccione la opción que mejor describa la ubicación geográfica de su residencia actual a) Rural b) Urbano	5	La variable área geográfica se expresará como: 1: Rural 2: Urbano
<b>Condición socioeconómica</b>	Entorno o medio donde reside la persona, se consideran factores externos, como los factores internos, los cuales son determinantes en la calidad de vida de la persona.	Cuantitativa	Directa	Nivel socioeconómico bajo	Intervalo	Test de Graffar-Méndez modificado	Método de Graffar-Méndez modificado. Para realizar el cálculo se deben sumar los ítems y el resultado nos dará los siguientes resultados: a) Estrato alto (4-6) b) Estrato medio alto (7-9) c) Estrato medio bajo (10-12) d) Estrato obrero (13-16) e) Estrato pobreza extrema (17-20)	7-13	La variable nivel socioeconómico se obtendrá a partir de la aplicación del Test Graffar-Méndez modificado como: Estrato alto, estrato medio alto, estrato medio bajo, estrato obrero, estrato pobreza extrema.



## CAPITULO III

### MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Alcance del estudio

Se realizó a cabo un ensayo clínico aleatorizado (ECA) en adolescentes de 18 y 19 años que asisten a instituciones educativas superiores de la ciudad de Quillabamba, distrito Santa Ana, provincia de La Convención, en la región del Cusco durante el presente año 2023. Las instituciones que aceptaron la solicitud y fueron incluidas en el estudio fueron el Instituto Urusayhua, Instituto de Educación Superior Tecnológico "Signos de Fe" y el Instituto de Educación Superior Tecnológico Camisea.

El ensayo clínico aleatorio es un tipo de estudio científico diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de intervenciones médicas. Se caracteriza por la aleatorización, que implica la selección aleatoria de los sujetos en estudio, y por el grupo de control que no recibe la intervención (40).

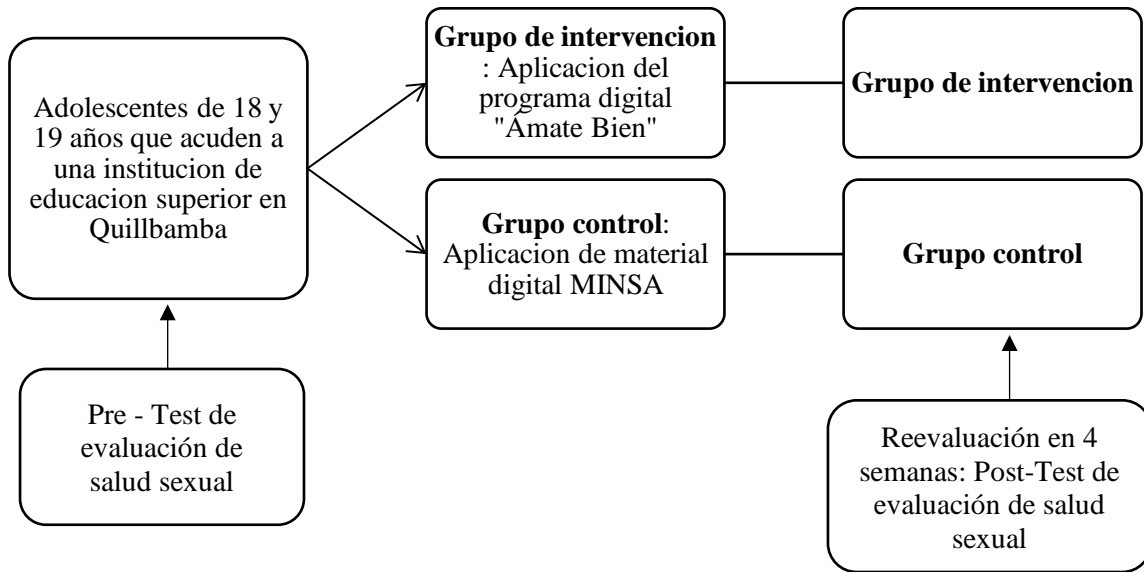
En este estudio, se llevó a cabo un ECA, ya que se realizará una intervención digital a través del programa “Ámate bien” en adolescentes seleccionados aleatoriamente de las instituciones educativas superiores. Habrá también un grupo de control que recibirá información digital sobre salud sexual a través de videos realizados por el Ministerio de Salud del Perú.

El estudio se registrará por las normas CONSORT del año 2010, que proporcionan directrices para la presentación adecuada de informes en los ensayos clínicos. El cumplimiento de estas normas garantizará una presentación clara, completa y precisa de los resultados del estudio, permitiendo una evaluación adecuada de la fiabilidad de los hallazgos.

#### 3.2. Diseño de Investigación

Se realizó un estudio de tipo cuasiexperimental. Se trata de un ECA, un tipo de investigación en el que se manipulan una o más variables independientes con el fin de evaluar su efecto sobre una o más variables dependientes. En este diseño de estudio, los investigadores ejercen un control sobre las condiciones experimentales y asignan aleatoriamente a los participantes a diferentes grupos de intervención o control. (40).

FIGURA 1. Diagrama de flujo del método de estudio



### 3.3. Población

#### 3.3.1. Descripción de la población

La población estuvo representada por adolescentes de 18 y 19 años de la provincia de La Convención, Región del Cusco que estudien en las siguientes instituciones educativas: Universidad Andina de Cusco filial La Convención, el Instituto Urusayhua, el Instituto de Educación Superior Pedagógico Público Quillabamba, la Universidad Nacional Intercultural de Quillabamba, el Instituto Superior Pedagógico Privado "Santa Ana", el Instituto de Educación Superior Tecnológico "Signos de Fe" Quillabamba y el Instituto de Educación Superior Tecnológico Camisea.

#### 3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

##### 3.3.2.1 Criterios de inclusión:

- Adolescentes entre 18 y 19 años que actualmente estudien en instituciones de educación superior en de la Provincia de La Convención, Cusco, 2023.
- Adolescentes que den su consentimiento para la aplicación del programa de intervención digital a través de un grupo control o intervención.
- Adolescentes entre 18 y 19 años que tengan acceso a internet.



### 3.3.2.2 Criterios de exclusión:

- Adolescentes que actualmente no cursen sus estudios superiores en instituciones de educación superior en la Provincia de La Convención, Cusco, 2023.
- Adolescentes con discapacidades cognitivas, auditivas o visuales significativas que les impidan participar en el estudio.
- Adolescentes que no cuenten con la facilidad económico o material para el acceso a internet.
- Adolescentes inscritos previamente en otro estudio de salud sexual.

### 3.4. Muestra

Para calcular el tamaño muestral de nuestro ensayo clínico aleatorizado se utilizó la fórmula del tamaño muestral ajustado de la naturaleza de nuestro estudio (40). Una de las fórmulas más comunes para calcular el tamaño muestral en estudios de intervención es la siguiente:

$$n = [(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 \times (p1 \times (1 - p1) + p2 \times (1 - p2))] / (p1 - p2)^2$$

Donde:

- n: tamaño de muestra necesario
- $Z\alpha/2$ : valor crítico de la distribución normal para el nivel de significancia  $\alpha/2$
- $Z\beta$ : valor crítico de la distribución normal para la potencia
- p1: proporción esperada en el grupo de control
- p2: proporción esperada en el grupo de intervención

Utilizamos los siguientes parámetros:

- Nivel de significancia ( $\alpha$ ): 0,05
- Proporción estimada ( $p1 = p2$ ): 0,5
- Error admisible: 0,05
- Potencia: 80%

El cálculo resultó en  $n = 385,15$ . Luego, incorporamos una tasa de pérdidas estimada del 10%, lo que nos llevó a añadir 39 participantes al resultado, totalizando una muestra de 424 participantes. De estos, seleccionaremos aleatoriamente 212 para el grupo de intervención y 212 para el grupo de control. El muestreo será de tipo aleatorio simple, lo que significa que todos los participantes que cumplan con los criterios de inclusión tendrán la misma probabilidad de ser elegidos.



### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos empleada en este estudio se basó en la implementación de un cuestionario validado por medio de un riguroso proceso de juicio de expertos, conocido como Pretest. Este cuestionario fue diseñado meticulosamente para evaluar de manera precisa y completa el impacto del programa "Ámate Bien" en las dimensiones del conocimiento, actitudes y comportamientos relacionados con la salud sexual. El proceso de validación incluyó la revisión detallada y la retroalimentación de profesionales médicos especialistas en el campo de la salud sexual, lo que garantizó la confiabilidad y pertinencia del cuestionario.

En relación con el programa "Ámate Bien", dirigido al grupo de intervención, fue validado por expertos y además de ello para su elaboración adoptó una metodología respaldada por la técnica cognitivo-social y la Técnica de Narrativa en Salud como ya se explicó anteriormente en la Sección II. Bajo estas estrategias, se desarrollaron los siete materiales audiovisuales relacionados con la salud sexual.

#### **Procedimiento de recolección de datos**

Se siguió los siguientes pasos:

- Solicitud dirigida a los directores de instituciones educativas de educación superior para obtener la autorización necesaria para llevar a cabo la investigación, incluyendo : la Universidad Andina de Cusco filial La Convención, el Instituto Urusayhua, el Instituto de Educación Superior Pedagógico Público Quillabamba, la Universidad Nacional Intercultural de Quillabamba, el Instituto Superior Pedagógico Privado "Santa Ana", el Instituto de Educación Superior Tecnológico "Signos de Fe" Quillabamba y el Instituto de Educación Superior Tecnológico Camisea.
- Una vez obtenida la aprobación se procedió a la recolección de datos utilizando las técnicas e instrumentos seleccionados.
- En cada una de las instituciones educativas que aceptaron el estudio, es decir institutos de educación superior "Urusayhua", "Signos de Fe" y "Camisea", se explicó a los adolescentes de 18 y 19 años la posibilidad de participar en el estudio.
- Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a aquellos que aceptaron participar en el estudio, y se los dividió en dos grupos (intervención y control) mediante un programa estadístico, de manera aleatoria, en cada institución.
- Los participantes que cumplieron con los criterios firmaron el consentimiento informado
- Una vez divididos en los grupos correspondientes, se les aplicó el Pretest, en este caso la encuesta disponible en Google Forms. <https://forms.gle/KYeGYj8gKnQqAKrS7>



- Una vez completada la encuesta por todos los participantes, se les redirigió a los del grupo de intervención al enlace URL de la página web del Programa "Ámate Bien" y a los del grupo de control terminado el Pretest, en el Google Forms se los redirigió al enlace que comprende un compendio de los diferentes videos sobre salud sexual realizado por el MINSA, el cual es nuestro Gold Standard.
- Transcurridas 4 semanas desde la primera sesión del programa, se realizó nuevamente la misma encuesta a ambos grupos de participantes para evaluar los posibles cambios o impactos causados por el programa de intervención o control a través de Google Forms.

### 3.6. Validez y confiabilidad del instrumento

En el contexto de nuestro estudio de ECA, hemos implementado medidas tanto de validación interna como de validación externa para garantizar la calidad y la aplicabilidad de nuestros resultados.

La presente investigación contiene dos instrumentos. En primer lugar, el programa "Ámate Bien", el cual ha sido sometido a un proceso exhaustivo de validación bajo la supervisión tanto de expertos en el ámbito médico, como de Gestores Sociales especializados en el ámbito de Derechos Sexuales y Reproductivos. Este procedimiento ha garantizado la confiabilidad del programa "Ámate Bien", asegurando que su contenido sea respaldado por la rigurosidad científica. Además de ello, tanto el primer como el segundo instrumento se sometieron a una validez mediante un juicio de expertos detallado en la siguiente sección.

#### a) Validez interna:

- Aleatorización y Grupo de Control: El proyecto incorporó un proceso adecuado de aleatorización para asignar a los 424 participantes, de los institutos de educación superior "Urusayhua", "Signos de Fe" y "Camisea", a los grupos de intervención y control de manera aleatoria. La presencia de un grupo de control, sin acceso a la intervención digital, permitió una comparación adecuada para evaluar el efecto real de la intervención, minimizando así el sesgo de selección y fortaleciendo la validez interna.
- Consentimiento Informado: Todos los participantes en el proyecto firmaron un consentimiento informado. Esto aseguró que los participantes estuvieran debidamente informados sobre los objetivos del estudio y los procedimientos a seguir.
- Descripción de la Intervención: Se realizó una descripción detallada de la intervención digital, que incluye la página web "ÁMATE BIEN" y su contenido, que consiste en videos tipo telenovela y animaciones sobre temas de salud sexual.
- Tamaño de la Muestra: El proyecto cuenta con una muestra de 424 participantes, lo que indica que se realizó un cálculo de poder adecuado, considerando un 10% de perdida posible de



muestra para asegurar que la muestra sea lo suficientemente grande como para detectar efectos significativos

- **Técnicas de Evaluación:** En el contexto de este estudio, se implementaron técnicas de evaluación específicas con el propósito de cuantificar el impacto de la intervención sobre los participantes. Estas técnicas se basaron en la administración de encuestas que se presentaron en formato Google Forms, identificadas como pretest y postest. Para garantizar la validez y confiabilidad de estas encuestas, se sometieron a un riguroso proceso de validación mediante el juicio de expertos. Este proceso incluyó la evaluación de las encuestas por parte de un panel de expertos compuesto por dos ginecólogos, dos médicos especializados en medicina familiar y comunitaria, y una psicóloga con formación en gestión social. Dichas encuestas fueron diseñadas para evaluar de manera precisa y completa el impacto del programa "Ámate Bien" en las dimensiones del conocimiento, actitudes y comportamientos relacionados con la salud sexual.

La utilización de estas herramientas de evaluación, que fueron idénticas en contenido y estructura, permitió la recopilación sistemática de datos tanto antes como después de la implementación de la intervención. Este enfoque posibilitó la comparación de los resultados obtenidos en ambas instancias y, en consecuencia, la evaluación de los cambios observados en la población objetivo.

#### b) Validez externa

La validez externa del proyecto se ha abordado considerando la representatividad de la muestra. Sin embargo, es crucial mencionar que existen limitaciones que podrían afectar la generalización de los resultados a otras poblaciones, las cuales se detallan posteriormente. Además, factores contextuales específicos podrían influir en la aplicabilidad de los resultados a otros entornos sociales. Por tanto, aunque los resultados son sólidos dentro del contexto de los institutos estudiados, se debe tener precaución al extrapolar estos hallazgos a otras poblaciones o entornos.

### **3.7. Presentación y fiabilidad del instrumento aplicado**

En esta etapa, se buscó asegurar la autenticidad y solidez del instrumento empleado en el estudio. Para lograr esto, se recurrió a la evaluación de expertos mediante el método DPP (Distancia del Punto Medio). Se elaboró una tabla que albergó los puntajes atribuidos a cada ítem del instrumento, junto con sus respectivos promedios. Estos datos fueron proporcionados por un panel de cuatro especialistas médicos, los cuales además quedan constancia en el Anexo C del presente trabajo.



**TABLA 3.** Validación por juicio de expertos

N° ITEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A Dra. Ccosi Paucar	B Dra. Barrientos Roque	C Dr. Manchego Enriquez	D Dra. León Gárate	
1	5	5	4	5	4.75
2	3	5	4	5	4.25
3	4	5	5	5	4.75
4	5	5	4	5	4.75
5	4	5	5	5	4.75
6	5	5	5	5	5
7	4	5	5	5	4.75
8	5	5	5	5	5
9	5	4	5	5	4.75

Usando los promedios obtenidos, se calculó la DPP utilizando la siguiente fórmula:

$$DPP = \sqrt{(X - Y1)^2 + (X - Y2)^2 + \dots + (X - Y9)^2}$$

Donde: X = valor máximo en la escala para cada ítem; Y = promedio de cada ítem. Si el valor de DPP es cero, indica que el instrumento es completamente adecuado para su propósito de medición y puede ser utilizado para recopilar información.

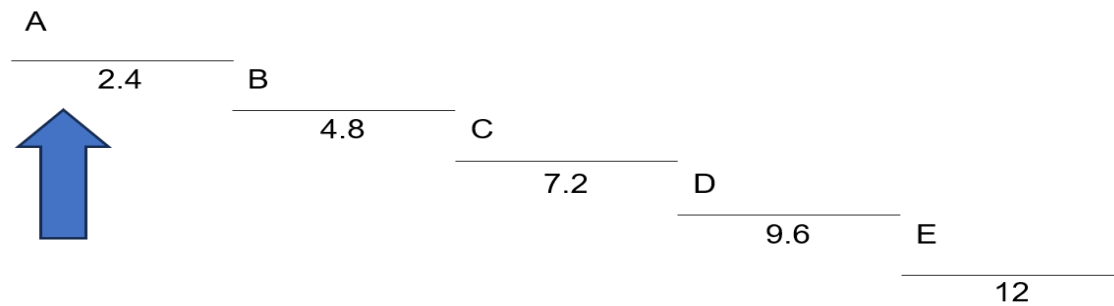
El resultado obtenido fue  $DPP = 0.97$

Se calculó la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido con respecto al punto de referencia cero (0) mediante la siguiente ecuación:

$$D_{max} = \sqrt{(x1 - 1)^2 + (x2 - 1)^2 + \dots + (xn - 1)^2}$$

En esta fórmula, X representa el valor máximo en la escala para cada ítem, mientras que Y es igual a 1. La distancia máxima (D máx.) se calculó como 12. Luego, D máx. se dividió por el valor máximo de la escala, resultando en  $12 / 5 = 2.4$ . Utilizando este valor, se creó una escala valorativa que abarca desde cero hasta el valor D máx., dividida en intervalos iguales designados como: A = Adecuación total, B = Adecuación en gran medida, C = Adecuación promedio, D = Escasa adecuación, E = Inadecuación.





CONCLUSIÓN: En este estudio, el valor obtenido para el DPP fue de 0.97, ubicándose en la zona A de la escala valorativa. Esto indica una adecuación total del instrumento, lo que confirma su idoneidad para su utilización en la recolección de información.

### 3.8. Plan de análisis de datos

Se siguió un plan de análisis estructurado en varias etapas:

1. Preparación de datos:
  - a. Limpieza de datos: Se verificó la calidad de los datos, se eliminó duplicados, se trató valores faltantes y corrigió errores de entrada.
  - b. Codificación de variables: Se convirtió las variables categóricas en variables numéricas para facilitar el análisis estadístico.
2. Análisis descriptivo:
  - a. Estadísticas descriptivas: Se calculó medidas de tendencia central, de dispersión y de forma para cada variable.
  - b. Visualización de datos: Se creó gráficos y tablas para explorar la distribución de las variables y detectar posibles patrones o tendencias.
3. Comparación de grupos antes de la intervención:
  - a. Evaluación de supuestos: Se realizó pruebas de normalidad (Kolmoronov - smirnof) para determinar la prueba estadística más adecuada.
  - b. Comparación de medias: Se aplicó la prueba t para comparar las diferencias en las variables de interés entre el grupo de control y el grupo de intervención antes de la aplicación del programa.

#### 4. Análisis de la intervención:

Se realizó de medias dentro de los grupos: Se aplicó pruebas estadísticas de comparación de medias (prueba de Wilcoxon) para evaluar si hay cambios significativos en las variables de interés antes y después del programa en cada grupo (control e intervención).

#### 5. Comparación de grupos después de la intervención:

Comparación de medias: Se aplicó la prueba t de Student para comparar las diferencias en las variables de interés entre el grupo de control y el grupo de intervención después de la aplicación del programa.



6. Interpretación de los resultados:

Discusión de hallazgos: Se analizó e interpretó los resultados de las pruebas estadísticas en el contexto de los objetivos específicos de la tesis y se discutió las implicaciones de los hallazgos en relación con la literatura existente y las aplicaciones prácticas.

7. Presentación de los resultados:

- a. Visualización de resultados: Se crearon gráficos y tablas para ilustrar los hallazgos y facilitar la comprensión de los resultados.
- b. Redacción del informe final de la tesis: Se presentaron los resultados del análisis de datos de manera clara y concisa en el informe de la tesis.

Siguiendo este plan de análisis, se pudo evaluar el impacto del programa "Ámate bien" en el conocimiento, comportamiento y actitud hacia la salud sexual de adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.



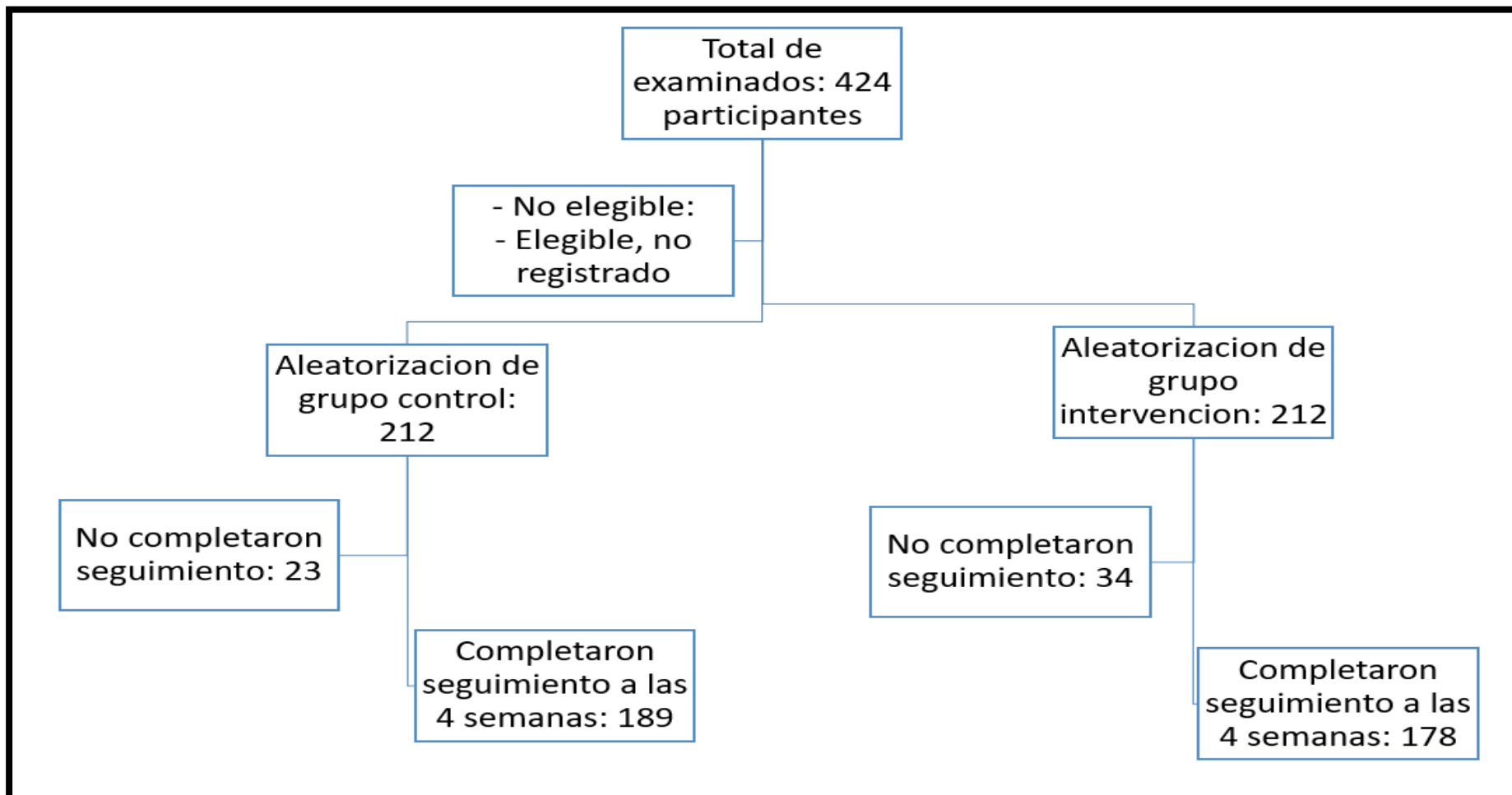
## **CAPITULO IV RESULTADOS**

En el lapso comprendido entre junio y agosto del año 2023, se procedió a recolectar datos de un total de 424 individuos jóvenes, con edades de 18 y 19 años, quienes cursan estudios en instituciones de educación superior ubicadas en la provincia de La Convención, específicamente en Quillabamba. Para llevar a cabo este proceso, se eligieron de forma aleatoria por conglomerados a Institutos de Educación Superior Tecnológico Privado, entre los cuales se incluyeron "Signos de Fe", "Urusayhua" y "Camisea".

De los 424 participantes mencionados con semejanza en sus características iniciales de acuerdo con el análisis de equivalencia inicial, 212 fueron asignados de manera aleatoria simple al grupo de control. A estos individuos se les administró el programa digital desarrollado por el MINSA. Paralelamente, los restantes 212 participantes fueron designados al grupo de intervención, donde se le expuso al programa denominado "Ámate bien". No obstante, es relevante señalar que las muestras utilizadas para las mediciones de los resultados deseados presentaron variaciones debido a la pérdida de algunos participantes a lo largo del seguimiento de cuatro semanas entre las mediciones previas y posteriores al programa. En cuanto a la tasa de deserción, se observó que para el grupo de control esta fue del 16% (23 individuos), mientras que para el grupo de intervención fue del 11% (34 individuos).



FIGURA 2. Diagrama de flujo de detección inscripción, aleatorización y seguimiento





#### 4. 1. Estadísticas Descriptivos de las principales variables demográficas

**TABLA 4.** *Distribución por edad de los participantes en el estudio*

	<b>Edad</b>					
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>18 años</b>	145	68.4%	144	68.0%	289	68.2%
<b>19 años</b>	67	31.6%	68	32.0%	135	31.8%
<b>Total</b>	212	100.0%	212	100.0%	424	100.0%

En la tabla n° 4 observamos que la edad más frecuente del grupo de estudio fue de 18 años con un 68.2% (n=289), así mismo fue el más frecuente en el grupo control (68.4%) y en el grupo intervención (68%).



**TABLA 5.** *Distribución por sexo de los participantes en el estudio*

	<b>Sexo</b>					
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>Femenino</b>	80	37.8%	82	38.6%	162	38.2%
<b>Masculino</b>	132	62.2%	130	61.4%	262	61.8%
<b>Total</b>	212	100.0%	212	100.0%	424	100.0%

En la tabla n°5 respecto a la distribución de sexo del grupo en estudio, se observa que el sexo más frecuente fue el masculino con un 61.8% (n=262) que se asemeja a los resultados del grupo control 61.4% (n=130) e intervención 62.2% (n=132).



**TABLA 6.** *Distribución por condición socioeconómica de los participantes en estudio*

	<b>Condición socioeconómica</b>					
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>Estrato Alto</b>	7	3.3%	4	1.9%	11	2.6%
<b>Estrato medio alto</b>	3	1.4%	13	6.1%	16	3.8%
<b>Estrato medio bajo</b>	108	50.9%	93	43.9%	201	47.4%
<b>Estrato obrero</b>	90	42.5%	96	45.3%	186	43.8%
<b>Estrato pobreza extrema</b>	4	1.9%	6	2.8%	10	2.4%
<b>Total</b>	212	100.0%	212	100.0%	424	100.0%

La tabla n°6 analiza los resultados del Test de Graffar-Méndez modificado, en la cual, se observa que la población se segmenta en cinco estratos socioeconómicos, destacando el estrato de Nivel Socioeconómico Medio Bajo con una prevalencia del 47.4%, seguido por el estrato de Nivel Socioeconómico Obrero con un 43.8%, en contraste con los estratos de Nivel Socioeconómico Alto y Medio Alto, los cuales presentan una escasa representación con un 2.6% y 3.8%, respectivamente. En lo que concierne a los grupos de intervención y de control, se observa una similitud en la segmentación de grupos con una marcada focalización en los estratos de Nivel Socioeconómico Medio Bajo y Obrero, donde se concentra la mayoría de la población de estudio.



**TABLA 7.** *Distribución por grupo étnico de los participantes en estudio*

	<b>Grupo Étnico</b>					
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>Amazónico (Shipibo, asháninka, otros)</b>	24	11.4%	22	10.4%	46	10.8%
<b>Aymara</b>	0	0.0%	1	0.4%	1	0.2%
<b>Mestizo</b>	184	86.8%	182	85.8%	366	86.3%
<b>Quechua</b>	4	1.8%	7	3.4%	11	2.6%
<b>Total</b>	212	100.0%	212	100.0%	424	100.0%

En la tabla n°7 se observa que el mayor porcentaje de los encuestados son de etnia mestizo 86.3% (n=366), seguido 10.8% por la etnia amazónico (shipibo, asháninka y otros) (n=46), datos que se asemejan al grupo control e intervención.





**TABLA 8.** *Distribución en cuanto a la procedencia: Rural vs Urbano*

<b>Procedencia</b>						
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>Rural</b>	24	11.4%	20	9.4%	44	10.4%
<b>Urbano</b>	188	88.6%	191	90.6%	379	89.6%
<b>Total</b>	212	100.0%	211	100.0%	423	100.0%

En la tabla n°8 se observa el área de procedencia de los encuestados donde el 89.6% fueron de área urbana mientras que solo el 10.4% fueron de área rural. Así mismo, tanto en el grupo control como de estudio se observó resultados similares.

Además de ello, el estudio muestra varios aspectos descriptivos relacionados con la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años. Estos datos no solo contribuirían a una comprensión más profunda de la dinámica sexual en esta población específica, sino que también podría ser valiosa para la formulación de estrategias y programas de salud sexual dirigidos a los adolescentes en el futuro.



**TABLA 9.** *Edad de inicio de relaciones sexuales de los participantes en el estudio*

<b>Inicio de relaciones sexuales</b>						
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>Menos de 13 años</b>	24	11.4%	19	9.0%	43	10.1%
<b>Entre 13 y 15 años</b>	19	9.0%	18	8.4%	37	8.7%
<b>Entre 16 y 18 años</b>	144	68.0%	156	73.6%	300	70.8%
<b>Total</b>	187	88.4%	193	90%	380	89.6%

La tabla n°9 nos muestra que la edad de inicio de las relaciones sexuales, dentro de la población estudiada, se observa que la mayoría de los individuos (n= 300), es decir el 70.8% comenzaron sus relaciones sexuales entre las edades de 16 y 18 años. El 10.1% (n=43) ha iniciado sus relaciones sexuales antes de los 13 años y el 10.6% (n=40) aún no ha iniciado su vida sexual.



**TABLA 10.** Antecedente de *número de parejas sexuales de los participantes en el estudio*

<b>Antecedente de número de parejas sexuales</b>						
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>0</b>	25	10.8%	19	9%	44	10.4%
<b>1</b>	66	31.2%	75	35.4%	141	33.3%
<b>2</b>	27	12.8%	19	9%	46	10.8%
<b>3</b>	14	6.6%	10	4.8%	24	5.7%
<b>4</b>	3	1.4%	5	2.4%	8	1.9%
<b>5</b>	1	0.4%	2	1%	3	0.7%
<b>Mayor o igual a 5</b>	76	35.8%	82	38.6%	158	37.3%
<b>Total</b>	212	100.0%	212	100.0%	424	100.0%

El análisis de la tabla n°10 revela un perfil detallado en relación con la historia de parejas sexuales de los participantes. Se evidencia que una proporción significativa, es decir 33.3% (n= 141) informa haber tenido una sola pareja sexual, contrastado con un contingente considerable de 37.3% (n= 158) que refiere haber tenido cinco o más parejas sexuales. Los resultados son similares tanto en el grupo control como intervención.



**TABLA 11.** *Antecedente de embarazos previos de los participantes en estudio*

	<b>Antecedente de embarazos previos</b>					
	<b>Intervención</b>		<b>Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>	<b>Recuento</b>	<b>% del total</b>
<b>Participante con nacido vivo</b>	27	12.8%	23	10.6%	50	11.8%
<b>Participante con aborto o hijo muerto</b>	2	1.0%	2	1.0%	4	0.9%
<b>Participante sin embarazo.</b>	183	86.2%	187	88.4%	370	87.3%
<b>Total</b>	212	100.0%	212	100.0%	424	100.0%

El análisis de la tabla n°11 nos muestra que, dentro de la población estudiada, un 11.8% (n=50) reporta haber tenido un nacido vivo. La mayoría de los participantes (87.3%, n=370), sin embargo, indica no haber tenido embarazos previos. Los porcentajes son similares tanto en el grupo control como en la intervención.



#### 4.2. Resultados concernientes a los objetivos específicos

La evaluación de los objetivos específicos se llevó a cabo en un enfoque bifásico, la primera fase del análisis se orientó hacia la determinación del impacto del Programa “Ámate Bien” en cada una de estas tres dimensiones (conocimiento, comportamiento y actitud). Posteriormente, se procedió a analizar las subdimensiones correspondientes a estas dimensiones con el propósito de identificar asociaciones más precisas y específicas.

Las pruebas de normalidad, específicamente la prueba de Kolmogórov-Smirnov, llevadas a cabo en el conjunto de intervención, han evidenciado que las distribuciones de las variables medidas (tanto el pretest como el postest de conocimiento, comportamiento y actitud), no se ajustan a una distribución normal dentro de la muestra. Esto es respaldado por el hecho de que el nivel de significancia, denotado como "p", no exhibe un valor inferior a 0.05. Como consecuencia de esta observación, resulta imperativo contemplar la utilización de métodos estadísticos no paramétricos en etapas posteriores del análisis.



**TABLA 12.** *Impacto del programa “Ámate Bien” en la dimensión de conocimiento en salud sexual*

Conocimiento en salud sexual del grupo intervención: Pretest y postest <sup>a</sup>

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest Conocimiento intervención - Pretest Conocimiento intervención	Rangos negativos	3 <sup>a</sup>	23.33	70.00
	Rangos positivos	162 <sup>b</sup>	84.10	13625.00
	Empates	13 <sup>c</sup>		
	Total	178		

a. Postest conocimiento intervención < Pretest conocimiento intervención

b. Postest conocimiento intervención > Pretest conocimiento intervención

c. Postest conocimiento intervención = Pretest conocimiento intervención

Estadístico de prueba Conocimiento en salud sexual <sup>a</sup>

Z	-11.075 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	0.000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

La tabla n°12 presenta los resultados del impacto del programa "Ámate Bien" en la dimensión de conocimiento en salud sexual. Los datos indican que la mayoría de los participantes experimentaron una mejora significativa en su conocimiento en salud sexual después de participar en el programa, como se refleja en la gran cantidad de rangos positivos (162 casos) en comparación con los rangos negativos (3 casos) y los empates (13 casos). El valor Z extremadamente bajo de -11.075 y el valor de significación (Sig.) igual a 0.000 señalan que esta diferencia en el conocimiento es estadísticamente significativa.



**TABLA 13.** *Impacto del programa “Ámate Bien” en la dimensión de comportamiento en salud sexual*

Comportamiento en salud sexual del grupo intervención: Pretest y postest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest Comportamiento intervención - Pretest	Rangos negativos	14 <sup>a</sup>	50.68	709.50
Comportamiento intervención	Rangos positivos	151 <sup>b</sup>	86.00	12985.50
	Empates	13 <sup>c</sup>		
	Total	178		

a. Postest comportamiento intervención < Pretest comportamiento intervención

b. Postest comportamiento intervención > Pretest comportamiento intervención

c. Postest comportamiento intervención = Pretest comportamiento intervención

Estadístico de prueba Comportamiento en salud sexual<sup>a</sup>

Z	-10.024 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	0.000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

La tabla n°13 presenta los resultados del impacto del programa "Ámate Bien" en la dimensión de comportamiento en salud sexual. Los datos indican que la mayoría de los participantes experimentaron una mejora significativa en su comportamiento en salud sexual después de participar en el programa, como se refleja en la gran cantidad de rangos positivos (151 casos) en comparación con los rangos negativos (14 casos) y los empates (13 casos). El valor Z extremadamente bajo de -10.024 y el valor de significación (Sig.) igual a 0.000 señalan que esta diferencia en el conocimiento es estadísticamente significativa.



**TABLA 14.** *Impacto del programa “Ámate Bien” en la dimensión de actitud en salud sexual*

Actitud hacia la salud sexual del grupo intervención: Pretest y postest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest Actitud intervención - Pretest Actitud intervención	Rangos negativos	10 <sup>a</sup>	20.75	207.50
	Rangos positivos	165 <sup>b</sup>	92.08	15192.50
	Empates	3 <sup>c</sup>		
	Total	178		

a. Postest actitud intervención < Pretest actitud intervención

b. Postest actitud intervención > Pretest actitud intervención

c. Postest actitud intervención = Pretest actitud intervención

Estadístico de prueba Actitud hacia la salud sexual <sup>a</sup>

Z	-11.126 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	0.000

. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

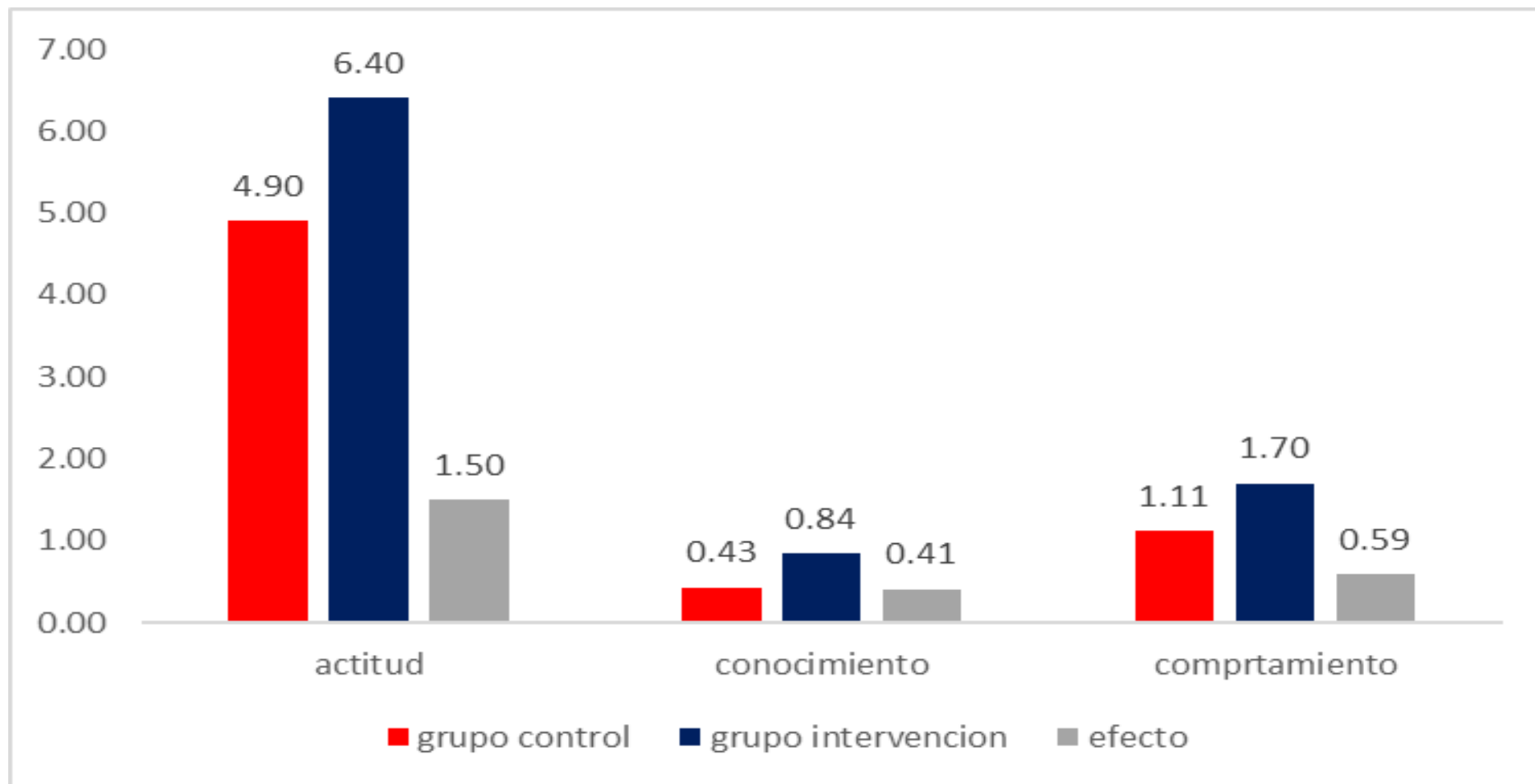
b. Se basa en rangos positivos.

La tabla n°14 presenta los resultados del impacto del programa "Ámate Bien" en la dimensión de actitud hacia la salud sexual. Los datos indican que la mayoría de los participantes experimentaron una mejora significativa en su actitud hacia la salud sexual después de participar en el programa, como se refleja en la gran cantidad de rangos positivos (165 casos) en comparación con los rangos negativos (10 casos) y los empates (3 casos). El valor Z extremadamente bajo de -11.126 y el valor de significación (Sig.) igual a 0.000 señalan que esta diferencia en la actitud es estadísticamente significativa





**FIGURA 3.** Comparación visual de los cambios de pretest y postest en los grupos de estudio respecto a las tres dimensiones de salud sexual.

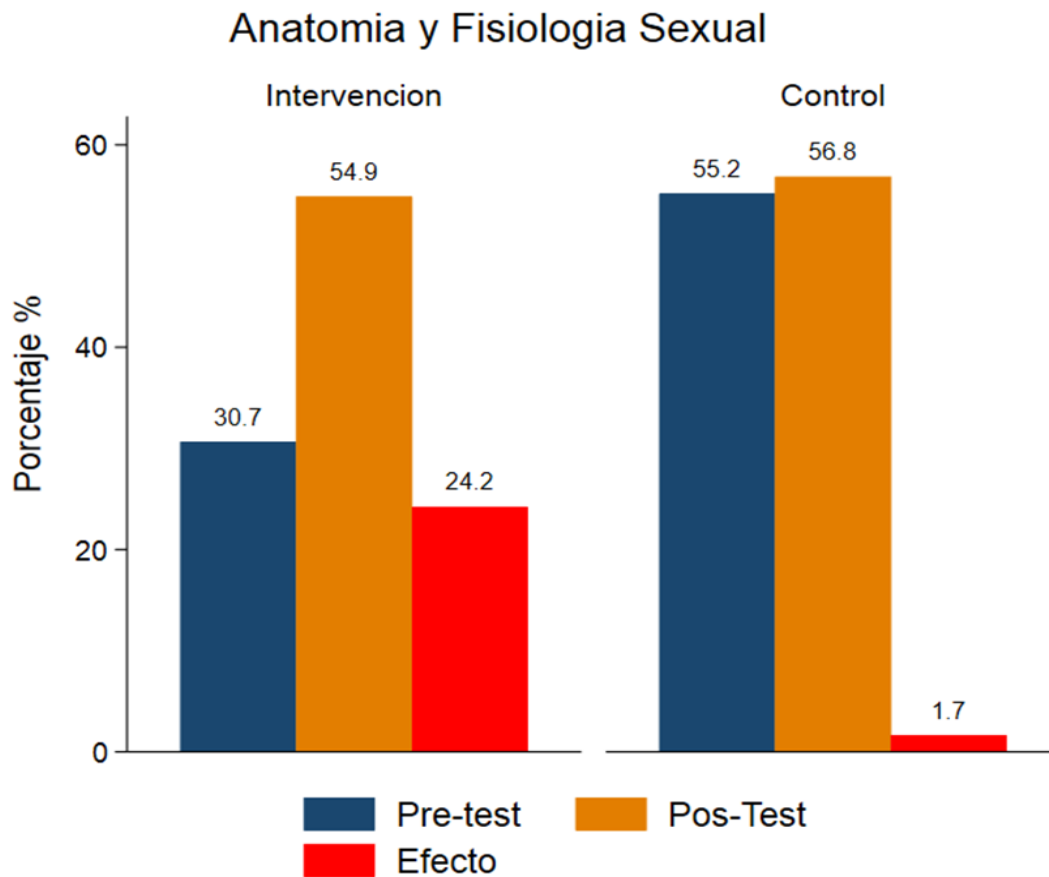




La figura n°6 es un gráfico de barras que representa una comparación visual de los cambios de pretest y posttest en el grupo control e intervención respecto a las tres dimensiones de salud sexual. Estos resultados se alinean con los hallazgos obtenidos del análisis de t-test para muestras emparejadas. La intervención tuvo un impacto favorable en la actitud 6.400 puntos ( $p < 0.05$ ) y el comportamiento 1.700 puntos ( $p < 0.05$ ) en el grupo de intervención del programa “Ámate bien”, mientras que el grupo control mostró cambios mínimos o ligeramente negativos en la actitud 4.904 puntos ( $p < 0.05$ ) y el conocimiento 0.433 puntos ( $p < 0.05$ ). Estos resultados indican que la intervención es efectiva y estadísticamente significativa en mejorar la actitud y el comportamiento, especialmente en el grupo de intervención, pero es menos efectiva en mejorar el conocimiento.

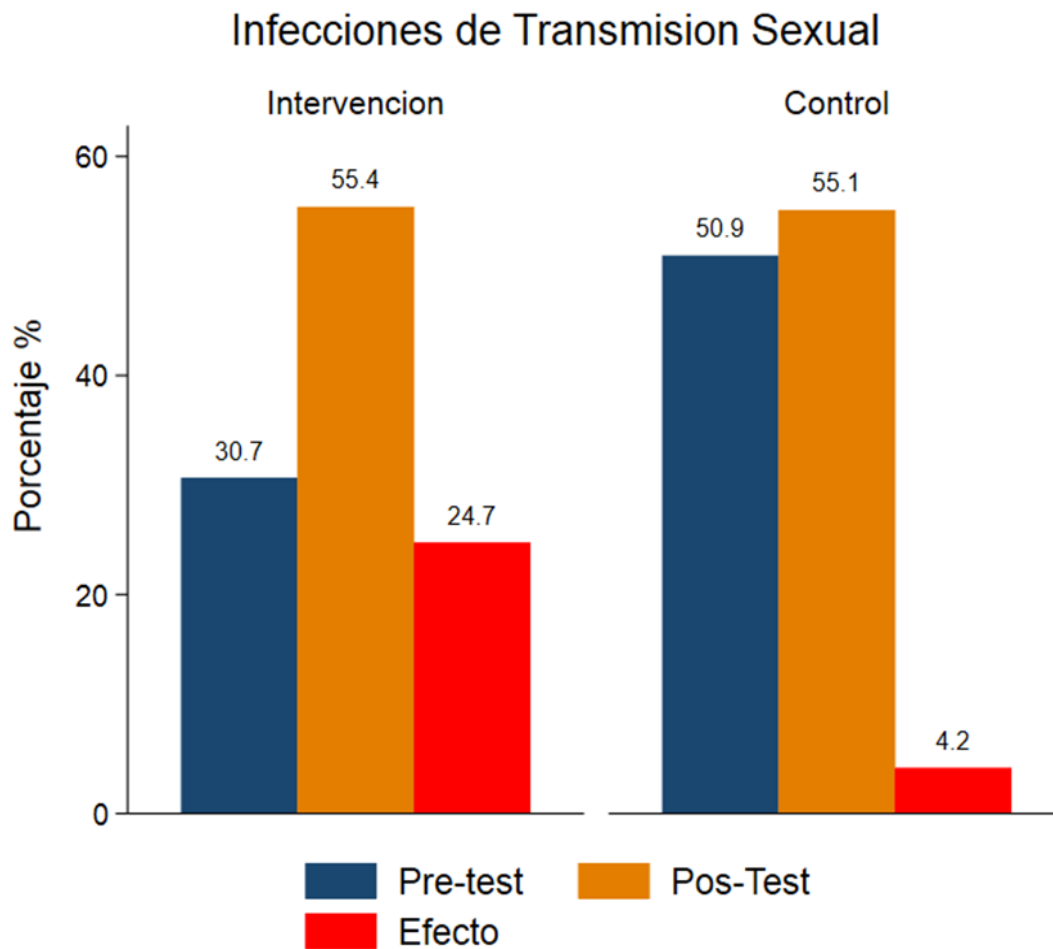
Los resultados obtenidos de la diferencia obtenida entre el valor promedio en el pretest y el valor promedio en el posttest en el grupo control e intervención fueron de 1.500 puntos para actitud, 0.410 puntos para conocimiento y 0.590 puntos para comportamiento, entendiéndose que existieron cambios significativos del grupo intervención sobre el grupo control.

**FIGURA 4.** *Impacto de la subdimensión Anatomía y fisiología sexual en el conocimiento de la salud sexual*



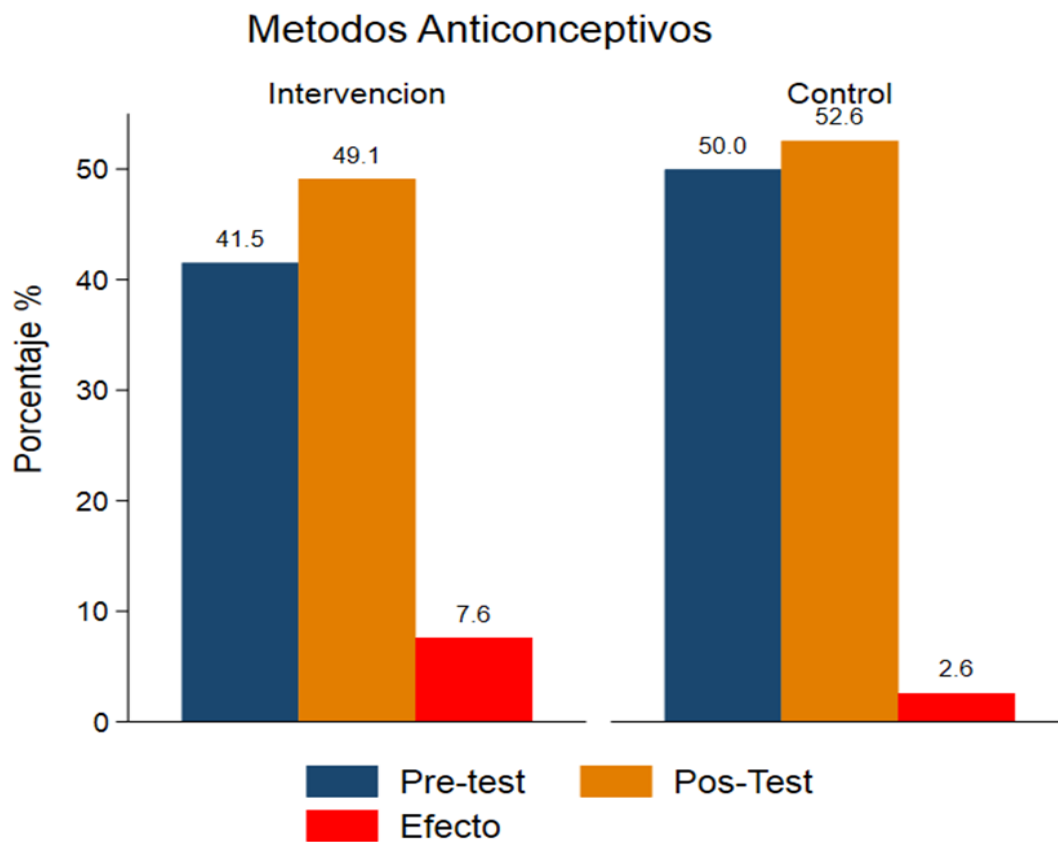
En la figura N° 7 se observa la media en términos porcentual de los grupos intervención y control del conocimiento sobre la anatomía y fisiología sexual, donde en el grupo control se obtuvo una variación de 1.7% entre el pre y postest mientras que en el grupo intervención hubo una variación de 24.2% entre los test aplicados antes (30.7%) y después (54.9%) de la aplicación del programa “Ámate bien”.

**FIGURA 5.** *Impacto de la subdimensión Infecciones de Transmisión sexual en el conocimiento de la salud sexual*



En la figura n° 8 se observa la media en términos porcentual de los grupos intervención y control del conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, donde en el grupo control se obtuvo una variación de 4.2% entre el pre y postest mientras que en el grupo intervención hubo una variación de 24.7% entre los test aplicados antes (30.7 %) después (55.4%) de la aplicación del programa “Ámate bien”.

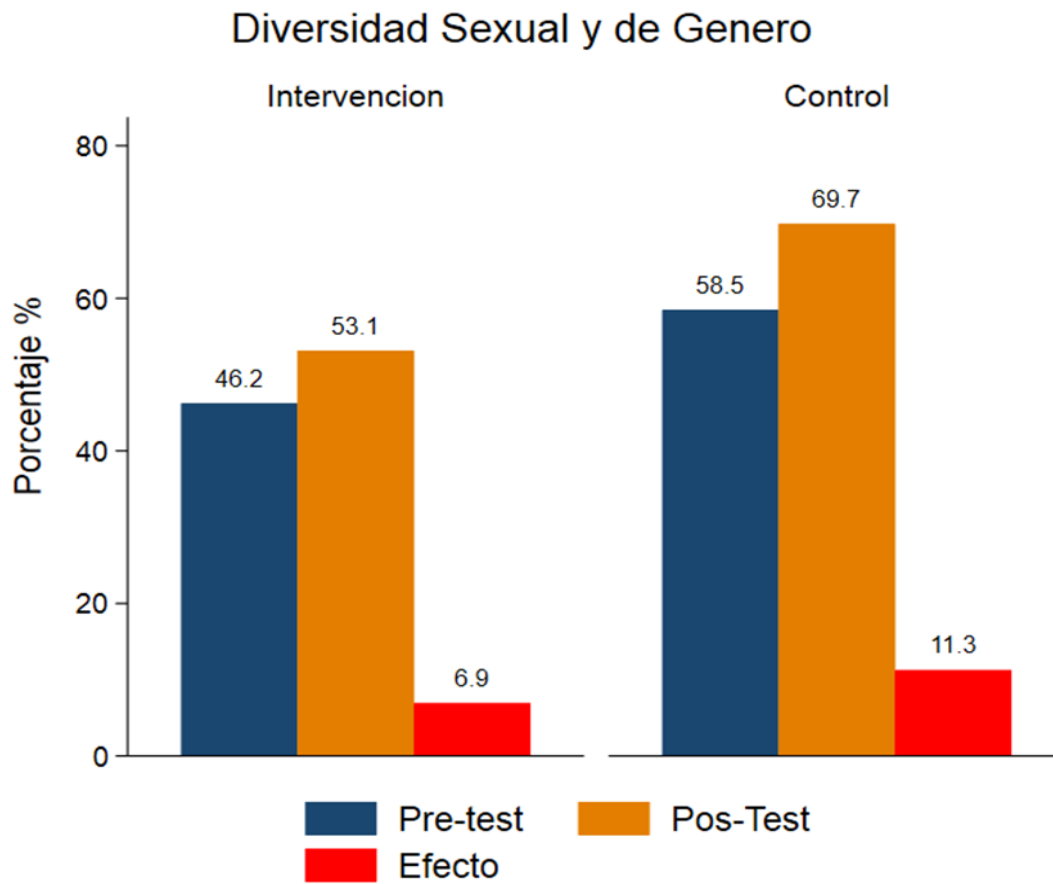
**FIGURA 6.** *Impacto de la subdimensión métodos anticonceptivos en el conocimiento de la salud sexual*



En la figura n° 9 se observa la media en términos porcentual de los grupos intervención y control del conocimiento sobre métodos anticonceptivos, donde en el grupo control se obtuvo una variación de 2.6% entre el pretest (50%) y postest (52.6%) mientras que en el grupo intervención hubo una variación de 7.6% entre los test aplicados antes (41.5%) y después (49.1%) de la aplicación del programa “Ámate bien”.



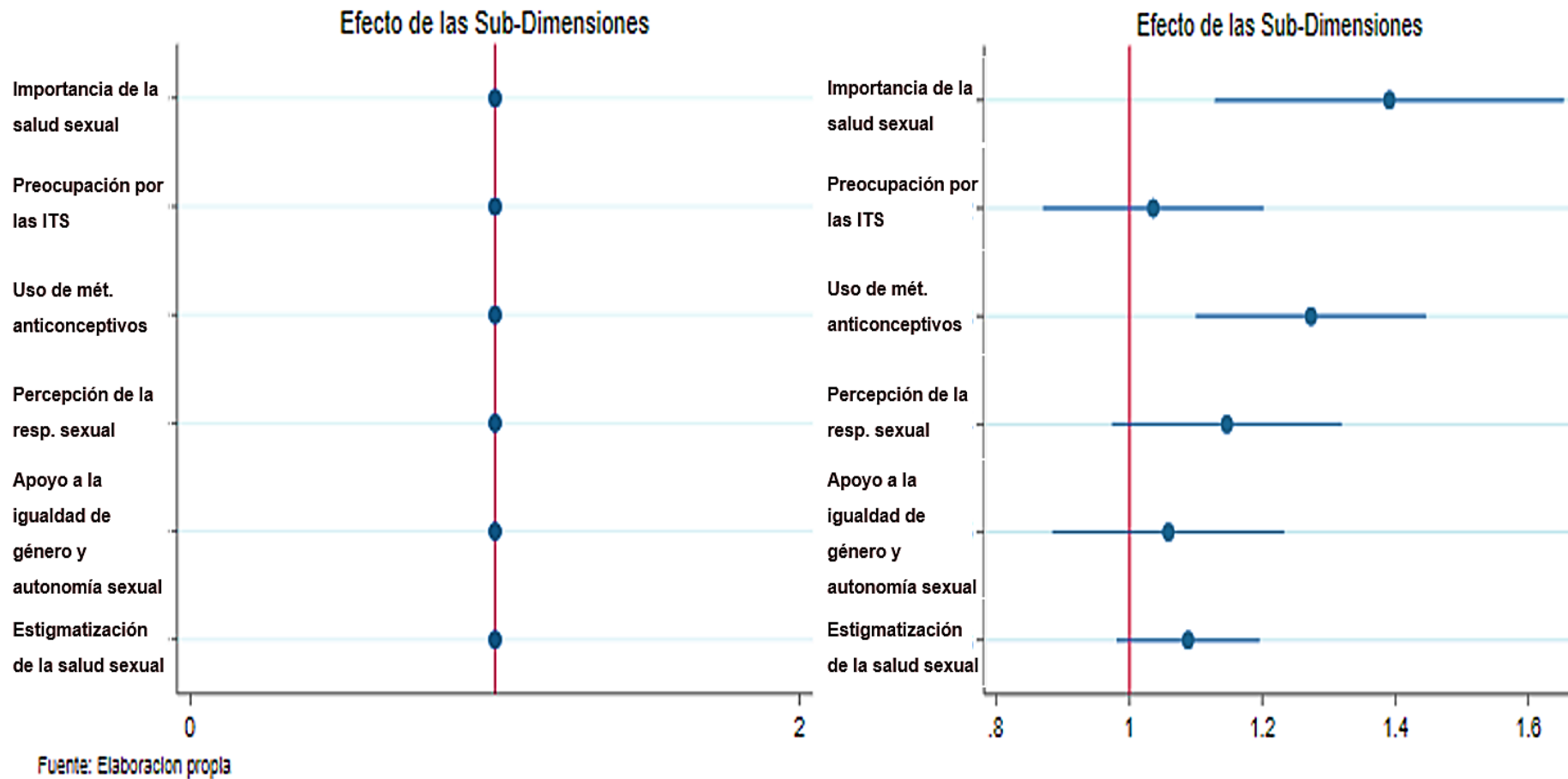
*FIGURA 7. Impacto de la subdimensión diversidad sexual y de género en el conocimiento de la salud sexual*



En la figura n° 10 se observa la media en términos porcentual de los grupos intervención y control del conocimiento sobre diversidad sexual y de género, donde en el grupo control se obtuvo una variación de 11.3% entre el pretest (58.5%) y postest (69.7%) mientras que en el grupo intervención hubo una variación de 6.9% entre los test aplicados antes (46.2%) y después (53.1%) de la aplicación del programa “Ámate bien”.



FIGURA 8 y 9. Impacto de las actitudes hacia la salud sexual





Los resultados del análisis de regresión lineal de mínimos cuadrados ordinarios (OLS) aplicados a los subdimensiones de la dimensión de actitud hacia la salud sexual en el grupo de intervención muestran patrones de asociación diferenciados para cada subdimensión. Las estimaciones de los coeficientes revelan la magnitud y dirección de la relación entre las variables predictoras y sus subdimensiones de actitud. En el caso de la variable "Actitud hacia la importancia de la salud sexual", se obtiene un coeficiente significativo de 1.512, lo que sugiere que existe una relación estadísticamente positiva entre esta variable y la actitud post-intervención en salud sexual ( $p < 0.001$ ). De manera similar, la variable "Preocupación por las infecciones de transmisión sexual" muestra un coeficiente significativo de 1.039 ( $p < 0.001$ ), indicando una asociación positiva con la actitud post-intervención. De igual manera, la subdimensión "Actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos" también exhibe un coeficiente significativo de 1.326 ( $p < 0.001$ ), sugiriendo un efecto positivo de la intervención en esta áreas específica de la actitud hacia la salud sexual.

En contraste, las subdimensiones "Percepción de la responsabilidad sexual", "Apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual" y "Estigmatización de la salud sexual", aunque demostraron un impacto positivo en el grupo de intervención, no alcanzaron una significación estadística en sus coeficientes. Por otro lado, a pesar de que el análisis proporciona información valiosa, la variabilidad en las subdimensiones de actitud no se explica completamente mediante las subdimensiones contempladas en el modelo, lo cual representa un 85% de la dimensión Actitud hacia la salud sexual; existiendo un 15% atribuible a otros factores no contemplados en el estudio.





#### 4.3. Resultados concernientes al objetivo principal

Para determinar de manera integral el impacto global del Programa “Ámate Bien” en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años, se emplearon dos herramientas estadísticas fundamentales: la prueba de Wilcoxon y la prueba de muestras emparejadas. Previamente al análisis estadístico, se llevó a cabo una evaluación de la normalidad de los datos mediante las pruebas de Shapiro-Wilk o Kolmogorov, seleccionando esta última debido al tamaño de la muestra superando los 50 casos en nuestro estudio. Los pasos subsiguientes abarcaron la formulación de hipótesis y la toma de decisiones basadas en los resultados obtenidos de las pruebas. En este contexto, se planteó la hipótesis nula ( $H_0$ ), postulando que los datos obedecían una distribución normal, y la hipótesis alternativa ( $H_1$ ), indicando la ausencia de una distribución normal. En términos de decisión, cuando el valor de significancia (Sig.) resultó superior a 0.05, se ratificó la hipótesis nula, denotando una distribución normal en los datos. Contrariamente, cuando el valor de significancia fue inferior a 0.05, se refutó la hipótesis nula, insinuando una posible desviación de la distribución normal en los datos bajo análisis.

La prueba de normalidad del pretest y postest del grupo intervención se observó que, la significancia de pretest intervención es mayor a 0.05 ( $0.007 > 0.005$ ) por lo tanto tiene una distribución normal, mientras que la significancia de postest intervención es menor a 0.05 ( $0.000 < 0.05$ ) por lo tanto no tiene una distribución normal. Dado que se está probando la normalidad en dos grupos coincidentes, consideraremos una prueba no paramétrica para el análisis siguiente.



**TABLA 15.** *Impacto del programa "Ámate Bien"*

<b>Muestras emparejadas del Pretest y postest grupo intervención</b>								
Diferencias emparejadas								
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% IC de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Pretest - Postest	5.33708	19.44219	1.45725	2.46125	8.21291	3.662	177	0.000

La tabla 15 presenta los resultados de la prueba de muestras emparejadas, la cual se utilizó para evaluar las diferencias entre las mediciones pretest y post test en el grupo de intervención al cual se aplicó el programa "Ámate Bien". La media de las discrepancias emparejadas se registra en 5.33708, acompañada de una desviación estándar de 19.44219. La desviación estándar del error promedio alcanza 1.45725, insinuando una coherencia relativa entre las disparidades individuales en las mediciones. El IC del 95% para la discrepancia se posiciona entre 2.46125 y 8.21291, revelando una variación sustancial entre las mediciones pretest y post test dentro del grupo de intervención. La estadística "t" es registrada como 3.662, calculada con 177 grados de libertad, y la significancia "p" resulta inferior a 0.001 ( $p < 0.001$ ), lo que denota una discrepancia estadísticamente importante entre las mediciones pretest y post test en el grupo de intervención. De forma global, estos hallazgos insinúan que la ejecución del programa "Ámate Bien" influyó significativamente en la muestra de intervención, generando mejoras substanciales en las mediciones post test en comparación con las mediciones pretest.



**TABLA 16.** *Impacto global del Grupo intervención Vs Grupo control*

		N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Diferencia del Impacto Global Control - Diferencia Impacto Global Intervención</b>	Rangos negativos	84 <sup>a</sup>	98.11	8241.50
	Rangos positivos	103 <sup>b</sup>	90.65	9336.50
	Empates	2 <sup>c</sup>		
	Total	189		

a. Diferencia del Impacto Global Control < Diferencia Impacto Global Intervención

b. Diferencia del Impacto Global Control > Diferencia Impacto Global Intervención

c. Diferencia del Impacto Global Control = Diferencia Impacto Global Intervención

Estadístico de prueba en el impacto global

Z	-.739 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	0.460

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

La prueba de Wilcoxon aplicada a la diferencia del impacto global entre el grupo control y el grupo intervención muestra que los rangos negativos acumulan un total de 8241.50 y los rangos positivos suman 9336.50. Con 84 observaciones en la categoría de rangos negativos y 103 en la de rangos positivos, junto con 2 empates, se obtiene un panorama general de cómo estas diferencias se distribuyen entre ambos grupos. El valor Z resultante es -0.739, y el valor de p (Sig.) es 0.460, lo que sugiere que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre las diferencias de impacto global en el grupo control y el grupo intervención.



## CAPITULO V DISCUSIÓN

### 5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

El presente estudio de investigación ha generado hallazgos de relevancia estadística y gran interés en un contexto donde se disponen de escasas investigaciones en esta temática.

El enfoque central de esta tesis se basa en un ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en la provincia de La Convención, en la región de Cusco. El propósito del estudio fue analizar el impacto del programa "Ámate bien", una intervención digital, en la salud sexual de adolescentes de 18 y 19 años inscritos en instituciones de educación superior en esta misma provincia durante el año 2023. La muestra se conformó por 424 participantes, con una destacable tasa de seguimiento del 87%. Esta muestra se dividió en un grupo de control (n=189) y un grupo de intervención (n=178). Durante un periodo de cuatro semanas, el grupo de intervención fue expuesto al programa "Ámate bien", mientras que al grupo de control se le presentó material en formato audiovisual acerca de la salud sexual, proporcionado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA).

En relación con las características sociodemográficas evaluadas, se consideraron aspectos como la edad, género, condición socioeconómica origen, orientación sexual y religión, que tuvieron resultados similares entre el grupo control e intervención. Dentro de la población de adolescentes de 18 y 19 años estudiada, la edad más prevalente fue de 18 años, representando el 68.2% (n=289) de la muestra. En cuanto al género, los participantes masculinos fueron predominantes, con un 61.8% (n=262) de la muestra total, la condición socioeconómica de mayor frecuencia fue el estrato medio bajo en un 47.4% (n=201), la orientación sexual mayoritaria fue heterosexual, con un 97.5% (n=358), el grupo étnico con el que mayormente se identificaron fue el mestizo en un 86.3 % (n=366) y que la procedencia más común fue el urbano en un 89.6% (n= 379)

Este estudio también mostró varios aspectos relacionados con la vida sexual de los adolescentes. Se observó que la edad más común para el inicio de las relaciones sexuales fue entre los 16 y 18 años, abarcando un 70.8% (n=300) de los participantes, mientras que un 10.1% (n=43) aún no habían iniciado su vida sexual. En lo concerniente al historial de parejas sexuales, se identificó que un 37.3 % (n=158) de los adolescentes habían tenido cinco o más parejas sexuales hasta el momento de la evaluación, siendo seguido por un 33.3% (n=141) que habían tenido al menos una pareja sexual. Además, se observó que un 11.8% (n=50) habían experimentado un embarazo exitoso y un 0.9% (n=4) informaron sobre pérdidas de embarazo.



Por otro lado, dentro del análisis en la implementación del programa "Ámate bien". Este mostró un impacto significativo en el incremento del conocimiento de los adolescentes de 18 y 19 años en las instituciones educativas superiores de La Convención. Esto se evidenció en la diferencia altamente significativa ( $p=0.000$ ,  $Z = -11.075$ ) entre las mediciones pre y post-intervención en la dimensión del conocimiento. El puntaje alcanzado de 0.84 puntos (equivalente al 8.4%), fue 0.41 puntos (4.1%) más alto que el grupo de control.

En lo que concierne al análisis del comportamiento en salud sexual, es relevante destacar que el programa "Ámate bien" ha demostrado un impacto favorable y estadísticamente significativo ( $Z = -10.024$ ,  $p=0.000$ ) al comparar las mediciones pre y post intervención. Los resultados obtenidos tras la implementación del programa revelaron un incremento sustancial en los conocimientos de los adolescentes en materia de salud sexual. Específicamente, se registró un aumento de 1.70 puntos, lo que representa un aumento del 17% en la puntuación de conocimientos en el grupo de intervención. Es importante resaltar que este incremento fue notablemente superior en comparación con el grupo de control, con una diferencia de 0.59 puntos (equivalente al 5.9%).

El análisis de la influencia del programa en la dimensión de la actitud hacia la salud sexual de los adolescentes ha arrojado resultados significativos y estadísticamente notables. Al comparar las puntuaciones obtenidas en las mediciones pre y post-intervención, se ha registrado una disparidad significativa, con un valor de  $Z$  igual a  $-11.126$ . Esta significación se manifiesta bilateralmente con un valor asintótico de  $p=0.000$ . El incremento promedio observado en las puntuaciones de actitud hacia la salud sexual fue de 6.400 puntos, lo que se traduce en un aumento del 64% en el grupo de intervención. Es crucial destacar que este aumento es estadísticamente significativo ( $p<0.05$ ), subrayando la eficacia del programa en la mejora de las actitudes relacionadas con la salud sexual de los adolescentes. Además, es relevante mencionar que la diferencia entre el grupo de intervención y el grupo de control en términos de aumento de puntuación fue de 1.5 puntos, lo que representa un aumento del 15% en el grupo de intervención con respecto al grupo de control.

El análisis pormenorizado de las cuatro subdimensiones del conocimiento revela de manera concluyente el impacto significativo de la implementación del programa "Ámate bien" en el ámbito de la salud sexual. Específicamente, la subdimensión relacionada con "Anatomía y fisiología sexual" experimentó un aumento destacable del 24.2% en las puntuaciones entre las mediciones pre y post-intervención en el grupo de intervención, en contraste con el modesto incremento del 1.7% observado en el grupo de control. Además, en la subdimensión de "Infecciones de transmisión sexual", se evidenció un aumento del 24.7% en el grupo que recibió el programa "Ámate bien", en comparación con una mejora del 4.2% en el grupo control.



En cuanto a los conocimientos sobre "Métodos anticonceptivos", se registró una mejora de 7.6% en el grupo de intervención, en contraposición al 2.6% en el grupo de control. No obstante, es relevante mencionar que en la subdimensión de "Diversidad sexual y de género", el mayor cambio se produjo en el grupo control, con un aumento del 11.3% en comparación con el 6.9% observado en el grupo de intervención. Estos hallazgos subrayan la eficacia del programa "Ámate bien" en enriquecer significativamente el conocimiento en áreas específicas de salud sexual, si bien la subdimensión de "Diversidad sexual y de género" revela diferencias notables entre los grupos de intervención y control en la magnitud de cambio.

El análisis desglosado para cada subdimensión de la actitud demostró un efecto significativo de la aplicación del programa "Ámate bien" hacia la salud sexual. Las subdimensiones que demostraron significancia fueron: "Importancia de la salud sexual" (coeficiente significativo de 1.512,  $p < 0.001$ ), "Preocupación por las ITS" (coeficiente significativo de 1.039;  $p < 0.001$ ), "Actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos" (coeficiente significativo de 1.326;  $p < 0.001$ ) y "Estigmatización de la salud sexual" (coeficiente significativo de 1.025;  $p < 0.001$ ). En contraste, las variables "Percepción de la responsabilidad sexual" y "Apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual" no alcanzaron significancia estadística en sus coeficientes.

La prueba de muestras emparejadas evidenció una diferencia significativa entre las mediciones pretest y post test en el grupo de intervención, mostrando una media de discrepancia de 5.33708 y un valor "t" de 3.662. Sin embargo, al cotejar el impacto global entre el grupo control (expuesto al contenido del MINSA) y el grupo intervención (sometido al programa "Ámate Bien"), la prueba de Wilcoxon no reveló discrepancias estadísticamente notables en los cambios de impacto global entre los grupos, con un valor "Z" de -0.739 y un valor de p (Sig.) de 0.460. Esto implica que ambas intervenciones generaron un impacto comparable en esta medida. Por todo ello, las mediciones apuntan a que el programa "Ámate Bien" generó mejoras sustanciales en la salud sexual de los adolescentes en el grupo de intervención, aunque no se observaron diferencias significativas en el impacto global en comparación con el contenido del MINSA, considerado como el Gold Standard.

## 5.2. Limitaciones del estudio

Nuestro programa de intervención digital, "Ámate Bien", ha surgido como una innovación pionera para mejorar la salud sexual en adolescentes de 18 y 19 años. Sin embargo, debemos reconocer las limitaciones inherentes en la implementación de nuestro estudio. Una de las limitaciones clave se relaciona con el período de seguimiento relativamente breve, de solo un mes, utilizado para evaluar el impacto del programa de intervención. Esta limitación temporal



podría no capturar completamente la progresión gradual de los efectos deseados. Se reconoce que los resultados obtenidos en este período podrían subestimar o no reflejar completamente el verdadero impacto potencial a largo plazo del programa.

Otra limitación fundamental se centra en la posibilidad de que el tamaño de muestra resultante, 424 participantes, no garantice una representación completamente significativa de la población estudiada. Nuestra muestra se seleccionó exclusivamente de Instituciones Educativas Superiores ubicadas en la Provincia de La Convención. Esta elección metodológica, aunque necesaria para el alcance y los objetivos de este estudio, conlleva la exclusión de aquellos adolescentes que no están actualmente inscritos en el sistema educativo.

Además, es importante señalar que, considerando el contexto específico de implementación, no se tomó en cuenta la procedencia, el género, la estratificación económica y la etnia de la población en estudio. Si bien esta simplificación facilitó el análisis en términos de las variables específicas que se abordaron, es necesario tener en cuenta que factores contextuales pueden influir en los resultados y permite a otros investigadores evaluar la relevancia y aplicabilidad de los hallazgos en entornos similares.

Dicha limitación, aunque reconocida, no invalida los hallazgos de este estudio, pero sugiere que futuras investigaciones podrían abordar estas variables adicionales para obtener una comprensión más completa y precisa de los fenómenos estudiados. Por otro lado, el enfoque en la ejecución por medio de cuestionarios, inherente a la investigación planteó un sesgo de respuesta, debido a influencias externas como la búsqueda en fuentes diferentes. Estas limitaciones pueden influir en la precisión de nuestros resultados obtenidos.

Así mismo, la duración limitada del seguimiento posiblemente no permite evaluar la persistencia a largo plazo de los efectos de la intervención, lo que podría ser esencial para comprender la sostenibilidad de los beneficios en el tiempo. Por último, a pesar de nuestros esfuerzos por controlar sesgos, pueden existir factores residuales no identificados o no controlados que podrían influir en los resultados.

### **5.3. Comparación crítica con la literatura existente**

Este estudio se propuso evaluar el impacto de un programa digital denominado "Ámate Bien" sobre la salud sexual de adolescentes de 18 y 19 años en la Provincia de La Convención, el cual fue concebido como un programa para la promoción de la salud sexual digital. Estudios como el metaanálisis realizado por Manjarres y cols, junto con una revisión sistemática llevada a cabo por



Widman y cols, confirman que las intervenciones digitales son más efectivas que las tradicionales debido a sus costos más bajos, mayor fidelidad en la aplicación, así como una mayor privacidad y comodidad para los adolescentes al aprender sobre temas delicados como estos (32,41). Además, los antecedentes de este estudio indican que esta estrategia digital, fundamentada en teorías de comunicación en salud, ha demostrado su efectividad en diversos contextos de investigación. Siguiendo el ejemplo de Jenner y cols e Ybarra y cols, nuestra investigación incorporó la Teoría de la Narrativa en Salud y la Teoría Cognitivo-Social (8,9). Se aprovechó el poder de la narración para provocar cambios en comportamientos y actitudes, promoviendo así la salud de manera más efectiva.

La literatura existente carece de un Gold Standard que valore la salud sexual digital en sus distintos componentes como son el conocimiento, actitudes, comportamiento, bienestar o satisfacción. Es por ello, que en contraste con otros ensayos clínicos aleatorizados en el ámbito de la salud sexual que se han centrado en aspectos específicos de la salud sexual, como: Millanzi et al. o Downs a nivel del comportamiento sexual (13,42), Hirshfield et al. evaluando la satisfacción sexual (12) o Wang et al. en el conocimiento de salud sexual (15), entre otros. Nuestro estudio implementó un enfoque integral, abordando tres dimensiones fundamentales: el conocimiento previo y posterior al programa, la actitud hacia la salud sexual y el comportamiento en relación con la salud sexual. Esta perspectiva multidimensional en nuestro análisis marca un distinguido contraste.

Nuestro enfoque se basa en investigaciones previas que se han dirigido específicamente hacia una población adolescente, con un enfoque particular en adolescentes tardíos, siguiendo el ejemplo de Jenner et al., quienes se focalizaron en mujeres de 18 y 19 años. Sin embargo, a diferencia de este estudio, nuestro trabajo abordó tanto a individuos masculinos como femeninos, ampliando así el alcance de la investigación para incluir a ambos géneros. (8). Otras investigaciones han enfocado sus cohortes no exclusivamente en función de la edad, sino también considerando factores de riesgo específicos. Ejemplificando este enfoque, Hirshfield centró su estudio en hombres viviendo con VIH (12), mientras que Ybarra se orientó hacia la población LGB+ (9). En este contexto, nuestra investigación representa un aporte relevante al dirigirse a una población general de adolescentes de 18 y 19 años.

Es esencial destacar la consideración de la muestra en nuestra investigación, compuesta inicialmente por 424 individuos. Esta cifra se ubica en un intervalo que se sitúa entre poblaciones de mayor y menor magnitud en estudios análogos. Por ejemplo, Hafner et al. trabajó con una cohorte de 199 individuos (11), mientras que Hirshfield et al. involucró a 180 participantes (12). En contraste, estudios como el de Jenner et al. abordaron una muestra considerablemente más





extensas, compuesta por 1694 individuos (8), y Barbee et al. con 1448 adolescentes (14). También hemos de destacar que nuestra tasa de seguimiento, un indicador de la cohesión y participación de los sujetos a lo largo del estudio alcanzó un 87%, traducándose en 367 participantes. Este índice, aunque significativo, exhibe una cifra inferior en comparación con el 96% logrado por Jenner et al. en su estudio (8). Dentro de estas características demográficas, una distinción fundamental en nuestro estudio en relación con los antecedentes internacionales radica en la diversidad demográfica abordada. Nuestra investigación se llevó a cabo en un entorno con una variada mezcla cultural y condición socioeconómica, lo que resultó en una representación más amplia y heterogénea de la población. No obstante, es relevante señalar que en nuestro estudio predominó la población de estrato socioeconómico medio-bajo en la mayoría de los casos, aportando un matiz adicional a nuestros hallazgos.

En relación con las distintas dimensiones que engloban la esfera de la salud sexual. Abordando la dimensión del nivel de conocimiento de salud sexual, observamos que Wang et al., mediante su ECA, no detectó cambios sustanciales en el conocimiento sobre el VIH/ITS ni en el comportamiento sexual (15). Paralelamente, el estudio llevado a cabo por Manlove y su equipo, en el cual se empleó la aplicación móvil "Pulse", reveló un incremento significativo en el conocimiento acerca de la anticoncepción ( $p < 0.001$ ), aumentando de 2.4 a 4.1 puntos después de la intervención, traducándose en 1.7 puntos de impacto neto o 17% de impacto a nivel del conocimiento en salud sexual (10). En un contrapunto con ambas investigaciones, nuestros resultados obtenidos a través del ECA "Ámate Bien" presentaron un impacto menos acentuado en el conocimiento de los adolescentes ( $p = 0.000$ ), demostrando una diferencia de 0.41 puntos o 4.1 % de impacto en el conocimiento en salud sexual en comparación con el grupo de control. Esta discrepancia podría atribuirse a varios factores, incluyendo diferencias metodológicas entre los estudios y las herramientas utilizadas como nuestro cuestionario. Además, las características sociodemográficas de la población estudiada, así como su nivel de educación previa sobre salud sexual, podrían haber desempeñado un papel crucial en la forma en que respondieron.

En el ámbito del comportamiento sexual, es esencial contextualizar las dimensiones consideradas en investigaciones preexistentes, en contraposición con las abordadas en el presente estudio. Por ejemplo, Jenner et al. evaluaron la capacidad de negociar el uso del condón, evidenciando un aumento de 20% (IC=95%;  $p = 0.04$ ) (8). Asimismo, Ybarra et al. exploraron las intenciones de uso de condones, hallando que estas fueron comparables en ambos grupos del estudio (aOR = 0.59,  $P < 0.001$ ) (9). En una línea similar, el estudio de Wang identificó un incremento significativo en la autoeficacia percibida para negociar el uso del condón en un 20% ( $p = 0.04$ ), acompañado de una elevación en la predisposición a emplear condones en el futuro de 4.2% ( $p = 0.001$ ) (15). Nuestro estudio, en consonancia con estas exploraciones previas, también focalizó



su atención en el uso del condón. Los resultados arrojaron un impacto favorable en esta dimensión, con un valor de 5.9% ( $Z = -7.784$ ;  $p = 0.000$ ). Además de las características sociodemográficas, las variables utilizadas para evaluar el comportamiento sexual, como la habilidad para negociar el uso del condón, las intenciones de uso y la autoeficacia percibida, podrían haber sido evaluadas de manera heterogénea en cada estudio. Algunos de estos aspectos no fueron considerados en nuestra investigación.

En relación con la dimensión de la actitud hacia la salud sexual, nuestro estudio reveló asociaciones de notable significancia estadística en diversas facetas, las cuales encuentran correlación con los resultados de investigaciones previas. Por ejemplo, se identificó una significativa relación con la "Actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos" equivalente a un 13% ( $p < 0.001$ ), similar a los hallazgos de Jenner et al., quienes también encontraron una notable intención de uso de condones en el futuro, reflejada por un incremento de 4.2% ( $p = 0.001$ ) (8). En congruencia, Ybarra et al. descubrió una asociación entre el uso de anticonceptivos y aquellos que previamente no los empleaban ( $aOR = 1.93$ ,  $P = 0.001$ ) (9). Del mismo modo, se encontró una relación positiva con la "Actitud hacia la preocupación por las ITS" de un 10.039% ( $p < 0.001$ ), al igual que el estudio de Ybarra, donde se identificaron tasas significativamente superiores de relaciones sexuales protegidas con condones ( $aOR = 1.48$ ,  $P < 0.001$ ) en el grupo de intervención (9).

Sin embargo, es esencial subrayar que nuestro estudio difiere en ciertos aspectos. A diferencia de otros trabajos, no se obtuvo significancia estadística en la percepción de la responsabilidad sexual ni en el apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual. Asimismo, se debe notar que existen dimensiones adicionales de la actitud sexual que también han sido exploradas en la literatura médica. Por ejemplo, en el estudio de Hirshfield, se asoció la disposición de debatir el estado serológico con las parejas sexuales ( $p = 0,044$ ), evidenciando una interacción importante en la promoción de prácticas de prevención (12). A pesar de que no se tomó en cuenta estos aspectos, nuestro estudio tuvo un impacto favorable en este punto probablemente debido a que las herramientas entregadas fueron precisas, comprensibles y basada en evidencia científica o el enfoque preciso en áreas específicas de las actitudes sexuales.

#### **5.4. Implicancias del estudio**

Las implicancias derivadas del presente estudio, centrado en la evaluación del impacto del programa "Ámate Bien", asumen un rol crucial tanto en el ámbito de la salud sexual adolescente como en la confección de futuras intervenciones equiparables. Los resultados revelados proporcionan una visión acerca de la eficacia de la aplicación de la tecnología en la promoción de la salud y ello se vio reflejado en mejoras en aspectos relacionados con el conocimiento,



actitudes y comportamientos. En ese sentido, las nuevas técnicas mediante el uso de la tecnología apuntan hacia un camino prometedor en la prevención de riesgos y la promoción de la salud sexual en esta población.

Desde una perspectiva médica y de salud pública, los hallazgos de este estudio respaldan la importancia de abordar la salud sexual de manera holística y accesible para los adolescentes. La implementación de programas de intervención digitales como 'Ámate Bien' podría servir como un enfoque viable y efectivo en la mejora de la salud sexual en contextos educativos y comunitarios, lo que maximizaría su impacto positivo en la salud sexual a nivel comunitario. Adicionalmente, los resultados sugieren que considerar un seguimiento prolongado y un diseño de investigación más amplio podría proporcionar una imagen más completa de los efectos a largo plazo del programa. La identificación de una posible correlación entre la continua participación en el programa y las modificaciones perdurables en la salud sexual podría ser un camino por explorar en futuros estudios, muy en especial en la población adolescentes quienes son los mayores implicados.



## CONCLUSIONES

### **Primero**

La evaluación de la implementación del programa "Ámate Bien" demostró un impacto favorable de 36% en la salud sexual de los adolescentes 18 y 19 años en las instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.

### **Segundo**

Se demostró que el programa "Ámate Bien" generó un impacto significativo y favorable en el conocimiento de los adolescentes de 18 y 19 años de las instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023. Específicamente, se identificó una mejora en los subdimensiones de conocimiento sobre la anatomía y fisiología sexual, las ITS y métodos anticonceptivo; sin embargo, no se logró una mejora significativa en los conocimientos sobre diversidad sexual y de género.

### **Tercero**

Los resultados obtenidos en el presente estudio revelan un impacto significativo y altamente favorable del programa "Ámate Bien" en el incremento de la frecuencia de uso del condón, es decir el comportamiento, entre los adolescentes de 18 y 19 años de las instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.

### **Cuarto**

La intervención del programa "Ámate Bien" impactó favorable y significativamente la actitud hacia la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años de las instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023. Específicamente, mejoró las actitudes sobre la importancia de la salud sexual, la preocupación por las ITS y el uso de métodos anticonceptivos. Las subdimensiones de percepción de la responsabilidad sexual, apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual, y estigmatización de la salud sexual no mostraron cambios significativos.



## RECOMENDACIONES

### **A las instituciones educativas superiores:**

- a. Evaluar la integración de programas como "Ámate Bien" como componente esencial de la educación y divulgación de la salud sexual en sus respectivas instituciones académicas.
- b. Designar recursos idóneos y personal capacitado para asegurar la ejecución efectiva y monitoreo continuo de dichos programas.
- c. Establecer colaboraciones con especialistas en salud sexual y profesionales del campo para enriquecer y fortificar las intervenciones de los programas.

### **A los profesionales de la salud y educadores:**

- a. Participar en iniciativas de formación que habiliten la implementación eficaz de programas como "Ámate Bien", proporcionando respaldo y guía a los profesionales médicos.
- b. Suministrar información precisa y actualizada sobre salud sexual, abordando aspectos como prevención de infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y consentimiento informado.
- c. Fomentar un ambiente de confidencialidad y consideración que permita a los adolescentes dialogar y adquirir conocimiento acerca de su salud sexual.

### **A los padres y tutores:**

- a. Participar activamente en las propuestas de programas como "Ámate Bien" mediante colaboraciones con las instituciones educativas.
- b. Establecer una comunicación abierta y desprovista de prejuicios con los adolescentes, resaltando la importancia de la salud sexual y el bienestar emocional.
- c. Brindar apoyo emocional, manifestar disponibilidad para responder consultas y ofrecer información pertinente en un entorno de comprensión y respeto.

### **A los propios adolescentes:**

- a. Participar de manera comprometida en programas como "Ámate Bien", aprovechando las ocasiones de educación y desarrollo personal que proporcionan.
- b. Buscar fuentes confiables y fundamentadas en evidencia para acceder a información sobre salud sexual y adoptar decisiones informadas.
- c. Cultivar relaciones íntimas responsables y respetuosas, promoviendo el mutuo consentimiento y la apertura en la comunicación con sus parejas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. 2023. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2)
2. Organización Mundial de la Salud, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research D and RT in HR. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado el 28 de abril de 2023]. 11 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274656>
3. Drosdzol-Cop A, Staniczek J, Orszulak D, Kowalczyk K, Fuchs A, Sieroszewski P, et al. The Polish Society of Gynecologists and Obstetricians' Expert Group Recommendations regarding adolescent pregnancy. Ginekol Pol [Internet]. el 31 de marzo de 2023 [citado el 5 de mayo de 2023];94(3):258–67. Disponible en: [https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_polska/article/view/94752](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/94752)
4. García Mañas A. Cómo trabajar en sexología con jóvenes y adolescentes. Madrid: Síntesis; 2015.
5. UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad un enfoque basado en la evidencia [Internet]. 2a ed. rev. Paris: UNESCO; 2018. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
6. Huamaní C, Cáceres CF, García PJ. Prevalence of sexually transmitted infections and associated factors among adolescents in Cusco, Peru. IJAMH [Internet]. 2021;33. Disponible en: [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342020000300437](https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300437)
7. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Mapa del embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes en el Perú [Internet]. Editora EISA S.R.L; 2022. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/mapa-del-embarazo-y-la-maternidad-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-en-el-per%C3%BA>
8. Jenner E, Walsh S, Henley C, Demby H, Leger R, Falk G. Randomized Trial of a Sexual Health Video Intervention for Black and Hispanic Adolescent Females. Prev Sci [Internet]. el 3 de febrero de 2023 [citado el 24 de abril de 2023]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11121-023-01499-0>
9. Ybarra M, Goodenow C, Rosario M, Saewyc E, Prescott T. An mHealth Intervention for Pregnancy Prevention for LGB Teens: An RCT. Pediatrics [Internet]. el 1 de marzo de 2021 [citado el 25 de abril de 2023];147(3):e2020013607. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/147/3/e2020013607/77069/An-mHealth-Intervention-for-Pregnancy-Prevention>
10. Manlove J, Cook E, Whitfield B, Johnson M, Martínez-García G, Garrido M. Short-Term Impacts of Pulse: An App-Based Teen Pregnancy Prevention Program for Black and Latin Women. J Adolesc Health [Internet]. febrero de 2020 [citado el 25 de abril de 2023];66(2):224–32. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X19304288>
11. Hafner SP, Craig Rushing S. Sexual Health, STI and HIV Risk, and Risk Perceptions Among American Indian and Alaska Native Emerging Adults. Prev Sci [Internet]. abril de 2019



[citado el 5 de mayo de 2023];20(3):331–41. Disponible en:  
<http://link.springer.com/10.1007/s11121-018-0920-7>

12. Hirshfield S, Downing MJ, Chiasson MA, Yoon IS, Houang ST, Teran RA, et al. Evaluation of Sex Positive! A Video eHealth Intervention for Men Living with HIV. *AIDS Behav* [Internet]. noviembre de 2019 [citado el 5 de mayo de 2023];23(11):3103–18. Disponible en:  
<https://link.springer.com/10.1007/s10461-019-02498-5>

13. Downs JS, Ashcraft AM, Murray PJ, Berlan ED, Bruine de Bruin W, Eichner J, et al. Video intervention to increase perceived self-efficacy for condom use in a randomized controlled trial of female adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2018;31. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.10.008>

14. Barbee AP, Cunningham MR, Van Zyl MA, Antle BF, Langley CN. Impact of Two Adolescent Pregnancy Prevention Interventions on Risky Sexual Behavior: A Three-Arm Cluster Randomized Control Trial. *Am J Public Health* [Internet]. septiembre de 2016 [citado el 25 de abril de 2023];106(S1):S85–90. Disponible en:  
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2016.303429>

15. Wang H, Singhal A. East los high: Transmedia edutainment to promote the sexual and reproductive health of young Latina/o Americans. *Am J Public Health* [Internet]. 2016;106. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303072>

16. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. *Anatomía con orientación clínica*. 8a edición. Barcelona, España: Wolters Kluwer; 2018.

17. Hall JE, editor. *Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica*. 14th ed. Elsevier; 2021.

18. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. 2010. Disponible en:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

19. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual: Una visión general [Internet]. 2002. Disponible en:  
[https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/es/)

20. Santelli JS, Smith Rogers A, Rosenfeld WD, DuRant RH, Dubler N, Morreale M, et al. Guidelines for adolescent health research. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. noviembre de 2003;33(5):396–409.

21. Piscitelli A, Cáceres CF, editores. *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. 1. ed. Miraflores, Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006. 396 p.

22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

23. United Nations Population Fund. Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings [Internet]. 2019. Disponible en:  
<https://www.unfpa.org/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings>

24. Ramos Jiménez J, Álvarez Elcoro S. *Infectología clínica*. Segunda edición. México, D.F.: El Manual Moderno; 2012.



25. Hogben M. Sexually transmitted disease screening by United States obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol* [Internet]. octubre de 2002 [citado el 12 de mayo de 2023];100(4):801–7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029784402021671>
26. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. el 5 de junio de 2015;64(RR-03):1–137.
27. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf>
28. Centers for Disease Control and Prevention. Contraception. 2021. Contraception. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>
29. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563888>
30. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Mexico), editor. Respeto, diversidad, igualdad sexual: guía para la acción pública contra la homofobia. Primera edición, reimpresión 2012. México, D.F: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; 2012. 55 p. (Guías para la acción pública (GAP)).
31. United Nations. Free & Equal: UN for LGBTI Equality [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.unfe.org/>
32. Widman L, Nesi J, Kamke K, Choukas-Bradley S, Stewart JL. Technology-Based Interventions to Reduce Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy Among Youth. *J Adolesc Health* [Internet]. junio de 2018 [citado el 16 de mayo de 2023];62(6):651–60. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X18300892>
33. International Planned Parenthood Federation. Monitoring and evaluation: a guidebook for sexual and reproductive health programmes. Londres: International Planned Parenthood Federation; 2016.
34. Guse K, Levine D, Martins S, Lira A, Gaarde J, Westmorland W, et al. Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review. *J Adolesc Health* [Internet]. diciembre de 2012 [citado el 16 de mayo de 2023];51(6):535–43. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X12001358>
35. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet* [Internet]. enero de 2016 [citado el 16 de mayo de 2023];387(10013):53–60. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615000562>
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental [Internet]. INEI; 2022. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>





37. UNESCO (author). Global Education Monitoring Report 2020 Inclusion and Education - All Means All. United Nations; 1901.
38. Intervención educativa dirigida al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Rev EUGENIO ESPEJO [Internet]. el 31 de diciembre de 2022 [citado el 11 de mayo de 2023];17(1):53–62. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/527>
39. UNESCO, editor. Gender equality: heritage and creativity. Paris: Unesco; 2014. 156 p.
40. Villa Romero AR, Moreno Altamirano L, García de la Torre GS. Epidemiología y estadística en salud pública. México D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2012.
41. Manjarres-Posada NI, Benavides-Torres RA, Pérez Baleón GF, Urrutia Soto MT, Onofre-Rodríguez DJ, Barbosa-Martínez RDC, et al. Effective Interventions to Prevent Repeat Pregnancies in Adolescents: A Systematic Review. SAGE Open [Internet]. octubre de 2022 [citado el 10 de octubre de 2023];12(4):215824402211303. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21582440221130309>
42. Millanzi WC, Kibusi SM, Osaki KM. Effect of integrated reproductive health lesson materials in a problem-based pedagogy on soft skills for safe sexual behaviour among adolescents: A school-based randomized controlled trial in Tanzania. Zhou M, editor. PLOS ONE [Internet]. el 22 de febrero de 2022 [citado el 25 de abril de 2023];17(2): e0263431. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0263431>



ANEXOS

**ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACION**

<b>Título del proyecto: “IMPACTO DEL PROGRAMA “ÁMATE BIEN”: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCION, CUSCO, 2023”</b>			
<b>Presentado por: Ramos Ataucuri, Harnold; Montoya Choccechanca, Masbey Lupita; Salazar Zegarra, Marco Antonio</b>			
<b>Problema general</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis general</b>	<b>Variables</b>
¿Cuál es el impacto del programa “Ámate bien” en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023?	Evaluar el impacto del programa “Ámate bien” en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.	La implementación del programa "Ámate bien" tendrá un impacto positivo en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023.	<b>Variable independiente:</b> – Programa de salud sexual  <b>Variable dependiente:</b> Salud sexual
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Hipótesis específicas</b>	
1. ¿Cuál es el impacto del programa “Ámate Bien” en el conocimiento de los adolescentes de 18 y 19 años sobre anatomía y fisiología sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y diversidad sexual y de género en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023? 2. ¿Cuál es el impacto del programa “Ámate Bien” en el comportamiento en salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años respecto al uso del condón en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023? 3. ¿Cuál es el impacto del programa “Ámate Bien” en la actitud de los adolescentes de 18 y 19 años hacia la Importancia de la salud sexual, la preocupación por las infecciones de transmisión sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la percepción de la responsabilidad sexual, el apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual; y la estigmatización de la salud sexual en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023?	1. Medir el impacto en el conocimiento de los adolescentes de 18 y 19 años sobre anatomía y fisiología sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y diversidad sexual y de género posterior a la implementación del programa "Ámate bien". 2. Medir el impacto en el comportamiento de los adolescentes de 18 y 19 años inmediatamente después del programa "Ámate bien" respecto al uso del condón. 3. Medir el impacto en la actitud de los adolescentes de 18 y 19 años hacia la importancia de la salud sexual, la preocupación por las infecciones de transmisión sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la percepción de la responsabilidad sexual, el apoyo a la igualdad de género y autonomía sexual; y la estigmatización de la salud sexual posterior a la implementación del programa "Ámate bien".	1. La intervención del programa "Ámate bien" en los adolescentes de 18 y 19 años de instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023, tendrá un impacto favorable en el conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y diversidad sexual y de género que antes del programa.  2. La intervención del programa "Ámate bien" en los adolescentes de 18 y 19 años de instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023, tendrá un impacto favorable en el comportamiento sexual respecto al mayor uso del condón.  3. La intervención del programa "Ámate bien" en los adolescentes de 18 y 19 años de instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023, tendrá un impacto favorable en la actitud hacia la Importancia de la salud sexual, la preocupación por las infecciones de transmisión sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la percepción de la responsabilidad sexual, el apoyo a la igualdad de género y la autonomía sexual; y la estigmatización de la salud sexual.	<b>Variables intervinientes:</b> – Edad – Género – Condición socioeconómica – Área geográfica – Orientación sexual



## ANEXO B: CONSETIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para participar en el ensayo clínico aleatorizado cuasiexperimental "Impacto del programa 'Ámate Bien': Un programa de intervención digital de salud sexual en adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023".

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_, declaro que he sido informado(a) y he comprendido los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos asociados con mi participación en el ensayo clínico mencionado anteriormente. Además, entiendo que mi participación es voluntaria y que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa.

#### Objetivos del estudio:

El objetivo de este ensayo clínico es evaluar el impacto del programa "Ámate Bien" en la salud sexual de los adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, en el año 2023. El programa consiste en una intervención digital diseñada para promover la salud sexual y prevenir enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y conductas de riesgo.

#### Procedimientos del estudio:

Si acepto participar en este ensayo clínico, se me asignará aleatoriamente a uno de los dos grupos: el grupo de intervención o el grupo de control. Aquellos asignados al grupo de intervención recibirán acceso al programa "Ámate Bien" durante un período determinado, mientras que aquellos asignados al grupo de control no recibirán acceso al programa durante el estudio.

Durante el estudio, se me solicitará completar cuestionarios y encuestas relacionadas con mi salud sexual, conocimientos, comportamientos y actitudes. Estos cuestionarios pueden incluir preguntas sobre mi historial sexual, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, entre otros temas relacionados.

#### Beneficios del estudio:

Al participar en este ensayo clínico, puedo beneficiarme al recibir información y herramientas para mejorar mi salud sexual y prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Además, mi participación puede contribuir al conocimiento científico y ayudar a mejorar los programas de salud sexual dirigidos a adolescentes.

#### Riesgos y medidas de seguridad:

Existen riesgos mínimos asociados con mi participación en este estudio, como la posibilidad de sentir incomodidad o invasión de la privacidad al responder preguntas personales sobre mi salud sexual. Sin embargo, se tomarán todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y privacidad de la información recopilada durante el estudio.

#### Confidencialidad y privacidad:

Toda la información recopilada durante el estudio se mantendrá en estricta confidencialidad. Mi nombre y cualquier dato personal identificable no serán divulgados en ningún informe o publicación relacionada con el estudio. La información se utilizará únicamente con fines de investigación y se almacenará de manera segura.

#### Derechos del participante:

Al participar en este ensayo clínico, tengo los siguientes derechos:

1. Derecho a recibir información clara y comprensible sobre el estudio.
2. Derecho a hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias antes de decidir participar.
3. Derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas.
4. Derecho a la confidencialidad y privacidad de mis datos personales.
5. Derecho a recibir atención médica adecuada en caso de cualquier problema relacionado con mi participación en el estudio.

#### Consentimiento:

Al firmar este documento, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar voluntariamente en el ensayo clínico "Impacto del programa 'Ámate Bien'" y autorizo a los investigadores a recopilar, utilizar y analizar la información relacionada con mi participación en el estudio.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**ANEXO C: INFORME DE VALIDEZ DEL CUESTIONARIO Y DEL PROGRAMA DIGITAL “ÁMATE BIEN”**

**HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN “IMPACTO DEL PROGRAMA “ÁMATE BIEN”: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCION, CUSCO, 2023”**

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	<del>3</del>	4	5
---	---	--------------	---	---

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------



7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

---

---

---

  
Hilda Zepeda Coosi Paucar  
GINECO OBSTETRICIA  
CMP 44460 - RNE 119

Firma y sello del validador

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Ramos Ataucuri, Harnold

Montoya Choccechanca, Masbey Lupita



HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN "IMPACTO DEL PROGRAMA "ÁMATE BIEN": UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCION, CUSCO, 2023"

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

---



---



---

  
 CLAUDIA LIZ HERNANDEZ ROQUE  
 GINECOLOGA OBSTETRA  
 CMI 048480 RNE 044537

Firma y sello del validador

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Ramos Ataucuri, Harold  
Montoya Choccechanca, Masbey Lupita



**HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN "IMPACTO DEL PROGRAMA "ÁMATE BIEN": UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN, CUSCO, 2023"**

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---





7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?


---



---



---



Firma y sello del validador

Dr. JOSE VICTOR MANCHEGO ENRIQUETA  
 MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN MEDICINA  
 FAMILIAR Y COMUNITARIA  
 AUDITOR MEDICO - FOTOGRAFISTA

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Ramos Ataucuri, Harnold

Montoya Choccechanca, Masbey Lupita



HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN "IMPACTO DEL PROGRAMA "ÁMATE BIEN": UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN, CUSCO, 2023"

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------



7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

---



---



---

Dra. Lupita León Garate  
Médico Cirujana  
CMP: 42185

Firma y sello del validador

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Ramos Alaucuri, Harnold

Montoya Choccechanca, Masbey Lupita



**INFORME DE PROGRAMA DIGITAL “AMATE BIEN”**

**Para:** Harnold Ramos Ataucursi  
Bachiller en Medicina Humana  
Universidad Andina del Cusco

**De:** Melcy Quispe

**Asunto:** “ INFORME DE PROGRAMA DIGITAL “AMATE BIEN” ”

---

Me dirijo a usted en respuesta a su solicitud para hacer de su conocimiento que se ha revisado el programa digital titulado “Amate bien” que forma parte del la tesis titulada “Impacto del programa “Amate bien”: un programa de intervención digital de salud sexual en adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de La Convención, Cusco, 2023” desarrollado a traves de una pagina web, presentado por el señor Harnold Ramos Ataucuri.

Luego de haberse subsanado las observaciones realizadas, hago llegar el informe en los siguientes términos:

- **En cuanto a la forma:** La pagina web es de facil acceso y entendimiento , cuenta con diseños y organización adecuada para la población a la cual se dirige.
- **En cuanto al contenido:** La pagina web contiene videos que transmiten los objetivos del estudio.

**POR LO TANTO:** Opino que el programa digital “Amate bien” tiene validez para ser aplicado.

Atentamente:

---

Melcy Quispe

Psicóloga – Consultora en salud  
sexual y salud reproductiva



**ANEXO D: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA  
HUMANA  
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO**



**CUESTIONARIO ACERCA DEL IMPACTO DEL PROGRAMA “ÁMATE BIEN”: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIGITAL DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS SUPERIORES DE LA PROVINCIA DE LA CONVENCION, CUSCO, 2023**

**Cuestionario acerca del impacto del programa “Ámate bien”: Un programa de intervención digital de salud sexual en adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores de la provincia de la Convención, cusco, 2023**

Antes de empezar, lee lo siguiente:

El presente cuestionario forma parte de un estudio sobre el impacto del programa “**Ámate bien**”: un programa de intervención digital de salud sexual en adolescentes de 18 y 19 años en instituciones educativas superiores. La presente encuesta es realizada por alumnos de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco.

NO escriba su nombre en el cuestionario. Sus respuestas serán confidenciales. Nadie sabrá lo que ha respondido al cuestionario. Las preguntas sobre algunos datos personales se utilizarán solo para fines de la presente investigación. La información no se utilizará para averiguar ningún nombre. No se revelará ningún nombre en ningún momento.

Se le agradece anticipadamente por contribuir con la presente investigación. Responda a las preguntas con la verdad de acuerdo con lo que sepa, por ello responda con la mayor franqueza posible.

Esto no es una prueba. Si no encuentra una respuesta que sea exactamente la que corresponda, marque la más parecida. Lea cada una de las preguntas y marca la que le parezca la mejor respuesta a cada pregunta, poniendo un aspa (x) o llenando la información en los espacios correspondientes.

Si tiene alguna pregunta no dude en hacerla, el encuestador lo ayudará.

Muchas gracias por su ayuda.

Puede comenzar.



**I.GENERALIDADES**

Por favor, selecciona una de las siguientes opciones

No	Pregunta	Respuesta
1	¿Cuántos años tiene usted? (en años cumplidos)	a. 18 b. 19
2	¿A qué sexo pertenece usted?	a. Masculino b. Femenino
3	¿Cuál es su orientación sexual?	a. Homosexual (mismo sexo) b. Heterosexual (del sexo opuesto) c. Bisexual (de ambos sexos) d. Asexual (ninguna de las anteriores) e. Pansexual No estoy seguro/No deseo responder
4	¿A qué grupo étnico pertenece?	a. Mestizo b. Quechua c. Aymara d. Amazónico (shipibo, asháninka, otros) Criollo
5	Seleccione la opción que mejor describa la ubicación geográfica de su residencia actual	a. Rural b. Urbano
6	¿Ha tenido usted o su pareja algún embarazo anteriormente, incluyendo pérdidas?	a. Participante con nacido vivo b. Participante con aborto o hijo muerto c. Participante sin embarazo

Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señala el puntaje con el que esté de acuerdo o desacuerdo en cada una de ellas.

Preguntas	Respuestas
7 ¿Cuál es la profesión u ocupación del jefe de la familia?	a Profesión universitaria, financista, banqueros, alto comerciante con posiciones gerenciales, oficiales de las fuerzas armadas nacionales (si tienen rango de educación superior).
	b Profesional técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
	c Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores.
	d Obrero especializado, tractorista, taxista, parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	e Obrero no especializado, servicio doméstico u otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
8 ¿Cuál es el nivel de instrucción de su padre?	a Universitario o equivalente.
	b Enseñanza técnica o superior y/o secundaria completa.
	c Secundaria incompleta o técnico inferior.
	d Educación primaria completa.
	e Educación primaria incompleta o analfabeta.
9.Cuál es el nivel de instrucción de su madre?	a Universitario o equivalente.
	b Enseñanza técnica o superior y/o secundaria completa.
	c Secundaria incompleta o técnico inferior.
	d Educación primaria completa.
	e Educación primaria incompleta o analfabeta.
10.¿Cuál es la principal fuente de ingresos de su casa?	a Fortuna heredada o adquirida repentinamente.
	b Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
	c Sueldo mensual o quincenal.
	d Salario diario o semanal.
	e Ingresos de origen público o privado (subsídios).
11. ¿Cuál es la condición de su vivienda?	a Vivienda amplia con óptimas condiciones sanitarias (urbanización residencial, una persona por habitación y con baño privado).
	b Vivienda amplia con excelentes condiciones sanitarias (con habitaciones suficientes para los miembros de la familia y un número adecuado de baños, no se considera indispensable un baño por habitación).



c	Viviendas con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias (en general las habitaciones son compartidas. La vivienda no debe tener menos de dos baños).
d	Vivienda con espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias (deficiencias en alguna o algunas de las siguientes condiciones sanitarias: número de baños, agua, electricidad, exceso de personas, ventilación y luz natural).
e	Rancho o Vivienda con una Habitación y Condiciones Sanitarias inadecuadas.

**12. Respecto a la frecuencia del consumo de alcohol, ¿En cuál grupo considera que se encuentra usted?**

A	Nunca.
B	Una o menos veces al mes.
C	2 a 4 veces al mes y más de 2 copas en cada una de ella.
D	2 a 3 veces a la semana y más de 2 copas en cada una de ella.
E	3 o más veces a la semana y más de 2 copas en cada una de ella.

**13. Respecto al consumo de tabaco, ¿En cuál grupo considera que se encuentra usted?**

a	No fumador (si nunca ha fumado).
b	Exfumador ocasional (si fumó en el pasado más de 100 cigarrillos, pero nunca diario).
c	Exfumador diario (si fumó en el pasado más de 100 cigarrillos en su vida y lo hizo diario).
d	Fumador ocasional en reducción (si llegó a fumar diariamente pero ya no lo hace).
e	Fumador ocasional experimentador (si ha fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y en la actualidad fuma ocasionalmente).

**II. PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL**

Por favor, lea atentamente cada pregunta y marque la opción que usted crea correcta

Pregunta	Respuesta	Pregunta	Respuesta
<b>14. ¿Qué órgano se encuentra en la parte inferior del útero y conecta con la vagina?</b>	a) Ovario b) Cérvix o cuello uterino c) Vagina d) Trompas de Falopio	<b>15. ¿Qué estructura se encuentra en la base del pene y ayuda a controlar la micción y la eyaculación?</b>	a) Testículos b) Epidídimo c) Próstata d) Músculo esfínter uretral externo
<b>16. ¿Cuál es la función principal de los labios mayores en la vulva?</b>	a) Proteger los órganos sexuales internos b) Secretar lubricación vaginal c) Contener el clítoris y los labios menores d) Ninguna de las anteriores	<b>17. ¿Qué estructura es la responsable de la producción de óvulos en las mujeres?</b>	a) Ovarios b) Vagina c) Útero d) Clítoris
<b>18. ¿Qué estructura conecta los testículos con la uretra en los hombres?</b>	a) Vasos deferentes b) Epidídimo c) Vesículas seminales d) Próstata	<b>19. ¿Cuál es la función de los cuerpos cavernosos en el pene?</b>	a) Controlar la micción y la eyaculación b) Proteger los órganos sexuales internos c) Albergar los nervios y vasos sanguíneos que permiten la erección d) Ninguna de las anteriores
<b>20. ¿Qué estructura es responsable de la producción de líquido seminal en los hombres?</b>	a) Vesículas seminales b) Epidídimo c) Testículos d) Próstata	<b>21. ¿Qué estructura permite la entrada de semen y la salida de la sangre menstrual?</b>	a) Útero b) Cérvix o cuello uterino c) Vagina d) Clítoris



<p>22. ¿Qué estructura del sistema reproductivo masculino se encarga de la producción y almacenamiento de los espermatozoides?</p>	<p>a) Epidídimo b) Testículos c) Próstata d) Vasos deferentes</p>	<p>23. ¿Qué estructura del sistema reproductivo femenino se encarga de la producción y secreción de hormonas sexuales?</p>	<p>a) Ovarios b) Vagina c) Clítoris d) Útero</p>
<p>24. ¿Qué es la ovulación?</p>	<p>a) El momento en el que se fecunda el óvulo b) El momento en que se libera el óvulo del ovario c) El momento en que el óvulo se implanta en el útero d) El momento en que se expulsa el óvulo del cuerpo</p>	<p>25. ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente el ciclo menstrual de una mujer?</p>	<p>a) 14 días b) 21 días c) 28 días d) 35 días</p>
<p>26. ¿Qué es la erección del pene?</p>	<p>a) La liberación de los espermatozoides b) La contracción de los músculos pélvicos c) La acumulación de sangre en los cuerpos cavernosos del pene d) La expulsión del semen del cuerpo</p>	<p>27. ¿Qué es la eyaculación precoz?</p>	<p>a) La imposibilidad de tener una erección b) La incapacidad de tener orgasmos c) La eyaculación antes de lo deseado durante el acto sexual d) La falta de deseo sexual</p>
<p>28. ¿Cuál es la función principal de los testículos en los hombres?</p>	<p>a) Producir espermatozoides b) Producir testosterona c) Producir óvulos d) Producir estrógenos</p>	<p>29. ¿Qué es la menopausia?</p>	<p>a) El momento en que una mujer comienza a menstruar b) El momento en que una mujer deja de menstruar de forma permanente c) El momento en que una mujer ovula por primera vez d) El momento en que una mujer queda embarazada</p>
<p>30. ¿Cuál es la función principal de la vagina en las mujeres?</p>	<p>a) Producir espermatozoides b) Producir óvulos c) Recibir el pene durante el acto sexual d) Secretar hormonas sexuales femeninas</p>	<p>31. ¿Qué es la disfunción eréctil?</p>	<p>a) La imposibilidad de tener una erección b) La incapacidad de tener orgasmos c) La eyaculación antes de lo deseado durante el acto sexual d) La falta de deseo sexual</p>
<p>32. ¿Qué es la menstruación?</p>	<p>a) La liberación de los espermatozoides b) La liberación del óvulo del ovario c) La expulsión del óvulo del cuerpo d) La eliminación del revestimiento del útero a través de la vagina</p>	<p>33. ¿Qué es la estimulación sexual?</p>	<p>a) El proceso de ovulación en las mujeres b) El proceso de liberación de los espermatozoides en los hombres c) La activación de los sentidos y emociones que conducen al deseo sexual d) La expulsión del semen del cuerpo en los hombres</p>
<p>34. ¿Cuál de las siguientes ITS se puede prevenir mediante la vacunación?</p>	<p>a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Clamidia</p>	<p>35. ¿Cuál es la ITS más común a nivel mundial?</p>	<p>a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Clamidia</p>
<p>36. ¿Cuál de las siguientes ITS se puede</p>	<p>a) VIH/SIDA b) Gonorrea</p>	<p>37. ¿Cuál de las siguientes ITS se puede contraer</p>	<p>a) VIH/SIDA b) Gonorrea</p>





transmitir a través de la leche materna?	c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Sífilis	mediante el contacto con sangre infectada?	c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Herpes genital
38. ¿Cuál de las siguientes ITS puede causar infertilidad en las mujeres?	a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Clamidia	39. ¿Cuál de las siguientes ITS puede causar verrugas genitales?	a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Sífilis
40. ¿Cuál de las siguientes ITS puede causar síntomas como dolor al orinar y secreción vaginal o del pene?	a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Herpes genital	41. ¿Cuál no es una medida de prevención efectiva para evitar la transmisión de las ITS?	a) Abstinencia sexual. b) Uso correcto y consistente de preservativos. c) Realización regular de pruebas de detección de ITS. d) Múltiples parejas sexuales
42. ¿Cuál de las siguientes ITS se puede transmitir a través del contacto piel con piel?	a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Sífilis	43. ¿Cuál de las siguientes ITS puede ser tratada con un antibiótico?	a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Herpes genital
44. ¿Cuál de las siguientes ITS puede ser transmitida a través del sexo anal, vaginal y oral?	a) VIH/SIDA b) Gonorrea c) VPH (Virus del Papiloma Humano) d) Sífilis	45. ¿Cuál es el método anticonceptivo más efectivo?	a) Píldora anticonceptiva b) Condón c) DIU d) Espermicida
46. ¿Qué método anticonceptivo protege contra las infecciones de transmisión sexual?	a) Píldora anticonceptiva b) Condón c) DIU d) Espermicida	47. ¿Qué método anticonceptivo debe usarse solo en casos de emergencia?	a) Píldora del día siguiente b) Condón c) DIU d) Espermicida
48. ¿Cómo se usa el condón correctamente?	a) Se coloca en la vagina antes de tener relaciones sexuales b) Se coloca en el pene antes de tener relaciones sexuales c) Se ingiere antes de tener relaciones sexuales d) Se aplica en el ano antes de tener relaciones sexuales	49. ¿Qué método anticonceptivo hormonal se inyecta en el cuerpo?	a) Píldora anticonceptiva b) Anillo vaginal c) Inyección anticonceptiva d) Implante anticonceptivo
50. ¿Qué método anticonceptivo debe ser insertado por un profesional de la salud?	a) Píldora anticonceptiva b) Condón c) DIU d) Espermicida	51. ¿Qué método anticonceptivo se coloca en la vagina antes de tener relaciones sexuales?	a) Píldora anticonceptiva b) Condón femenino c) DIU d) Espermicida
52. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es más adecuado para parejas que desean tener hijos en el futuro, pero no en el momento actual?	1. Ligadura de trompas 2. Vasectomía 3. Píldoras anticonceptivas 4. Dispositivo intrauterino (DIU)	53. ¿Cuánto tiempo puede durar la protección del DIU de T de cobre?	a) 1 año b) 3 años c) 5 años d) 10 años



<p><b>54. ¿Qué método anticonceptivo requiere la cooperación de la pareja?</b></p>	<p>a) Píldora anticonceptiva b) Condón c) DIU d) Espermicida</p>	<p><b>55. ¿Qué es la orientación sexual?</b></p>	<p>a) El género con el que uno se identifica. b) La atracción emocional y sexual hacia otras personas. c) La forma en que uno se viste y actúa. d) La religión a la que uno pertenece.</p>
<p><b>56. ¿Qué es la identidad de género?</b></p>	<p>a) El género que se le asigna a una persona al nacer. b) El género con el que uno se identifica. c) La forma en que uno se viste y actúa. d) La orientación sexual hacia personas del mismo género.</p>	<p><b>57. ¿Qué significa el acrónimo LGBT+?</b></p>	<p>a) Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transexuales y más. b) Luchando por la igualdad de género y diversidad. c) Legalización de los derechos LGBT. d) Líderes de la comunidad LGBT.</p>
<p><b>58. ¿Qué significa la expresión de género?</b></p>	<p>a) La forma en que uno se viste y actúa. b) La atracción emocional y sexual hacia otras personas. c) El género que se le asigna a una persona al nacer. d) El género con el que uno se identifica.</p>	<p><b>59. ¿Qué es la intersexualidad?</b></p>	<p>a) Cuando una persona no se identifica con el género que le asignaron al nacer. b) Cuando una persona tiene una atracción emocional y sexual hacia personas del mismo género. c) Cuando una persona tiene características sexuales que no encajan en la definición típica de masculino o femenino. d) Cuando una persona no tiene una orientación sexual clara.</p>
<p><b>60. ¿Qué es la transexualidad?</b></p>	<p>a) La atracción emocional y sexual hacia personas del mismo género. b) Cuando una persona no se identifica con el género que le asignaron al nacer. c) Cuando una persona tiene una orientación sexual diferente a la de la mayoría. d) Cuando una persona tiene una expresión de género diferente a la de la mayoría.</p>	<p><b>61. ¿Qué es la bisexualidad?</b></p>	<p>a) La atracción emocional y sexual hacia personas de ambos géneros. b) La atracción emocional y sexual hacia personas del mismo género. c) La atracción emocional y sexual hacia personas del género opuesto. d) La atracción emocional y sexual hacia personas de géneros no binarios.</p>
<p><b>62. ¿Qué significa el término no binario?</b></p>	<p>a) Una persona que no se identifica con ningún género. b) Una persona que se identifica con ambos géneros. c) Una persona que se identifica con un género intermedio. d) Una persona que tiene una orientación sexual diferente a la de la mayoría.</p>	<p><b>63. ¿Qué es la homofobia?</b></p>	<p>a) La discriminación y el odio hacia personas con diferentes orientaciones sexuales. b) La atracción emocional y sexual hacia personas del mismo género. c) La identificación con un género diferente al asignado al nacer. d) La discriminación hacia personas de géneros no binarios.</p>



<p>64. ¿Qué es la transfobia?</p>	<p>a) La discriminación y el odio hacia personas transgénero. b) La discriminación y el odio hacia personas con diferentes orientaciones sexuales. c) La identificación con un género diferente al asignado al nacer. d) La atracción emocional y sexual hacia personas</p>		
-----------------------------------	---	--	--

III. PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE COMPORTAMIENTO DE SALUD SEXUAL

Pregunta	Respuesta	Pregunta	Respuesta
<p>65. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual completa (con penetración vaginal o anal)?</p>	<p>a) Menos de 13 años b) Entre 13 y 15 años c) Entre 16 y 18 años d) 19 años e) No he iniciado mi vida sexual</p>	<p>66. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta ahora?</p>	<p>a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) Mayor o igual a 5</p>
<p>67. ¿Has utilizado algún tipo de método de barrera (como el condón) en tus relaciones sexuales?</p>	<p>a) Sí b) No c) No he tenido relaciones sexuales</p>	<p>68. ¿Con qué frecuencia actual utilizas condones durante las relaciones sexuales?</p>	<p>a) Siempre b) A menudo c) A veces d) Raramente e) Nunca</p>
<p>69. ¿Sabes cómo usar correctamente un condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados?</p>	<p>a) Sí b) No c) Más o menos</p>	<p>70. ¿Has tenido alguna experiencia en la que no utilizaste un condón y después te arrepentiste?</p>	<p>a) Sí b) No c) No he tenido relaciones sexuales</p>

IV. PREGUNTAS ESPECIFICAS SOBRE LA ACTITUD HACIA LA SALUD SEXUAL

Indique su grado de acuerdo con las afirmaciones mediante la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo: 1

En desacuerdo: 2

Ni en desacuerdo ni de acuerdo: 3

De acuerdo: 4

Totalmente de acuerdo: 5

N°	Enunciados	Grado de acuerdo				
		1	2	3	4	5
71	La educación sexual es fundamental para tomar decisiones informadas sobre mi salud sexual.					
72	La educación sexual contribuye a mi bienestar emocional y físico.					
73	Considero que recibir educación sexual es esencial en mi desarrollo como persona.					
74	La educación sexual me ayuda a entender mejor mi cuerpo y mis necesidades sexuales					
75	Valorizo la educación sexual como una herramienta para prevenir problemas de salud sexual					
76	Me preocupa contraer una ITS					
77	Considero que las ITS son un riesgo importante en la actividad sexual sin protección					
78	La posibilidad de adquirir una ITS me genera inquietud					
79	Las ITS son una preocupación constante en mis decisiones sexuales.					
80	Estoy consciente de los riesgos y consecuencias de no protegerme contra las ITS.					
81	El uso de métodos anticonceptivos es esencial para una sexualidad saludable					
82	Considero que los métodos anticonceptivos son eficaces en la prevención de embarazos no deseados.					
83	Valorizo la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos.					



84	Los métodos anticonceptivos me brindan seguridad y tranquilidad en mis relaciones sexuales.					
85	Estoy dispuesto/a a utilizar métodos anticonceptivos para protegerme y proteger a mi pareja					

Indique su grado de acuerdo con las afirmaciones mediante la siguiente escala:

- Nada responsable: 1
- Poco responsable: 2
- Algo responsable: 3
- Bastante responsable: 4
- Totalmente responsable: 5

N°	Enunciados	Grado de acuerdo				
		1	2	3	4	5
86	Creo que es importante ser responsable y tomar decisiones conscientes en mi vida sexual.					
87	Me preocupo por el impacto de mis acciones sexuales en mi salud y en la de mi pareja.					
88	Creo que tener relaciones sexuales con alguien con quien no se tiene una relación estable puede ser irresponsable.					
89	Soy consciente de los riesgos y consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección					
90	Creo que es importante tener conversaciones abiertas y honestas sobre el sexo y las prácticas sexuales con mi pareja.					
91	Me siento responsable de asegurarme de que el sexo sea seguro y consensuado.					
92	Creo que es importante tomar medidas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado.					
93	Considero que es mi responsabilidad informarme sobre los diferentes métodos anticonceptivos y elegir el que sea más adecuado para mí.					
94	Soy consciente de que mis decisiones sexuales pueden tener un impacto en mi futuro y en el de mi pareja.					
95	Creo que es importante respetar los límites y las decisiones de mi pareja en el ámbito sexual.					

Indique su grado de acuerdo con las afirmaciones mediante la siguiente escala:

- Totalmente en desacuerdo: 1
- En desacuerdo: 2
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo: 3
- De acuerdo: 4
- Totalmente de acuerdo: 5

N°	Enunciados	Grado de acuerdo				
		1	2	3	4	5
96	Creo que hombres y mujeres deben tener las mismas oportunidades en cuanto a su sexualidad.					
97	Creo que las mujeres tienen el derecho de tomar sus propias decisiones en cuanto a su cuerpo y su sexualidad.					
98	Creo que las personas deben poder elegir el tipo de relación sexual que desean tener.					
99	Creo que los estereotipos de género no deberían influir en la elección de pareja sexual.					
100	Creo que las personas deberían tener la libertad de expresar su sexualidad sin ser juzgados o discriminados.					
101	Las personas que tienen muchas parejas sexuales son irresponsables.					
102	Las enfermedades de transmisión sexual solo les ocurren a las personas promiscuas.					
103	Los métodos anticonceptivos son solo para las mujeres y los hombres no tienen ninguna responsabilidad en la prevención de embarazos no deseados.					



<b>104</b>	Las personas que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio son inmorales.					
<b>105</b>	Los homosexuales son una amenaza para la sociedad					
<b>106</b>	Las mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentes son promiscuas o se ven degradadas.					
<b>107</b>	Las personas que utilizan servicios de planificación familiar son inmorales o no respetan la vida.					

**¡AGRADECEMOS PROFUNDAMENTE SU PARTICIPACIÓN!**