



INFORME EVALUACIÓN DEL PROGRAMA ESI



Percepción sobre salud sexual y reproductiva





OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL DESARROLLO

EVIDENCIA

2025

EVIDENCIA

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL DESARROLLO

DIRECCIÓN GENERAL

GLEISI JARLET CUBAS

Directora General

MELISSA MONTERO

Vicedirectora General

ANÁLISIS

DIANA URVIOLA

Directora de Investigación

SHARMELY APAZA

MELANY FERREYRA

Equipo de Investigación

DISEÑO

ANDREA BORASINO

Directora de Comunicaciones

ANGELICA LLANCARI

JENNY PHER QUISPE

ANDY RUFAS TO

Equipo de Comunicaciones

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

ADN Creativo

SERMAS

VOCES

Red de Participación Juvenil de Innepares

Centro Juvenil Futuro

Voluntariado de Psicología del Perú

Sembrando Sueños

VESR

UnAliado

EVIDENCIA

Red Juvenil de Liderazgo y Acción en ESI
(RED ESI)

Evaluación de un Programa de Educación Sexual Integral: Percepción del Riesgo y el Uso de Métodos Anticonceptivos en Estudiantes de Secundaria de Lima, Perú

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar el cambio en las percepciones de los estudiantes de 5to de secundaria sobre la salud sexual y reproductiva antes y después de impartir un programa de Educación Sexual Integral (ESI). La metodología consistió en un estudio cuasi-experimental con enfoque cuantitativo, utilizando un diseño de pre-test y post-test aplicados al mismo grupo de estudiantes. Se recopilaron datos a través de cuestionarios que midieron cambios en ambas dimensiones, analizados mediante estadística descriptiva (medias, medianas y modas) y baremos.

Los resultados encontrados evidenciaron una mejora general de la percepción de los estudiantes tras la intervención del programa. En la dimensión de uso de métodos anticonceptivos, se observaron avances más significativos, lo que sugiere una mayor efectividad del programa en fomentar prácticas responsables. Por otro lado, los cambios en la percepción del riesgo fueron moderados y no uniformes entre los participantes, lo que señala la necesidad de fortalecer las estrategias enfocadas en esta dimensión.

Como conclusión, el programa de ESI mostró ser efectivo en promover el uso de métodos anticonceptivos, aunque el cambio en la percepción del riesgo fue menos pronunciado. Se recomienda incorporar actividades prácticas, como dinámicas grupales y situaciones hipotéticas que fomenten la reflexión crítica y la toma de decisiones responsables. Asimismo, se plantea la implementación de sistemas de seguimiento y cuestionarios adicionales para retroalimentar el proceso. Este estudio resalta la importancia de la educación sexual integral como herramienta fundamental para mejorar el bienestar y las decisiones informadas de los adolescentes.

Palabras clave: Educación Sexual Integral, percepción del riesgo, métodos anticonceptivos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	11
2.1. Objetivo general.....	11
2.2. Objetivos específicos	11
3. HIPÓTESIS	11
4. MARCO TEÓRICO	12
4.1. Antecedentes.....	12
4.2. Educación Sexual Integral (ESI).....	13
4.2.1. Implementación de la ESI.....	14
4.3. Salud sexual y reproductiva en adolescentes	16
4.4. Características del desarrollo sexual en la adolescencia.....	18
4.5. Factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.....	19
4.6. Percepción de riesgos en salud sexual	19
4.6.1. Teorías sobre la percepción del riesgo (Teoría de la Acción Razonada).....	19
4.7. Autoeficacia en la toma de decisiones sobre sexualidad	21
4.8. Comunicación en temas de sexualidad	21
4.9. Programas de intervención en educación sexual	22
5. METODOLOGÍA.....	24
5.1. Diseño y participantes.....	24
5.2. Intervención	25
5.3. Unidad de Estudio.....	26
5.4. Muestra	26
5.4.1. Técnica e instrumento	29
5.5. Análisis de datos	29
6. RESULTADOS	30
6.1. Actitud hacia el riesgo	30

6.2. Uso de métodos anticonceptivos.....	31
6.3. Autoeficacia en la toma de decisiones	32
6.4. Autoeficacia hacia la comunicación sobre sexualidad.....	33
7. DISCUSIÓN	34
8. CONCLUSIONES	35
9. RECOMENDACIONES.....	37
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características del desarrollo sexual en la adolescencia.....	18
Tabla 2 Capacitación para miembros de las organizaciones participantes	24
Tabla 3 Fases de la capacitación	25
Tabla 4 Cronograma de sesiones, 2024	26
Tabla 5 Edad de los estudiantes encuestados.....	28
Tabla 6 Estructura del cuestionario.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Componentes esenciales de la Educación Sexual Integral	14
Figura 2 Implementación de la ESI	16
Figura 3 Marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva (Adaptación del Rosetón)	17
Figura 4 Muestra según sexo	27
Figura 5 Muestra según sección.....	28
Figura 6 Actitud hacia el riesgo Pre & Post Test.....	30
Figura 7 Uso de método anticonceptivos Pre & Post Test	31
Figura 8 Autoeficacia en la toma de decisiones Pre & Post Test	32
Figura 9 Autoeficacia hacia la comunicación sobre la sexualidad Pre & Post Test	33

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, Perú enfrenta desafíos críticos respecto a la educación sexual, con estadísticas alarmantes de ITS y embarazos en los adolescentes. Un estudio identificó que los conocimientos sobre ITS y medidas preventivas en adolescentes peruanos andinos de la región de Junín se clasifica como de nivel medio (76%), mientras que el 20.50% de la población presenta un nivel bajo y solo el 3.5% alcanza un nivel alto de conocimiento sobre ITS (Chanamé Zapata et al., 2021). Asimismo, entre enero y octubre de 2024, 32,869 niñas y adolescentes dieron a luz a nivel nacional, 948 tenían entre 10 a 14 años (MINSa, 2024).

Además, la implementación de las Directrices Educativas para la Educación Sexual Integral (ESI) ha enfrentado significativos desafíos institucionales. Según Motta et al. (2017), su desarrollo se ha visto obstaculizado por la falta de apoyo político y debilidades en el poder ejecutivo, especialmente después de los cambios organizativos en el Ministerio de Educación. Sin embargo, la adopción de un nuevo plan nacional de estudios en 2016, que incluye una perspectiva más amplia sobre ESI, sugiere posibles avances en la materia, a pesar de la resistencia de algunos grupos. Así también, Keogh et al. (2020) indica que la educación sexual integral se ha limitado tradicionalmente a aspectos biológicos, descuidando temas cruciales como anticoncepción, género y derechos, en contraposición con las expectativas de los estudiantes. Además, este estudio indica que los métodos pedagógicos utilizados no han sido lo suficientemente interactivos para desarrollar efectivamente habilidades y valores fundamentales en la formación sexual de los jóvenes.

A pesar de los esfuerzos por incluir la educación sexual en el currículo escolar, muchos adolescentes en el país carecen de un acceso adecuado a información confiable y a un programa de ESI integral que impulse a una mejor toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Para abordar esta problemática, se desarrolló un programa de ESI específicamente dirigido a estudiantes de quinto año de secundaria. Esta iniciativa surge de la necesidad de proporcionar una educación sexual comprehensiva que vaya más allá de lo puramente biológico, abordando las dimensiones emocionales, psicológicas y sociales de la sexualidad.

Esta investigación evalúa el impacto de un programa de ESI implementado en una muestra de 88 estudiantes de 5to de secundaria, con el objetivo de comprender cómo influye en su percepción de riesgos, actitudes hacia métodos anticonceptivos y habilidades de comunicación en temas de sexualidad. Además, aspira a preparar a los estudiantes para la vida adulta, fomentando valores de respeto, diversidad e igualdad de género.

Los hallazgos de este estudio contribuirán al debate académico sobre la efectividad de la ESI en contextos urbanos y proporcionarán una base empírica para fortalecer las políticas educativas en salud sexual, dirigidas a adolescentes en el país.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivo general

Evaluar el cambio en las percepciones de los estudiantes de 5to de secundaria sobre la salud sexual y reproductiva antes y después de impartir un programa de Educación Sexual Integral (ESI).

2.2. Objetivos específicos

Describir las percepciones de los estudiantes sobre los riesgos asociados a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo adolescente antes y después del programa ESI.

Identificar las actitudes y el nivel de confianza de los estudiantes hacia el uso de métodos anticonceptivos en las etapas previa y posterior al programa ESI.

Describir las percepciones de los estudiantes sobre su capacidad para tomar decisiones informadas en salud sexual y reproductiva en ambas etapas del programa.

Identificar la autoeficacia percibida para la comunicación en temas de sexualidad con familia, profesionales de salud y parejas antes y después del programa ESI.

3. HIPÓTESIS

El programa de Educación Sexual Integral (ESI) generará cambios positivos en la percepción de los estudiantes de 5to de secundaria sobre la salud sexual y reproductiva, mejorando su percepción de riesgos, autoeficacia en la toma de decisiones y comunicación en temas de sexualidad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes

La literatura existente sobre la Educación sexual Integral demuestra su papel fundamental en la salud sexual y el bienestar de los jóvenes. Esta, no solo es efectiva respecto a la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, sino también la apreciación de la diversidad sexual, la prevención de la violencia de pareja, el desarrollo de relaciones saludables, la prevención del abuso sexual infantil, la mejora del aprendizaje social y emocional, y un aumento en la alfabetización mediática. (Goldfarb & Lieberman, 2021).

A nivel gubernamental, el Instituto Guttmacher (2017) destaca que aún no existe la voluntad política suficiente, puesto que aún no se ha logrado una política de rango nacional a nivel de ley, sino solo lineamientos a nivel del Ministerio de Educación. Un estudio normativo realizado en 15 países de América Latina, indica que esta ausencia en Perú genera que las políticas estatales en esta materia carezcan de uniformidad, quedando su implementación sujeta a la voluntad de cada jurisdicción o, en algunos casos, de cada institución educativa en particular (Ronconi, Espiñeira y Guzmán, 2023). Además de la normativa, Panchaud y otros (2018) encuentran que, las resistencias culturales y políticas, la falta de formación docente y los recursos insuficientes representan desafíos por superar.

Prueba de dichas insuficiencias, es que los temas de ESI, se enseñan en la clase de tutoría, que suele durar una hora a la semana, pero que, suele ser descuidado debido a otros temas, como el consumo de drogas. Además, que las directrices educativas no han sido implementadas por las autoridades educativas locales, principalmente porque prefieren asignar sus fondos limitados a problemas de mayor visibilidad, y porque no existe un equipo dedicado específicamente a monitorear la implementación de la ESI (Keogh et al., 2018).

Sin perjuicio de ello, se ha comprobado que los programas de ESI son los más valorados por los estudiantes como fuente de información sobre sexualidad, siendo relevantes por el mayor alcance en su contenido que otro tipo de programas (Ketting, Brockschmidt & Ivanova, 2020). Un estudio realizado en Perú encontró que los temas que los alumnos querían conocer más, a parte del uso de métodos anticonceptivos, eran sobre el comportamiento sexual y la comunicación en las relaciones interpersonales (Keogh et al., 2020)

Además, entre la amplitud de temas a considerar, la literatura resalta tanto la eficacia como la importancia de abordar el género y la orientación sexual dentro del contexto de los derechos humanos y la igualdad. Ayudar a los jóvenes a cuestionar las estructuras y sistemas sociales que conducen a la discriminación y opresión basadas en el género y la orientación sexual es fundamental para su desarrollo sexual, emocional y social (Goldfarb & Lieberman, 2021).

Para lograr una buena recepción en los alumnos en los programas de ESI, Iraola-Real et al.(2019) mencionan que es primordial la buena actitud del docente, la seguridad y el hecho de que la escuela desarrolle el contenido. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que la vergüenza, el miedo a las burlas o porque la escuela no ofrece un ambiente adecuado para abordar el tema son situaciones por mitigar. Asimismo, la participación de los jóvenes en la impartición de los programas puede contribuir a abordar la desconexión entre las necesidades de la juventud y el enfoque moralista y conservador existente (Panchaud et al., 2018). Además, estos programas pueden ser enseñados de acuerdo a las distintas etapas de los alumnos, siendo relevante una enseñanza constante para el logro de los objetivos (Schneider & Hirsch, 2018; Keogh et al., 2018).

4.2.Educación Sexual Integral (ESI)

La UNESCO (2017) ha denominado a la Educación Sexual Integral (ESI) como:

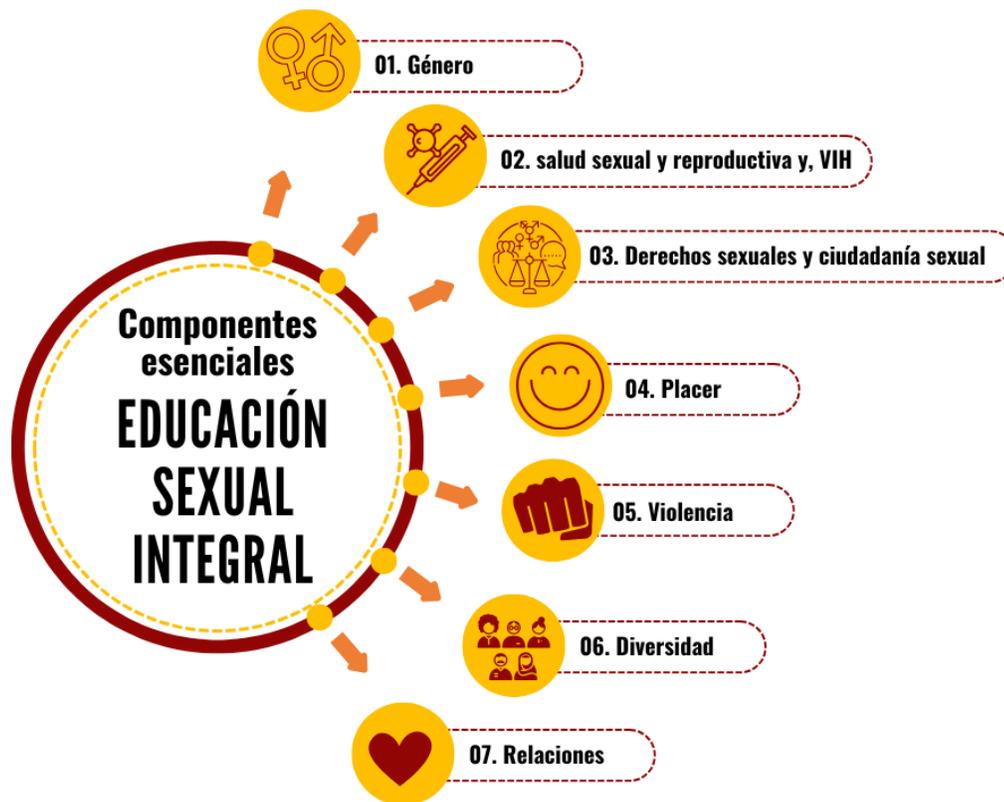
“Un proceso basado en un currículo para enseñar y aprender sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Tiene como objetivo preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que serán herramientas de empoderamiento para hacer posible su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos” (pp. 16).

Además, la Educación Sexual Integral incluye siete componentes esenciales: género, que aborda las diferencias entre género y sexo, así como roles y estereotipos de género; salud sexual y reproductiva y, VIH, que trata sobre el ciclo de vida de la sexualidad, anatomía, anticonceptivos, embarazo, acceso al aborto y prevención de ITS; derechos sexuales y ciudadanía sexual, enfocado en derechos humanos y políticas que permiten una expresión sexual libre y segura; placer, que promueve una visión positiva y consensuada de la sexualidad; violencia, que ayuda a identificar y

rechazar diferentes formas de violencia, especialmente la de género; diversidad, que celebra la amplitud de expresiones y combate la discriminación; y relaciones, que cubre los tipos de relaciones, emociones, intimidad y cómo reconocer relaciones sanas y las que no, etc (Federación Internacional de Planificación Familiar [IPPF], 2010).

Figura 1

Componentes esenciales de la Educación Sexual Integral



Fuente: Adaptado de Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, 2010).

4.2.1. Implementación de la ESI

Si bien a la fecha, no existe una ley sobre ESI, la educación sexual en el contexto nacional ha ido evolucionando desde el contenido puramente biológico dirigido exclusivamente a mujeres, a un enfoque más integral de derechos en salud sexual y reproductiva, igualdad de género y prevención del VIH/SIDA. Sus primeras apariciones en el currículo nacional fueron con el Programa Nacional de Educación en Población (1980–1990) y el Programa Nacional de Educación Sexual (1996–2000), ambos liderados por el Ministerio de Educación (MINEDU) con apoyo de la cooperación internacional y de la sociedad civil (Guttmacher Institute, 2019).

El primero provenía de un enfoque demográfico con miras a reducir la pobreza y se desarrollaba sólo en el nivel de secundaria. Este programa logró incorporar contenidos de educación sexual en los cursos de Educación Familiar; Educación Cívica y Familia; y Civismo. Mientras que, el segundo programa fue producto de las demandas internacionales y nacionales a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994) y de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Pekín, 1995), cuyo enfoque cambia a uno de derechos sexuales y reproductivos, lo cual significó una ampliación de los temas a abordar, como las ITS, la violencia sexual infantil y el embarazo en la adolescencia (Guttmacher Institute, 2019). En 2008, el MINEDU compartió los “Lineamientos Educativos y Orientación Pedagógica para la Educación Sexual Integral”, los cuales ofrecen pautas y recomendaciones para que los docentes y tutores desarrollen la temática en el nivel de educación básica regular. Sin embargo, el resultado fue una política sectorial y no de Estado, dirigida principalmente a orientar las acciones pedagógicas de docentes y tutores de las escuelas. Es por ello que, el hecho de que la política no sea de mayor rango a nivel normativo, con alcance multisectorial y con un presupuesto asignado, restringe su alcance en el país (Guttmacher Institute, 2019).

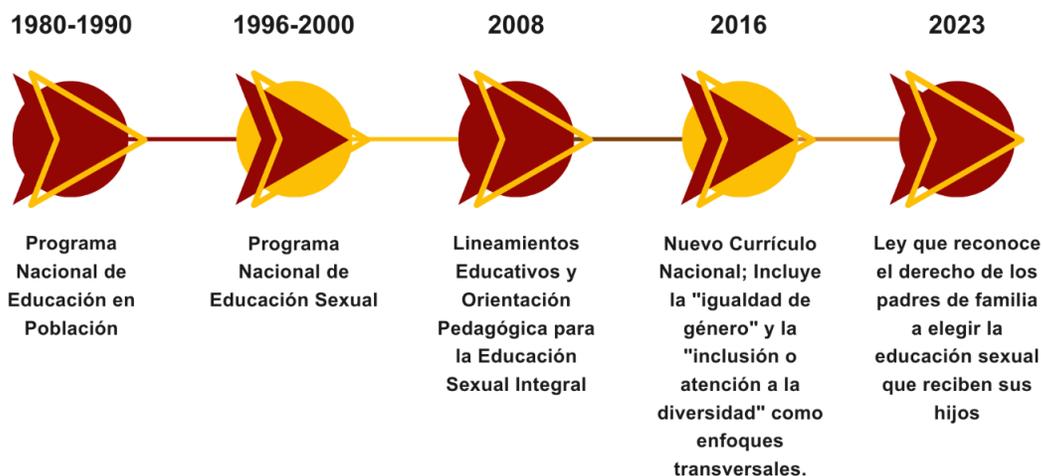
En 2016, el MINEDU, puso en vigencia un nuevo currículo nacional, el cual considera “la igualdad de género” y “la inclusión o atención a la diversidad” como dos de sus enfoques transversales. Sin embargo, dichos enfoques fueron tema de controversia por parte de grupos conservadores en el país, que desde entonces aumentaron sus esfuerzos por impedir la mejora de políticas públicas en materia de sexualidad en el país.

Actualmente, la ESI sigue recibiendo amenazas por parte de estos grupos conservadores que tienen poder en el legislativo, con proyectos de ley que pretenden retirarla del currículo escolar¹, como es el caso del Proyecto de Ley N.º 07579/2023-CR, titulado ‘Ley que reconoce el

¹ Salud con Lupa ha identificado hasta 20 proyectos de ley que vulneran la educación sexual integral en los colegios, la aplicación del aborto terapéutico, el enfoque de igualdad de género en el currículo escolar, entre otros. Ver más en <https://saludconlupa.com/genero/como-las-fuerzas-antiderechos-capturaron-la-agenda-legislativa-de-la-comision-de-la-mujer-del-congreso/>

derecho de los padres de familia a elegir la educación sexual que reciben sus hijos’, que busca que las madres y padres excluyan a los estudiantes de recibir información y contenidos de ESI en las escuelas, con base en sus creencias religiosas, lo cual vulnera directamente los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Figura 2
Implementación de la ESI



4.3. Salud sexual y reproductiva en adolescentes

La OMS ha definido a la salud sexual como un estado físico, emocional, mental y de bienestar social en relación a la sexualidad, la cual no refiere a una mera ausencia de enfermedades o dolencias. No obstante, ha creado un esquema más completo del concepto para tener una aproximación operacional de la salud sexual. Ello debido a la necesidad que surge a partir de la unión intrínseca de los conceptos de salud sexual y reproductiva, la cual puede ser reducida cuando es agrupada solo bajo la segunda (OMS, 2017).

El marco operativo de salud sexual se organiza en tres niveles interrelacionados:

- a. Fundamento de los principios rectores: Incluye seis principios fundamentales que deben guiar todas las intervenciones en salud sexual y reproductiva: Un enfoque holístico a la salud sexual; la relación intrínseca entre salud sexual y salud reproductiva; el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos; las influencias a varios niveles en la salud sexual; la diversidad de necesidades a lo largo de la vida y en las poblaciones; y un enfoque positivo, respetuoso y basado en la evidencia científica.

- b. Rosetón de intervenciones en salud sexual y reproductiva: Representa las intervenciones en salud sexual y reproductiva con cintas entrelazadas, simbolizando su conexión. Las intervenciones abarcan desde educación e información hasta servicios de aborto seguro.
- c. Factores socio estructurales del entorno: Incluye el contexto cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico que afecta las intervenciones en salud sexual y sus resultados.

Figura 3

Marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva (Adaptación del Rosetón)

Bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad			
Factores socio estructurales del entorno			
Las normas culturales y sociales en torno a la sexualidad	Desigualdades socioeconómicas y de género	Derechos Humanos	Leyes, políticas, reglamentos y estrategias
Esferas de intervención en materia de salud sexual		Esferas de intervención en materia de salud reproductiva	
Función sexual y orientación psicosexual	Prevención y control del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual	Orientación y suministro de métodos anticonceptivos	Servicios de aborto seguro
Educación e información integrales	Prevención de violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas	Asistencia prenatal, durante el parto y puerperal	Tratamiento de la esterilidad
El fundamento de los principios rectores			
Un enfoque holístico a la salud sexual	La relación intrínseca entre salud sexual y salud reproductiva	El respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos	Las influencias a varios niveles de salud sexual
La diversidad de necesidades a lo largo de la vida y en las poblaciones		Un enfoque positivo, respetuoso y basado en la evidencia científica	

Fuente: Adaptado de OMS (2017).

4.4. Características del desarrollo sexual en la adolescencia

La adolescencia es una fase de transición en la cual ocurre el mayor desarrollo de la sexualidad (Kar et al., Choudhury, & Singh, 2015). Es por ello, que resulta imperante conocer sus características, las cuales van de acuerdo con tres subetapas como se muestra a continuación:

Tabla 1
Características del desarrollo sexual en la adolescencia

Subetapas	Características	Comportamientos/respuestas comunes
Adolescencia temprana (10 a 14 años)	Crecimiento y cambios físicos rápidos	Problemas de imagen corporal
	Acostumbrarse a un cuerpo maduro con nuevos sentimientos	Mayor sentido de modestia y timidez Mayor necesidad de privacidad Autoexploración
	Desarrollar un sentido de identidad y autonomía	Separación con la niñez Necesidad de independencia Descubrimiento de la identidad El grupo social toma importancia
Adolescencia media (15 a 17 años)	Continúa el crecimiento y cambios en el cuerpo	Mayor interés en verse sexualmente atractivo
	Acostumbrarse a un cuerpo maduro con nuevos sentimientos	Aparición del deseo sexual Interés en relaciones románticas
	Continúa el desarrollo de un sentido de identidad y autonomía	Deseo de tomar distancia con los padres Intentos por encontrar identidad
Adolescencia tardía (18 a 21 años)	El crecimiento y cambios físicos van terminando	Mayor aceptación del físico e imagen corporal
	Formación de una clara identidad sexual	Relaciones románticas de gran importancia Establecer identidad dentro de la relación Actividad sexual es común
	Identidad continúa en desarrollo	Sentido más firme de identidad con exploración continua Mayor importancia del futuro Decisiones más acordes a uno mismo que de sus pares

Fuente: Adaptado de National Sexual Violence Resource Center (2014).

4.5. Factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Triyanto et al. (2019) identificaron que los factores que influyen en el comportamiento reproductivo entre adolescentes pertenecen a dos amplias categorías. La primera responde a factores internos individuales que incluyen el riesgo por edad, impotencia, conocimiento, actitud, norma percibida y estilo de vida. Mientras que la segunda responde a factores externos como la influencia de los pares, familia y el ambiente

Además, un estudio sobre barreras de acceso a los servicios primarios de salud sexual y reproductiva en adolescentes de una comunidad urbano-marginal del Perú identificó que la edad, el sexo y los ingresos económicos están directa y significativamente relacionadas a esta barrera. (Ypanaque, 2024). Otro estudio, que se llevó a cabo en la ciudad cusqueña de Calca, encontró que las interacciones entre padres e hijos son sumamente influyentes sobre las decisiones de como tener relaciones sexuales, tener una pareja y el uso de preservativos (Sierra, 2013).

4.6. Percepción de riesgos en salud sexual

4.6.1. Teorías sobre la percepción del riesgo (Teoría de la Acción Razonada)

Existen teorías que permiten explicar la percepción y la toma de decisiones de los adolescentes sobre su salud sexual y reproductiva, las principales son la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y la Teoría de la Conducta Planeada (TCP).

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) plantea que las conductas están determinadas por las intenciones de las personas, las cuales dependen de su actitud hacia la conducta, la norma subjetiva (influencia percibida de personas significativas) y su percepción de los beneficios personales. En el contexto de la salud sexual y reproductiva, un adolescente decidirá posponer sus relaciones sexuales si tiene una actitud positiva hacia esta decisión y si percibe que personas importantes, como sus padres, apoyan esta conducta (Vásquez et al, 2005). Distintos autores encuentran resultados que se alinean a dicha teoría, destacando la influencia de la actitud personal y la percepción de la norma social en la explicación de la actividad sexual durante la adolescencia (Vasquez et al, 2005; Barrera et al, 2004). En particular, se encontró que la norma de pares es la variable más consistente en los modelos explicativos de las diferentes formas de actividad sexual (Barrera et al, 2004). Por lo tanto, es fundamental comprender las intenciones y creencias de los

jóvenes para desarrollar estrategias de comunicación atractivas y efectivas que promuevan conductas sexuales saludables (Vásquez et al, 2005).

Adicionalmente, la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) es un modelo que aborda el cambio de comportamiento sexual y la reducción del riesgo de infección por VIH, ampliando la Teoría de la Acción Razonada (TAR). Mientras que la TAR sostiene que las actitudes hacia el uso del condón y las normas subjetivas determinan la intención de usarlo, y esta intención predice directamente su uso, la TCP añade el concepto de control conductual percibido. Esta variable permite prever comportamientos en situaciones donde la intención no es suficiente para explicar la acción, especialmente cuando existen restricciones externas o limitaciones fuera del control voluntario del individuo (Enriquez et al, 2022). Las asociaciones entre las variables de la TCP y los valores predictivos de las variables, pueden cambiar de acuerdo con el grupo cultural evaluado; el control conductual percibido, en ambas muestras, no resultó ser un predictor directo de la conducta para usar condón, pero sí para la intención de utilizarlo

Los estudios sobre conductas sexuales de riesgo en adolescentes revelan un panorama complejo. Campoy-Muñoz et al. (2009) identificaron que el temor al embarazo es el principal motivador para adoptar conductas protectoras, aunque el uso del preservativo sigue siendo limitado por factores como la confianza en la pareja o el consumo de alcohol.

Investigaciones en Ecuador, como la de Robles et al. (2022), demuestran que un mayor acceso a información mejora la percepción de riesgos y facilita el diálogo sobre salud sexual. Sin embargo, Rojas, Méndez y Montero (2016) señalan que, a pesar de una percepción positiva de su salud sexual, los adolescentes enfrentan desafíos significativos en la autonomía preventiva y mantienen una visión crítica hacia las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

Con ello, se pone en evidencia que, si bien la proporción de información es importante para el conocimiento de los adolescentes, no es suficiente para que tomen mejores decisiones respecto a sus conductas sexuales. Por ejemplo, según Saura et al. (2017), las estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes deben considerar en las normas sociales, como las de género, el amor romántico y los estigmas sobre la liberación sexual femenina afectan su autoestima y aumentan riesgos emocionales y sexuales, mientras que la masculinidad dominante fomenta conductas de riesgo. Además, Decker et al. (2023) y otros destacan que la ESI puede reducir las barreras

percibidas por los adolescentes, como el costo y el juicio del personal, y aumentar su intención de utilizar los servicios clínicos a su disposición.

4.7. Autoeficacia en la toma de decisiones sobre sexualidad

La teoría de la autoeficacia, propuesta por Albert Bandura, es un componente central de su teoría cognitivo-social. Bandura definió la autoeficacia como la creencia en la capacidad de uno mismo para organizar y llevar a cabo las acciones necesarias para manejar situaciones específicas. La autoeficacia influye en el comportamiento humano al afectar la forma en que las personas piensan, sienten y motivan. En el contexto de la sexualidad, esta percepción de competencia personal es determinante en la habilidad de los adolescentes para tomar decisiones seguras y autónomas, ya que les permite enfrentar presiones sociales, tomar decisiones responsables y manejar emociones como la ansiedad ante la sexualidad (Schunk & DiBenedetto, 2020).

La autoeficacia sexual emerge como un factor psicológico determinante en la salud reproductiva de los adolescentes. Esta capacidad facilita la adopción de prácticas sexuales responsables, permitiendo tomar decisiones informadas sobre anticoncepción y negociación de prácticas seguras. Más allá del bienestar físico, fortalece la autoestima y reduce riesgos de experiencias no deseadas.

Durante la adolescencia, la autoeficacia se desarrolla mediante experiencias directas, educación sexual, observación de modelos y apoyo de figuras significativas. Según Corral Gil et al. (2022), estrategias como el modelado positivo, el refuerzo y el acceso a información precisa son fundamentales para desarrollar habilidades de asertividad y negociación, contribuyendo significativamente al bienestar sexual y reproductivo de los jóvenes.

4.8. Comunicación en temas de sexualidad

La comunicación es un componente clave en la salud sexual, ya que permite a las personas expresar sus necesidades, deseos y preocupaciones de manera clara y respetuosa. Al hablar sobre temas sexuales, se fomenta el entendimiento mutuo, el respeto y la toma de decisiones informadas, lo que a su vez mejora la calidad de vida sexual y la prevención de riesgos como infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados (Caridad, 2010). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es "un estado de bienestar físico,

emocional, mental y social en relación con la sexualidad" (OMS, 2024), y la comunicación es crucial para lograr este estado de bienestar, al permitir que las personas negocien prácticas sexuales seguras y desarrollen relaciones basadas en el respeto y el consentimiento.

Por otro lado, existen diversas barreras que dificultan la comunicación sobre la sexualidad, tanto en el ámbito familiar como en la pareja. En la familia la comunicación sobre sexualidad suele verse afectada por los tabúes culturales y la vergüenza. Los padres a menudo evitan estos temas por incomodidad o desconocimiento, lo que puede generar desinformación entre los jóvenes. En las relaciones de pareja, la falta de comunicación sobre deseos, límites o preocupaciones sexuales puede generar insatisfacción, conflictos y malentendidos. Los roles de género y las expectativas sociales también influyen, ya que pueden inhibir a uno o ambos miembros de la pareja a expresar abiertamente sus necesidades.

La educación integral en sexualidad (EIS) en el ámbito escolar también juega un papel crucial en la promoción de la salud y el bienestar de niños, niñas y jóvenes. Durante años, diversos países han mostrado interés en asegurar que los estudiantes reciban algún tipo de formación sobre sexualidad, generalmente como respuesta a problemas de salud y sociales, como el alto índice de VIH, los embarazos tempranos y no deseados (UNESCO, 2021). La comunicación emerge como un elemento central en los programas de educación sexual, orientados a proporcionar conocimientos y herramientas para la toma de decisiones informadas sobre salud sexual. Los programas que fomentan un diálogo abierto y participativo, tanto entre estudiantes como en el núcleo familiar, han demostrado ser más efectivos en la reducción de conductas sexuales de riesgo.

La capacidad de abordar temas sexuales sin tabúes permite a los jóvenes comprender mejor su corporalidad, derechos y dinámicas de relaciones saludables, lo que contribuye directamente al desarrollo de autoconfianza y habilidades de negociación en prácticas sexuales seguras.

4.9. Programas de intervención en educación sexual

Existen varios programas internacionales exitosos de Educación Sexual Integral (ESI) que han sido implementados en diferentes contextos, con resultados positivos en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Uno de los más destacados es el programa implementado en América Latina y el Caribe bajo la coordinación del UNFPA, el cual promueve un enfoque basado en los derechos humanos y la igualdad de género. Este programa está alineado con los estándares

internacionales, como los definidos por la UNESCO, y se centra en proporcionar información científica, adecuada para la edad y culturalmente relevante, con el fin de fomentar la toma de decisiones informadas y responsables sobre la salud sexual (UNESCO, 2017). En Europa, los Países Bajos han sido un ejemplo exitoso de implementación de ESI, donde la educación sexual comienza a una edad temprana y ha contribuido a mantener bajas tasas de embarazo y enfermedades de transmisión sexual adolescente. Este enfoque ha sido reconocido por su éxito en la integración de temas de igualdad de género y diversidad sexual en el currículo educativo.

Así también, en África del Este y del Sur, la UNESCO ha liderado esfuerzos para implementar programas de ESI en colaboración con gobiernos locales, enfocándose en la educación dentro y fuera de las escuelas, lo que ha permitido alcanzar a jóvenes marginados, especialmente en áreas rurales (UNFPA,2024). Las características de los programas efectivos se contribuyen a la iniciación demorada de la actividad sexual, menor frecuencia de las relaciones sexuales, menor número de parejas sexuales, menos comportamientos de riesgo, mayor uso de condones, mayor uso de anticonceptivos

Por otro lado, la implementación de la ESI enfrenta numerosos desafíos, entre ellos:

- a. **Falta de formación docente:** Para que los programas de ESI sean eficaces, es fundamental contar con docentes capacitados. Sin embargo, en muchos contextos, los maestros carecen de formación adecuada o apoyo institucional para abordar temas relacionados con la sexualidad.
- b. **Acceso desigual:** La implementación efectiva de programas de ESI a menudo depende de los recursos disponibles, lo que puede resultar en disparidades significativas entre regiones rurales y urbanas, y entre países de ingresos altos y bajos.
- c. **Adaptación a entornos digitales:** Con el auge de la tecnología y el acceso a internet, los programas de ESI también deben actualizarse y adaptarse a las nuevas realidades, brindando a las jóvenes herramientas para enfrentarse a los riesgos asociados con la pornografía y el acoso en línea.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño y participantes

Los participantes del estudio fueron voluntarios capacitados, pertenecientes a la Red Juvenil de Liderazgo y Acción en ESI (RED ESI), conformada por ADN Creativo, UnAliado, Voluntariado en Psicología (VOEIP), SERMAS, VOCES, Voluntariado de Educación Sexual Responsable (VESR), Sembrando Sueños, el Centro Juvenil Futuro de INPPARES, Red de Participación Juvenil y Evidencia. Antes de la intervención, los participantes recibieron capacitaciones específicas durante dos meses para el diseño y aplicación de estrategias de ESI, asegurando coherencia metodológica y un enfoque basado en evidencia.

Tabla 2

Capacitación para miembros de las organizaciones participantes

Sesión	Tema	Actividades	Criterio de logro central	Instrumentos
1	Investigación preliminar	Recopilación de información necesaria para la elaboración de un programa de ESI	Elaborar una monografía	Llenado total con referencias
2	Planificación de programas	Diseño de objetivos para un programa de ESI	Elaborar una tabla de planificación	Llenado de la tabla
3	Evaluación de programas	Planificación de la evaluación de los aprendizajes de su programa de ESI	Elabora un instrumento o ítems de un instrumento	Lista de cumplimiento de tareas

La tabla presentada detalla el cronograma de actividades desarrollado en dos fases principales: Capacitación y Elaboración de materiales. Durante la fase de capacitación, se abordaron tres áreas clave: la investigación preliminar, la planificación de programas y la evaluación de programas. Estas actividades tuvieron como propósito establecer una base sólida para la implementación del proyecto, asegurando que los participantes adquirieran las competencias necesarias para llevar a cabo las intervenciones de manera efectiva.

En la segunda fase, denominada Elaboración de materiales, se inició con la preparación de recursos para una sesión informativa dirigida a los padres. Posteriormente, se avanzó en el diseño y producción de materiales específicos para diez sesiones planificadas, programadas con una

frecuencia semanal. Esta fase se centró en garantizar que los recursos fueran pertinentes y alineados con los objetivos del programa.

El cronograma estableció una frecuencia de trabajo de dos sesiones por semana, lo que permitió un progreso constante y organizado en cada actividad. Este esquema de trabajo facilitó el cumplimiento de los objetivos planteados dentro de los plazos establecidos, garantizando la preparación adecuada en cada etapa del proyecto.

Tabla 3
Fases de la capacitación

Fase	Tema	Fechas	Horas
Capacitación	Investigación preliminar	18/05	2 cada semana
	Planificación de programas	25/05	
	Evaluación de programas	01/06	
Elaboración de materiales	Presentar todo lo necesario para la sesión con los padres	08/06	
	Presentar avance para la sesión 1	15/06	
	Presentar todo lo necesario para la sesión 1	22/06	
	Presentar avance para la sesión 2	29/06	
	Presentar todo lo necesario para la sesión 2	06/07	
	Presentar avance para la sesión 3	13/07	
	Presentar todo lo necesario para la sesión 3	20/07	
	Presentar avance para la sesión 4	03/08	
	Presentar todo lo necesario para la sesión 4	10/08	
	Presentar avance para la sesión 5	17/08	
Presentar todo lo necesario para la sesión 5	24/08		
Presentar todo lo necesario para la sesión 6	31/08		
Presentar todo lo necesario para la sesión 7	07/09		
Presentar todo lo necesario para la sesión 8	14/09		
Presentar todo lo necesario para la sesión 9	21/09		
Presentar todo lo necesario para la sesión 10	28/09		

5.2. Intervención

La intervención tuvo como finalidad brindar información sobre las conductas sexuales y los posibles riesgos que puede conllevar al embarazo adolescente o al contagio de una infección de transmisión sexual (ITS) y sus respectivas medidas preventivas. La intervención se llevó a cabo entre agosto y octubre de 2024 y consistió en un total de once (11) sesiones: una (1) dirigida a padres de familia, con una duración de 80 minutos, y las diez (10) restantes destinados a los alumnos, cada una con una duración de 45 minutos.

La sesión para padres de familia fue con el objetivo de informar sobre la importancia del programa de ESI, dar a conocer su estructura y con ello, conseguir el consentimiento informado para su implementación.

Las sesiones con alumnos consistieron en visualización de videos, exposiciones participativas, cuestionarios, juegos, ejemplos prácticos, dramatizaciones, entre otras actividades.

A continuación, se muestra el cronograma de las sesiones.

Tabla 4
Cronograma de sesiones, 2024

Población objetivo		Temas	Fechas
Padres	1	Apoyo a las decisiones de los hijos y estructura del programa	fecha de la entrega de libretas (Segundo bimestre)
	2	Infecciones de transmisión sexual	3era semana de agosto
	3	Embarazo adolescente y métodos anticonceptivos	4ta semana de agosto
	4	Preservativos	5ta semana de agosto
	5	Planificación familiar	1era semana de septiembre
Alumnos	6	Elección de métodos anticonceptivos	2da semana de septiembre
	7	Elección de pareja	3ra semana de septiembre
	8	Prejuicios contra la anticoncepción	4ta semana de septiembre
	9	Diálogo en familia	1era semana de octubre
	10	Diálogo sobre sexualidad en servicios de salud	2da semana de octubre
	11	Diálogo en pareja	3ra semana de octubre

5.3.Unidad de Estudio

La investigación tuvo como unidad de estudio a los estudiantes de quinto año de secundaria de la institución I.E 2024 Alberto Fujimori del distrito de Los Olivos (Lima, Perú)

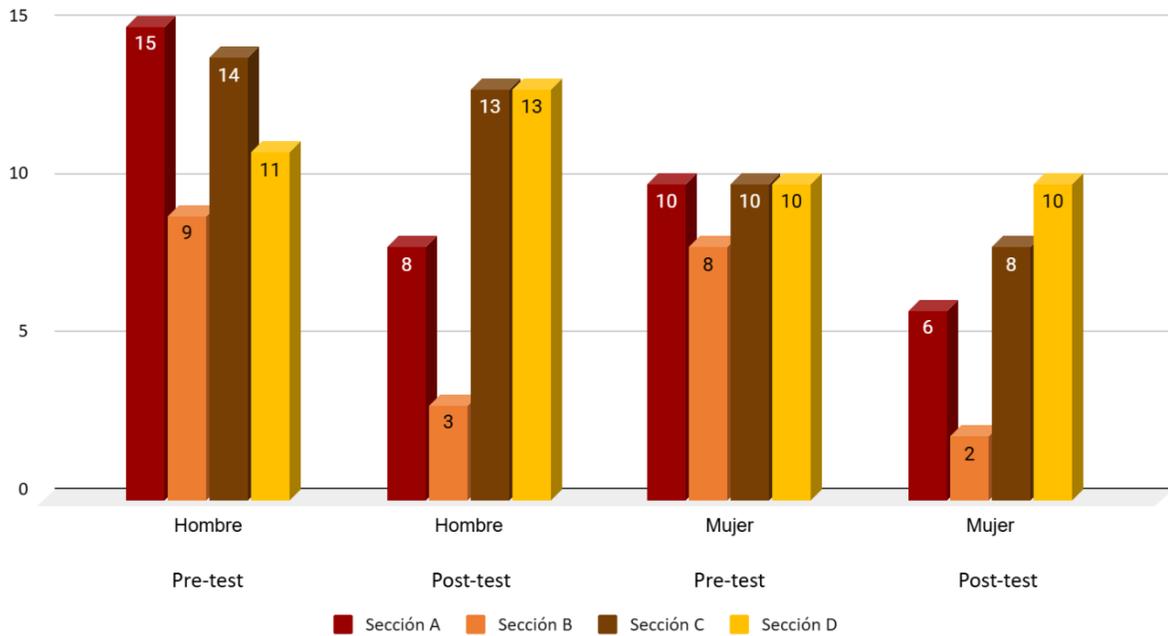
5.4.Muestra

Los estudiantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de cuatro (4) secciones del quinto año de secundaria.

La tabla presenta la distribución de participantes por **sexo** (hombre y mujer), **sección** (A, B, C, y D) y dos momentos de evaluación: **Pre-test** y **Post-test**. El total de encuestas realizadas es mayor en el pre-test (87) que en el post-test (63), lo que indica una disminución en el número de participantes en el post-test.

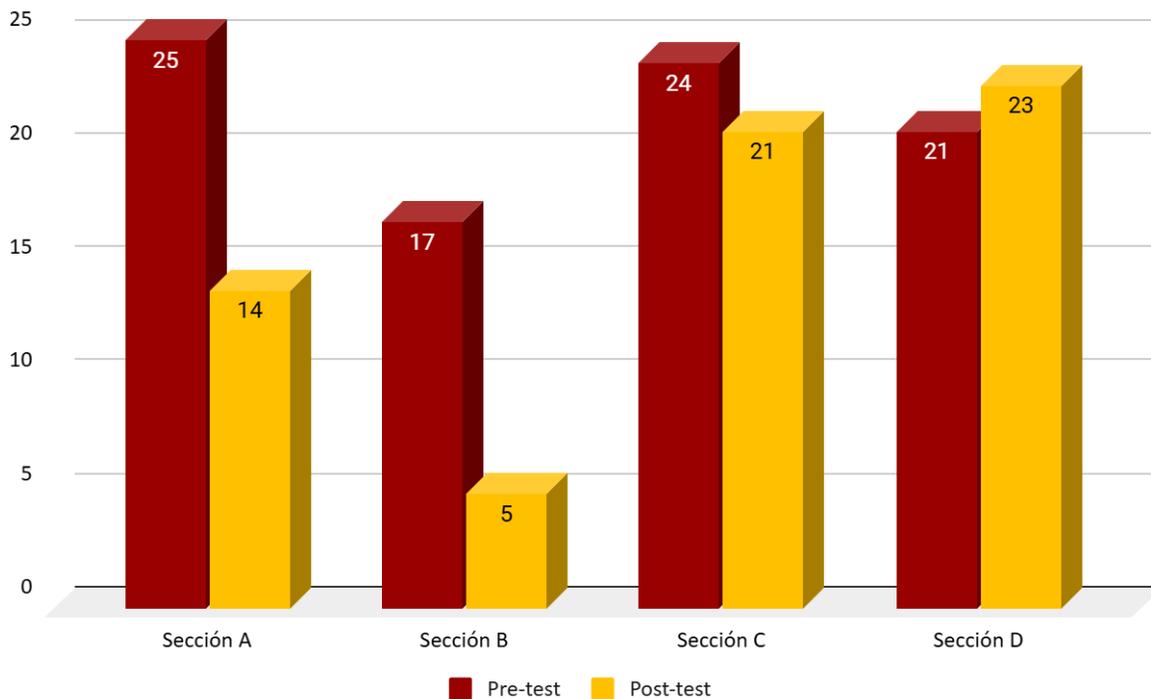
En la distribución por sexo, se puede observar que, en ambos momentos, hubo una mayor participación de hombres que de mujeres. Sin embargo, las reducciones de participación son similares en número (-12 hombres y -12 mujeres).

Figura 4
Muestra según sexo



En el caso de las secciones, la reducción más sustancial se da en la sección B, la cual disminuyó en 12 participantes, quedando solo el 30% de ellos. También la sección A y C, mostraron reducciones de 44% y 13%, respectivamente. Solo la sección D, mostró un aumento de dos participantes, siendo ambos varones.

Figura 5
Muestra según sección



Respecto a la edad, dado que la muestra es tomada a alumnos de 5to de secundaria, se colige que el rango se encuentra entre los 16 a 18 años. En el pre-test, el 60% de la muestra eran estudiantes de 16 años, mientras que los de 17 y 18, representaban el 36% y 5%, respectivamente. En el post-test, la muestra de 16 años pasó a representar el 46%, el de 17, a 43%, y el de 18, a 11%. Esto es debido al paso del tiempo entre ambos test, en el cual varios alumnos cumplieron años. Con ello, se puede indicar que la variable edad no es una variable relevante para el posterior análisis.

Tabla 5
Edad de los estudiantes encuestados

Edad	16		17		18		total	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Hombre	26	16	19	15	4	6	49	37
Mujer	26	13	12	12	0	1	38	26
Total	52	29	31	27	4	7	87	63

5.4.1. Técnica e instrumento

La técnica empleada para conocer el estado situacional de las percepciones de los alumnos fue la encuesta, utilizando un cuestionario como instrumento de recolección de datos. Este cuestionario constaba de 20 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones: Actitud hacia el riesgo, Uso de métodos anticonceptivos, Autoeficacia en la toma de decisiones y Autoeficiencia hacia la comunicación sobre sexualidad, como se detalla a continuación:

Tabla 6
Estructura del cuestionario

Actitud hacia el riesgo (8 preguntas)	Uso de métodos anticonceptivos (4 preguntas)	Autoeficacia en la toma de decisiones (1 pregunta)	Autoeficacia hacia la comunicación sobre sexualidad (7 preguntas)
Conciencia sobre las conductas sexuales de riesgo	Importancia atribuida a los métodos anticonceptivos		Comodidad para hablar de sexualidad con los padres
Preocupación por contraer ITS		Seguridad para planificar la vida sexual	Conformidad para buscar información en servicios de salud
Preocupación por el embarazo adolescente	Confianza en la elección de métodos anticonceptivos		Percepción de la capacidad para conversar con la pareja

Estas dimensiones permitieron evaluar los aspectos clave relacionados con el programa de Educación Sexual Integral (ESI) implementado.

5.5. Análisis de datos

Se empleó un diseño pre-test y post-test de un solo grupo, el cual permite evaluar los cambios en los conocimientos y percepciones de los estudiantes antes y después de una intervención educativa.

El análisis de los resultados se realizó de manera descriptiva, ya que, al aplicar el cuestionario de salida, se obtuvo un menor número de respuestas (63 estudiantes), lo que resultó en una muestra desbalanceada que limitó la posibilidad de utilizar metodologías más profundas.

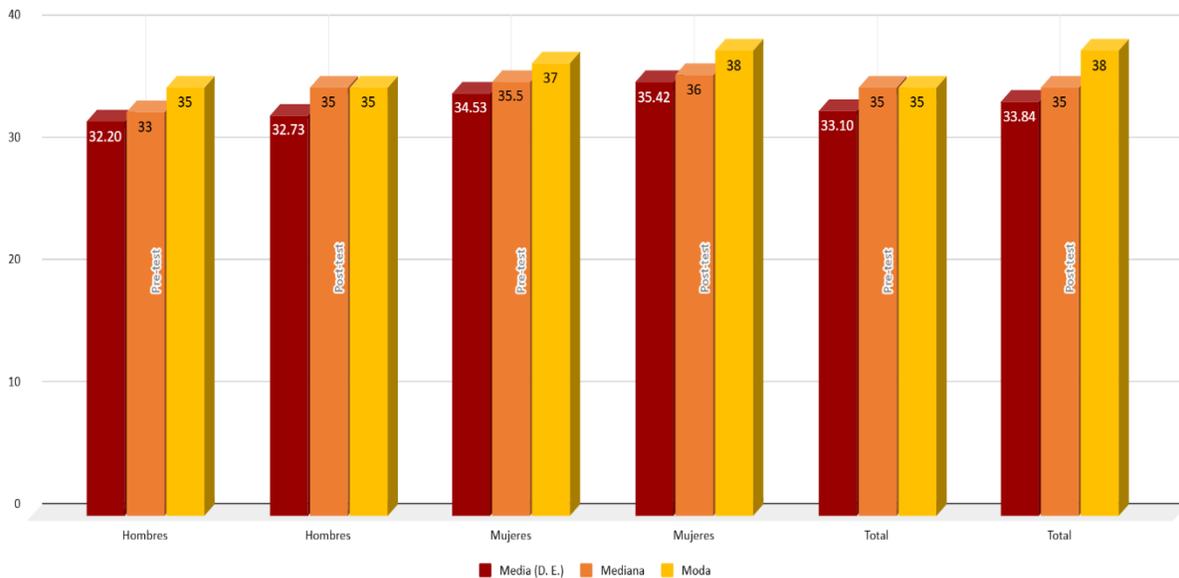
Se aplicaron métodos estadísticos descriptivos para procesar los datos de la encuesta realizada en la institución I.E 2024 Alberto Fujimori del distrito de Los Olivos, donde se calcularon

medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, moda) en el software estadístico STATA 16. Los datos se estructuraron previamente en Excel para facilitar su análisis y finalmente, se generaron tablas y gráficos para la visualización de los resultados.

6. RESULTADOS

6.1. Actitud hacia el riesgo

Figura 6
Actitud hacia el riesgo Pre & Post Test



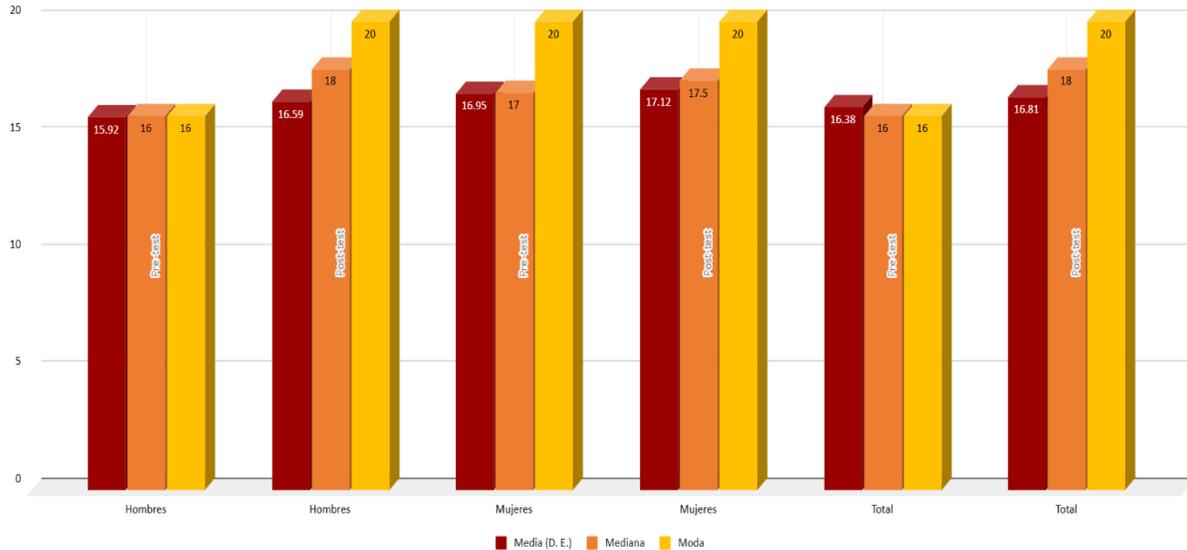
En el pre-test, la media para los estudiantes fue de 33.10 (DE = 5.96), aumentando a 33.84 (DE = 5.96) en el postest. Este incremento sugiere una mejora en la actitud hacia el riesgo tras la intervención del programa ESI. La mediana se mantuvo constante en 35 en ambos momentos, lo que indica que el valor central de las respuestas no sufrió grandes variaciones, aunque el aumento de la media sugiere una mejora general. La moda también cambió de 35 en el pre-test a 38 en el post-test, reflejando una mayor frecuencia de puntajes más altos en esta dimensión.

Los cambios observados en la media, y especialmente en la moda, sugieren que la intervención educativa tuvo un cambio **positivo** al promover actitudes más saludables o reflexivas frente al riesgo, aunque la estabilidad en la mediana indica que no todos los estudiantes cambiaron significativamente.

6.2. Uso de métodos anticonceptivos

Figura 7

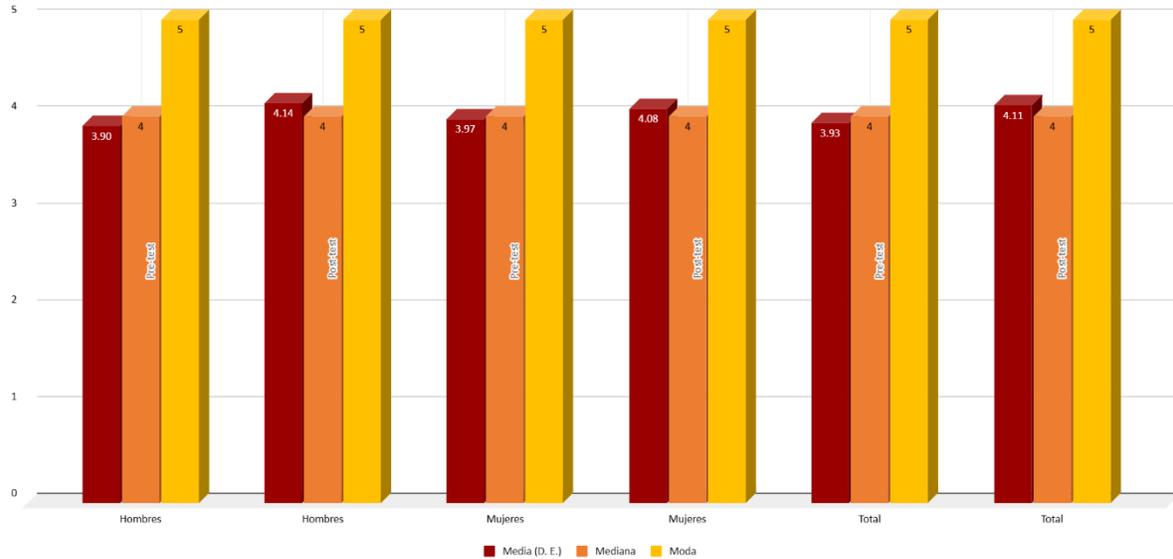
Uso de método anticonceptivos Pre & Post Test



En el **pre-test**, la media sobre el uso de métodos anticonceptivos fue de **16.38** (DE = 3.47), aumentando a **16.81** (DE = 3.47) en el **post-test**, lo que indica una **mejora general** tras la intervención del programa de ESI. La **mediana** pasó de **16** a **18**, reflejando un cambio significativo en el valor central de las respuestas, mientras que el incremento en la **moda**, de **16** a **20**, evidencia una mayor frecuencia de puntajes más altos. Estos resultados sugieren un impacto positivo del programa en esta dimensión.

6.3. Autoeficacia en la toma de decisiones

Figura 8
Autoeficacia en la toma de decisiones Pre & Post Test

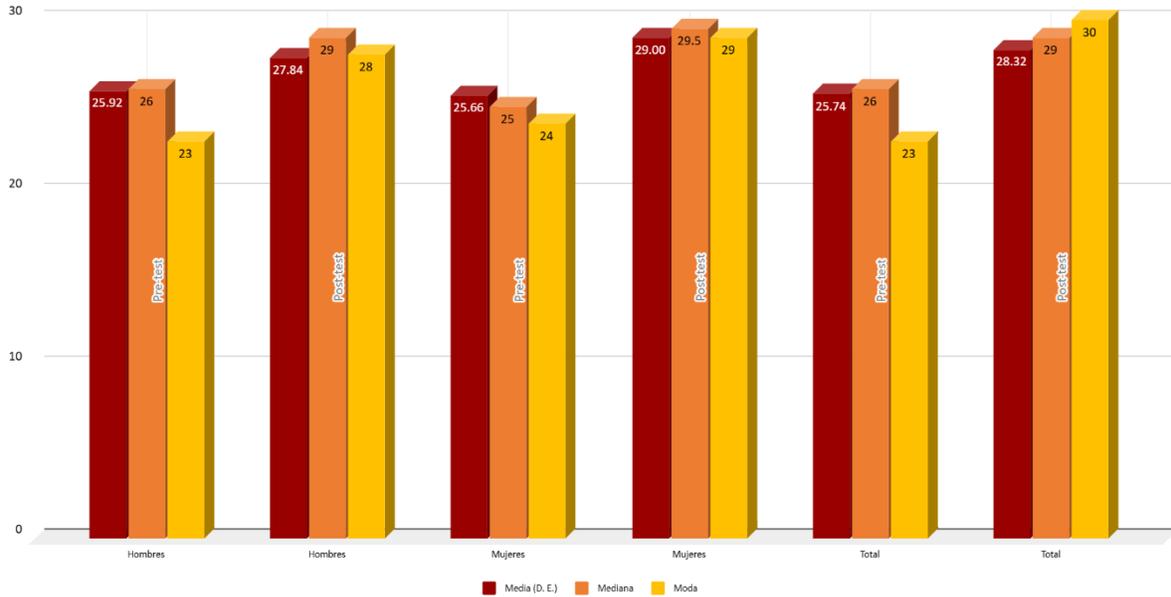


En la dimensión de percepción de Autoeficacia en la toma de decisiones, que tiene un rango de a 1 a 5 en su puntaje, se observa un incremento en los puntajes promedio tras la intervención, mientras que la mediana y moda no mostraron cambios. Para los hombres, la media pasó de 3.90 (D.E. 1.10) en el pre-test a 4.14 (D.E. 1.03) en el post-test, mostrando un incremento de 0.24 puntos. La mediana y la moda se mantuvieron constantes en 4 y 5, respectivamente. En el caso de las mujeres, la media aumentó ligeramente de 3.97 (D.E. 1.13) a 4.08 (D.E. 1.02), con un incremento de 0.11 puntos, mientras que la mediana y la moda también permanecieron sin cambios en 4 y 5. En general, el puntaje total pasó de una media de 3.93 (D.E. 1.02) a 4.11 (D.E. 1.02), con un aumento total de 0.18 puntos, lo que refleja un ligero impacto positivo en la percepción de la seguridad para planificar su vida sexual adecuadamente de los alumnos encuestados.

6.4. Autoeficacia hacia la comunicación sobre sexualidad

Figura 9

Autoeficacia hacia la comunicación sobre la sexualidad Pre & Post Test



En la dimensión Autoeficacia hacia la comunicación sobre sexualidad, se evidencia un incremento más significativo en los puntajes promedio, medianas y moda. Para los hombres, la media pasó de 25.92 (D.E. 4.64) en el pre-test a 27.8 (D.E. 6.24) en el post-test, con un incremento de 1.88 puntos. La mediana aumentó de 26 a 29, y la moda cambió de 23 a 29, indicando una mejora notable. Por otro lado, las mujeres experimentaron un aumento aún mayor, pasando de una media de 25.66 (D.E. 3.64) a 29 (D.E. 4.75), lo que representa un incremento de 3.34 puntos. La mediana subió de 25 a 29.5 y la moda de 24 a 30. En total, los puntajes promedio para esta dimensión aumentaron de 25.74 (D.E. 5.66) a 28.32 (D.E. 5.66), con un incremento global de 2.58 puntos. Estos resultados sugieren que la intervención tuvo un impacto más relevante en la percepción de su comunicación sobre sexualidad de los participantes, especialmente en las mujeres.

7. DISCUSIÓN

Este programa posee un valor distintivo, puesto que fue impartido por voluntarios de organizaciones comprometidas con el impacto social y educativo, pertenecientes a la Red Juvenil de Liderazgo y Acción en Educación Sexual; que, como mencionan Panchaud et al. (2018), la participación activa de los jóvenes coadyuva al cierre de la brecha entre las necesidades reales de los estudiantes y los enfoques conservadores existentes, otorgando contenidos más pertinentes y cercanos a su realidad.

Por otro lado, Keogh et al. (2018) destacan que no existe una priorización efectiva de los temas relacionados con la ESI en las agendas educativas. La falta de tiempo dedicado específicamente a su enseñanza limita el impacto de los programas en los colegios. En este sentido, los programas juveniles desempeñan un papel importante al visibilizar la necesidad de otorgar un tiempo adecuado y estructurado para el desarrollo de la ESI en las escuelas.

Finalmente, la importancia de la ESI también se refleja en su valoración por parte de los estudiantes. Según Ketting, Brockschmidt e Ivanova (2020), los programas de ESI son considerados por los alumnos como fuentes confiables de información sobre sexualidad. Además, estos programas se caracterizan por abordar una amplia variedad de temas que no sólo incluyen aspectos biológicos, sino también sociales, emocionales e interpersonales. Ello se corrobora con los resultados encontrados por las encuestas, donde la dimensión de autoeficacia hacia la comunicación sobre sexualidad es la que mayor impacto positivo tuvo, siendo las mujeres quienes presentaron una más alta mejoría (con un incremento de 3.4% en promedio).

8. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos reflejan que el programa de Educación Sexual Integral (ESI) logró generar cambios positivos en diversas áreas, aunque con distintos niveles de impacto.

En relación con la actitud hacia el riesgo, se observó una mejora moderada. Aunque hubo un aumento en la cantidad de estudiantes que adoptaron una postura más reflexiva frente a situaciones de riesgo, este cambio no fue uniforme. El hecho de que la mediana se mantuviera estable sugiere que, aunque algunos estudiantes modificaron su actitud, otros continuaron con percepciones similares a las que tenían antes de la intervención. Con lo cual, si bien hubo avances, aún es necesario fortalecer estrategias que promuevan una mayor conciencia y responsabilidad ante los riesgos asociados a la salud sexual.

Por otro lado, la percepción sobre el uso de métodos anticonceptivos mostró un avance más claro y consistente. El aumento en los valores centrales (media, mediana y moda) indica que los estudiantes no solo adquirieron mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, sino que también mostraron una mayor predisposición a utilizarlos de manera responsable. Esto sugiere que el programa fue eficaz en transmitir información clave y generar conciencia sobre la importancia del uso de anticonceptivos, lo que podría contribuir a una reducción de embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual a largo plazo.

En cuanto a la autoeficacia en la toma de decisiones, los resultados fueron mixtos. Aunque hubo un leve aumento en la media, la estabilidad de la mediana y la moda sugiere que el impacto del programa en esta dimensión no fue uniforme. Un dato interesante es el incremento en los niveles bajos de autoeficacia, lo que podría indicar que algunos estudiantes tomaron mayor conciencia de la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la salud sexual. Esto puede interpretarse de dos maneras: por un lado, la intervención logró que los estudiantes reflexionaran más sobre la importancia de tomar decisiones informadas; pero por otro, también podría evidenciar la necesidad de reforzar estrategias que les ayuden a sentirse más seguros y preparados para enfrentar estos dilemas.

La dimensión que presentó el mayor progreso positivo fue la comunicación sobre sexualidad. Los resultados reflejan un aumento notable en la disposición de los estudiantes para hablar sobre temas de sexualidad de manera abierta y sin temor. Este es un avance significativo, ya que la comunicación efectiva en este ámbito es clave para la toma de decisiones informadas, el

uso responsable de anticonceptivos y la prevención de riesgos. La mejora en esta área sugiere que el programa logró generar un entorno de confianza donde los estudiantes se sintieron más cómodos para dialogar sobre estos temas, lo que a su vez puede contribuir a la construcción de relaciones más saludables y al acceso oportuno a información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Con ello se concluye que, luego de realizado el programa ESI se observó un cambio positivo evidente en el uso de métodos anticonceptivos y la autoeficacia en la comunicación, mientras que en las dimensiones de actitud hacia el riesgo y autoeficacia en la toma de decisiones se percibió mejoras moderadas o resultados mixtos. Esto sugiere la necesidad de fortalecer algunos componentes del programa, especialmente en la toma de decisiones, para maximizar su efectividad a largo plazo.

9. RECOMENDACIONES

Fortalecimiento de la percepción de riesgos y toma de decisiones

Dado que los cambios en la actitud hacia el riesgo no fueron uniformes, es fundamental implementar actividades prácticas que fomenten la reflexión y la toma de decisiones responsables. Se sugiere incluir dinámicas grupales, estudios de casos, role-playing y análisis de situaciones hipotéticas que involucren activamente a los estudiantes. Además, se pueden incorporar preguntas basadas en situaciones reales (por ejemplo, ¿qué harías en caso de...?) que permitan a los estudiantes analizar escenarios concretos y tomar decisiones fundamentadas.

Material informativo complementario y accesible

Es necesario incorporar material adicional que aborde de manera clara y didáctica los mitos y estigmas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos. Este material debe adaptarse al lenguaje y las realidades de los estudiantes, garantizando que la información sea accesible, comprensible y relevante para su contexto.

Ampliación y adaptación del programa

Para maximizar el impacto del programa, se recomienda extender su alcance a estudiantes de grados inferiores, como 3ero y 4to de secundaria, adaptando el contenido y las dinámicas pedagógicas a cada etapa de desarrollo escolar. Asimismo, se sugiere implementar un sistema de identificación anónima para el seguimiento individual de los estudiantes, lo que permitirá medir de forma más precisa los avances en sus percepciones y actitudes a lo largo del tiempo (i.e. con metodologías de evaluación de impacto).

Evaluación continua y ética del programa

Es fundamental incluir cuestionarios de retroalimentación al finalizar el programa para medir su efectividad desde la perspectiva de estudiantes y profesores. Las evaluaciones deben abordar aspectos como la dinámica de las clases, el desempeño de los facilitadores y sugerencias de mejora. Se recomienda implementar pre-test y post-test en dos colegios, donde uno funcione como grupo de control y otro como grupo de intervención. Para garantizar la ética del proceso, el tratamiento debe ser extendido posteriormente al grupo de control, asegurando equidad en el acceso a la información y el programa.

Políticas educativas y trabajo intersectorial

Se sugiere que el Ministerio de Educación fortalezca la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI) en el currículo nacional, asegurando financiamiento continuo y programas piloto regionales. Asimismo, es importante promover la articulación entre el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y organizaciones internacionales como la UNFPA para facilitar el acceso a servicios y métodos anticonceptivos en centros educativos, permitiendo un mayor alcance del programa a nivel nacional.

Espacios seguros y comunicación familiar

Es crucial fomentar espacios seguros dentro de las instituciones educativas donde los estudiantes puedan expresar sus dudas y preocupaciones sobre salud sexual y reproductiva con el acompañamiento de profesionales especializados. Paralelamente, se recomienda implementar talleres dirigidos a los padres de familia para promover la comunicación abierta y la ruptura de tabúes, creando un ambiente de confianza y apoyo en el hogar.

Campañas comunitarias de sensibilización

Para reforzar los esfuerzos educativos, se deben realizar campañas comunitarias que involucren a padres, docentes y estudiantes. Estas campañas deben enfocarse en sensibilizar sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva, generando espacios de diálogo y promoviendo actitudes positivas hacia estos temas en el entorno familiar y comunitario.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrera, F., Sarmiento, S., & Vargas Trujillo, E. (2004). Relación de las actitudes personales y de la norma social con la actividad sexual de los adolescentes. *Revista de Estudios Sociales*, (17), 15–27. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/25319>

Campoy-Muñoz, P., Sánchez-Moreno, E., & Sánchez-García, P. (2009). *Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en jóvenes de 15–21 años*. *Atención Primaria*, 41(3), 147–152. <https://www.elsevier.es>

Caridad, Á. (2010). Comunicación y Sexualidad. *Enfermería Global*, 19, 10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200018

Carrasco, C., Oyarce, G., Nuñez, H., Sánchez, E., Araujo, F., & Mendoza, M. d. P. (2024). *Sesiones de Educación Sexual Integral para el Nivel de Educación Secundaria : guía de Educación Sexual Integral para docentes del Nivel de Educación Secundaria*. <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/5643>

Chanamé Zapata, F. C., Rosales Pariona, I., Mendoza Zuñiga, M., Salas Huamani, J. R., & Leon Untiveros, G. F. (2021). Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.85165>

Corral Gil, G. d. J., García Campos, M. d. L., & Herrera Paredes, J. M. (2022, Diciembre 28). Asertividad sexual, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: Una revisión de literatura. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/851/1578>

Decker, M. J., Gilmore Zárate, C., Atyam, T. V., & Saphir, M. (2023). Improving adolescent perceptions of barriers and facilitators to sexual and reproductive health services through sexual health education. *Journal of Adolescent Health*, 72(2), 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.09.001>

Enríquez-Negrete, D., Sánchez-Medina, R., Bárcena-Gaona, S., & Chávez-Santos, I. (2022). Theory of Planned Behavior in predicting condom use in Latin-American women. *Interacciones*, 8, e254. <https://doi.org/10.24016/2022.v8.254>

Goldfarb, E. S., & Lieberman, L. D. (2021). Three decades of research: The case for comprehensive sex education. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 13–27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>

Guttmacher Institute. (2017). De la normativa a la práctica: La política de educación sexual y su implementación en el Perú. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/es/report/de-la-normativa-la-practica-la-politica-de-educacion-sexual-y-su-implementacion-en-el-peru>

Guttmacher Institute. (2019). *De la normativa a la práctica: El estado de la educación sexual integral en el sistema educativo escolar de Perú*. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/de-la-normativa-a-la-practica-educacion-sexual-peru.pdf

International Planned Parenthood Federation. (2010). *IPPF framework for comprehensive sexuality education (CSE)*. IPPF. https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf

Iraola-Real, M., Llanos Alberca, M. E., Iraola-Real, E., & Iraola-Real, I. (2019). Perception of the adolescents on the integral sexual education: A study of a sample of Lima, Peru. 2019 IEEE Sciences and Humanities International Research Conference (SHIRCON), 1–4. <https://doi.org/10.1109/SHIRCON48091.2019.9024883>

Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health communication*, 30(6), 566–576. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>

Kar, S. K., Choudhury, A., & Singh, A. P. (2015). *Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride*. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(2), 70-74. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4477452/pdf/JHRS-8-70.pdf>

Keogh, S. C., Leong, E., Motta, A., Sidze, E., Monzón, A. S., & Amo-Adjei, J. (2020). Classroom implementation of national sexuality education curricula in four low- and middle-income countries. *Sex Education*, 21(4), 432–449. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1821180>

Keogh, S. C., Stillman, M., Awusabo-Asare, K., Sidze, E., Monzón, A. S., Motta, A., & et al. (2018). Challenges to implementing national comprehensive sexuality education curricula in low- and middle-income countries: Case studies of Ghana, Kenya, Peru and Guatemala. *PLoS ONE*, 13(7), e0200513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200513>

Ketting, E., Brockschmidt, L., & Ivanova, O. (2020). Investigating the ‘C’ in CSE: Implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region. *Sex Education*, 21(2), 133–147. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1766435>

Lindberg, L. D., Maddow-Zimet, I., & Boonstra, H. (2015). Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 621–627. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.004>

Motta, A., Keogh, S. C., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C. F. (2017). *De la normativa a la práctica: La política de educación sexual y su implementación en el Perú*. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/de-la-normativa-a-la-practica-educacion-sexual-peru.pdf

National Sexual Violence Resource Center. (2014). *An overview of adolescent sexual development*. National Sexual Violence Resource Center. https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2014-01/saam_2014_overview-of-adolescent-sexual-development.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: Un enfoque operativo*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258738>

Organización Mundial de la Salud (2024). Salud Sexual y Reproductiva. Retrieved Octubre 16, 2024, from <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

Panchaud, C., Keogh, S. C., Stillman, M., Awusabo-Asare, K., Motta, A., Sidze, E., & Monzón, A. S. (2018). Towards comprehensive sexuality education: a comparative analysis of the policy environment surrounding school-based sexuality education in Ghana, Peru, Kenya and Guatemala. *Sex Education*, 19(3), 277–296. <https://doi.org/10.1080/14681811.2018.1533460>

Reniers, R. L. E. P., Murphy, L., Lin, A., Bartolomé, S. P., & Wood, S. J. (2016). Risk perception and risk-taking behaviour during adolescence: The influence of personality and gender. *PLOS ONE*, 11(4), e0153842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153842>

Robles, J. L., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (2022). Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en jóvenes ecuatorianos. *Suma Psicológica*, 29(1), e250. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2022.v29.n1.5>

Ronconi, L., Espiñeira, B., & Guzmán, S. (2023). Educación sexual integral en América Latina y el Caribe: Dónde estamos y hacia dónde deberíamos ir. *Latin American Legal Studies*, 11(1), 246–296. <https://dx.doi.org/10.15691/0719-9112vol11n1a7>

Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castellà, I., & García, J. (2017). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención Primaria*, 50(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.005>

Schneider, M., & Hirsch, J. S. (2018). Comprehensive sexuality education as a primary prevention strategy for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(17). <https://doi.org/10.1177/1524838018772855>

Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020, Enero). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0361476X19304370>

Triyanto, E., Prabandari, Y. S., Yuniarti, K. W., & Werdati, S. (2019). Identification factors affecting adolescent's reproductive health behavior: A qualitative study. *Bali Medical Journal*, 8(3), 852-857. <https://doi.org/10.15562/bmj.v8i3.1539>

UNESCO. (2017). *Characteristics of effective CSE programmes | Comprehensive Sexuality Education Implementation Toolkit*. Comprehensive Sexuality Education Implementation Toolkit. Retrieved October 23, 2024, from <https://csetoolkit.unesco.org/toolkit/getting-started/characteristics-effective-cse-programmes>

UNESCO. (2017). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

UNESCO. (2021). El camino hacia la educación integral en sexualidad. 74. <http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-sp>

UNFPA. (2024). *Comprehensive sexuality education*. United Nations Population Fund. Retrieved October 23, 2024, from <https://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education>

Vásquez, M. L., Argote, L. Á., Castillo, E., Cabrera, M. J., Gonzalez, D., Mejía, M. E., & Villaquirán, M. E. (2005). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: Una experiencia desde la teoría de la acción razonada. *Colombia Médica*, 36(3 Supl. 2), 16-23. <https://doi.org/10.25100/cm.v36i.3.Supl.2.372>

Vaquez, X. (2021). La ineficiente educación sexual en el Perú que genera un alto índice de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de lima metropolitana. Repositorio Institucional USIL. <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/b5289b2d-d174-4983-9cef-307b95c18ff5>

Ypanaque Ancajima, J. E. (2024). Access barriers to primary sexual and reproductive health services in adolescents from a marginal urban community in Peru. *Medicina Clínica y Social*, 7(2), 96–104. <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/329/349>

