

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE SALUD



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

“Programa de intervención educativa para modificar actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN
CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORA: Barrionuevo Santos, Luz Myriam

ASESOR: Rodríguez de Lombardi, Gladys Liliana

HUÁNUCO – PERÚ

2025



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: salud materno perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Ciencias socio biomédicas (planificación familiar, salud sexual, efectos políticos y sociales de la investigación biomédicas)

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: doctora en ciencias de la salud

Código del Programa: P24

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40479841

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22404125

Grado/Título: Doctor en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-4021-2361

H

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Fretel Quiroz, Nicolas Magno	Doctor en administración de la educación	42092646	0000-0002-2724-8116
2	Jara Claudio, Edith Cristina	Doctora en Ciencias de la Educación	22419984	00000002-3671-3374
3	Argandoña Salazar Leonor Julia	Doctora en Ciencias de la Salud	22404394	00000003-4682-776X



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
ESCUELA DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE DOCTOR (A) EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad de Huánuco, siendo las *13:00* horas del día *17* del mes de *Setiembre* del año 202*5*, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados de Maestría y Doctorado de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. Leonor ARGANDOÑA SALAZAR (PRESIDENTA)
- Dr. Nicolás Magno FRETTEL QUIROZ (SECRETARIO)
- Dra. Edith JARA CLAUDIO (VOCAL)

Nombrados mediante Resolución N°606-2025-D-EPG-UDH, de fecha 16 de setiembre de 2025, para evaluar la sustentación de la tesis intitulada: "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR ACTITUDES MACHISTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE HUÁNUCO 2024"; presentado (a) por el/la graduanda **Maestra Luz Myriam BARRIONUEVO SANTOS** para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Dicho acto de sustentación, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) *aprobado* por *unanimidad* con el calificativo cuantitativo de *16* y cualitativo de *bueno*.

Siendo las *13:00* horas del día *17* del mes de *setiembre* del año 202*5*, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Leonor ARGANDOÑA SALAZAR
Código ORCID: 0000-0003-4682-776X
DNI: 22404394

SECRETARIO

Dr. Nicolás Magno FRETTEL QUIROZ
Código ORCID: 0000-0002-2724-8116
DNI: ~~72092646~~

VOCAL

Dra. Edith JARA CLAUDIO
Código ORCID: 0000-0002-5049- 5887
DNI: 22419984



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: LUZ MYRIAM BARRIONUEVO SANTOS, de la investigación titulada "Programa de intervención educativa para modificar actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024", con asesor(a) GLADYS LILIANA RODRIGUEZ DE LOMBARDI, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 405-2023-D-EPG-UDH del P. A. de DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 18 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 04 de julio de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

30. Barrionuevo Santos, Luz Myriam.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, por darme fuerza para continuar en este proceso de obtener una de mis metas más preciadas.

A mi familia por su amor, paciencia, comprensión y sacrificio en todos estos años por dedicarme a mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi, por su guía experta, dedicación constante y paciencia a lo largo de la elaboración de esta tesis doctoral.

Extiendo también mi gratitud a la Universidad de Huánuco, a su Escuela de Posgrado y al equipo docente, por brindarme la posibilidad de continuar mi formación académica y acompañarme en este camino.

Asimismo, reconozco y valoro la participación voluntaria de los estudiantes de las Instituciones Educativas del distrito de Huánuco, cuya colaboración fue fundamental para la recolección de información que sustenta este trabajo.

Por último, agradezco profundamente a mi familia, por su permanente respaldo, comprensión y motivación durante este periodo tan significativo de mi trayectoria académica.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
RESUMO.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	X
CAPITULO I.....	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	16
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	17
1.3. OBJETIVOS.....	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	21
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	24
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	26
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.2.1. TEORÍA DEL SEXISMO AMBIVALENTE	28
2.2.2. MODELO DE ROLES SEXUALES DE SANDRA BEM	28
2.2.3. MODELO DE LA FORMACIÓN DE ACTITUDES.....	29
2.2.4. TEORÍA DE LA PERSUASIÓN	30

2.2.5.LAS ACTITUDES MACHISTAR SEXUALES Y REPRODUCTIVAS.....	31
2.2.6.INTERVENCION EDUCATIVA	36
2.3. BASES FILOSÓFICAS	42
2.4. HIPÓTESIS.....	44
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	44
2.5. VARIABLES.....	45
2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE.....	45
2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE	45
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	46
CAPITULO III.....	48
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.1.1. ENFOQUE.....	48
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	48
3.1.3. DISEÑO.....	49
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
3.2.1. POBLACIÓN.....	50
3.2.2. MUESTRA.....	50
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	51
3.4. CONSIDERACIONES ETÍCAS.....	58
CAPITULO IV.....	60
RESULTADOS.....	60
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	60
4.2. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	65
CAPITULO V.....	81
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	81
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de estudiantes del 5to año de secundaria de las I.E. del distrito de Huánuco	50
Tabla 2. Muestra de estudiantes del 5to año de secundaria de las I. E. Leoncio Prado y Hermilio Valdizán de Huánuco	51
Tabla 3. Nivel de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes del grupo experimental y el grupo control en las Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024.....	60
Tabla 4. Niveles de actitudes machistas sexuales y reproductivas por dimensiones en los estudiantes del grupo experimental y control de las Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024.....	62
Tabla 5. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente al género en adolescentes del grupo experimental y control- Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024.....	65
Tabla 6. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en adolescentes del grupo experimental y control- Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024	67
Tabla 7. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del grupo experimental y control - Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024.....	69
Tabla 8. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en adolescentes del grupo experimental y control - Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024	71
Tabla 9. Comparacion de medias pre y post test de actitudes machistas frente a la educación sexual en adolescentes del grupo experimental y control - Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024.....	73
Tabla 10. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas sexuales y reproductivas en los grupos experimental y control – Instituciones Educativas del distrito de Huánuco, 2024.....	75

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

Metodología: Se empleó un diseño cuasiexperimental, longitudinal y analítico, con 90 estudiantes en el grupo experimental y 90 en el grupo control.

Se utilizó una escala tipo Likert para medir las actitudes, aplicando la prueba t de Student para muestras relacionadas y el coeficiente de Cohen (d) para el tamaño del efecto.

Resultados: Los resultados evidenciaron un efecto significativo y de gran magnitud del programa en el grupo experimental ($d = 1,02$; $p = 0,006$). Las actitudes machistas sexuales y reproductivas mejoraron considerablemente, aumentando los niveles bajos (de 15,6% a 30%) y reduciéndose los niveles medios altos (de 6,7% a 2,2%). En el grupo control no se registraron cambios significativos. Se identificaron mejoras significativas en las actitudes frente a las relaciones sexuales ($p = 0,019$), métodos anticonceptivos ($p = 0,003$), conductas de riesgo ($p = 0,003$) y educación sexual ($p = 0,008$). Sin embargo, no se encontró un cambio significativo en las actitudes frente al género ($p = 0,117$), lo que sugiere que esta dimensión podría requerir intervenciones más prolongadas o focalizadas.

Conclusión: Se que la intervención fue efectiva para reducir actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes, representando una estrategia válida para fomentar creencias y comportamientos más equitativos en esta población.

Palabras clave: actitud, intervención, machismo, género, anticonceptivos

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of the educational intervention program on modifying sexist sexual and reproductive attitudes in adolescents from educational institutions in the Huánuco 2024 district. **Methodology:** A quasi-experimental, longitudinal, and analytical design was used, with 90 students in the experimental group and 90 in the control group. A Likert-type scale was used to measure attitudes, applying the Student t-test for related samples and Cohen's coefficient (d) for the effect size. **Results:** The results showed a significant and large effect of the program in the experimental group ($d = 1.02$; $p = 0.006$). Sexist sexual and reproductive attitudes improved considerably, increasing low levels (from 15.6% to 30%) and decreasing medium-high levels (from 6.7% to 2.2%). No significant changes were recorded in the control group. Significant improvements were identified in attitudes toward sexual relations ($p = 0.019$), contraceptive methods ($p = 0.003$), risk behaviors ($p = 0.003$), and sexuality education ($p = 0.008$). However, no significant change was found in attitudes toward gender ($p = 0.117$), suggesting that this dimension may require longer or more targeted interventions. **Conclusion:** The intervention was effective in reducing sexist sexual and reproductive attitudes in adolescents, representing a valid strategy for fostering more equitable beliefs and behaviors in this population.

Keywords: attitude, intervention, machismo, gender, contraceptives

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa foi determinar o efeito do programa de intervenção educativa na modificação de atitudes machistas sexuais e reprodutivas em adolescentes de instituições educacionais do distrito de Huánuco em 2024. Foi utilizado um delineamento quase-experimental, longitudinal e analítico, com 90 estudantes no grupo experimental e 90 no grupo controle. Utilizou-se uma escala do tipo Likert para medir as atitudes, aplicando-se o teste t de Student para amostras relacionadas e o coeficiente d de Cohen para o tamanho do efeito. Os resultados evidenciaram um efeito significativo e de grande magnitude do programa no grupo experimental ($d = 1,02$; $p = 0,006$). As atitudes machistas sexuais e reprodutivas melhoraram consideravelmente, com aumento nos níveis baixos (de 15,6% para 30%) e redução nos níveis médio-altos (de 6,7% para 2,2%). No grupo controle, não foram registrados mudanças significativas. Foram identificadas melhorias significativas nas atitudes em relação às relações sexuais ($p = 0,019$), ao uso de métodos anticoncepcionais ($p = 0,003$), às condutas de risco ($p = 0,003$) e à educação sexual ($p = 0,008$). No entanto, não foi encontrada uma mudança significativa nas atitudes em relação ao gênero ($p = 0,117$), o que sugere que essa dimensão pode requerer intervenções mais prolongadas ou focadas. Conclui-se que a intervenção foi eficaz na redução de atitudes machistas sexuais e reprodutivas entre os adolescentes, representando uma estratégia válida para promover crenças e comportamentos mais equitativos nessa população.

Palavras-chave: atitude, intervenção, machismo, gênero, anticoncepcionais.

INTRODUCCIÓN

El machismo sexual y reproductivo es una manifestación del sexismo que afecta gravemente la salud, la autonomía y la dignidad de las mujeres. Se expresa a través de la violencia, la restricción de derechos y la imposición de roles de género desiguales, lo que genera consecuencias devastadoras como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, matrimonios forzados y feminicidios (1). A nivel global, millones de mujeres y niñas han sido afectadas por estas prácticas, además de que en América Latina aún prevalecen actitudes machistas que restringen la autonomía sexual femenina y normalizan la violencia de género (2). En países como Perú, la cultura de la violación y la normalización del control masculino sobre la sexualidad femenina continúan siendo problemas graves, con cifras alarmantes de violencia sexual y feminicidios (3). En la región Huánuco, este panorama se refleja en altos índices de violencia machista, con adolescentes que replican estereotipos de control y dominación sobre sus parejas, influenciados por entornos familiares y sociales marcados por la desigualdad de género (4).

Frente a esta realidad, es fundamental que las instituciones educativas y la sociedad en su conjunto promuevan una educación sexual integral con enfoque de género, que no solo informe sobre salud sexual y reproductiva, sino que también desafíe los estereotipos machistas arraigados en la cultura. Las escuelas juegan un rol clave en la formación de valores y actitudes equitativas, por lo que es crucial capacitar a los docentes en perspectiva de género y fomentar el diálogo abierto con los estudiantes y sus familias. Solo a través de una educación transformadora será posible construir una sociedad basada en el respeto, la igualdad y la autonomía, reduciendo así la violencia y discriminación que afectan a millones de mujeres en el mundo.

Por tanto, el estudio es relevante, porque, busca profundizar en las teorías sobre el machismo y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, proponiendo un programa educativo basado en la perspectiva de género, el fortalecimiento de la autonomía sexual y la autoestima sexual, con el objetivo de transformar las actitudes machistas en los estudiantes de las instituciones educativas del distrito de Huánuco. En términos prácticos, busca demostrar que un programa bien estructurado

puede generar cambios significativos en las actitudes machistas, promoviendo relaciones equitativas y prácticas sexuales más saludables, y sirviendo como herramienta para docentes, directivos y profesionales de la salud en la toma de decisiones y desarrollo de políticas educativas. Desde una perspectiva metodológica, el estudio propone un programa educativo innovador y contextualizado, utilizando metodologías participativas como talleres, debates y dinámicas grupales, fomentando la reflexión crítica y el aprendizaje activo, con la posibilidad de ser replicado en otras regiones para ampliar su impacto.

A partir de lo anteriormente señalado, se identificó la necesidad de evaluar el efecto del programa de intervención educativa orientado a modificar las actitudes machistas en el ámbito sexual y reproductivo de los adolescentes pertenecientes a instituciones educativas del distrito de Huánuco. Los hallazgos permitieron evidenciar que dicha intervención produjo un cambio significativo en dichas actitudes, alcanzando una magnitud de efecto considerable ($d = 2,10$).

Para facilitar una comprensión integral de los hallazgos, el estudio fue organizado en cinco capítulos. El Capítulo I desarrolla el problema de investigación, incluyendo su contextualización, formulación, objetivos, justificación y viabilidad.

El Capítulo II contiene el marco teórico, donde se abordan los antecedentes, fundamentos teóricos y filosóficos, así como las hipótesis del estudio, las variables consideradas y su correspondiente tabla de operacionalización de variables.

En el Capítulo III se detalla la metodología empleada, señalando el tipo y diseño de investigación, el enfoque, el nivel, la población y muestra, las técnicas e instrumentos utilizados para recolectar y analizar los datos, y los principios éticos que guiaron el estudio.

El Capítulo IV presenta los resultados obtenidos, a través de análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. Finalmente, el Capítulo V expone la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones, junto con las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El machismo vinculado a la sexualidad y reproducción es una forma de discriminación que reduce la capacidad de las mujeres para ejercer control sobre sus decisiones íntimas y reproductivas. Este tipo de pensamiento, al reforzar relaciones desiguales entre géneros, también genera rechazo hacia el uso de métodos anticonceptivos y preventivos, lo cual pone en riesgo su salud integral y limita el ejercicio pleno de sus derechos sexuales (1).

La expresión del machismo sexual y reproductivo en diversas regiones del mundo ha provocado graves vulneraciones a los derechos de mujeres y niñas. Entre las formas más extremas se encuentran la mutilación genital femenina, que afecta a unos 200 millones en al menos 30 naciones, y el matrimonio infantil forzado, una práctica que ha alcanzado a cerca de 700 millones de niñas, siendo 250 millones de ellas casadas antes de los 15 años (2).

Del mismo modo, una de las manifestaciones más extremas del machismo sexual se expresa en la violencia, la cual ha sido reconocida globalmente como un problema crítico tanto en el ámbito social como en el de la salud pública. Esta forma de violencia impacta a todos los sectores de la población, incluidos adolescentes, y se encuentra profundamente arraigada en un modelo patriarcal que mantiene y reproduce estructuras de desigualdad entre hombres y mujeres (5). Las repercusiones más graves del machismo sexual se reflejan en cifras alarmantes: se estima que 736 millones de mujeres a nivel mundial han experimentado violencia física o sexual, lo que representa casi una de cada tres mujeres. Además, se han registrado alrededor de 48,800 casos de feminicidio, donde mujeres y niñas fueron asesinadas por hombres con actitudes machistas (6).

Por otro lado, al analizar los costos del machismo sexual y reproductivo, así como de la violencia machista y el feminicidio como su expresión más extrema, se observa que el impacto es extremadamente elevado. A los incalculables costos sociales, se suman los costos económicos, los cuales, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ascienden a 1,5

billones de dólares. Estos costos no solo afectan directamente a las mujeres y sus familias, sino que también tienen repercusiones profundas en las comunidades y las sociedades en general (2).

Las repercusiones del machismo sexual y reproductivo son alarmantes en los países de América Latina, ya que, en pleno siglo XXI, sigue siendo elevada la cantidad de hombres que insisten en decidir si su pareja utiliza o no un método anticonceptivo, imponiéndoles múltiples pretextos y recurriendo a manipulaciones o discriminación hacia ellas. Esta situación ha llevado a que el 56% de las mujeres queden embarazadas debido a la falta de uso de métodos anticonceptivos en los 5 años previos a la concepción (7).

Asimismo, en América Latina y el Caribe, la violencia ejercida por razones de género sigue siendo uno de los problemas más urgentes por resolver. Se estima que una de cada tres mujeres ha sufrido agresiones físicas o sexuales, y en sus manifestaciones más extremas, estas situaciones derivan en feminicidios. Hasta la fecha, se ha reportado que 3,000 latinoamericanas han sido asesinadas por sus parejas o exparejas, simplemente, por el hecho de ser mujeres (8).

También, varios países de América Latina, como Bolivia, Colombia, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, se ha identificado que una gran proporción de varones adolescentes reproducen creencias machistas. Seis de cada diez jóvenes entre 15 y 19 años consideran que los celos son una expresión de amor, y un 65% interpreta que cuando una mujer rechaza una relación sexual, en realidad está dando su consentimiento. (9).

De igual manera, siete de cada diez adolescentes varones consideran que cuando una mujer es acosada o tocada sin consentimiento, la responsabilidad recae en ella por la manera en que se viste. Además, el 40% cree que, si una mujer ha ingerido alcohol, ello justifica que un hombre mantenga relaciones sexuales con ella, incluso si está inconsciente. Estos patrones de pensamiento tienen un trasfondo común: muchos de estos jóvenes fueron criados en entornos familiares marcados por figuras paternas autoritarias, machistas, con problemas de alcoholismo y conductas violentas hacia la madre, incluyendo celos, maltrato físico y verbal (10).

Durante los últimos diez años, el Perú ha sido señalado como uno de los países con mayor arraigo de prácticas y creencias machistas en la región latinoamericana (11). Un 39% de los hombres presenta una actitud desfavorable respecto al uso de anticonceptivos, reflejando un control sobre la autonomía sexual femenina (12). Además, se ha identificado una preocupante aceptación social de narrativas que perpetúan la violencia machista, como la tendencia a culpabilizar a las víctimas, relativizar los actos de violencia sexual y utilizar discursos humorísticos que contribuyen a legitimar este tipo de agresiones (3).

Por otra parte, se ha comprobado que las consecuencias del machismo sexual se reflejan en el reporte de 16,632 delitos por violencia sexual, donde el 43% de las víctimas son mujeres y adolescentes. Esta problemática pone en evidencia la presencia de una cultura de violación en el Perú, caracterizada por la normalización, justificación e invisibilización de la violencia sexual contra las mujeres (13). Las actitudes machistas evidencian una estructura de poder en la que el hombre se concibe como superior y con derecho a imponer su voluntad. Bajo esta lógica, se sostiene la idea de que el deseo sexual masculino debe ser satisfecho, incluso a expensas del consentimiento de su pareja, lo que refuerza la violencia sexual dentro de las relaciones íntimas (14).

En la región Huánuco, el machismo sexual y reproductivo también se manifiesta con fuerza a través de la violencia de género, un problema persistente en la sociedad peruana. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (4), el 53,8% de las mujeres en esta región ha sufrido algún tipo de violencia machista. Entre las expresiones más frecuentes de esta violencia se encuentra la celotipia, que se traduce en agresiones de tipo psicológico y sexual, como el control sobre la vestimenta de la pareja, sus relaciones sociales, la revisión de su teléfono móvil, la censura de sus publicaciones en redes sociales o la imposición de compartir su ubicación y contraseñas.

En el distrito de Huánuco, como en muchas otras regiones del Perú, se ha identificado una fuerte presencia de actitudes machistas sexuales y reproductivas en los estudiantes de instituciones educativas secundarias. Estos comportamientos reflejan los estereotipos de género impuestos

culturalmente y afectan la percepción que los jóvenes tienen sobre las relaciones sexuales y reproductivas. Por ejemplo, se ha observado que muchos adolescentes perpetúan ideas sobre la superioridad del hombre en las relaciones y muestran actitudes que refuerzan la dominación masculina sobre las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres.

Las conductas machistas en los adolescentes, como la violencia psicológica y verbal contra las mujeres, la normalización de la cultura de la violación, y la trivialización de la violencia sexual, están profundamente arraigadas en los sistemas de socialización familiar y social. Estas actitudes se reflejan también en las percepciones erróneas sobre el consentimiento y el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo

En los adolescentes de las Instituciones Educativas Hermilio Valdizán y Leoncio Prado, ubicadas en el distrito de Huánuco, se han identificado diversas conductas machistas en el ámbito sexual y reproductivo. Estas actitudes tienen su origen en estereotipos de género profundamente arraigados en la sociedad, los cuales han sido transmitidos de generación en generación y se manifiestan en la vida cotidiana de los estudiantes. Uno de los aspectos más notorios de estas conductas es el uso de insultos y calificativos despectivos hacia las mujeres, tales como puta, sucia o zorra, términos que refuerzan la idea de que la libertad sexual femenina es algo condenable o vergonzoso. Este tipo de expresiones no solo refuerzan la limitación de la autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo, sino que también contribuyen a la normalización de la culpabilización cuando son víctimas de violencia o acoso sexual.

Además, dentro del contexto escolar, se observa una marcada diferencia en la manera en que se percibe y valora la sexualidad en función del género. A las adolescentes se les impone un rol de agentes pasivas, promoviendo la idea de que deben restringir su expresión sexual y mantener una actitud recatada. En contraste, en los varones se fomenta una sexualidad activa, dominante y expansiva, celebrando comportamientos que refuerzan la idea de poder y control sobre sus parejas. Esta desigualdad en la construcción de la identidad sexual refuerza dinámicas que perpetúan relaciones desiguales y la subordinación de las mujeres.

Tras un análisis profundo sobre el impacto que generan las actitudes machistas en el ámbito sexual y reproductivo dentro de nuestra sociedad, se identifica la necesidad de evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa orientado a modificar dichas actitudes en adolescentes que cursan estudios en instituciones educativas del Distrito de Huánuco, con el fin de mitigar sus consecuencias en las etapas de la juventud y adultez. Los adolescentes, como un reflejo amplificado de nuestra sociedad, son, desde una perspectiva esperanzadora, más receptivos al cambio de actitudes y comportamientos machistas que las personas adultas.

Por ello, se vuelve imprescindible que las escuelas y la sociedad trabajen conjuntamente en la implementación de una educación sexual integral con perspectiva de género. Esta debe contemplar no solo contenidos sobre salud sexual y reproductiva, sino también procesos educativos que cuestionen los roles de género tradicionales y promuevan relaciones interpersonales sustentadas en el respeto, la igualdad y el reconocimiento de la autonomía personal de todas las personas, sin importar su identidad de género.

El rol de las escuelas es esencial, ya que constituyen espacios clave para la formación de valores y actitudes en los adolescentes. A través de un enfoque educativo inclusivo y reflexivo, se pueden desafiar las ideas machistas que perpetúan la desigualdad y la violencia, promoviendo en su lugar una convivencia más justa y libre de discriminación. Asimismo, los educadores tienen un papel crucial en este proceso, ya que su enseñanza y orientación pueden contribuir significativamente a la transformación de estereotipos de actitudes machistas y de género; por cuanto es crucial que se capaciten a los docentes en perspectiva de modificación de actitud machista en salud sexual y reproductiva, además del rol de género y de promover el diálogo abierto sobre estos temas con los estudiantes y sus familias. Solo así será posible generar un cambio profundo y duradero en la forma en que las nuevas generaciones conciben la sexualidad, el respeto y la igualdad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a. ¿Cuál es el nivel de actitudes machistas sexuales y reproductivas de los adolescentes del grupo experimental comparado con el grupo control?
- b. ¿Cuál es el nivel de actitudes machistas frente al género, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y educación sexual en los adolescentes del grupo experimental comparado con el grupo control?
- c. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente al género en el grupo experimental en comparación con el grupo control?
- d. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental en comparación con el grupo control?
- e. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental en comparación con el grupo control?
- f. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el grupo experimental en comparación con el grupo control?
- g. ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental en comparación con el grupo control?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Describir el nivel de las actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes del grupo experimental y el grupo control.
- b. Identificar los niveles de actitud machista en las dimensiones: género, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y

educación sexual en los adolescentes del grupo experimental y el grupo control.

- c. Evaluar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente al género en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.
- d. Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.
- e. Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.
- f. Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.
- g. Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a la educación sexual en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La investigación buscó ampliar la comprensión teórica del machismo y su repercusión en la salud sexual y reproductiva, así como proponer alternativas educativas efectivas orientadas a transformar dichas actitudes en estudiantes adolescentes. Las manifestaciones del machismo en el ámbito sexual y reproductivo continúan siendo una problemática vigente y creciente, tanto en el entorno escolar como en el familiar y social, lo cual exige atención urgente debido a sus consecuencias perjudiciales en el desarrollo integral de los adolescentes a mediano y largo plazo.

Asimismo, se buscó demostrar el impacto de un programa educativo orientado a modificar conductas, a través de la resignificación de nociones fundamentales como el enfoque de género, la autonomía en el ejercicio de la sexualidad, la valoración positiva de la propia sexualidad, el proceso de maduración psicosexual y la expresión sexual asertiva. Dichos elementos resultan determinantes en el cambio de

actitudes machistas presentes en adolescentes que cursan estudios en instituciones educativas del distrito de Huánuco.

Finalmente, los resultados de este estudio proporcionan una base sólida para evidenciar el impacto del machismo sexual y reproductivo en la salud emocional de los adolescentes. Además, sirve como un referente valioso para la comunidad científica huanuqueña, dado que los estudios sobre este tema en el contexto regional son limitados.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La presencia de actitudes machistas en el ámbito sexual y reproductivo entre los adolescentes representa una preocupación significativa, dada la variedad de efectos negativos que puede generar en distintas etapas de su desarrollo. Entre estos se encuentran la resistencia al uso de métodos anticonceptivos, la adopción de conductas sexuales riesgosas y la reproducción de ideas sexistas, factores que comprometen seriamente su bienestar físico, emocional y sexual.

En este escenario, el valor práctico más relevante del estudio se encuentra en evidenciar que un programa educativo estructurado con enfoque específico puede influir positivamente en la transformación de actitudes machistas relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Esta transformación promueve comportamientos sexuales más responsables y seguros, fortaleciendo así el desarrollo integral y el bienestar de los adolescentes.

Asimismo, los hallazgos alcanzados representan un recurso valioso para orientar el análisis y la toma de decisiones por parte de los directivos de las instituciones educativas del distrito de Huánuco. También resultan de utilidad para docentes y profesionales de la salud que trabajan en favor del bienestar físico, emocional y sexual de la población adolescente.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El aporte metodológico de la investigación radica en la presentación de un programa educativo innovador, específico y contextualizado, diseñado con base en evidencia científica y adaptado a la realidad cultural y social del distrito de Huánuco. Este programa se

construye como una herramienta integral para abordar actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes.

Del mismo modo, se integraron enfoques pedagógicos participativos como dinámicas grupales, talleres vivenciales y espacios de diálogo, los cuales incentivaron la reflexión crítica y el compromiso activo del estudiantado, facilitando una transformación positiva en sus actitudes y conductas.

También, la metodología propuesta está diseñada para ser adaptable a diferentes contextos y poblaciones, lo que permite su implementación en otras instituciones educativas ampliando así su impacto potencial. Esto refuerza su utilidad como modelo replicable y flexible, capaz de ajustarse a diversas necesidades socioculturales.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La principal limitación del estudio estuvo vinculada a la disponibilidad de tiempo de los estudiantes al momento de aplicar los instrumentos. Para evitar afectar el desarrollo normal de las clases, se decidió realizar la recolección de datos durante las sesiones de tutoría. Sin embargo, tanto la aplicación de los instrumentos como la ejecución del programa de intervención demandaron más tiempo del inicialmente planificado.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

En cuanto a la viabilidad teórica, se dispuso de un acceso adecuado a fuentes de información confiables, tanto digitales como bibliográficas especializadas. Esto permitió construir una base conceptual sólida y abordar el tema de investigación desde un enfoque bien sustentado.

Viabilidad ética: La ejecución de la investigación se llevó a cabo bajo estrictos principios éticos, asegurando que no se causara daño ni se afectara negativamente a los participantes. Se respetaron los derechos y la confidencialidad de todos los involucrados en la investigación.

Viabilidad financiera: se contó con los recursos financieros y logísticos necesarios para cubrir los gastos relacionados con la investigación, lo que aseguró que la ejecución del proyecto se desarrolle sin limitaciones en el aspecto presupuestal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Günther et al. (15), en Argentina, en su estudio “Actitudes hacia la sexualidad en jóvenes de 18 a 25 años de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina 2023”. Llevaron a cabo una investigación con enfoque cuantitativo y de carácter descriptivo. La muestra estuvo conformada por 167 jóvenes, hombres y mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 25 años. Para la recolección de datos, se aplicó una versión ampliada de la escala de actitudes hacia la sexualidad. Los hallazgos revelaron que los participantes, en general, manifiestan una postura liberal respecto a la sexualidad. En cuanto al análisis por sexo, se observó que las mujeres presentaron una actitud ligeramente más abierta que los varones. En relación con la variable edad, todos los grupos etarios incluidos mostraron una actitud liberal, sin identificarse un patrón progresivo o regresivo claro. Lo mismo se evidenció en función del nivel educativo. Como conclusión, el estudio determinó que no existe una tendencia significativa entre las actitudes sexuales y las variables de género, edad o nivel de estudios.

Álvarez y Noreña (16), en Colombia, en su estudio “Análisis Psicométrico de la Escala de Machismo Sexual (Ems-12) en universitarios del Caribe Colombiano 2023”. Desarrollaron una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo instrumental y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 351 estudiantes universitarios, a quienes se les administró la Escala de Machismo Sexual (EMS-12), con el propósito de medir el grado de machismo presente en el ámbito sexual, así como identificar los niveles de riesgo asociados a la tolerancia hacia este tipo de actitudes. Los análisis estadísticos evidenciaron que la escala presenta una estructura unidimensional, junto con adecuados índices de consistencia interna y ajuste del modelo. Los autores concluyeron que la EMS-12 cuenta con propiedades psicométricas sólidas.

Alfonso, et al. (17), en Cuba, en su estudio “Sistema de talleres para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes 2021”. Realizaron un estudio de tipo descriptivo con diseño transversal, en el cual participaron 40 adolescentes. El sistema de talleres fue concebido bajo un enfoque metodológico participativo, inspirado en los principios de la Educación Popular. Para identificar las necesidades de aprendizaje, se aplicaron diversas técnicas, tales como encuestas, entrevistas y ejercicios de completamiento de frases. El sistema propuesto fue evaluado mediante juicio de expertos. Los resultados indicaron que los hombres inician su vida sexual a edades más tempranas, tienen más parejas sexuales y consumen alcohol. Asimismo, se identificó un uso deficiente de métodos anticonceptivos, así como dificultades para distinguir entre conductas sexuales saludables y aquellas que implican riesgos. Finalmente, se concluyó que el sistema de talleres es viable y pertinente.

Argueta y Mejía (18), en México, en su estudio “Bullying en estudiantes de preparatoria con actitudes de machismo sexual, 2021”. Llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo, en la que participaron 33 estudiantes. Para la recolección de información, se emplearon dos instrumentos: el Cuestionario para la Exploración del Bullying (CEBU) y la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12), con el objetivo de analizar las manifestaciones de violencia escolar y actitudes sexistas en el ámbito sexual. Los resultados evidenciaron que en la preparatoria no presentaron bullying en general; respecto a la dimensión que es víctima, se identificó que el 20,8% mostró un nivel alto, en la dimensión de agresor, el 18,8% se encontraron en un nivel alto, en la tercera dimensión, el 31,3% se localizó en un nivel alto, por último, el 76,6% evidenciaron un nivel medio sobre las actitudes machistas sexuales. Concluyendo que, no existe relación entre el machismo sexual y el bullying.

Cavazos et al. (19), en México, en su estudio “Machismo y práctica sexual en jóvenes mexicanos 2021”. Desarrolló un estudio con diseño descriptivo de corte transversal, en el que participaron 333 jóvenes mexicanos. Para la recolección de datos, se utilizó una cédula de

información sociodemográfica y se aplicó la Escala de Machismo Sexual. Los resultados mostraron que los participantes presentaron un nivel moderado de machismo sexual, con una media de 19,9 puntos, lo que evidencia la presencia de actitudes, creencias y conductas machistas entre jóvenes de 18 a 24 años. El autor concluyó que la promoción de la salud sexual desempeña un papel clave en la prevención de comportamientos sexistas en esta población juvenil.

Mamani, et al. (1), en Chile, en su estudio “Análisis comparativo de machismo sexual en estudiantes universitarios chilenos y peruanos 2020”. Llevaron a cabo una investigación de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de alcance correlacional y corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 153 estudiantes pertenecientes a una universidad privada en Iquique (Chile) y 150 de una universidad privada en Arequipa (Perú). Para medir el nivel de machismo sexual, se utilizó la Escala de Machismo Sexual (ESM Sexismo-12). Se observó que los estudiantes peruanos obtuvieron puntajes más altos en comparación con sus pares chilenos. Otro hallazgo relevante fue que aquellos estudiantes que reportaban consumo frecuente de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas tendían a presentar actitudes más marcadamente machistas. En conclusión, el estudio evidenció una mayor presencia de machismo sexual en los universitarios peruanos y su asociación con el uso habitual de sustancias psicoactivas.

Zhañay (20), en Ecuador, en su estudio “El Machismo en la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes varones escolarizados de la Parroquia De Nulti-Azuay 2019”. Llevó a cabo una investigación de tipo cuantitativo, con diseño transversal y enfoque analítico. La muestra estuvo conformada por 160 adolescentes varones, a quienes se les aplicó la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexism-12) con el objetivo de medir el nivel de machismo presente. Los resultados indicaron que el puntaje promedio en la escala fue de $25,48 \pm 6,68$. Se observó un mayor nivel de machismo entre aquellos adolescentes que mantenían una relación de noviazgo, siendo esta condición un factor asociado también al uso del preservativo. El estudio concluyó que el

tener una enamorada representa un factor relacionado con mayores niveles de machismo en adolescentes varones.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Valle (21), en Chimbote, en su estudio “Diferencia del machismo sexual según sexo en estudiantes de una Universidad Privada, Chimbote, 2021”. Llevó a cabo una investigación de tipo observacional, prospectiva, transversal y analítica, con un enfoque relacional y un diseño de corte epidemiológico. La población total estuvo compuesta por 16,456 estudiantes, de los cuales se seleccionó una muestra de 376 a través de un muestreo no probabilístico por cuotas. Para la medición de la variable principal se empleó la Escala de Machismo Sexual. Los resultados evidenciaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los niveles de machismo sexual, siendo los varones quienes mostraron puntuaciones más elevadas. En conclusión, el estudio identificó una mayor prevalencia de actitudes machistas en el ámbito sexual entre los participantes de sexo masculino en comparación con las mujeres.

Huamani, et al. (22), en Arequipa, en su estudio “Análisis psicométrico de la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12) en estudiantes universitarios de Arequipa, Perú 2023”. Realizaron una investigación de tipo instrumental, en la que se trabajó con una muestra aleatoria de 2,470 estudiantes, compuesta equitativamente por 1,235 varones y 1,235 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 30 años. Para la evaluación, se utilizó la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12). Los análisis confirmaron una estructura unidimensional del instrumento, con adecuados índices de ajuste tanto en la muestra masculina como en la femenina. Además, se observaron altos niveles de confiabilidad por consistencia interna para ambos grupos. Los autores concluyeron que la EMS-Sexismo-12 presenta evidencias sólidas de validez y confiabilidad.

Delgado y Huaranga (23), en Lima, en su estudio “Creencia sobre violencia de género y machismo sexual en pobladores del distrito de Matucana - Huarochirí, 2022”. Llevaron a cabo una investigación de tipo básica, no experimental, transversal, y correlacional. La muestra estuvo

compuesta por 300 personas, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 59 años. Para la recolección de datos, se aplicaron dos instrumentos: la escala de creencias sobre violencia de género y la escala de machismo sexual. Los resultados evidenciaron una correlación positiva y significativa de magnitud considerable entre ambas variables ($r = 0,714$, $p = 0,01$). Asimismo, se observaron asociaciones significativas entre el machismo sexual y las dimensiones de creencias ($r = 0,724$, $p < 0,01$) y conductas relacionadas con la violencia de género ($r = 0,706$, $p < 0,01$). El estudio concluyó que una mayor aceptación de creencias vinculadas a la violencia de género se relaciona con una mayor presencia de actitudes machistas sexuales.

Chuco (24), en Lima, en su estudio titulado “Actitud machista en adolescentes atendidos en un Centro de Salud Pública del distrito de Independencia 2019”. Realizó una investigación de tipo descriptivo con una muestra compuesta por 70 adolescentes, de los cuales 29 eran varones y 41 mujeres. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Actitudes hacia el Machismo. Los resultados indicaron que el 48,8% de los participantes presentó actitudes ambivalentes frente al machismo. Por otro lado, el 40,3% mostró una inclinación hacia el rechazo de estas actitudes, mientras que el 6,3% manifestó una tendencia a aceptar el machismo. Además, el 4,3% expresó un rechazo firme hacia este tipo de actitudes y solo el 0,3% evidenció una aceptación total del machismo. El estudio concluyó que, las actitudes hacia el machismo se sitúan en un nivel promedio.

Zapata (25), en Piura, en su investigación titulada “Aplicación de talleres sobre educación sexual, para mejorar las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes de tercer grado de educación secundaria de la institución educativa Enrique López Albuja, Piura 2019”. Desarrolló una investigación de tipo descriptiva, aplicada, cuantitativa y de corte transversal, con una muestra compuesta por 65 estudiantes. Los resultados del pretest mostraron que 45 alumnos, tanto hombres como mujeres, presentaban actitudes desfavorables frente a la sexualidad, mientras que 20 manifestaron actitudes favorables. Posteriormente, tras la implementación de un taller, el postest reveló que 55 estudiantes

adoptaron actitudes favorables y solo 10 mantuvieron actitudes desfavorables. En el pretest, la mayoría de los adolescentes evidenció una postura negativa hacia la sexualidad, siendo los varones quienes concentraron el mayor número de casos, con 25 participantes. Tras la intervención, se observó una mejora significativa en las actitudes, predominando aquellas favorables entre los estudiantes. Asimismo, en las dimensiones relacionadas con la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, los adolescentes alcanzaron un nivel adecuado de conocimientos en el postest. El estudio concluyó que el taller aplicado fue efectivo.

Mejía, et al. (26), en Lima, en su estudio “Machismo entre los estudiantes de medicina peruanos: Factores socio-educativos relacionados en 12 universidades peruanas 2019”. Realizaron un estudio analítico de corte transversal y tipo multicéntrico, en el cual se aplicaron instrumentos validados para medir los niveles de machismo y religiosidad. Además, se recogieron datos sobre variables sociales y educativas, que posteriormente fueron correlacionadas. Los hallazgos indicaron una asociación significativa entre el machismo y la falta de creencias religiosas. Entre las 12 universidades evaluadas, la que presentó menor índice de machismo fue una institución privada ubicada en Lima, que sirvió como referencia comparativa. En contraste, se identificó mayor prevalencia de actitudes machistas en una universidad privada de Chiclayo, seguida por una universidad privada de Huancayo, y una institución pública en Ica. Concluyeron que el machismo se presenta con mayor intensidad en personas no religiosas, en varones, y en universidades ubicadas en la sierra central del país.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Sobrado F. (27), en Huánuco, en su estudio “Efecto del programa alto a la violencia en las actitudes machistas en las parejas de las usuarias del CEM Huánuco-2019”. Llevó a cabo una investigación con diseño preexperimental, que consistió en la aplicación de un pretest y postest a un único grupo. Para la medición se empleó la Escala de Machismo. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones antes y después de la intervención,

atribuibles a la implementación del programa Alto a la Violencia. El análisis estadístico reflejó un efecto positivo en la reducción de actitudes machistas ($p = 0,000$), lo que permitió aceptar la hipótesis planteada: la aplicación del programa contribuye a disminuir las actitudes machistas en los participantes. En conclusión, el estudio evidenció que el programa logró generar un cambio favorable en la percepción y conducta machista hacia las mujeres por parte de las parejas de las usuarias del CEM Huánuco.

Pampa (28), en Huánuco, en su estudio “Actitudes machistas en estudiantes de una institución educativa de varones y estudiantes de una institución educativa mixta de Huánuco 2020”. Llevaron a cabo una investigación cuantitativa, no experimental y comparativo. La muestra estuvo integrada por 335 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria. Usaron la Escala de Actitudes hacia el Machismo. Los resultados evidenciaron que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes machistas entre ambas instituciones ($p > 0,05$), salvo en la dimensión relacionada con el control sexual ejercido por el varón, en la cual sí se identificaron diferencias significativas ($p < 0,01$). Asimismo, se observó que el 44,2% de los participantes mostró actitudes ambivalentes frente al machismo, mientras que el 29,6% manifestó una aceptación total y el 26,3% expresó rechazo hacia dichas actitudes. Concluyó que la aceptación del control sexual por parte del varón fue más elevada en la I.E. de varones, en comparación con la I.E. mixta.

Palomino y Chávez (14), en Huánuco, en su estudio “El machismo, la celotipia y la alexitimia asociados a la violencia psicológica en relaciones de pareja en estudiantes del área de salud de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2022”. Llevaron a cabo una investigación de tipo analítico con diseño transversal, en la que se trabajó con una muestra de 251 estudiantes seleccionados mediante un muestreo estratificado. Para la recolección de datos se aplicaron diversos instrumentos: la Escala de Violencia Psicológica en Relaciones de Pareja, la Escala de Machismo Sexual, la Escala de Alexitimia de Toronto y la Escala Interpersonal de Celos. Los resultados revelaron que

el 25% de los participantes reportó haber sido víctima de violencia psicológica. Asimismo, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la violencia psicológica y actitudes machistas ($p = 0,001$), celotipia ($p = 0,001$), alexitimia ($p = 0,002$), religiosidad ($p = 0,001$) y el estilo de crianza parental ($p = 0,014$). No se hallaron relaciones significativas con variables como sexo, edad, duración de la relación o el año académico ($p > 0,05$). Se concluyó que las actitudes machistas, los celos patológicos, la dificultad para expresar emociones, así como ciertas creencias religiosas y formas de crianza, están vinculadas a la vivencia de violencia psicológica en relaciones de pareja.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TEORÍA DEL SEXISMO AMBIVALENTE

Según la teoría propuesta por Glick y Fiske (29), el machismo puede adoptar formas tanto hostiles como aparentemente benévolas; sin embargo, ambas perspectivas parten de la idea de que la mujer ocupa una posición inferior respecto al hombre. Esta concepción desvaloriza a la mujer y suele estar relacionada con comportamientos discriminatorios que transgreden los principios de igualdad, manifestándose incluso a través de actitudes y acciones agresivas de manera directa (30).

Además, Glick y Fiske, destacan que el machismo surge de la combinación de dos elementos con cargas afectivas opuestas, resultado de las complejas dinámicas de atracción y rechazo que caracterizan las relaciones entre los géneros. Los hombres sexistas resuelven las tensiones entre sus actitudes positivas y negativas hacia las mujeres mediante su clasificación en subgrupos: uno considerado bueno y otro malo. Esta división incluye aspectos tanto positivos como negativos del sexismo ambivalente. Según esta perspectiva, ciertos grupos de mujeres son objeto de actitudes hostiles, mientras que otros reciben un trato aparentemente benévolo. Sin embargo, ambas actitudes, a pesar de sus diferencias, constituyen expresiones de machismo cargadas de connotaciones negativas hacia las mujeres (29).

2.2.2. MODELO DE ROLES SEXUALES DE SANDRA BEM

De acuerdo con lo planteado por Bem (31), la masculinidad y la femineidad se sitúan en polos opuestos dentro de un continuo, y cuando

estas características se manifiestan de manera extrema —como en el caso del machismo o el feminismo radical— pueden representar un riesgo para la salud. Desde el enfoque sociocultural, se espera que las mujeres adopten roles ligados a la docilidad, la sensibilidad, la entrega, la laboriosidad y una conducta moralmente ejemplar. En contraste, a los varones se les atribuyen cualidades como la competencia, la agresividad, el éxito social, e incluso comportamientos vinculados al coqueteo o la infidelidad (32). En este escenario, los extremos de ambos enfoques se asocian con alteraciones en la salud mental, especialmente cuando las mujeres interiorizan patrones de comportamiento masculinizados o radicales, ya sea en sus formas expresivas o instrumentales, generando un desbalance en su bienestar emocional.

De forma análoga, Bem sostiene que la tipificación de género es un proceso sociocultural mediante el cual las personas son formadas para encarnar características consideradas propias de lo masculino o lo femenino. En este proceso, se asignan expectativas y roles diferenciados a cada género, lo que da lugar a concepciones socialmente construidas sobre la masculinidad y la feminidad, expresadas a través de rasgos, conductas e intereses diferenciados entre hombres y mujeres. Este esquema impuesto puede generar tensión emocional en ambos sexos, ya que los estereotipos de género no solo limitan la autorregulación individual, sino que también afectan la forma en que las personas perciben y validan su propia valía en función de la aprobación social (33).

2.2.3. MODELO DE LA FORMACIÓN DE ACTITUDES

Planteada por Castro (34), quien afirma que, los valores y las actitudes son una mezcla de aspectos individuales y sociales, y deben ser analizados desde dos perspectivas clave en las teorías sobre la conducta. Desde el enfoque psicológico, se entiende que las actitudes como los gustos, intereses y preferencias se construyen a partir de las vivencias individuales y subjetivas de cada persona. En contraste, la perspectiva sociológica pone énfasis en las dinámicas de interacción social, considerando que los valores, normas y actitudes se configuran colectivamente dentro de un contexto cultural. Bajo esta mirada, es

esencial comprender que factores como los prejuicios, las costumbres, los valores predominantes y la discriminación emergen del vínculo constante entre el sujeto y su medio social.

La formación de las actitudes según Castro (34), se explica desde varios enfoques: El enfoque cognoscitivo, este enfoque sostiene que muchas de las actitudes básicas de las personas se desarrollan desde la infancia, influenciadas por experiencias personales. Estas actitudes pueden consolidarse en creencias duraderas, y a partir de allí, se configuran las condiciones que permiten el desarrollo de actitudes, ya sean favorables o desfavorables. Este planteamiento permite entender mejor el proceso de formación actitudinal, al considerar que la observación del comportamiento y las posturas de otras personas influye directamente en la construcción de nuestras propias actitudes.

Desde la perspectiva del enfoque funcionalista, las actitudes machistas pueden originarse como resultado de determinadas conductas que, al ser reforzadas mediante recompensas o sanciones, se consolidan con el tiempo.

El enfoque del refuerzo social o aprendizaje por imitación sostiene que las actitudes, emociones y comportamientos de los individuos están fuertemente determinados por las influencias del entorno social. Las personas tienden a adoptar conductas o características observadas en otros, lo que hace esencial estudiar este fenómeno desde la psicología social como un proceso de imitación, donde las actitudes y comportamientos de los individuos se ven moldeados por la interacción con los demás.

Estos enfoques permiten entender cómo las actitudes se desarrollan y cómo influyen las interacciones sociales, el entorno y las experiencias individuales en la formación de creencias y conductas.

2.2.4. TEORÍA DE LA PERSUASIÓN

Según lo expuesto por Moya (35), para que un mensaje persuasivo logre modificar actitudes y comportamientos, es necesario que primero se transformen las creencias o pensamientos del receptor. Este proceso está influenciado por diversos factores fundamentales. En primer lugar, la fuente o emisor del mensaje debe contar con credibilidad, la cual se

construye a partir de la percepción de competencia y la claridad en sus intenciones persuasivas. En segundo lugar, el contenido del mensaje debe estar bien estructurado, con argumentos sólidos, coherentes y presentados de forma comprensible, pudiendo apelar tanto a la razón como a la emoción. Asimismo, el canal por el que se transmite ya sea visual, auditivo, presencial o mediado influye en su impacto, al igual que la calidad del medio. Por último, el entorno en el que se produce la comunicación también es determinante, ya que las condiciones contextuales pueden facilitar o dificultar el efecto persuasivo del mensaje.

Por otro lado, Petty y colaboradores (36) sostienen que el cambio de actitud se produce cuando el receptor procesa un mensaje persuasivo contrastándolo con sus propias creencias, emociones y conocimientos previos sobre el tema. Este análisis interno da lugar a respuestas cognitivas individuales, conocidas como mensajes autogenerados, las cuales son determinantes para el grado de impacto del mensaje. Es decir, la persuasión no depende únicamente del contenido ni del emisor, sino principalmente de las interpretaciones y reacciones cognitivas que el receptor construye a partir del mensaje recibido.

2.2.5. LAS ACTITUDES MACHISTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Bermúdez y Trías (37) conceptualizan el machismo como un sistema de creencias, actitudes y comportamientos que afirman la supremacía del varón sobre la mujer, sustentado en prejuicios y estereotipos de género. Por su parte, Sau (38) señala que estas actitudes se evidencian mediante expresiones físicas o verbales que reflejan de forma explícita y, en muchos casos, grosera, el sexismo estructural presente en la sociedad. En el ámbito sexual, estos actos pueden ir desde piropos hasta agresiones más graves, como la violación, dependiendo de la percepción de cada individuo. Los machistas suelen actuar de este modo sin poder explicar o justificar internamente sus actos, simplemente repitiendo lo que la cultura, influenciada por su nacionalidad y condición social, les enseña.

Por tanto, Moya et al. (39), reconoce que las actitudes machistas son el resultado de una construcción social que ha evolucionado a lo largo de la historia, con diversas justificaciones para argumentar la superioridad del hombre en distintas épocas.

El machismo sexual se refiere a un conjunto de ideas y comportamientos que refuerzan la subordinación de la mujer o el dominio del varón sobre ella dentro de las relaciones íntimas. Esta forma de machismo, entendida como una manifestación del rol de género en la esfera sexual, representa una amenaza directa para la salud sexual y reproductiva femenina. En este sentido, se ha identificado que el machismo sexual suele ir acompañado de una postura desfavorable hacia el uso de métodos anticonceptivos y profilácticos, fundamentales para evitar embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual (40).

Asimismo, el machismo sexual se vincula con patrones de comportamiento caracterizados por el irrespeto, el egoísmo, la desconfianza y la falta de responsabilidad, los cuales se manifiestan en acciones como los celos excesivos, las infidelidades y, especialmente, en formas de violencia tanto física como psicológica. Estas conductas se sustentan en una visión jerárquica donde el hombre se percibe superior y con derecho a poseer a la mujer, reduciéndola a una condición de objeto (41). Esta deshumanización o cosificación tiene consecuencias profundamente perjudiciales para la salud mental de las mujeres (42).

Dentro del contexto del machismo sexual, el hombre tiende a validar su identidad heterosexual y su masculinidad mediante indicadores como la cantidad de parejas sexuales, el tamaño de su órgano genital y su desempeño sexual. Esta forma de autoafirmación se asocia frecuentemente con un incremento en la agresividad hacia la mujer, manifestándose en conductas de control y dominio que incluyen violencia física y psicológica (43).

Estudios han demostrado que el machismo sexual está vinculado con el nivel socioeconómico. Los hombres machistas tienden a tener menor nivel educativo, ingresos más bajos y a pertenecer a estratos sociales desfavorecidos, viviendo en una subcultura de pobreza y

marginalidad. En contraste, los hombres de clases sociales más altas suelen tener patrones de conducta que pueden considerarse contrarios al machismo, e incluso pueden ser vistos como afeminados por los machistas, ya que se preocupan por su apariencia física, van al gimnasio y cultivan su cuerpo (44).

2.2.5.1. DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

a) Actitudes machistas sexuales y reproductivas frente al género, son un conjunto de creencias, comportamientos y prejuicios basados en la supremacía masculina que afectan las dinámicas de género en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. Estas actitudes se reflejan en desigualdades, estereotipos y prácticas discriminatorias que refuerzan roles tradicionales y limitan la autonomía de las personas, especialmente de las mujeres, en decisiones relacionadas con su sexualidad y reproducción.

En este tipo de actitudes incluyen: la sexualidad, que es creer que los hombres tienen mayor libertad o derecho a explorar su sexualidad, mientras que se espera que las mujeres sean recatadas o sumisas; la reproducción, que es asumir que las decisiones reproductivas (como el número de hijos o el uso de métodos anticonceptivos) son responsabilidad exclusiva de las mujeres o que estas deben someterse a las decisiones del hombre; y el género, que es justificar comportamientos sexuales o reproductivos desiguales con base en roles tradicionales, como la idea de que los hombres son proveedores y las mujeres cuidadoras.

b) Actitudes machistas sexuales y reproductivas frente a las relaciones sexuales, se refieren a creencias, comportamientos y estereotipos que refuerzan una visión desigual de los roles de género en el ámbito de las relaciones sexuales. Estas actitudes están influenciadas por el machismo y perpetúan dinámicas de poder que afectan la autonomía, el consentimiento y la equidad en las relaciones íntimas.

En este tipo de actitudes incluyen: Dominio masculino: Creer que los hombres tienen el derecho de iniciar y controlar las relaciones sexuales, mientras que las mujeres deben ser pasivas o sumisas. Desigualdad en el consentimiento: Minimizar la importancia del consentimiento explícito de las mujeres, asumiendo que su silencio o falta de resistencia implica aceptación.

Objetificación femenina: Considerar a las mujeres como objetos para satisfacer las necesidades sexuales de los hombres, sin tomar en cuenta sus deseos o bienestar emocional.

Doble moral sexual: Aprobar y celebrar la promiscuidad masculina mientras se critica o estigmatiza la actividad sexual de las mujeres.

Decisiones reproductivas desiguales: Imponer expectativas o decisiones relacionadas con la procreación, como la insistencia en tener hijos sin considerar el deseo o las circunstancias de la mujer.

c) Actitudes machistas sexuales y reproductivas frente al uso de métodos anticonceptivos, se refieren a creencias y comportamientos basados en el machismo que generan desigualdades de género al momento de decidir, usar o negociar el uso de anticonceptivos. Estas actitudes suelen limitar la autonomía de las mujeres y perpetuar el control masculino en las decisiones reproductivas.

En este tipo de actitudes incluyen: Negación del uso de anticonceptivos: Los hombres se oponen a que las mujeres utilicen métodos anticonceptivos, asumiendo que esto puede darles mayor libertad sexual o cuestionando su fidelidad.

Responsabilidad exclusiva de las mujeres: Creer que la prevención del embarazo es únicamente tarea de la mujer, mientras los hombres evaden su participación en el uso de métodos como condones o vasectomía.

Resistencia al uso del condón: Insistir en relaciones sexuales sin protección, alegando incomodidad o disminución del placer, sin considerar los riesgos para ambas partes.

Control sobre las decisiones reproductivas: Imponer decisiones sobre si la pareja debe o no tener hijos, ignorando las opiniones o deseos de la mujer respecto al uso de métodos anticonceptivos.

Estigmatización del uso de anticonceptivos: Descalificar a las mujeres que eligen métodos anticonceptivos, asociándolas con prejuicios como promiscuidad o irresponsabilidad.

d) Actitudes machistas sexuales y reproductivas frente a las conductas de riesgo, se refieren a creencias y comportamientos influenciados por el machismo que fomentan prácticas sexuales irresponsables, imponen desigualdades de género y aumentan la exposición a riesgos para la salud, como infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planificados. Estas actitudes refuerzan la idea de que las normas de género justifican o minimizan las consecuencias de tales conductas, especialmente en los hombres.

En este tipo de actitudes incluyen: Exaltación de la promiscuidad masculina: Promover la idea de que los hombres deben demostrar su masculinidad teniendo múltiples parejas sexuales, mientras se estigmatiza a las mujeres por conductas similares.

Negación del uso de protección: Rechazar el uso de métodos preventivos como el condón, alegando que no es necesario o que disminuye el placer, sin considerar los riesgos compartidos.

Culpa hacia la mujer por las consecuencias: Responsabilizar exclusivamente a las mujeres por embarazos no planificados o contagios de ITS, ignorando la corresponsabilidad masculina.

Minimización del riesgo propio o ajeno: Creer que los hombres son menos vulnerables a las ITS o que las consecuencias de las conductas sexuales riesgosas afectan más a las mujeres.

Falta de comunicación y consentimiento: Normalizar la falta de diálogo sobre prácticas sexuales seguras, bajo la idea de que el hombre toma las decisiones.

e) Actitudes machistas sexuales y reproductivas frente a la educación sexual, se refieren a creencias y comportamientos basados en el machismo que limitan el acceso, la calidad o el efecto de la educación sexual integral. Estas actitudes perpetúan desigualdades de género, desinformación y tabúes, afectando negativamente la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud sexual y reproductiva.

En este tipo de actitudes incluyen: Control sobre la información sexual: Creer que la educación sexual debe enfocarse exclusivamente en las mujeres, bajo la idea de que ellas son las responsables de evitar embarazos y cuidar su honor.

Estigmatización de la educación sexual: Asociar la enseñanza sobre sexualidad con la promoción de promiscuidad, especialmente en mujeres, mientras se considera menos necesario educar a los hombres.

Foco en roles tradicionales de género: Promover contenidos educativos que refuercen estereotipos, como que el hombre es el iniciador o proveedor en la sexualidad, mientras que la mujer debe ser recatada y sumisa.

Negación de la diversidad sexual: Impedir o limitar la inclusión de temas sobre orientación sexual, identidad de género y derechos sexuales, por considerarlos innecesarios o inapropiados.

Exclusión de los hombres en la educación reproductiva: Restar importancia a la enseñanza de temas como la planificación familiar o el uso de anticonceptivos en los hombres, asumiendo que es una responsabilidad femenina.

2.2.6. INTERVENCION EDUCATIVA

Según Touriñán (45), una intervención educativa se concibe como un proceso deliberado y planificado que busca promover transformaciones en las actitudes y conductas del grupo destinatario. En esta investigación, se busca transformar las actitudes machistas relacionadas con la sexualidad y la reproducción en adolescentes, promoviendo su bienestar físico y mental.

Esta intervención posee un enfoque teleológico, es decir, está dirigida hacia un fin concreto. Involucra tanto al educador como al estudiante en un proceso de comunicación propositiva que busca modificar conductas futuras. Este tipo de intervención puede llevarse a cabo mediante estrategias tanto de autoeducación como de heteroeducación, en espacios educativos formales, no formales o informales. En todos los casos, se reconoce y respeta la autonomía del estudiante, considerándolo un sujeto activo en la construcción de su propio aprendizaje.

Un componente esencial de toda intervención educativa es el conocimiento pedagógico, resultado de la relación entre teoría y práctica. Este conocimiento puede originarse en la experiencia, en modelos teórico-prácticos o en la aplicación de tecnologías educativas. Además, cada intervención debe estar contextualizada sociohistóricamente y responder a una orientación cualificadora, adoptando enfoques interculturales, permanentes y glociales, integrando tanto dimensiones generales como profesionales de la educación.

Touriñán también resalta que la educación tiene un carácter integral, personal, axiológico (basado en valores) y patrimonial. Esta naturaleza se refleja en la manera en que se implementan las acciones educativas. Por último, el sentido de la educación —influido por diversas corrientes como el humanismo, la ética, la filosofía o la ciencia— se concibe como un valor elegido con fines educativos, que articula metas pedagógicas intrínsecas con objetivos culturales y sociales extrínsecos.

2.2.6.1. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

De acuerdo con Kant, citado por Vargas (46), el aprendizaje que surge de una intervención educativa no se restringe exclusivamente a entornos formales como la escuela o la universidad, ni requiere necesariamente la presencia directa de un docente. El entorno sociocultural, incluye a la familia, el ambiente físico, los medios digitales y las relaciones sociales, las cuales ejercen una influencia significativa como contexto de aprendizaje. En este marco, el educador cumple una función de mediación, siendo fundamental la calidad del vínculo que establece con el

educando para favorecer la internalización y consolidación del conocimiento.

Kant sostiene que el ser humano es educable, no solo por su capacidad de razonamiento y lógica, sino porque la educación es esencial para su desarrollo. En su visión, la razón es una facultad exclusiva del ser humano que le permite adaptarse al entorno, y es a través del proceso educativo que el individuo alcanza su esencia, pureza y perfección, siendo el único ser capaz de lograrlo.

La educación, según Kant, no solo facilita que el ser humano acceda a las posibilidades que lo hacen reflexionar, sino que le permite descubrir su sentido y propósito en la vida. Este proceso educativo, intencional y profundo, abre un horizonte de comprensión que le permite proyectar y construir su futuro.

Kant plantea que la finalidad última de la educación es guiar al ser humano hacia la realización de su deber ser. Al no ser moral por naturaleza, el individuo necesita ser instruido en los principios del deber, aprender a valorarse como ser racional y cultivar la capacidad de obrar conforme a normas éticas. En este sentido, Kant otorga especial importancia a la formación en el trabajo, el desarrollo de habilidades prácticas, la ejecución de proyectos, así como a la disciplina, la responsabilidad y el autocuidado, considerándolos elementos fundamentales del proceso educativo.

2.2.6.2. TECNICAS QUE SE UTILIZAN EN UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Según Hernández y Díaz (47), las técnicas que se utilizan con regularidad en una intervención educativa son:

a) Según los sentidos que utilizamos para comunicarnos - Técnicas o dinámicas vivenciales

Estas se caracterizan por crear situaciones ficticias en las que los participantes se implican emocionalmente, reaccionando y adoptando actitudes espontáneas. Ejemplos incluyen actividades como las figuras partidas o el juego de la memoria.

- Técnicas de actuación

Se enfocan en la expresión corporal, utilizando representaciones para simular comportamientos o pensamientos. Ejemplos de estas técnicas incluyen el sociodrama o el uso de títeres.

- Técnicas auditivas y audiovisuales

Se centran en el uso de sonidos o en la combinación de imágenes y sonidos, como en el caso de los radiogramas, diaporamas o proyecciones de videos.

- Técnicas visuales escritas

Involucran materiales que se basan en la escritura para expresar lo que el grupo conoce, piensa o sabe sobre un tema determinado. Ejemplos incluyen el uso de papelógrafos o trabajos grupales.

- Técnicas visuales gráficas

Se refieren al uso de imágenes, dibujos o símbolos como medio de expresión, como en el caso de los dibujos o afiches.

b) Según el objetivo principal de las técnicas participativas

- Técnicas de presentación

Permiten que los participantes se presenten ante el grupo y conozcan a los demás, creando un ambiente cálido y participativo. Ejemplos de estas técnicas incluyen figuras partidas, desgranando maíz o la telaraña.

- Técnicas de rompehielos o de animación

Su propósito es crear un ambiente de confianza y seguridad que facilite la participación activa de los participantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Ejemplos de estas técnicas son el juego el barco se hunde o la moneda.

- Técnicas o dinámicas de análisis y profundización

Están diseñadas para permitir un análisis más profundo y reflexivo sobre un tema en particular, favoreciendo el entendimiento y la discusión. Ejemplos incluyen los mapas parlantes, la caja de erosión o el juego de la memoria.

- **Técnicas o dinámicas de evaluación**

Estas técnicas permiten evaluar diferentes aspectos de un evento o actividad, con el objetivo de mejorar la organización de eventos similares en el futuro. Ejemplos incluyen los rostros, la pelota preguntona, entre otros.

- **Técnica de Lluvia de Ideas**

Es una técnica que facilita la recolección rápida de datos, opiniones o información, especialmente útil cuando se trabaja con grupos grandes.

2.2.6.3. DIMENSIONES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS MACHISTAS Y REPRODUCTIVAS

a) Perspectiva de género, Consiste en analizar cómo la sociedad construye y asigna roles, características y expectativas a hombres y mujeres, reconociendo las desigualdades que surgen de estas normas. Considera que el género no es un atributo biológico, sino una construcción social influenciada por la cultura y que varía según la época y el contexto. Entre sus elementos clave se encuentran la variabilidad del concepto de género, la atribución social de rasgos específicos a cada sexo, la existencia de una jerarquía donde lo masculino suele tener mayor valor que lo femenino, y el papel de factores como la edad o la educación en la percepción de género. Su propósito fundamental es promover la igualdad y prevenir situaciones de marginación, violencia e injusticia (48).

b) La autonomía sexual, es el derecho fundamental de todo individuo a vivir su sexualidad de forma libre, digna, segura y responsable, eligiendo cómo, cuándo, con quién y bajo qué condiciones ejercerla, sin miedo, vergüenza ni coacción. En especial, para las mujeres, implica el control sobre su cuerpo, su salud sexual y reproductiva, y la toma de decisiones sin ser objeto de violencia, discriminación o presión social. Esta libertad sexual incluye la capacidad de aceptar o rechazar relaciones, reafirmando la soberanía sobre el propio cuerpo. Asimismo, la autonomía

reproductiva reconoce el derecho a decidir si tener hijos, cuántos y cuándo, como expresión de autodeterminación e igualdad. No obstante, aunque la familia debería ser el espacio inicial para desarrollar esta autonomía, en muchos casos puede convertirse en un entorno que vulnera derechos, reproduciendo roles tradicionales que reducen a la mujer a funciones de reproducción, cuidado o satisfacción sexual, negando su dignidad y capacidad de decisión (49).

c) La autoestima sexual, es la valoración que una persona tiene sobre sí misma, considerando sus características físicas, mentales y emocionales. En el ámbito sexual, esta se traduce en la autoestima sexual, entendida como la confianza en la propia capacidad para vivir la sexualidad de forma placentera, segura y satisfactoria, ya sea en pareja o individualmente. Según Messmer (50), la autoestima sexual implica la valoración personal de los aspectos físicos, psicológicos, conocimientos, competencias y cuidados relacionados con la sexualidad, lo cual influye directamente en la forma en que una persona ejerce su sexualidad de manera responsable y saludable. Esta se construye a partir de diversos factores, como la aceptación y valoración personal, reconociendo virtudes y defectos, así como considerando todo el cuerpo como fuente legítima de placer. También es esencial el conocimiento de uno mismo, lo que permite derribar mitos y vivir la sexualidad con libertad. Evitar comparaciones, adoptar una actitud asertiva para expresar lo que no se desea y ejercer el derecho al consentimiento, así como tomar la iniciativa en las relaciones sexuales, fortalecen la seguridad personal, el empoderamiento y, en conjunto, contribuyen al desarrollo de una autoestima sexual sólida y positiva.

d) Desarrollo psicosexual, es un proceso continuo que influye profundamente en la identidad, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional durante su vida. Según Álvarez (51), este desarrollo atraviesa etapas clave, comenzando en la infancia, donde los niños exploran su cuerpo y construyen los

primeros elementos de su identidad de género. Aunque su sexualidad no es como la del adulto, su curiosidad natural forma parte del autodescubrimiento y debe ser guiada con respuestas honestas y un entorno seguro que favorezca una autoimagen positiva. En la adolescencia, la pubertad marca el inicio de cambios físicos y emocionales intensos, dando lugar a la exploración de la identidad sexual, la orientación y las primeras experiencias afectivas. Esta etapa puede generar confusión, por lo que el acompañamiento adulto, empático y sin prejuicios, resulta fundamental para un desarrollo psicosexual saludable.

e) Asertividad sexual, el asertividad sexual es una habilidad clave que permite a las personas tomar decisiones informadas y libres sobre su vida sexual, incluyendo el inicio, rechazo o negociación de actividades sexuales, el uso de anticonceptivos y la gestión de comportamientos íntimos. Esta capacidad está estrechamente vinculada con una comunicación clara y respetuosa, que fortalece la autonomía y el consentimiento mutuo. Una buena comunicación con la pareja, como señalan diversos autores, fomenta prácticas sexuales más seguras y relaciones más equitativas, al permitir expresar deseos, establecer límites y resolver conflictos de manera efectiva (52). El asertividad sexual, especialmente importante durante la adolescencia, no solo favorece el respeto propio y hacia los demás, sino que también protege frente a embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y situaciones de violencia o coacción. Aunque su desarrollo puede verse dificultado por presiones sociales y miedo al rechazo, es una herramienta fundamental para vivir una sexualidad plena, saludable y libre de riesgos (53).

2.3. BASES FILOSÓFICAS

El programa de intervención educativa para modificar actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes se basa en una sólida base filosófica que integra varios enfoques fundamentales: el humanismo, la teoría de género, el constructivismo, y los derechos humanos. Desde la perspectiva humanista, se entiende al adolescente como un ser autónomo y

capaz de transformar sus creencias y actitudes. Este enfoque pone énfasis en la dignidad humana, la capacidad de crecimiento personal y la importancia de la autorreflexión, permitiendo que los estudiantes sean conscientes de sus actitudes machistas y estén abiertos a modificar sus comportamientos hacia una mayor equidad de género (54).

Por otro lado, la teoría de género se toma como eje central para cuestionar las construcciones sociales y culturales que perpetúan la desigualdad entre los géneros. El machismo, en este contexto, se entiende no solo como una actitud individual, sino como una manifestación de estructuras sociales que normalizan la opresión de las mujeres y la desigualdad en las relaciones sexuales y reproductivas. A través de este enfoque, el programa busca desestructurar los estereotipos de género y fomentar una mentalidad crítica frente a los roles tradicionalmente impuestos (55).

La perspectiva constructivista también juega un papel crucial en el programa, ya que se fundamenta en la idea de que el conocimiento se construye de manera activa a través de la interacción con el entorno. Según esta visión, los adolescentes no son receptores pasivos de información, sino agentes activos en su propio proceso de aprendizaje. En este sentido, el programa emplea metodologías participativas como talleres, debates y dinámicas grupales para permitir que los estudiantes reflexionen sobre sus actitudes machistas, cuestionen las normas sociales y lleguen a nuevas conclusiones sobre sexualidad y reproducción basadas en el respeto y la igualdad (56).

En última instancia, el programa se fundamenta en los principios de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género, la autodeterminación sexual, el trato no discriminatorio y el reconocimiento pleno de la dignidad inherente a cada persona. En este contexto, se considera que la educación es un derecho fundamental que debe promover el bienestar de los adolescentes, garantizando que las futuras generaciones vivan en una sociedad más justa, libre de actitudes machistas, y que los adolescentes desarrollen una comprensión plena y respetuosa de la sexualidad y la reproducción, sin prejuicios ni discriminación (57).

Este enfoque filosófico proporciona una base sólida y coherente para el desarrollo y la implementación del programa, orientado no solo a modificar las

actitudes de los adolescentes, sino también a contribuir al cambio cultural y social en las comunidades educativas del distrito de Huánuco, promoviendo un entorno de igualdad, respeto y autonomía en las relaciones sexuales y reproductivas.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: El programa de intervención educativa tiene un efecto significativo en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

Ho: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

Hi₁: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente al género en el grupo experimental comparado con el grupo control.

H₀₁: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente al género en el grupo experimental comparado con el grupo control.

Hi₂: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental comparado con el grupo control.

H₀₂: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental comparado con el grupo control.

Hi₃: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental comparado con el grupo control.

H₀₃: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente al uso de

métodos anticonceptivos en el grupo experimental comparado con el grupo control.

Hi4: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el grupo experimental comparado con el grupo control.

H04: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el grupo experimental comparado con el grupo control.

Hi5: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental comparado con el grupo control.

H05: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental comparado con el grupo control.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Actitudes machistas sexuales y reproductivas

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Programa de intervención educativa

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
V. D Actitudes machistas sexuales y reproductivas	Actitudes machistas frente al genero	Cuantitativa (puntaje Likert)	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción del rol de la mujer y hombre en la sociedad - Percepción del rol de la mujer y hombre en el hogar 	Ordinal	Escala de actitudes machistas sexuales y reproductivas
	Actitudes machistas frente a las relaciones sexuales		<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de la mujer y hombre en su rol de pareja - Percepción de la mujer y hombre en la intimidad - Percepción de la conducta sexual de la mujer y el hombre en la sociedad 	Ordinal	
	Actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos		<ul style="list-style-type: none"> - Percepción del hombre y la mujer respecto al uso de métodos anticonceptivos - Percepción del hombre y la mujer respecto a la decisión de cuantos hijos tener 	Ordinal	
	Actitudes machistas frente a las conductas de riesgo		<ul style="list-style-type: none"> - Percepción del hombre y la mujer frente los comportamientos de riesgo. - Percepción del hombre y la mujer frente a las ITS 	Ordinal	
	Actitudes machistas frente a la educación sexual		<ul style="list-style-type: none"> - Percepción del hombre y la mujer frente a la educación sexual y su importancia 	Ordinal	

V. I Programa de intervención educativa	Perspectiva de genero	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de roles y estereotipos de género • Identificación del lenguaje sexista • Diferenciación del trabajo productivo y reproductivo • Comprensión de las relaciones de poder • Distinción entre igualdad y equidad de género 	Ordinal	Programa de intervención educativa
	Autonomía sexual		<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene conductas morales altas • Trabaja por el bien común • Hace las cosas permitidas • Hace lo socialmente correcto 	Ordinal	
	Autoestima sexual		<ul style="list-style-type: none"> • Busca ser tratado como persona importante • Busca popularidad • Busca ser admirado 	Ordinal	
	Desarrollo psicosexual		<ul style="list-style-type: none"> • Busca ser considerado como líder o jefe • Sentirse libre de ir y venir por donde y cuando le plazca 	Ordinal	
	Asertividad sexual		<ul style="list-style-type: none"> • Sentir compasión por los demás • Acepta fácilmente a otros como amigos 	Ordinal	

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Desde la taxonomía de Tamayo (58), el estudio será:

El estudio fue de tipo aplicada, ya que tuvo como propósito modificar las actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes mediante la implementación de un programa de intervención educativa. Como resultado, se contribuyó a la disminución de las consecuencias negativas asociadas al machismo sexual y reproductivo en esta población.

En cuanto a la intervención del investigador, el estudio fue de diseño experimental, dado que se manipuló la variable independiente (Programa de intervención educativa) para evaluar su efecto.

Según la medición de la variable de interés, el estudio fue longitudinal, ya que la evaluación se llevó a cabo en dos momentos en ambos grupos de estudio.

En cuanto a la planificación de recogida de datos, el estudio fue prospectivo, dado que la información se obtuvo directamente de fuentes primarias y fue recopilada específicamente para esta investigación.

Finalmente, en función del número de variables analizadas, se trató de un estudio analítico, ya que se empleó un análisis bivariado a través de técnicas de estadística inferencial.

3.1.1. ENFOQUE

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, en concordancia con lo planteado por Hernández y Mendoza (59), ya que permitió aplicar el método científico en el proceso la investigación. Asimismo, permitió la observación y medición del cambio en las actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes, con el objetivo de medir la relación de causa y efecto.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

El presente estudio, según Hernández y Mendoza (59), cumplió con la clasificación de nivel explicativo, ya que se centró en explicar la relación de causa entre las variables de interés en los adolescentes, a través de la contrastación de las hipótesis.

3.1.3. DISEÑO

Según Hernández y Mendoza (59), el estudio correspondió a un diseño cuasiexperimental con preprueba y posprueba y grupos intactos. En este diseño, a los grupos se les administró una preprueba para verificar la equivalencia inicial entre ambos. Además, al trabajar con grupos intactos (formados previamente), no fue necesaria la asignación aleatoria.

El diseño cuasiexperimental fue apropiado para la presente investigación, ya que, en entornos educativos, no siempre es factible asignar aleatoriamente a los participantes, dado que los estudiantes pertenecen a grupos preestablecidos (aulas) que no pueden reorganizarse de manera aleatoria.

Finalmente, la utilización del diseño preprueba-postprueba permitió medir el estado inicial de las actitudes (preprueba) y compararlo con los resultados después de la intervención (postprueba), lo que posibilitó identificar los cambios atribuibles al programa educativo.

G_1	O_1	X	O_2
G_2	O_3	—	O_4

Donde:

G1: Grupo experimental

G2: Grupos control

O1 = Primera medición de la actitud machista sexual y reproductiva en el grupo experimental

X= Intervención del programa de intervención educativa en el grupo experimental

O2= Segunda medición de la actitud machista sexual y reproductiva en el grupo experimental

O3= Primera medición de la actitud machista sexual y reproductiva en el grupo control

O4= Segunda medición de la actitud machista sexual y reproductiva en el grupo control

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Para la presente investigación, se consideró a los estudiantes de 5to año de secundaria de las instituciones educativas del distrito de Huánuco.

Tabla 1. Población de estudiantes del 5to año de secundaria de las I.E. del distrito de Huánuco

N°	Institución Educativa	Grado y sección (5to. ABC)
1	Gran Unidad Escolar Leoncio Prado	125
2	Industrial Hermilio Valdizan	110
3	Nuestra Señora De Las Mercedes	115
4	Milagro De Fátima	95
5	Illathupa	105
6	Juana Moreno	85
7	33074 Héroes De Jactay	80
8	32013 Pedro Sánchez Gavidia	80
9	Militar Mariano Ignacio Prado	50
10	32942 Pillco Mozo	62
TOTAL		907

Nota. Nómina de matrícula de las Instituciones Educativas

3.2.2. MUESTRA

La selección de las dos instituciones educativas que confirmaron el grupo experimental y el grupo control se realizó de manera no aleatoria. Esto se debe a que, según el diseño del estudio, deben seleccionarse grupos preexistentes o intactos. Para garantizar la comparabilidad, la elección se basó en los siguientes criterios:

Que sean instituciones educativas con características similares en cuanto al número de estudiantes, promedio de rendimiento académico, acceso a tecnología por parte de los estudiantes, e infraestructura y recursos educativos equivalentes.

Tras aplicar estos criterios, se identificaron como adecuadas la I.E. Hermilio Valdizán, asignada al grupo experimental, y la I.E. Leoncio Prado, asignada al grupo control. La asignación específica de los grupos dentro de cada institución se realizó mediante un sorteo para garantizar imparcialidad.

Las razones de selección fueron:

- Ambas tienen niveles académicos similares según los reportes de la UGEL.
- El número promedio de estudiantes por aula es comparable.

Selección de las aulas en la Instituciones Educativas:

Para seleccionar las aulas dentro de las instituciones educativas, se consideraron los siguientes criterios:

- Ser del mismo grado (5to de secundaria)
- Contar con un número similar de estudiantes por aula y tener características académicas y demográficas homogéneas.

En este sentido, se seleccionaron las aulas 5to A, B y C de la I.E. Hermilio Valdizán como grupo experimental, estas aulas recibirán el programa psicoeducativo diseñado para el estudio y las aulas 5to A, B y C de la I.E. Leoncio Prado como grupo control, estas aulas no recibirán la intervención, permitiendo realizar una comparación con los resultados del grupo experimental. Estas aulas fueron elegidas debido a que cumplen con los criterios de inclusión definidos y permiten realizar una comparación adecuada entre los grupos.

Tabla 2. Muestra de estudiantes del 5to año de secundaria de las I. E. Leoncio Prado y Hermilio Valdizán de Huánuco

Grupos de estudio	Grupo experimental	Grupo control
Grado y sección	I.E. Hermilio Valdizán	I.E. Leoncio Prado
5to A	30	28
5to B	29	30
5to C	31	32
TOTAL	90	90

Nota. Nómima de matrícula de las I. E. Hermilio Valdizán y Leoncio Prado

3.2.3. MUESTREO

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia del investigador e intencional, de acuerdo con la metodología considerada en la presente investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se empleó fue la Escala de Likert, considerada un método para obtener información de una muestra de individuos mediante el uso de un cuestionario.

3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se utilizó como instrumento la escala de actitudes:

• Escala de actitudes machistas sexuales y reproductivas

El instrumento fue diseñado por la investigadora para su uso en la presente investigación. La escala permitió recopilar información sobre las actitudes machistas sexuales y reproductivas de los adolescentes. El instrumento contó con 44 ítems, divididos en cinco dimensiones:

- Actitud machista frente al género (12 ítems).
- Actitudes machistas frente a las relaciones sexuales (12 ítems).
- Actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos (12 ítems).
- Actitudes machistas frente a las conductas sexuales de riesgo (4 ítems).
- Actitudes machistas frente a la educación sexual (4 ítems).

La categoría de medición considerada será la siguiente:

- Bajo: 44-87
- Medio: 88-131
- Medio alto: 132-175
- Muy alto: 176-220

Dimensiones:

Categoría del nivel actitudes machistas frente al género:

- Bajo: 12-23
- Medio: 24-35
- Medio alto: 36-48
- Muy alto: 49-60

Categoría del nivel actitudes machistas frente a las relaciones sexuales:

- Bajo: 12-23
- Medio: 24-35
- Medio alto: 36-48
- Muy alto: 47-60

Categoría del nivel actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos:

- Bajo: 12-23
- Medio: 24-35
- Medio alto: 36-48
- Muy alto: 47-60

Categoría del nivel actitudes machistas frente a las conductas de riesgo:

- Bajo: 4-7
- Medio: 8-11
- Medio alto: 12-15
- Muy alto: 16-20

Categoría del nivel actitudes machistas frente a la educación sexual:

- Bajo: 4-7
- Medio: 8-11
- Medio alto: 12-15
- Muy alto: 16-20

3.3.2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Validez por juicio de expertos, se realizó a través de la consulta de un equipo de expertos con amplio acervo profesional y experiencia en áreas afines a la salud sexual y reproductiva quienes evaluaron cada uno de los ítems presentados en la escala de las Actitudes machistas sexuales y reproductivas para verificar que concuerden con el universo de contenido de la variable de análisis considerando los criterios de estructura, forma y contenido de los ítems.

Asimismo, cada uno de los expertos consultados brindaron algunas sugerencias para una mejor identificación de la variable analizada, coincidiendo la totalidad de expertos en opinar que el instrumento era idóneo para medir la variable de estudio, firmando la constancia de validación correspondiente (Anexo 3) y cuya opinión de aplicabilidad del instrumento presentado en este estudio se resume a continuación:

Validez por juicio de expertos

Nº	Nombres y apellidos del experto(a)	Escala de actitudes machistas sexuales y reproductivas
1	Dra. Judith Marta Portocarrero Zevallos	Aplicable
2	Dra. Lilia Lucy Campos Cornejo	Aplicable
3	Dra. Bethsy Diana Huapalla Céspedes	Aplicable
4	Dra. Edith Jara Claudio	Aplicable
5	Dr. Diego Hernando López Vergara	Aplicable
6	Dra. Elvira Jakeline Malca Zelada	Aplicable
7	Dra. Ana Gardenia Lazarte Ávalos	Aplicable

Fuente: Constancias de validación (Anexo 3)

3.3.3. CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DE LOS INSTRUMENTOS

Con el objetivo de verificar la confiabilidad del instrumento utilizado en este estudio, se llevó a cabo una prueba piloto el 5 de octubre de 2024. Esta se realizó en una muestra de 10 estudiantes por cada institución educativa seleccionada, los cuales fueron escogidos mediante un muestreo probabilístico de tipo intencionado. La aplicación del instrumento se efectuó respetando los protocolos establecidos en el plan de validación piloto.

La realización del estudio piloto se realizó sin presentarse dificultades significativas, contándose con la colaboración de todos los participantes y al final de esta actividad se efectuó la evaluación de algunos indicadores encontrándose los siguientes resultados.

TASA DE ABANDONO	TASA DE RESPUESTA	TASA DE RESPUESTA POR ÍTEMS	TIEMPO DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS
0%	100,0%	97%	20 minutos para la aplicación de los instrumentos que se evaluó de forma colectiva

La confiabilidad de la escala de actitudes machistas sexuales y reproductivas se evaluó mediante el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach, el cual fue $\alpha = 0,993$, determinando alta confiabilidad de la escala.

3.3.4. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

Para el procesamiento de los datos, se siguieron diversas fases metodológicas:

Revisión de los datos: Se verificaron cuidadosamente los formularios aplicados, cumpliendo con los procedimientos de control de calidad.

Codificación de los datos: Las respuestas obtenidas fueron transformadas en códigos numéricos, conforme a las categorías establecidas en las variables del estudio.

Clasificación de los datos: La información fue organizada según el tipo de variable, ya sea categórica, numérica u ordinal.

Presentación de los datos: Los resultados fueron expuestos mediante tablas académicas y representaciones gráficas, lo que facilitó su análisis e interpretación.

3.3.4.1. ACTIVIDADES REALIZADAS

El programa de intervención educativa se desarrolló a lo largo de 8 sesiones, distribuidas en 1 sesión semanal, lo que implicó una duración total de 2 meses.

En la primera sesión, se explicaron los objetivos del programa, con el fin de que los participantes comprendieran claramente la finalidad de la intervención. Se abordaron temas relacionados con las actitudes machistas sexuales y reproductivas, promoviendo una reflexión crítica entre los adolescentes. Además, se aplicó la escala de actitudes machistas sexuales y reproductivas como parte de la preevaluación, lo que permitió medir las actitudes iniciales de los participantes antes de iniciar el programa.

Durante las sesiones subsecuentes, se desarrollaron actividades educativas y reflexivas enfocadas en modificar las actitudes y creencias machistas sobre género, relaciones sexuales, anticoncepción, conductas sexuales de riesgo y educación sexual. Se utilizaron métodos interactivos como debates, dinámicas de grupo, estudios de caso y material audiovisual, para promover un enfoque participativo que favoreciera la sensibilización y el aprendizaje activo.

Al finalizar las 8 sesiones, se llevó a cabo una postevaluación en el grupo experimental, utilizando la misma escala de actitudes machistas sexuales y reproductivas. Esta posevaluación permitió

comparar las actitudes de los participantes antes y después de la intervención.

Sesión 1. Perspectiva de género:

- Identidad de género
- Roles y estereotipos de género

Sesión 2. Perspectiva de género:

- Lenguaje Sexista
- Trabajo productivo y reproductivo

Sesión 3. Perspectiva de género:

- Relaciones de poder
- Igualdad o equidad

Sesión 4. Autonomía sexual:

- Visión adecuada sobre lo afectivo- sexual
- El control, la responsabilidad, y la autonomía de su sexualidad

Sesión 5. Autonomía sexual:

- Utilizar los métodos anticonceptivos para conseguir una sexualidad responsable y placentera

Sesión 6. Autoestima sexual:

- Valorarse y aceptarse a sí misma/o
- Conectarte contigo misma/o
- Concéntrate en tus sensaciones
- No aceptes comparaciones
- Aprende a decir no

Sesión 7. Asertividad sexual

- Comunicación y asertividad sexual
- Conductas sexuales de riesgo

Sesión 8. Desarrollo psicosexual

- Etapas del desarrollo psicosexual

3.3.5. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El análisis de los datos se llevó a cabo empleando estadística descriptiva e inferencial, a través del uso del software estadístico SPSS en su versión 26. Posteriormente, se interpretaron los resultados considerando las frecuencias más relevantes obtenidas en el estudio.

En la presente investigación, la variable actitudes machistas sexuales y reproductivas fue medida mediante una escala tipo Likert, la cual se compone de múltiples ítems con cinco niveles de respuesta ordinales. Si bien los ítems individuales son de naturaleza ordinal, al ser agrupados en un solo puntaje, el resultado adquiere características de una variable cuantitativa continua. Esta transformación es ampliamente aceptada en estudios de investigación en salud, ya que permite una interpretación más robusta y análisis estadísticos más potentes.

Con base en lo anterior, se aplicó la prueba t de Student para comparar los resultados pre y post intervención tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Se utilizó la prueba t para muestras relacionadas para evaluar los cambios dentro de cada grupo. Esta decisión metodológica se sustenta en literatura científica que respalda que, cuando se suman o promedian varios ítems, como en el caso de la presente investigación, el puntaje total puede ser considerado una variable de intervalo aproximado, lo que permite su tratamiento como cuantitativa continua, además del cumplimiento del supuesto de una distribución aproximadamente normal (60) (61).

En este contexto, se realizaron pruebas de normalidad utilizando el estadístico Kolmogórov-Smirnov, con el propósito de evaluar la distribución de los puntajes correspondientes a las actitudes machistas sexuales y reproductivas en los grupos experimental y de control. En el pretest y el postest, se observó una distribución normal ($p > 0,05$ en ambas pruebas)

Pruebas de normalidad			
Actitudes machistas sexuales y reproductivas GE	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Actitudes machistas sexuales y reproductivas GE	0,070	90	0,085
Actitudes machistas sexuales y reproductivas GC	0,082	90	0,181

En relación con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov aplicada a la variable actitudes machistas sexuales y reproductivas, los resultados evidenciaron que tanto en el grupo experimental ($p = 0,085$)

como en el grupo control ($p = 0,181$) los valores de significancia fueron superiores al nivel crítico de 0,05. Esto indica que no se rechaza la hipótesis nula de normalidad, por lo que los puntajes de ambos grupos se ajustan a una distribución normal. En consecuencia, se justifica el uso de pruebas estadísticas paramétricas para el análisis comparativo de los datos.

Además, la prueba t es especialmente adecuada cuando se busca identificar el efecto de una intervención educativa sobre una actitud medida cuantitativamente, tal como se ha planteado en el presente estudio. Por tanto, el uso de la prueba t de Student no solo es estadísticamente válido en este contexto, sino también metodológicamente pertinente para responder al objetivo general y a los objetivos específicos de la investigación.

Finalmente, para complementar la prueba de significancia estadística, se calculó el estadístico de Cohen's d, el cual permite evaluar la magnitud del efecto de la intervención educativa. Este indicador no se limita a identificar si hay diferencia, sino que señala qué tan grande o relevante es dicha diferencia en términos prácticos.

De acuerdo con Cohen (1988), los valores se interpretan como:

$d \approx 0.2 \rightarrow$ Efecto pequeño

$d \approx 0.5 \rightarrow$ Efecto mediano

$d \geq 0.8 \rightarrow$ Efecto grande

Por tanto, el uso combinado de la prueba t pareada (para determinar significancia estadística) y del coeficiente de Cohen's d (para medir el tamaño del efecto) responde a los estándares metodológicos recomendados para evaluar intervenciones educativas en estudios con diseño cuasiexperimental.

3.4. CONSIDERACIONES ETÍCAS

La presente investigación se desarrolló respetando rigurosamente los principios éticos que orientan toda investigación científica.

Se garantizó el respeto por la autonomía de los participantes, quienes tuvieron plena libertad para retirarse del estudio en cualquier momento, luego de haber firmado el consentimiento informado. Del mismo modo, se cumplieron los principios de beneficencia y no maleficencia, asegurando que

los resultados obtenidos contribuyeran como insumo diagnóstico para fomentar cambios en las actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes, sin generarles ningún tipo de perjuicio.

Por otro lado, en cumplimiento del principio de justicia, se garantizó la equidad en la participación de los estudiantes mediante un proceso de selección muestral que respetó criterios previamente establecidos, asegurando una representación adecuada dentro del estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

Resultados relacionados con el primer objetivo específico (a): Describir el nivel de las actitudes machistas sexuales y reproductivas en las adolescencias del grupo experimental y el grupo control.

Para cumplir con este objetivo, se analizó la distribución de niveles de actitudes machistas sexuales y reproductivas antes y después de la intervención educativa en ambos grupos (experimental y control). Los resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Nivel de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes del grupo experimental y el grupo control en las Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024

Nivel de actitudes machistas sexuales y reproductivas	Grupo experimental				Grupo control			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	14	15,6	27	30,0	14	15,6	12	13,3
Medio	70	77,8	61	67,8	75	83,3	74	82,2
Medio alto	6	6,7	2	2,2	1	1,1	4	4,4
Muy alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	90	100,0	90	100,0	90	100,0	90	100,0

Nota: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas (Anexo 2)

La tabla 3, muestra que, el grupo experimental en el pretest 77,8% (70) de los estudiantes tenía un nivel medio de actitudes machistas sexuales y reproductivas y solo una pequeña proporción de 15,6% (14) tenía un nivel bajo y el 6,7% (6) se encontraban en el nivel medio alto. En el postest, tras la intervención, se observa un aumento del 14,4% en los estudiantes con actitudes machistas bajas (de 15,6% a 30%), lo que indica que un número significativo de participantes adoptó actitudes menos machistas. Al mismo tiempo, hubo una disminución en los niveles más altos (el nivel medio alto bajó del 6,7% al 2,2%), lo que sugiere que la intervención tuvo éxito en reducir actitudes más arraigadas. Este cambio es un indicativo de que la intervención fue efectiva en modificar

las actitudes machistas hacia posiciones menos agresivas o estereotipadas.

El grupo control, en el pretest el 83,3% (75) de estudiantes tenía un nivel medio de actitudes machistas sexuales y reproductivas. El porcentaje de aquellos con actitudes machistas bajas era de 15,6%, y muy pocos (1,1%) se encontraban en el nivel medio alto. En el postest, no se observaron cambios significativos en las actitudes machistas sexuales y reproductivas. La proporción de estudiantes con actitudes de nivel bajo apenas disminuyó (de 15,6% a 13,3%) y el nivel medio alto aumentó ligeramente (de 1,1% a 4,4%).

Estos resultados permiten describir claramente el comportamiento de los niveles de actitudes machistas antes y después de la intervención, cumpliendo con el primer objetivo específico (a). Se evidencia una tendencia positiva en el grupo experimental hacia niveles más bajos de actitud machista, mientras que el grupo control no presenta mejoras relevantes.

Resultados relacionados con el segundo objetivo específico (b): Identificar los niveles de actitud machista en las dimensiones: género, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y educación sexual en los adolescentes del grupo experimental y el grupo control.

Para cumplir con este objetivo, se analizó los niveles de actitud machista en cada una de las cinco dimensiones evaluadas: género, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y educación sexual. Los resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Niveles de actitudes machistas sexuales y reproductivas por dimensiones en los estudiantes del grupo experimental y control de las Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024

Dimensiones	Categoría de medición	Grupo experimental (n=90)				Grupo control (n=90)			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nivel de actitudes machistas frente al género	Bajo	45	50,0	52	57,8	37	41,1	45	50,0
	Medio	37	41,1	34	37,8	49	54,4	37	41,1
	Medio alto	8	8,9	4	4,4	4	4,4	8	8,9
Nivel de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales	Bajo	13	14,4	25	27,8	10	11,1	15	16,7
	Medio	66	73,3	58	64,4	66	73,3	63	70,0
	Medio alto	10	11,1	7	7,8	14	15,6	12	13,3
Nivel de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos	Bajo	13	14,4	25	27,8	10	11,1	15	16,7
	Medio	66	73,3	58	64,4	66	73,3	63	70,0
	Medio alto	10	11,1	7	7,8	14	15,6	12	13,3
Nivel de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo	Bajo	18	20,0	32	35,6	27	30,0	21	23,3
	Medio	48	53,3	46	51,1	51	56,7	51	56,7
	Medio alto	24	26,7	11	12,2	11	12,2	16	17,8
Nivel de actitudes machistas frente a la educación sexual	Bajo	13	14,4	18	20,0	18	20,0	1	1,1
	Medio	40	44,4	48	53,3	43	47,8	48	53,3
	Medio alto	36	40,0	24	26,7	25	27,8	41	45,6
	Muy alto	1	1,1	0	0,0	4	4,4	0	0,0

Nota: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas (Anexo 2)

Respecto a las actitudes machistas frente al género, en el grupo experimental, el porcentaje de estudiantes con actitudes bajas aumentó del 50,0% al 57,8%, mientras que las actitudes medio altas disminuyeron del 8,9% al 4,4%, lo cual indica un avance positivo hacia una visión menos machista. En cambio, en el grupo control, aunque también se observó un ligero aumento de actitudes bajas (del 41,1% al 50,0%), las actitudes medio altas aumentaron del 4,4% al 8,9%, lo que puede evidenciar una falta de intervención efectiva.

En cuanto a las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales, en el grupo experimental, las actitudes bajas crecieron del 14,4% al 27,8%, mientras que las medio altas disminuyeron del 11,1% al 7,8%, y desaparecieron las actitudes muy altas. Este cambio sugiere una reducción clara de posturas machistas tras la intervención. En el grupo control, los cambios fueron menos marcados y con una reducción mínima en actitudes medio altas (del 15,6% al 13,3%), lo que denota estabilidad o menor impacto.

Sobre las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos, en el grupo experimental se evidenció un cambio favorable tras la intervención. El porcentaje de estudiantes con actitudes bajas pasó de 14,4% en el pretest a 27,8% en el posttest, mientras que las actitudes en nivel medio alto se redujeron de 11,1% a 7,8% y desaparecieron los casos en nivel muy alto (de 1,1% a 0,0%).

En relación a las actitudes machistas frente a conductas de riesgo, se observó una mejora significativa en el grupo experimental: las actitudes bajas aumentaron del 20,0% al 35,6% y las medio altas disminuyeron del 26,7% al 12,2%. En el grupo control, las actitudes bajas bajaron del 30,0% al 23,3%, mientras que las medio altas aumentaron, sugiriendo una ligera regresión en lugar de mejora.

Referente a las actitudes machistas frente a la educación sexual, en el grupo experimental mostró un aumento en actitudes bajas (del 14,4% al 20,0%) y una disminución del medio altas (del 40,0% al 26,7%), lo que indica un progreso hacia una comprensión más saludable de la educación sexual. En contraste, el grupo control experimentó un retroceso: las actitudes bajas bajaron drásticamente (del 20,0% al 1,1%)

y las medio altas aumentaron considerablemente (del 27,8% al 45,6%), lo cual puede reflejar una falta de orientación o educación adecuada.

Estos hallazgos evidencian una diferencia en la evolución de las actitudes machistas entre los grupos, atribuible a la intervención en el grupo experimental, cumpliendo con el objetivo de identificar los niveles de actitud machista en cada dimensión.

4.2. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Resultados relacionados con el tercer objetivo específico (c): Evaluar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente al género en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.

Para cumplir con el tercer objetivo específico, se comparó estadísticamente las medias de los puntajes obtenidos por las actitudes machistas frente al género antes y después de la intervención en ambos grupos de estudio. Los resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente al género en adolescentes del grupo experimental y control- Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024

Variable	Media de la diferencia	Desviación estándar	Error estándar de la media	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	t	gl	p (bilateral)
Actitudes machistas frente al género en el pre y posttest del grupo experimental	0,122	0,732	0,077	-0,031	0,3275	1,585	89	0,117
Actitudes machistas frente al género en el pre y posttest del grupo control	0,044	0,806	0,085	-0,124	0,213	0,523	89	0,602

Nota. Diferencia entre los resultados de la tabla 4

Para evaluar el efecto del programa de intervención educativa en las actitudes machistas frente al género, se compararon los puntajes del pre y post test en ambos grupos. En el grupo experimental, se obtuvo una media de diferencia de 0,122, con una desviación estándar de 0,732 y un error estándar de la media de 0,077. El intervalo de confianza del 95% para la diferencia se ubicó entre -0,031 y 0,3275. El estadístico t fue de 1,585 con 89 grados de libertad, y el valor de p fue 0,117.

Dado que $p > 0,05$, no se rechaza la hipótesis nula, lo cual indica que no se halló una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes pre y post intervención para esta dimensión en el grupo experimental. Por tanto, no se

puede afirmar con evidencia estadística que el programa haya modificado significativamente las actitudes machistas frente al género.

En el grupo control, la media de diferencia fue de 0,044, con una desviación estándar de 0,806 y un error estándar de 0,085. El intervalo de confianza del 95% fue de -0,124 a 0,213. El estadístico t fue de 0,523, con 89 grados de libertad, y un valor de p de 0,602. Esto confirma que no hubo una diferencia significativa en las actitudes machistas frente al género en este grupo.

En resumen, el análisis sugiere que el programa no tuvo un efecto significativo en la dimensión género, ya que tanto el grupo experimental como el grupo control no mostraron cambios estadísticamente significativos en sus actitudes. Esto responde plenamente al tercer objetivo planteado y valida el efecto del programa en esta dimensión específica.

**Resultados relacionados con el cuarto objetivo específico (d):
Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.**

Para cumplir con el cuarto objetivo específico, se comparó estadísticamente las medias de los puntajes obtenidos por las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales antes y después de la intervención en ambos grupos de estudio. Los resultados se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en adolescentes del grupo experimental y control- Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024

Variable	Media de la diferencia	Desviación estándar	Error estándar de la media	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	t	gl	p (bilateral)
Actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el pre y postest del grupo experimental	0,189	0,748	0,079	0,032	0,346	2,396	89	0,019
Actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el pre y postest del grupo control	0,078	0,782	0,082	-0,086	0,242	0,943	89	0,348

Nota. Diferencia entre los resultados de la tabla 4

Con el fin de evaluar el efecto del programa de intervención educativa en las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales, se compararon los puntajes pre y post test en ambos grupos. En el grupo experimental, la media de la diferencia fue de 0,189, con una desviación estándar de 0,748 y un error estándar de la media de 0,079. El intervalo de confianza del 95% para la diferencia se ubicó entre 0,032 y 0,346. El valor del estadístico t fue de 2,396, con 89 grados de libertad, y un valor de $p = 0,019$.

Dado que $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que existe una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes antes y después de la intervención. En consecuencia, se concluye que el programa tuvo un

efecto positivo y significativo en la modificación de las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental.

En cuanto al grupo control, se observó una media de diferencia de 0,078, con una desviación estándar de 0,782 y un error estándar de 0,082. El intervalo de confianza del 95% fue de -0,086 a 0,242. El valor de t fue de 0,943, con 89 grados de libertad, y un p de 0,348, lo cual indica que no se encontró una diferencia significativa entre los puntajes del pre y post test en este grupo.

En resumen, los resultados evidencian que el programa de intervención educativa fue efectivo en reducir actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en los adolescentes del grupo experimental, mientras que no se observaron cambios significativos en el grupo control. Esto responde plenamente al cuarto objetivo planteado y valida el efecto del programa en esta dimensión específica.

**Resultados relacionados con el quinto objetivo específico (e):
Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el pre y post test del grupo experimental y el grupo control.**

Para cumplir con el quinto objetivo específico, se comparó estadísticamente las medias de los puntajes obtenidos por las actitudes machistas frente al uso de los métodos anticonceptivos antes y después de la intervención en ambos grupos de estudio. Los resultados se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del grupo experimental y control - Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024

Variable	Media de la diferencia	Desviación estándar	Error estándar de la media	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	t	gl	p (bilateral)
Actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el pre y postest del grupo experimental	0,233	0,735	0,077	0,079	0,387	3,011	89	0,003
Actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el pre y postest del grupo control	0,100	0,750	0,079	-0,057	0,257	1,264	89	0,209

Nota. Diferencia entre los resultados de la tabla 4

Para evaluar el efecto del programa de intervención educativa en las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos, se analizaron los puntajes obtenidos antes y después de la intervención en ambos grupos.

En el grupo experimental, se encontró una media de la diferencia de 0,233, con una desviación estándar de 0,735 y un error estándar de la media de 0,077. El intervalo de confianza del 95% para esta diferencia se ubicó entre 0,079 y 0,387. El valor de t fue de 3,011, con 89 grados de libertad, y un valor $p = 0,003$.

Dado que $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del pre y post test. Por tanto, se concluye que el programa educativo fue efectivo en modificar actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes del grupo experimental.

En contraste, en el grupo control, la media de diferencia fue de 0,100, con una desviación estándar de 0,750 y un error estándar de 0,079. El intervalo de confianza del 95% estuvo entre -0,057 y 0,257. El valor de t fue 1,264 con 89 grados de libertad, y el valor $p = 0,209$, lo cual no es estadísticamente significativo.

En conclusión, los resultados permiten afirmar que el programa de intervención educativa tuvo un impacto positivo y significativo en la reducción de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental, a diferencia del grupo control, donde no se evidenciaron cambios relevantes. Esto responde plenamente al quinto objetivo planteado y valida el efecto del programa en esta dimensión específica.

Resultados relacionados con el sexto objetivo específico (f): Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el pre y post test del grupo experimental y el grupo control.

Para cumplir con el sexto objetivo específico, se comparó estadísticamente las medias de los puntajes obtenidos por las actitudes machistas frente a las conductas de riesgo antes y después de la intervención en ambos grupos de estudio. Los resultados se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en adolescentes del grupo experimental y control - Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024

Variable	Media de la diferencia	Desviación estándar	Error estándar de la media	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	t	gl	p (bilateral)
Actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el pre y postest del grupo experimental	0,278	0,862	0,091	0,097	0,458	3,059	89	0,003
Actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el pre y postest del grupo control	-0,144	0,966	0,102	-0,347	0,058	-1,418	89	0,160

Nota. Diferencia entre los resultados de la tabla 4

Para evaluar el efecto del programa de intervención educativa en las actitudes machistas frente a las conductas de riesgo, se compararon los puntajes del pre y post test en los grupos experimental y control.

En el grupo experimental, se observó una media de diferencia de 0,278, con una desviación estándar de 0,862 y un error estándar de la media de 0,091. El intervalo de confianza al 95% se situó entre 0,097 y 0,458, y el valor de t fue de 3,059 con 89 grados de libertad. El valor p obtenido fue 0,003, lo que indica una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el programa generó un cambio

significativo en la reducción de actitudes machistas frente a conductas de riesgo en los estudiantes del grupo experimental.

Por otro lado, en el grupo control, la media de diferencia fue negativa (-0,144), con una desviación estándar de 0,966 y un error estándar de la media de 0,102. El intervalo de confianza al 95% osciló entre -0,347 y 0,058, el valor de t fue -1,418 con 89 grados de libertad, y el valor p fue de 0,160, lo cual no resulta estadísticamente significativo.

En síntesis, los datos evidencian que el programa educativo fue eficaz para modificar actitudes machistas frente a conductas de riesgo en los adolescentes del grupo experimental, mientras que en el grupo control no se observaron cambios significativos. Esto responde plenamente al sexto objetivo planteado y valida el efecto del programa en esta dimensión específica.

**Resultados relacionados con el séptimo objetivo específico (g):
Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a la educación sexual en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.**

Para cumplir con el séptimo objetivo específico, se comparó estadísticamente las medias de los puntajes obtenidos por las actitudes machistas frente a la educación sexual antes y después de la intervención en ambos grupos de estudio. Los resultados se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas frente a la educación sexual en adolescentes del grupo experimental y control - Instituciones Educativas del distrito de Huánuco 2024

Variable	Media de la diferencia	Desviación estándar	Error estándar de la media	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	t	gl	p (bilateral)
Actitudes machistas frente a la educación sexual en el pre y posttest del grupo experimental	0,211	0,742	0,078	0,056	0,367	2,699	89	0,008
Actitudes machistas frente a la educación sexual en el pre y posttest del grupo control	-0,278	0,995	0,105	-0,486	-0,069	-0,962	89	0,010

Nota. Diferencia entre los resultados de la tabla 4

Para analizar el efecto del programa de intervención educativa sobre las actitudes machistas frente a la educación sexual, se realizó la comparación de medias entre el pretest y el posttest en ambos grupos.

En el grupo experimental, se encontró una media de diferencia de 0,211, con una desviación estándar de 0,742 y un error estándar de la media de 0,078. El intervalo de confianza al 95% osciló entre 0,056 y 0,367, el valor de t fue de 2,699 con 89 grados de libertad, y el valor de p fue de 0,008. Este resultado indica una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. En consecuencia, se concluye que el

programa educativo tuvo un efecto positivo y significativo en la modificación de actitudes machistas frente a la educación sexual en los adolescentes del grupo experimental.

En el grupo control, se halló una media de diferencia negativa de -0,278, con una desviación estándar de 0,995 y un error estándar de la media de 0,105. El intervalo de confianza al 95% fue de -0,486 a -0,069, con un valor de t igual a -0,962 y un valor de p de 0,010, también indicando significancia estadística. Sin embargo, dado que la diferencia es negativa, este resultado sugiere que las actitudes machistas frente a la educación sexual se incrementaron en el grupo control, posiblemente debido a la ausencia de intervención.

En conclusión, se evidencia que el programa educativo fue eficaz para reducir las actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental, mientras que en el grupo control se observó un retroceso en esta dimensión. Esto responde plenamente al séptimo objetivo planteado y valida el efecto del programa en esta dimensión específica.

Resultados relacionados con el objetivo general: Determinar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

Para cumplir con el objetivo general, se comparó estadísticamente a través de la prueba t de comparación de medias de los puntajes obtenidos de actitudes machistas sexuales y reproductivas antes y después de la intervención en ambos grupos de estudio. Los resultados se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10. Comparación de medias pre y post test de actitudes machistas sexuales y reproductivas en los grupos experimental y control – Instituciones Educativas del distrito de Huánuco, 2024

Variable	Media de la diferencia	Desviación estándar	Error estándar de la media	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	t	gl	p (bilateral)
Actitudes machistas sexuales y reproductivas en el pre y posttest del grupo experimental	0,189	0,634	0,067	0,056	0,322	2,826	89	0,006
Actitudes machistas sexuales y reproductivas pre y posttest del grupo control	-0,056	0,548	0,058	-0,170	0,059	-0,962	89	0,339

Nota. Diferencia entre los resultados de la tabla 4

Para evaluar el efecto del programa de intervención educativa sobre las actitudes machistas sexuales y reproductivas, se compararon los puntajes pre y post test tanto en el grupo experimental como en el grupo control. En el grupo experimental, se observó una diferencia media de 0,189 con una desviación estándar de 0,634, y un error estándar de la media de 0,067. El intervalo de confianza del 95% para esta diferencia estuvo entre 0,056 y 0,322, lo que indica que la media de diferencia es significativamente mayor que cero. El estadístico t fue 2,826 con 89 grados de libertad, y el valor de p (bilateral) fue 0,006.

Dado que $p < 0,05$, se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes antes y después del programa en el grupo experimental. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, indicando que el programa tuvo un efecto significativo en la modificación de las actitudes machistas sexuales y reproductivas.

En contraste, en el grupo control, la diferencia media fue de $-0,056$, con una desviación estándar de $0,548$, un error estándar de $0,058$, y un intervalo de confianza entre $-0,170$ y $0,059$. El estadístico t fue $-0,962$ con 89 grados de libertad y un valor de p de $0,339$, el cual es mayor que $0,05$. Esto indica que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, y se concluye que no hubo un cambio significativo en las actitudes machistas sexuales y reproductivas en el grupo control. Por tanto, los resultados confirman que el programa fue efectivo, cumpliéndose el objetivo general del estudio.

Resultados relacionados con el objetivo general: Determinar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

Para cumplir con el objetivo general, se analizó estadísticamente el tamaño del efecto (d de Cohen), una medida global del impacto del programa. Los resultados se presentan en a continuación:

Prueba Cohen's d para medir el efecto del programa de intervención educativa en el cambio de actitudes machistas sexuales y reproductivas.

Prueba Cohen's d, es una medida de tamaño del efecto utilizada para cuantificar la diferencia entre dos medias en términos de desviaciones estándar. Se usó después de aplicar la prueba t de comparación de medias para evaluar la magnitud de la diferencia entre los grupos.

Paso 1: Fórmula de Cohen's d

Para muestras independientes, la fórmula es:

$$d = \frac{M_1 - M_2}{S_p}$$

Donde:

- M1= 89,12 (media del grupo experimental)
- M2= 107,23 (media del grupo control)
- Sp = Desviación estándar combinada
- S1= 19,885 (desviación estándar del grupo experimental)
- S2= 15,170 (desviación estándar del grupo control)
- n1=90 (tamaño de la muestra del grupo experimental)
- n2=90 (tamaño de la muestra del grupo control)

Paso 2: Obtención de la media

Para un conjunto de datos X1, X2,.....,Xn

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

Donde:

- \bar{x} = media
- Xi = cada dato del conjunto
- n = número total de datos

Sumar todos los datos (n=90)

$$\bar{x}_{experimental} = \frac{8021}{90} = 89,12$$

$$\bar{x}_{control} = \frac{9641}{90} = 107,23$$

Paso 3: Cálculo de la desviación estándar combinada (Sp)

La fórmula para Sp es:

$$S_p = \frac{\sqrt{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}}{n_1 + n_2 - 2}$$

Sustituyendo los valores:

$$\sqrt{\frac{(90 - 1)(19,885)^2 + (90 - 1)(15,170)^2}{90 + 90 - 2}}$$

- Elevar el cuadrado las desviaciones estándar

$$(19,885)^2 = 395,42$$

$$(15,170)^2 = 230,13$$

- Multiplicar por n-1 (es decir 89)

$$(89 \times 395,42) = 35,192.38$$

$$(89 \times 230,13) = 20,481.5$$

- Sumar ambos resultados

$$35,192.38 + 20,481.57 = 55,673.95$$

- Dividir por n1 + n2 - 2 (es decir 178)

$$55,673.95 / 178 = 312,3$$

- Sacar la raíz cuadrada

$$S_p = \sqrt{(312,3)} = 17,69$$

Paso 3: Cálculo de Cohen's d

Ahora usamos la fórmula

$$d = \frac{M_1 - M_2}{S_p}$$

Sustituyendo los valores:

$$d = \frac{89,12 - (107,23)}{17,69} = 1,02$$

Este resultado indica un tamaño del efecto es grande

Significado de Cohen's d

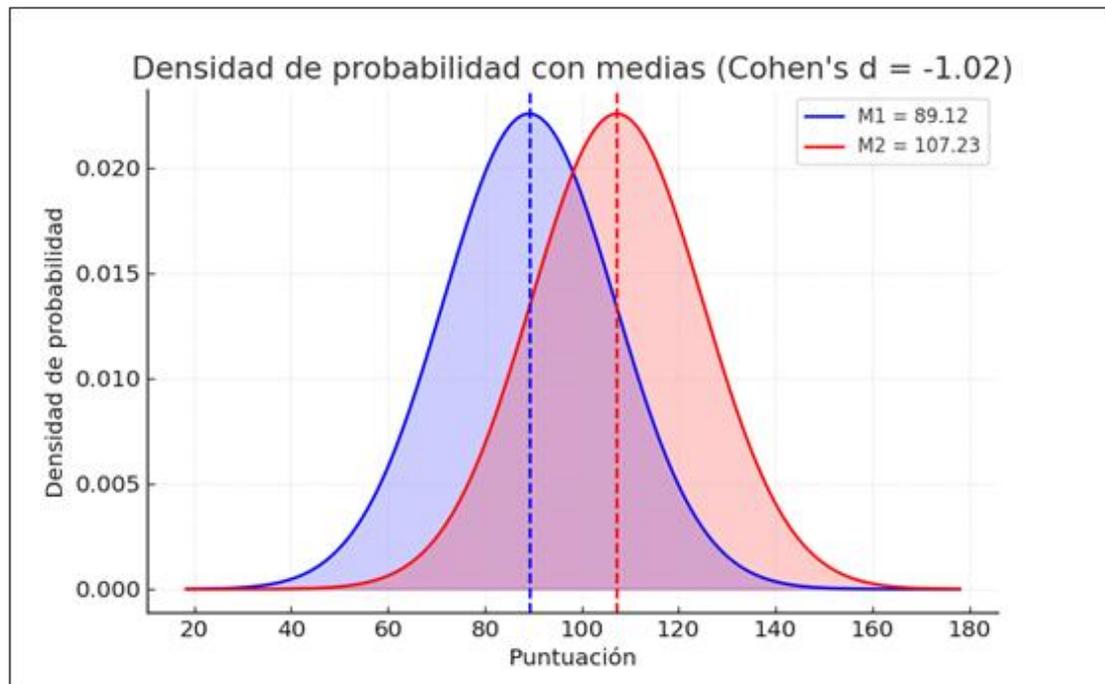
Los valores de d pueden interpretarse así:

0,2 → Tamaño del efecto pequeño

0,5 → Tamaño del efecto moderado

0,8 → Tamaño del efecto grande

>1,5 → Tamaño del efecto muy grande



El gráfico muestra las curvas de densidad de probabilidad de los dos grupos comparados: el grupo experimental ($M = 89,12$) y el grupo control ($M=107,23$). Cada campana refleja cómo se distribuyen los valores en torno a su media, utilizando la desviación estándar combinada ($S_p \approx 17,69$) como referencia de dispersión.

La distancia entre ambas medias es de aproximadamente 18 puntos, lo cual, en relación con la variabilidad común de los grupos, genera un Cohen's d de 1,02. Este valor corresponde a un tamaño del efecto grande según los criterios establecidos por Cohen (1988), lo que significa que las diferencias observadas entre los grupos no solo son estadísticamente significativas, sino que también tienen una magnitud considerable en términos prácticos.

En conjunto, estos resultados no solo muestran que el efecto es estadísticamente significativo, sino que también es relevante y significativo en

la práctica educativa, lo que respalda la eficacia del programa aplicado en la transformación de actitudes en el contexto escolar.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. PRESENTAR LA CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El programa de intervención educativa tuvo un efecto significativo y potente ($d = 1,02$) en la modificación de las actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes del grupo experimental. La reducción promedio en dichas actitudes, respaldada por resultados estadísticamente significativos ($p = 0,006$), demuestra que el cambio observado es atribuible directamente a la intervención. En contraste, el grupo control no presentó variaciones significativas, lo que refuerza la eficacia del programa y su potencial para promover una sexualidad más equitativa, responsable y libre de estereotipos en el contexto escolar. En este sentido, distintas investigaciones recientes respaldaron la efectividad de las intervenciones educativas para transformar actitudes vinculadas al machismo sexual y reproductivo. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Alfonso et al. (17), quienes evidenciaron que el uso de metodologías educativas con enfoque participativo favorece de manera significativa el cambio de actitudes sexistas y el fomento de conductas sexuales responsables. Estos hallazgos coincidieron con los resultados positivos observados en el grupo experimental del presente trabajo.

Asimismo, Zapata (25), implementó talleres de educación sexual con adolescentes, evidenciando una mejora significativa en las actitudes hacia la sexualidad, lo que respalda los resultados alcanzados en este trabajo, especialmente al demostrar que los talleres estructurados y adaptados a la realidad juvenil pueden impactar directamente en la reducción de actitudes machistas. De forma similar, Sobrado (27), halló que el Programa Alto a la Violencia, redujo las actitudes machistas en las parejas de mujeres usuarias del Centro de Emergencia Mujer, lo que refuerza la idea de que programas educativos bien diseñados son eficaces para generar cambios actitudinales en poblaciones expuestas a prácticas culturales tradicionales.

En cuanto a los resultados sobre el nivel de actitudes machistas sexuales y reproductivas en estudiantes, se mostró un aumento del porcentaje de

estudiantes con nivel bajo (de 15,6% a 30%) y la disminución del nivel medio alto (de 6,7% a 2,2%). Esta tendencia es consistente con diversos estudios como los de Günther et al (15), quienes observaron una reducción significativa en actitudes machistas tras aplicar un programa de intervención, reportando un aumento del 12% en niveles bajos y una disminución del 10% en niveles medio-alto, lo cual coincide estrechamente con los cambios observados en el grupo experimental de este estudio. Asimismo, Alfonso et al. (17), implementaron un programa de prevención que logró reducir en un 18% los niveles medios de actitudes machistas en adolescentes, aumentando la proporción de actitudes de nivel bajo. También Zapata (25), reportó cambios positivos tras una intervención educativa: el porcentaje de estudiantes con actitudes positivas hacia la sexualidad aumentó de 20% a 38%, lo que implica un cambio similar al observado en este estudio (del 15,6% al 30% en actitudes machistas bajas). Por otro lado, Sobrado (27), mediante su programa, evidenció una disminución de actitudes machistas altas en parejas, con una mejora del 14% en actitudes no sexistas. Esta similitud con la reducción del nivel medio alto (de 6,7% a 2,2%) en nuestro grupo experimental respalda la conclusión de que las intervenciones bien estructuradas generan cambios significativos.

Respecto a las dimensiones de los niveles de actitudes machistas sexuales y reproductivas, frente al género el estudio evidenció un incremento en las actitudes bajas (50,0% a 57,8%) y una disminución de las medio altas (8,9% a 4,4%), reflejando una mayor equidad en la percepción de roles de género. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Sobrado (27), quien evidenció una disminución significativa de actitudes machistas en parejas tras un programa de intervención educativa. Asimismo, Delgado y Huaranga (23) encontraron que los pobladores con mayor acceso a información sobre violencia de género y machismo sexual presentaban menores actitudes sexistas. Referente a las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales, el estudio mostró un aumento en las actitudes bajas (14,4% a 27,8%) y la eliminación de actitudes muy altas tras la intervención indican una transformación favorable. Este resultado es consistente con el estudio de Günther et al. (15), donde los jóvenes con formación en sexualidad crítica mostraron menor tendencia a justificar conductas sexuales machistas.

Igualmente, Zapata (25), demostró que los talleres de educación sexual promovían actitudes más saludables y menos discriminatorias hacia la sexualidad.

Sobre las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos, en el grupo experimental tras la intervención: las actitudes bajas aumentaron de 14,4% a 27,8%, las de nivel medio alto disminuyeron de 11,1% a 7,8% y desaparecieron los casos en nivel muy alto (de 1,1% a 0,0%). Esta tendencia coincide con los hallazgos de Alfonso et al. (17), quienes evidenciaron que los adolescentes que participaron en talleres preventivos presentaban mayor apertura al uso responsable de métodos anticonceptivos. Asimismo, Mamani et al. (1) identificaron diferencias significativas entre estudiantes con orientación igualitaria frente a la reproducción, en comparación con quienes sostenían actitudes tradicionales. En relación a las actitudes machistas frente a las conductas de riesgo, el estudio evidenció una mejora significativa, siendo que se produjo un aumento de actitudes bajas del 20,0% al 35,6%; resultados que coinciden con el estudio de Argueta y Mejía (18), donde los adolescentes con actitudes machistas eran más propensos al bullying y a conductas sexuales riesgosas. La intervención redujo esa relación, similar a lo observado en el presente estudio. Cavazos y Ramírez (19) también destacaron que el machismo se vinculaba con una mayor exposición a prácticas sexuales sin protección, lo cual respalda la necesidad de intervenciones educativas como la aplicada. En cuanto a las actitudes machistas frente a la educación sexual, el estudio evidenció el incremento en actitudes bajas (14,4% a 20,0%) y la disminución en actitudes medio altas (40,0% a 26,7%) reflejan un cambio positivo hacia una mayor aceptación de la educación sexual. Este resultado guarda relación con los hallazgos de Zhañay (20), quien encontró que los adolescentes varones con menor carga machista valoraban más la educación sexual integral. Zapata (25) también destacó que los adolescentes que participaron en talleres mostraron apertura y valoración hacia estos temas.

Finalmente, sobre el efecto del programa de intervención educativa, sobre las actitudes machistas desglosadas por dimensiones, el análisis del programa de intervención educativa mostró que no se produjo un cambio significativo en las actitudes frente al género dentro del grupo experimental (media = 0,122; $p = 0,117$), lo que sugiere que estas actitudes son más

resistentes al cambio y podrían requerir intervenciones más prolongadas o específicas. Este hallazgo coincide con investigaciones que destacan la dificultad de modificar creencias profundamente arraigadas relacionadas con roles de género; por ejemplo, Jacinto y Ruiz (62) señalan que, si bien las intervenciones educativas pueden mejorar el conocimiento sobre salud sexual, su impacto en actitudes vinculadas con el género es limitado sin un enfoque intensivo y sostenido.

Asimismo, el grupo experimental mostró una mejora significativa en las actitudes machistas relacionadas con las relaciones sexuales (media = 0,189; $p = 0,019$), lo que indica un cambio favorable en la percepción de estas conductas. Este hallazgo es consistente con los estudios de Conopuma et al. (63), quienes evidenciaron la efectividad de programas educativos en la transformación de actitudes hacia la sexualidad.

Del mismo modo, el grupo experimental evidenció una disminución significativa en las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos (media = 0,233; $p = 0,003$). Este resultado coincide con lo reportado por Hernández et al. (64), quienes demostraron que las intervenciones educativas fortalecen tanto el conocimiento como las actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos. En su estudio, el programa de educación sexual implementado logró mejorar de manera destacada la percepción sobre el uso del preservativo y la píldora de emergencia entre adolescentes.

Además, el grupo experimental evidenció una mejora significativa en las actitudes frente a conductas de riesgo (media = 0,278; $p = 0,003$), lo que coincide con los hallazgos de Grados (65), quien demostró que las intervenciones educativas son efectivas para prevenir conductas sexuales de riesgo. De manera similar, el estudio mostró que el grupo experimental presentó una mejora significativa en las actitudes hacia la educación sexual (media = 0,211; $p = 0,008$). El grupo control también registró un incremento significativo (media = -0,278; $p = 0,010$), probablemente influenciado por factores externos, como la mayor exposición a información sobre sexualidad en medios de comunicación y redes sociales. Este hallazgo coincide con lo señalado por un estudio de la Universidad de Vigo citado por Cadena SER (66), que subraya la necesidad de implementar programas educativos con

enfoque de género, involucrando a familias y centros escolares, para abordar problemáticas como el ciberacoso y las actitudes sexistas en adolescentes.

El presente estudio evidencia que el programa de intervención educativa logró modificar de manera significativa y consistente las actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes, con un efecto potente ($d = 1,02$) y resultados estadísticamente significativos ($p = 0,006$), y que la inclusión de un grupo control permitió atribuir los cambios directamente a la intervención. La evaluación de múltiples dimensiones —relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, conductas de riesgo y educación sexual— ofrece una visión integral del impacto del programa, resaltando la pertinencia de estrategias educativas con enfoque de género en el contexto escolar. Sin embargo, la duración relativamente corta del programa limita la posibilidad de evaluar la sostenibilidad de los cambios a largo plazo, especialmente en actitudes más resistentes como las asociadas a roles de género. Asimismo, al utilizar instrumentos de autoinforme, los resultados podrían estar influenciados por el sesgo de deseabilidad social, y la concentración en estudiantes de quinto año restringe la generalización de los hallazgos a otras edades o contextos educativos. Por último, aunque el grupo control no mostró cambios significativos, factores externos como la exposición a información sobre sexualidad en medios y redes sociales podrían haber afectado los resultados en ambos grupos.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que el programa de intervención educativa tuvo un efecto significativo y potente ($d = 1,02$) en la modificación de las actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes del grupo experimental. La reducción promedio en dichas actitudes, respaldada por resultados estadísticamente significativos ($p = 0,006$), demuestra que el cambio observado es atribuible directamente a la intervención. En contraste, el grupo control no presentó variaciones significativas, lo que refuerza la eficacia del programa y su potencial para promover una sexualidad más equitativa, responsable y libre de estereotipos en el contexto escolar.
2. Respecto al nivel de actitudes machistas sexuales y reproductivas, se concluye que, antes de la intervención, tanto el grupo experimental como el grupo control presentaban en su mayoría un nivel medio de actitudes machistas sexuales y reproductivas. Sin embargo, tras la aplicación del programa, el grupo experimental mostró una mejora significativa: aumentó la proporción de estudiantes con actitudes machistas bajas y disminuyeron los niveles más altos, evidenciando un cambio positivo. En contraste, el grupo control no presentó variaciones relevantes e incluso mostró un ligero empeoramiento.
3. La intervención educativa fue eficaz en reducir las actitudes machistas sexuales y reproductivas en las cinco dimensiones evaluadas. En el grupo experimental se observó un aumento consistente de actitudes menos machistas (nivel bajo) y una disminución de actitudes medio altas en género, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y educación sexual. En cambio, el grupo control no mostró mejoras relevantes, e incluso evidenció retrocesos en algunas dimensiones, lo que reafirma el impacto positivo del programa.
4. El programa de intervención educativa no logró un cambio estadísticamente significativo en las actitudes machistas frente al género en los adolescentes del grupo experimental. Aunque se observó una ligera mejora en los puntajes posttest, esta diferencia no fue significativa ($p = 0,117$). Del mismo modo, el grupo control no presentó cambios relevantes.

Por tanto, no se encontró evidencia suficiente para afirmar que la intervención tuvo un efecto claro sobre esta dimensión, lo que sugiere la necesidad de estrategias más focalizadas o prolongadas para abordar eficazmente las actitudes machistas vinculadas al género.

5. El programa de intervención educativa tuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental. La mejora observada ($p = 0,019$) evidencia un cambio real hacia concepciones más igualitarias. En contraste, el grupo control no presentó variaciones significativas ($p = 0,348$), lo que refuerza que el cambio fue resultado directo de la intervención. Estos hallazgos confirman la eficacia del programa en esta dimensión específica.
6. Los resultados confirman que el programa de intervención educativa fue efectivo para modificar significativamente las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental. La mejora observada ($p= 0,003$) refleja un cambio positivo hacia actitudes más responsables, informadas e igualitarias. El grupo control, en cambio, no presentó variaciones estadísticamente significativas ($p= 0,209$), lo que refuerza que el cambio fue producto directo de la intervención y no de factores externos. Estos hallazgos respaldan la eficacia del programa en esta dimensión específica.
7. El programa de intervención educativa tuvo un impacto positivo y significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el grupo experimental. La mejora observada ($p=0,003$) indica una transformación hacia posturas más responsables y equitativas en torno a la salud sexual y reproductiva. En contraste, el grupo control no mostró cambios significativos ($p=0,160$), lo que permite atribuir el efecto observado exclusivamente a la intervención. Estos hallazgos respaldan la eficacia del programa en reducir actitudes machistas vinculadas a conductas de riesgo en adolescentes.
8. El programa psicoeducativo fue eficaz en modificar significativamente las actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental, como lo evidencia la mejora estadísticamente significativa ($p = 0,008$) y un intervalo de confianza que respalda un efecto real. Esta

transformación apunta hacia una mayor apertura y equidad en la percepción de la educación sexual entre los adolescentes. Sin embargo, el grupo control también mostró una mejora significativa ($p = 0,010$), lo que sugiere que existieron factores externos o efectos indirectos que contribuyeron a cambios positivos en sus actitudes. A pesar de ello, el impacto más claramente atribuible al programa se evidenció en el grupo experimental.

RECOMENDACIONES

1. Dado que el programa demostró un efecto positivo y significativo en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas, se recomienda que las instituciones educativas del distrito de Huánuco incorporen de forma permanente este tipo de intervenciones en sus planes de tutoría o educación para la ciudadanía, adaptadas a su realidad sociocultural.
2. Es fundamental capacitar a los docentes y personal educativo en enfoques de igualdad, sexualidad responsable y prevención de violencia basada en género, permitiéndoles reforzar los aprendizajes del programa con coherencia en el aula.
3. Dado que la dimensión género no mostró un cambio estadísticamente significativo, se recomienda diseñar estrategias más específicas, profundas y prolongadas para abordar los estereotipos de género, como talleres reflexivos, dramatizaciones, círculos de diálogo y experiencias vivenciales que promuevan la empatía y la deconstrucción de roles tradicionales.
4. Los resultados positivos en dimensiones como relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y educación sexual muestran que es posible lograr aprendizajes significativos. Por tanto, se debe fortalecer la implementación del enfoque de educación sexual integral (ESI) dentro del currículo nacional, con contenidos pertinentes, actualizados y culturalmente adecuados.
5. El impacto del programa fue más fuerte en el grupo experimental, pero el grupo control también mostró mejoras, posiblemente por el entorno. Esto indica que el contexto escolar puede ser aprovechado como un agente de cambio: promover debates, conversatorios, campañas y actividades dirigidas por los propios estudiantes permite sostener y expandir los efectos de las intervenciones.
6. El entorno familiar y social influye directamente en las actitudes machistas. Por ello, se recomienda incorporar a padres, madres y cuidadores en actividades formativas, como escuelas de padres con enfoque en igualdad,

salud sexual y reproductiva, y prevención de la violencia basada en género.

7. Para garantizar la sostenibilidad del impacto, las instituciones educativas deben establecer mecanismos periódicos de evaluación de actitudes sexuales y reproductivas, con el fin de detectar retrocesos, reforzar aprendizajes y adaptar estrategias según la evolución del contexto escolar y social.
8. Las escuelas no pueden actuar solas. Por ello, se sugiere fortalecer alianzas entre las instituciones educativas y los Centros de Salud, Centros de Emergencia Mujer (CEM) y organizaciones comunitarias, para un abordaje integral que incluya atención, orientación y prevención desde múltiples frentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mamani V, Herrera D, Arias W. Análisis comparativo de machismo sexual en estudiantes universitarios peruanos y chilenos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* [Internet]. el 24 de febrero de 2020 [citado el 30 de junio de 2024];58(2):106–15. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000200106>
2. ONU Mujeres. Los costos económicos de la violencia contra las mujeres [Internet]. Lakshmi Puri; 2016 ene [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2016/9/speech-by-lakshmi-puri-on-economic-costs-of-violence-against-women>
3. Pecho P. Sexismo ambivalente, pensamientos patriarcales y violencia simbólica intra e inter género en Lima y Huancayo [Internet] [Licenciatura]. [Huancayo]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/9129>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 53,8% de las mujeres fueron víctimas alguna vez de violencia psicológica, física o sexual en el año 2023 [Internet]. Lim; 2023 may [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/960253-el-53-8-de-las-mujeres-fueron-victimas-alguna-vez-de-violencia-psicologica-fisica-o-sexual-en-el-ano-2023>
5. Rached M, Hankir A, Zaman R. Patriarchal upbringing in the 21 st Century: The impact emotional abuse related to parental styles has on the genesis of gender inequality and the development of unresolved trauma in children. *Psychiatr Danub* [Internet]. el 1 de enero de 2021 [citado el 30 de junio de 2024];33(11):121–32. Disponible en: www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb_vol33_noSuppl%2011/dnb_vol33_noSuppl%2011_121.pdf(accessed on 2 September 2022)
6. ONU Mujeres. La directora ejecutiva Adjunta de ONU Mujeres se suma al llamado para poner fin a la violencia sexual y de género en las crisis humanitarias en la Conferencia de Oslo [Internet]. Oslo; 2019 may. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2019/5/announcement-ded-regner-at-oslo-conference>

7. OMS. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. Ginebra; 2019 oct.
8. Pantzer R, Acuña N. Erradicando la violencia machista: Cuando las ideas no conocen fronteras. BID Mejorando vidas [Internet]. el 11 de noviembre de 2019 [citado el 30 de junio de 2024];1–3. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/seguridad-ciudadana/es/violencia-machista/>
9. Ruiz D, Garrido A. Jóvenes de América Latina aún consideran “normal” la violencia machista: Oxfam [Internet]. México; 2018 jul. Disponible en: <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/jovenes-de-america-latina-aun-consideran-normal-la-violencia-machista-oxfam>
10. Luna S. Experiencia de la masculinidad: La visión de un grupo de hombres guatemaltecos. Salud & Sociedad [Internet]. el 21 de noviembre de 2011 [citado el 30 de junio de 2024];2(3):250–66. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742467002>
11. Guardia S. Mujeres peruanas: el otro lado de la historia. 5a ed. Sara Beatriz Guardia, editor. Vol. 5. Lima: Forma e Imagen de Billy Víctor Odiaga Franco; 2013. 109–119 p.
12. Tacza L, y Velazco J. Conocimiento y actitud de los varones frente al uso de métodos anticonceptivos. Hospital de apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho octubre - diciembre 2019 [Internet] [Tesis]. [Ayacucho]: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2021 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/4037>
13. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. MIMP atendió 16,632 casos de violencia sexual en el 2019 [Internet]. Lima; 2019 ene. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/76600-mimp-atendio-16-632-casos-de-viole>
14. Palomino N, Chávez Y. El machismo, la celotipia y la alexitimia asociados a la violencia psicológica en relaciones de pareja en estudiantes del área de salud de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2020. [Internet] [Licenciatura]. [Huánuco]: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2023 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/8539>

15. Günther M, Prinsich y Gerónimo H. Actitudes hacia la sexualidad en jóvenes de 18 a 25 años de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina [Internet] [Licenciatura]. [Buenos Aires]: Pontificia Universidad Católica Argentina; 2023 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/17711>
16. Álvarez N, Noreña M. Análisis psicométrico de la Escala de Machismo Sexual (EMS-12) en universitarios del caribe colombiano. Avances en Psicología [Internet]. el 5 de enero de 2023;31(1):1–19. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/2760>
17. Alfonso L, Santillano I, Figueroa L, Rodríguez A, García L. Sistema de talleres para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Revista Sexología y Sociedad [Internet]. el 3 de febrero de 2021 [citado el 30 de junio de 2024];27(1):2–16. Disponible en: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/697>
18. Argueta Pérez SN, Mejía Hernández DE. Identificación de violencia de género (acoso y hostigamiento sexual) en el nivel bachillerato [tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Pedagógica Nacional; 2024. Disponible en: <http://rixplora.upn.mx/jspui/bitstream/RIUPN/146303/1/3128%20-%20UPN092LPEARSU2024.pdf>
19. Cavazos V, Ramírez N. Machismo y práctica sexual en jóvenes mexicanos [Internet] [Licenciatura]. [Monterrey]: Universidad de Monterrey; 2021 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/3471>
20. Zhañay W. El machismo en la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes varones escolarizados de la Parroquia de Nulti-Azuay 2015 [Internet] [Especialidad]. [Cuenca - Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2019 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27165>
21. Valle W. Diferencia del machismo sexual según sexo en estudiantes de una Universidad Privada, Chimbote, 2021 [Internet] [Doctorado]. [Chimbote]: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2022 [citado

- el 30 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.13032/25454>
22. Huamani J, Ojeda E, Arias W, Ceballos F, Calizaya J. Análisis psicométrico de la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12) en estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Interacciones* [Internet]. el 10 de septiembre de 2023 [citado el 30 de junio de 2024];9(e301):1–7. Disponible en: <https://doi.org/10.24016/2023.v9.301>
 23. Delgado J, Huaranga D. Creencia sobre violencia de género y machismo sexual en pobladores del distrito de Matucana - Huarochirí, 2022 [Internet] [Licenciatura]. [Lima]: Universidad Cesar Vallejo; 2023 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/126186>
 24. Chuco J. Actitud machista en adolescentes atendidos en un centro de salud pública del distrito de Independencia [Internet] [Licenciatura]. [Lima]: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4313>
 25. Zapata M. Aplicación de talleres sobre educación sexual, para mejorar las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes de tercer grado de educación secundaria de la institución educativa Enrique López Albújar, Piura 2019 [Internet] [Maestría]. [Piura]: Universidad Cesar Vallejo; 2019 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/42521>
 26. Mejía C, Pulido J, Quiñones D, Nieto W, Heredia P. Machismo entre los estudiantes de medicina peruanos: Factores socio-educativos relacionados en 12 universidades peruanas. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. el 1 de octubre de 2019 [citado el 30 de junio de 2024];48(4):215–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.02.001>
 27. Sobrado F. Efecto del programa alto a la violencia en las actitudes machistas en las parejas de las usuarias del CEM Huánuco-2019 [Internet] [Segunda Especialidad]. [Huánuco]: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2021 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/8629>

28. Pampa D. Actitudes machistas en estudiantes de una Institución Educativa de varones y estudiantes de una Institución Educativa Mixta de Huánuco [Internet] [Licenciatura]. [Huánuco]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6572002>
29. Glick P, Fiske S. The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. el 23 de mayo de 1996 [citado el 30 de junio de 2024];70(3):491–512. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
30. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychol Bull* [Internet]. el 7 de diciembre de 2000 [citado el 30 de junio de 2024];126(5):651–80. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.651>
31. Bem S. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychol Rev* [Internet]. el 26 de septiembre de 1981 [citado el 30 de junio de 2024];88(4):354–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
32. Fernández J, Ángeles M, Del Olmo I, Rodríguez A. Escalas de masculinidad y feminidad: estado actual de la cuestión. *Psicothema* [Internet]. el 21 de abril de 2007;19(3):357–65. Disponible en: www.psicothema.com
33. Sanchez D, Crocker J. How Investment in Gender Ideals Affects Well-Being: The Role of External Contingencies of Self-Worth. *Psychol Women Q* [Internet]. el 3 de diciembre de 2005 [citado el 30 de junio de 2024];29(1):63–77. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00169.x>
34. Castro J. Análisis de los Componentes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la Matemática. Caso 1a y 2a Etapas de Educación Básica. Municipio de San Cristóbal-Estado Táchira [Internet] [Licenciatura]. [Madrid]: Universitat Rovira i Virgili; 2004 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf>
35. Moya M. Persuasión y cambio de actitudes. *Psicología social* [Internet]. el 1 de agosto de 1999 [citado el 30 de junio de 2024];2(1):154–70.

Disponible en:
https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/1594/M_Moya_Persuasion_y_cambio_de_actitudes.pdf

36. Petty R, Ostrom T, Brock T. Cognitive responses in persuasion: Historical foundations of the cognitive response approach to attitudes and persuasion. *Cognitive responses in persuasion* [Internet]. el 7 de julio de 1981 [citado el 30 de junio de 2024];1(2):5–29. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9781315803012>
37. Bermúdez B, Trías L. Estereotipos contemporáneos de la masculinidad en estudiantes de la Universidad Central de Venezuela. *Psicología, tercera época* ▪ *Revista digital arbitrada* [Internet]. el 17 de junio de 2015 [citado el 30 de junio de 2024];34(2):97–135. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/14783
38. Sau V. *Diccionario ideológico feminista*. 2a ed. Sau V, editor. Vol. 1. Madrid: Icaria editorial s.a.; 2000. 121–122 p.
39. Moya M, Páez D, Glick P, Fernández I, Poeschl G. Sexismo, Masculinidad-Feminidad y Factores Culturales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. el 5 de julio de 2002;4(8):127–42.
40. Sánchez R, Enríquez D, Rosales C. Información, motivación y habilidades conductuales asociadas al uso del condón en la última relación sexual en hombres privados de la libertad. *Persona* [Internet]. el 4 de abril de 2019 [citado el 1 de julio de 2024];1(22):36–50. Disponible en: [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(1\).4082](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(1).4082)
41. Hamel J. Toward a Gender-Inclusive Conception of Intimate Partner Violence Research and Theory: Part 2 -- New Directions. *Int J Mens Health* [Internet]. el 19 de diciembre de 2009 [citado el 1 de julio de 2024];8(1):41–59. Disponible en: doi: 10.3149/jmh.0801.41
42. Etchezahar E, Ungaretti J. Woman stereotypes and ambivalent sexism in a sample of adolescents from Buenos Aires. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* [Internet]. el 1 de octubre de 2014 [citado el 1 de julio de 2024];6(1):87–94. Disponible en: DOI: 10.5460/jbhsi.v6.2.41328
43. Giraldo O. El machismo como fenómeno psicocultural. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. el 19 de agosto de 1972 [citado el 1 de julio de

- 2024];4(3):295–309. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80540302.pdf>
44. Lameiras M, Rodríguez Y. Evaluación del sexismo moderno en adolescentes. *Rev Psicol Soc* [Internet]. el 7 de diciembre de 2002 [citado el 1 de julio de 2024];17(2):119–27. Disponible en: DOI: 10.1174/021347402320007555
45. Touriñán J. Análisis conceptual de los procesos educativos formales, no formales e informales. *Teoría de la educación* [Internet]. el 8 de diciembre de 1996 [citado el 1 de julio de 2024];1(8):55–80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/151692>
46. Vargas G. Kant y la pedagogía Fenomenología de la génesis individual y colectiva del imperativo moral. *Pedagogía y Saberes* [Internet]. el 31 de octubre de 2003 [citado el 1 de julio de 2024];19(2):63–74. Disponible en: <https://doi.org/10.17227/01212494.19pys63.74>
47. Hernández G, Díaz A. Estrategias para el aprendizaje significativo: Fundamentos, Adquisición y modelos de intervención. Mc Graw Hill [Internet]. el 12 de abril de 1999 [citado el 1 de julio de 2024];2(1):54–73. Disponible en: https://aureamaya.weebly.com/uploads/6/2/4/2/6242532/d_ant_mdaes_p.54-73_conocim_y_competitiv_edu_sup.pdf
48. Cuadernos de Valores - El blog de Educo. ¿Qué es la perspectiva de género y por qué es importante? [Internet]. México; 2021 dic [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.educo.org/blog/que-es-perspectiva-de-genero-y-su-importancia>
49. Barrera B. Reflexiones sobre el ejercicio de la autonomía reproductiva en el contexto de violencia de pareja. *Tesis Psicológica* [Internet]. el 1 de diciembre de 2017 [citado el 1 de julio de 2024];12(2):72–83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139057274006>
50. Messmer M. Intimidad y sexualidad [Internet]. Reino Unido; 2002 ene. Disponible en: www.cpl.biz
51. Álvarez M. El Desarrollo Psicosexual: Un Universo de Descubrimiento y Crecimiento Personal [Internet]. Lima; 2024 jun [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.fide.edu.pe/blog/detalle/category/psicologia/>

52. Morokoff P, Quina K, Harlow L, Whitmire L, Grimley D, Gibson P, et al. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. el 15 de enero de 1997 [citado el 1 de julio de 2024];73(4):790–804. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.790>
53. Robles S. Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: Programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA [Internet] [Doctorado]. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/83102>
54. Rogers, C. El proceso de convertirse en una persona. Editorial Herder; 2002
55. Butler, J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós; 2006
56. Vygotsky, L. Pensamiento y lenguaje. Editorial Akal; 1987.
57. Nussbaum, M. Las fronteras de la justicia. La igualdad y la justicia social. Editorial Crítica; 2000.
58. Tamayo M. El proceso de la investigación científica [Internet]. 4a ed. Mario Tamayo y Tamayo, editor. Vol. 1. México: Limusa - Noriega Editores; 2002. 37–90 p. Disponible en: www.noriega.com.mx
59. Hernández R, y Mendoza P. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7ma ed. Roberto Hernández Sampieri, Christian Paulina Mendoza torres, editores. Vol. 1. México: Mcgraw-Hill interamericana editores, S.A. de C. V.; 2018. 148–193 p.
60. Norman, G. Escalas Likert, niveles de medición y las «leyes» de la estadística. *Avances en la Educación en Ciencias de la Salud*. 2020; 15(5), 625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
61. Carifio, J., y Perla, R. Resolviendo el debate de 50 años sobre el uso y el mal uso de las escalas de Likert. *Educación Médica*. 2008; 42(12), 1150–1152. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03172.x>
62. Jacinto-Cárdenas Renata, Ruiz-Paloalto Ma. Laura. Efectividad de los programas de educación sexual y reproductiva en los adolescentes. *Horiz. sanitario [revista en la Internet]*. 2022 Abr [citado 2025 Sep 22]; 21(1): 129-135. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592022000100129&lng=es. Epub 26-Mayo-2023.

<https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4025>

63. Conopuma M, Rivera-Lozada O, Núñez L. Programa de Salud Reproductiva y concientización sobre anticoncepción en estudiantes de educación básica. Revista de Investigación (de la Universidad Norbert Wiener). 2022; 11(2): a0012. Disponible en: https://www.academia.edu/110443865/Programa_de_salud_reproductiva_y_concientizaci%C3%B3n_sobre_anticoncepci%C3%B3n_en_estudiantes_de_educaci%C3%B3n_b%C3%A1sica
64. Hernández A., García, I. Simón, M. Coy, R. García, A. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos, Rev. Enfermería Clínica. 2009; 19(3):121-128. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2008.10.012>
65. Grados Silva D. (2019). Programa educativo y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de secundaria de la I.E. Santa Rosa – Huacho, 2022 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio UNJFSC. <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4113>
66. Cadena SER. Uno de cada cuatro adolescentes es víctima de ciberacoso, según un estudio de la UVigo. Radio Vigo – Cadena SER. 2025. <https://cadenaser.com/galicia/2025/05/12/uno-de-cada-cuatro-adolescentes-es-victima-de-ciberacoso-segun-un-estudio-de-la-uvigo-radio-vigo/>.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Barrionuevo L. Programa de intervención educativa para modificar actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR ACTITUDES MACHISTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE HUÁNUCO 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>General: ¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024</p> <p>Específicos:</p> <p>a) ¿Cuál es el nivel de actitudes machistas sexuales y reproductivas de los adolescentes del grupo experimental comparado con el grupo control?</p> <p>b) ¿Cuál es el nivel de actitudes machistas frente al género, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos,</p>	<p>General: Determinar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.</p> <p>Específicos:</p> <p>a) Describir el nivel de las actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes del grupo experimental y el grupo control.</p> <p>b) Identificar los niveles de actitud machista en las</p>	<p>General: Ho: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024. Hi: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.</p> <p>Específicas: Ho1: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente al género en el grupo experimental comparado con el grupo control. Hi1: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Actitudes machistas sexuales y reproductivas</p> <p>Variable independiente</p> <p>Programa de intervención educativa</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Tipo Aplicada Experimental Longitudinal Prospectivo Analítico</p> <p>Enfoque de investigación</p> <p>Cuantitativo.</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Explicativo</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>Cuasiexperimental</p> <p>Población.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Escala de Likert</p> <p>Instrumento:</p> <p>Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas.</p> <p>Análisis de datos</p> <p>Se realizará a través de la estadística descriptiva e inferencial</p> <p>se aplicó la prueba t de</p>

<p>conductas de riesgo y educación sexual en los adolescentes del grupo experimental comparado con el grupo control?</p> <p>c) ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente al género en el grupo experimental en comparación con el grupo control?</p> <p>d) ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental en comparación con el grupo control?</p> <p>e) ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental en comparación con el grupo control?</p>	<p>dimensiones: género, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y educación sexual en los adolescentes del grupo experimental y el grupo control.</p> <p>c) Evaluar el efecto del programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente al género en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.</p> <p>d) Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.</p> <p>e) Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el pre y post test entre el</p>	<p>frente al género en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Ho2: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Hi2: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las relaciones sexuales en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Ho3: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Hi3: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Ho4: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Hi4: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas</p>	<p>907 estudiantes de las instituciones educativas del distrito de Huánuco</p> <p>Muestra:</p> <p>90 estudiantes de la I.E. Hermilio Valdizán para el grupo experimental 90 estudiantes de la I.E. Leoncio Prado para el grupo control.</p> <p>El tipo de muestreo</p> <p>No probabilístico por conveniencia</p>	<p>Student para comparar los resultados pre y post intervención tanto en el grupo experimental como en el grupo control.</p> <p>Para evaluar la magnitud del efecto se usó la prueba t y Cohen's d</p>
---	--	---	--	--

<p>f) ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el grupo experimental en comparación con el grupo control?</p> <p>g) ¿Qué efecto tiene el programa de intervención educativa en la modificación de actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental en comparación con el grupo control?</p>	<p>grupo experimental y el grupo control.</p> <p>f) Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a las conductas de riesgo en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.</p> <p>g) Evaluar el efecto del programa en las actitudes machistas frente a la educación sexual en el pre y post test entre el grupo experimental y el grupo control.</p>	<p>frente a las conductas de riesgo en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Ho5: El programa de intervención educativa no tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>Hi5: El programa de intervención educativa tiene efecto significativo en la modificación de actitudes machistas frente a la educación sexual en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p>			
---	---	---	--	--	--

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE ACTITUDES MACHISTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Título: Programa de intervención educativa para modificar actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

Instrucciones: Estimado estudiante, se necesita saber su percepción frente a la salud sexual y reproductiva, por favor marque con un x la respuesta que más se ajusta a su opinión. Las respuestas serán confidenciales. **Gracias.**

I. Datos personales.

1. **Edad en años:**

2. **Sexo:** Masculino () Femenino ()

II. Actitudes machistas sexuales y reproductivas

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

N	Actitudes machistas frente al género	1	2	3	4	5
1.	La mujer que se mantiene callada, se da su lugar en la sociedad	1	2	3	4	5
2.	El futbol es para los hombres no para las chicas	1	2	3	4	5
3.	Un hombre que no es autosuficiente no vale la pena como pareja	1	2	3	4	5
4.	En el hogar manda el hombre, porque es la cabeza de la familia	1	2	3	4	5
5.	Los quehaceres de la casa son cosas de mujeres	1	2	3	4	5
6.	Los hombres que ayudan en el hogar son pisados	1	2	3	4	5
7.	El hombre que sabe pelear demuestra su masculinidad	1	2	3	4	5
8.	Los hombres que lloran muestran signos de debilidad	1	2	3	4	5
9.	El cuidado de los hijos es responsabilidad de la mujer	1	2	3	4	5
10.	Los hombres que cuidan su atractivo físico son afeminados	1	2	3	4	5
11.	El hombre que no bebe alcohol no es hombre	1	2	3	4	5
12.	Es imposible encontrar una chica divertida e inteligente a la vez	1	2	3	4	5
	Actitudes machistas frente a las relaciones sexuales					
13.	El hombre puede tener otras parejas sexuales siempre en cuando no descuide su hogar.	1	2	3	4	5
14.	Cuando las mujeres dicen que no tienen ganas de tener intimidad, en realidad si quieren.	1	2	3	4	5
15.	La mujer debe complacer a su pareja en la intimidad.	1	2	3	4	5
16.	La mujer que reconoce disfrutar del sexo con su pareja es sucia.	1	2	3	4	5
17.	Si la mujer no llega al orgasmo, el hombre está fallando en algo	1	2	3	4	5

18.	Los hombres deben tener su experiencia sexual en la adolescencia	1	2	3	4	5
19.	Es normal que la mujer pida a su pareja tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
20.	Las mujeres deben mantenerse vírgenes hasta el matrimonio.	1	2	3	4	5
21.	Los hombres que tienen problemas de erección o eyaculación no demuestran su virilidad.	1	2	3	4	5
22.	Es válido que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales si no lo desea.	1	2	3	4	5
23.	El hombre necesita tener varias parejas sexuales para mostrar su virilidad.	1	2	3	4	5
24.	Un hombre nunca debe negarse a tener relaciones sexuales con su pareja.	1	2	3	4	5
	Actitudes machistas frente al uso de métodos anticonceptivos					
25.	Los métodos anticonceptivos son para las mujeres, los hombres no los usamos	1	2	3	4	5
26.	La mujer debería decidir qué método anticonceptivo utilizar.	1	2	3	4	5
27.	La decisión de cuantos hijos tener debe ser del hombre	1	2	3	4	5
28.	Los hombres deben llevar consigo siempre preservativo, para cualquier ocasión	1	2	3	4	5
29.	Los hombres también deben conocer sobre anticoncepción	1	2	3	4	5
30.	Si las mujeres no quieren embarazarse deben cuidarse con algún método anticonceptivo	1	2	3	4	5
31.	Los hombres deben hacerse la vasectomía para no tener más hijos	1	2	3	4	5
32.	Tener relaciones sexuales usando preservativo es inaceptable	1	2	3	4	5
33.	Las mujeres quieren utilizar métodos anticonceptivos porque quieren ser infieles	1	2	3	4	5
34.	Si habría un método anticonceptivo hormonal para varones, aceptarías usarlo	1	2	3	4	5
35.	Los hombres que no usan métodos anticonceptivos son personas irresponsables	1	2	3	4	5
36.	Los hombres pueden tener relaciones sexuales con quien deseen si usan métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
	Actitudes machistas frente a las conductas de riesgo					
37.	La infección de transmisión sexual solo lo padecen las mujeres, por eso ellas deben cuidarse para no contagiarse	1	2	3	4	5
38.	Si la mujer se contagia de una infección de transmisión sexual es su culpa.	1	2	3	4	5
39.	Si un hombre se niega a tener un encuentro casual con una mujer pone en riesgo su virilidad	1	2	3	4	5
40.	La promiscuidad sexual es solo para los hombres	1	2	3	4	5
	Actitudes machistas frente a la educación sexual					
41.	La educación sexual es para las mujeres, ellas son las que se cuidan	1	2	3	4	5
42.	Los hombres saben sobre educación sexual sin necesidad de ir a una Institución de Salud	1	2	3	4	5
43.	Es responsabilidad del hombre recibir educación sexual	1	2	3	4	5
44.	Solo la gente promiscua busca saber sobre educación sexual	1	2	3	4	5

ANEXO 3

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Dra. Judith Martha Portocarrero Zevallos

POFESIÓN: Psicóloga N° DE COLEGIATURA: 29130

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: Universidad De Huánuco

CARGO QUE DESEMPEÑA: Docente y responsable de Investigación

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas

N°	INDICACION	CRITERIO	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado		X		
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos			X	
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables			X	
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia			X	
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad			X	
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar			X	
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos				X
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% -100%)	33-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 1 de octubre de 2024.

FIRMA/SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Lilia Lucy Campos Cornejo

POFESIÓN: Psicóloga N° DE COLEGIATURA: 0923

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: Universidad Nacional Hermilio Valdizan

CARGO QUE DESEMPEÑA: Directora de la unidad de posgrado de psicología

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas

N°	INDICACION	CRITERIO	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado			X	
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos			X	
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables			X	
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia			X	
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad			X	
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos			X	
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación			X	
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación			X	

4	Excelente (76% -100%)	33-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 1 de octubre de 2024.



ANEXO 4

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Dra. Bethsy Diana Huapalla Céspedes

POFESIÓN: Enfermera N° DE COLEGIATURA: 44842

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: Universidad Nacional Hermilio Valdizan

CARGO QUE DESEMPEÑA: Docente en la carrera de enfermería

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas

N°	INDICACION	CRITERIO	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos			X	
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables			X	
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia			X	
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad				X
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos				X
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% -100%)	33-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 1 de octubre de 2024.


 Dra. Bethsy D. Huapalla Céspedes
 CEP 44842
 Docente UNHEVAL

FIRMA/SELLO DELVALIDADOR

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Edith Jara Claudio

POFESIÓN: Enfermera N° DE COLEGIATURA: 017388

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: EsSalud Huánuco

CARGO QUE DESEMPEÑA: Coordinadora RCV – ECNT

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas

N°	INDICACION	CRITERIO	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos			X	
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables			X	
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia			X	
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad				X
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos				X
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% -100%)	33-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 1 de octubre de 2024.


 Dra. Edith Jara Claudio
 DOCENTE UNIVERSITARIO

FIRMA/SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Diego Hernando López Vargas

PROFESIÓN: Médico Psiquiatra N° DE COLEGIATURA: 56762

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: CSMC PAKKARIN

CARGO QUE DESEMPEÑA: Médico Psiquiatra

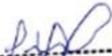
NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas

N°	INDICACION	CRITERIO	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				X
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables				X
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia				X
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad				X
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos				X
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% -100%)	30-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 1 de octubre...de 2024...



 Diego H. López Vargas
 MÉDICO - PSIQUIATRA
 C.M.P. 56762 R.N.E. 033737

FIRMA/SELLO DEL
VALIDADO

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Elvira Jakeline malca zelada

PROFESIÓN: Medicina Familiar N° DE COLEGIATURA: 65966

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: C.S.M.C Grover Mori Romero

CARGO QUE DESEMPEÑA: Medico de familia

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas

N°	INDICACION	CRITERIO	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				X
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables				X
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia				X
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad				X
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar			X	
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos			X	
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% -100%)	30-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 1 de octubre de 2024....


 Elvira Jakeline Malca Zelada
 Firma/Sello

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Ana Gardenia Lazarte y Ávalos

POFESIÓN: Enfermera N° DE COLEGIATURA: 14960

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: Universidad Nacional Hermilio Valdizan

CARGO QUE DESEMPEÑA: Docente universitario

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de las actitudes machistas sexuales y reproductivas

N°	INDICACION	CRITERIO	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				X
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables			X	
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia				X
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad				X
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos			X	
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% - 100%)	33-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 1 de octubre de 2024.


 Dra. Ana G. Lazarte y Aptiles
 En Ciencias de la Salud
 CEP 14960 Reg. 723

FIRMA/SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4
**AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y /O PERSONAS PARA
LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**SOLICITO: Permiso para aplicar
instrumento para evaluar el
machismo sexual y reproductivo**

SEÑOR JULIO CESAR CHÁVEZ CABRERA
DIRECTOR DE LA GRAN UNIDAD ESCOLAR LEONCIO PRADO

Yo, LUZ MYRIAM BARRIONUEVO SANTOS,
Identificada con DNI N° 40479841, me
presento ante usted respetuosamente y
expongo:

Que habiendo culminado el programa de Doctorado en la Universidad de Huánuco, solicito a usted permiso para aplicar el trabajo de investigación titulado **"PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR ACTITUDES MACHISTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE HUÁNUCO 2024"**, en los alumnos del quinto año de secundaria de las secciones A, B y C, con la finalidad de poder recabar información importante para la culminación de la presente investigación, el cual se desarrollará con la aplicación de un instrumento para medir el machismo sexual y reproductivo en los alumnos, en las horas de tutoría y tendrá un tiempo de duración 10 a 15 minutos en cada aula, esto a fin de contribuir de alguna manera en el cambio de actitudes machistas en los estudiantes adolescentes.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huánuco, 24 de septiembre del 2024



Mg. Luz Myriam Barrionuevo Santos

DNI: 40479841

Cel: 981684169

GRAN UNIDAD ESCOLAR "LEONCIO PRADO" N° 5869 DE PARTES	
24 SET. 2024	
N. Exp. <u>5869</u>	Hora _____
Resp. <u>Y</u>	Folios <u>01</u>

ANEXO 5 BASE DE DATOS

Spss Luz Myriam doctorado - Confiabilidad - EXPERIMENTAL.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 118 de 118 variables

	ACTITUD ES_MAC HISTAS	GRUPO	Edad	Sexo	PreTest	La mujer mantiene llamada lugar sociedad	El futbol para hombre no chicas	Un hombre no auto suficiente no vale p areja	En hogar manda hombre es cabeza familia	Los haceres casa cosas mujer	Los hombres ayudan pisados	El hombre pelea de muestra masculinidad
1		Experimental	16	Masculino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión
2		Experimental	16	Masculino	.	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
3		Experimental	16	Masculino	.	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4		Experimental	17	Femenino	.	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
5		Experimental	16	Femenino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6		Experimental	17	Masculino	.	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión
7		Experimental	16	Femenino	.	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8		Experimental	16	Femenino	.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9		Experimental	17	Femenino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10		Experimental	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo
11		Experimental	17	Femenino	.	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12		Experimental	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
13		Experimental	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
14		Experimental	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo
15		Experimental	17	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16		Experimental	16	Femenino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo
17		Experimental	17	Femenino	.	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo
18		Experimental	16	Femenino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo
19		Experimental	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo
20		Experimental	16	Femenino	.	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión
21		Experimental	16	Femenino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
22		Experimental	16	Femenino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión
23		Experimental	17	Femenino	.	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
24		Experimental	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	Sin opinión
25		Experimental	18	Femenino	.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo
26		Experimental	17	Femenino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
27		Experimental	17	Femenino	.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión
28		Experimental	17	Femenino	.	Totalmente de acuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

10:44 4/02/2025

Sps Luz Myriam doctorado - Confiabilidad - control.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 118 de 118 variables

	ACTITUD ES_MAC HISTAS	GRUPO	Edad	Sexo	PreTest	La mujer mantiene llamada lugar sociedad	El futbol para homb re no chicas	Un hombre no auto suficiente no vale p areja	En hogar manda h ombre es cabeza f amilia	Los haces casa cosas mujer	Los hombres ayuda n pisados	El hombre pelea de muestra masculinid ad
1	.	Control	17	Masculino	.	Sin opinión	En desacuerdo	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	En desacuerdo	De acuerdo
2	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	En desacuerdo	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Sin opinión
3	.	Control	16	Masculino	.	De acuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	De acuerdo
4	.	Control	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo
5	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	Sin opinión	De acuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
6	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Sin opinión
7	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	Sin opinión	De acuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
8	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión
9	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión
10	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...
11	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo
12	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	Sin opinión	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión
13	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	Sin opinión	Sin opinión	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...
14	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión
15	.	Control	17	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacu...	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...
16	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...
17	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...
18	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
19	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...
20	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
21	.	Control	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión
22	.	Control	16	Masculino	.	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo
23	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Sin opinión
24	.	Control	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacu...	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	En desacuerdo	Totalmente en desacu...
25	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión	Sin opinión
26	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...
27	.	Control	16	Masculino	.	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacu...	Sin opinión	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...	Totalmente en desacu...
28	.	Control	16	Masculino	.	Sin opinión	Totalmente en desacu...	Sin opinión	En desacuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	En desacuerdo

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

10:45 4/02/2025

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,,estoy de acuerdo con la participación de mi menor hijo en la presente investigación que se lleva a cabo en la Institución Educativa.....

El objetivo del estudio será determinar si es efectivo el Programa de intervención educativa para modificar actitudes machistas sexuales y reproductivas en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Huánuco 2024.

Con esta información se podrá saber claramente, cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes adolescentes frente a su salud sexual y reproductiva, y con el resultado mejorar la salud de los estudiantes adolescentes.

Entiendo que la participación de mi hijo es voluntaria, que sus respuestas serán confidenciales y que no recibirán dinero por su colaboración.

Al firmar este formato, estoy de acuerdo en que mi menor hijo participe en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe.

Se me ha dado una copia de este consentimiento.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma del padre

Firma investigador

ANEXO 7
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA
MODIFICAR ACTITUDES MACHISTAS SEXUALES Y
REPRODUCTIVAS EN ADOLESCENTES

“SIN MACHISMO SOMOS MÁS FELICES”



Autora: Luz Myriam Barrionuevo Santos

1. JUSTIFICACIÓN

El presente programa de intervención educativa recibe el título de “SIN MACHISMO SOMOS MÁS FELICES” será una herramienta práctica y de gran utilidad para realizar intervenciones efectivas en los estudiantes adolescentes a fin de evitar los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y la prevención de la violencia debido a las actitudes machistas sexuales y reproductivas.

Además, el programa permitirá promover el cambio de actitudes machistas sexuales y reproductivas en los adolescentes escolares, y fomentar los estilos de vida saludables, a través de una metodología práctica, vivencial orientada a desarrollar en los adolescentes habilidades como la autonomía sexual, la asertividad sexual, el autoestima sexual, una perspectiva de género diferente,

2. OBJETIVOS

El presente programa de intervención educativa recibe el título de “SIN MACHISMO SOMOS MÁS FELICES” tiene como objetivos:

- Entender la perspectiva de género de manera adecuada.
- Actuar con autonomía sexual en momento decisivos
- Desarrollar la autoestima sexual para actuar con responsabilidad
- Conocer el desarrollo psicosexual del adolescente
- Tomar decisiones correctas usando la asertividad sexual

3. CONTENIDO

Sesión 1. Perspectiva de género:

- Identidad de género
- Roles y estereotipos de género

Sesión 2. Perspectiva de género:

- Lenguaje Sexista
- Trabajo productivo y reproductivo

Sesión 3. Perspectiva de género:

- Relaciones de poder

Sesión 4. Autonomía sexual:

- Visión adecuada sobre lo afectivo- sexual
- El control, la responsabilidad, y la autonomía de su sexualidad

Sesión 5. Autonomía sexual:

- Utilizar los métodos anticonceptivos para conseguir una sexualidad responsable y placentera

Sesión 6. Autoestima sexual:

- Valorarse y aceptarse a sí misma/o.
- Conectarte contigo misma/o
- Concéntrate en tus sensaciones
- No aceptes comparaciones
- Aprende a decir no

Sesión 7. Asertividad sexual

- Comunicación y asertividad sexual
- Conductas sexuales de riesgo

Sesión 8. Desarrollo psicosexual

- Etapas del desarrollo psicosexual

4. RECURSOS

Para que el programa pueda llevarse a cabo de manera exitosa, es necesaria la utilización de los siguientes recursos:

- Aulas según grado y sección.
- Ordenador.
- Pizarra
- Proyector Multimedia
- Internet

5. Metodología

Para que el programa pueda desarrollarse se utilizará una metodología de participación activa, usando como herramientas las técnicas de aprendizaje:

- Lluvia de ideas: Es una técnica útil para valorar conocimientos previos sobre determinado tema. Promueve la construcción colectiva o grupal de los conocimientos.
- Socio dramas: Son útiles para que las y los participantes muestren su lado artístico, expresen emociones y sentimientos sobre determinada situación, facilitando el aprendizaje de manera más vivencial y la interacción en el grupo.
- Trabajos grupales: Promueven la integración de las y los participantes, analizan situaciones desde diferentes puntos de vista y proponen soluciones en grupo.
- Exposiciones: Compartir conclusiones extraídas de los trabajos grupales.
- Videos foros: Son una herramienta útil para presentar historias

SESIÓN 1: PERSPECTIVA DE GÉNERO	
Tema 1: Presentación	
Técnica	LO MEJOR DE MI
Objetivo	Presentación de los asistentes
Materiales	Sillas
Tiempo	10 minutos
Desarrollo	Cada persona se presenta al grupo en voz alta, poniéndose de pie en su lugar o pasando al frente del grupo, diciendo su nombre y cuál considera que es su mejor atributo o virtud.
Información para el instructor	El instructor/a deberá señalar que cada uno de los atributos que los participantes mencionaron contribuirá al enriquecimiento del taller, independientemente de los conocimientos que se puedan tener sobre los temas.
Tema 2: Expectativas	
Técnica	YO ESPERO
Objetivo	Que las personas asistentes expongan sus expectativas acerca del taller.
Materiales	Hojas de papel bond; plumones de colores.
Tiempo	10 minutos
Desarrollo	Se les indica a los asistentes que dibujen la silueta de su mano en una hoja de papel y en cada dedo escriban, en forma abreviada, lo que esperan del taller. Las hojas de papel se pegan en las paredes del salón y se revisan y comentan al final del taller.

Tema 3. Identidad de género	
Técnica	LO MEJOR DE MI
Objetivo	Que los y las participantes identifiquen en que etapas de la vida se va formando las identidades masculina y femenina
Materiales	Juguetes diversos
Tiempo	40 minutos
Desarrollo	<p>El/la instructora pedirá a los participantes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se relajen, cierren sus ojos, respiren profundamente y exhalen por la boca, dos o tres veces. • Recuerden su infancia. Elijan recuerdos de su infancia en los cuales jugaban, recordando si eran juegos en grupo o individuales, sus juguetes, etc. • Pretendan, por unos minutos, que son niños y niñas otra vez. • Una vez recuperados sus recuerdos, tomen los juguetes que se encuentran en el centro del salón. • Jueguen con estos juguetes durante unos minutos, al terminar, regresen al tiempo y espacio actual y respondan preguntas acerca de lo que experimentaron en esta regresión a la infancia, como las siguientes: <p>¿Cómo se sintieron?</p> <p>¿Qué juguete era su preferido en la infancia y por qué?</p> <p>¿Con quién jugaban?</p> <p>¿En qué lugar o espacio jugaban?</p> <p>¿Cuáles eran los juegos de los niños?</p> <p>¿Cuáles eran los juegos de las niñas?</p> <p>¿Cuál era su personaje preferido o a quién admiraban?</p> <p>¿Cuáles eran los atributos que encontraban en el personaje?</p>
Información para el instructor	<p>El/la instructora pedirá a los participantes que contesten a las preguntas voluntariamente, si no se animan a participar voluntariamente, que asigne a algunos a compartir sus respuestas</p> <p>.</p>

SESIÓN 1: PERSPECTIVA DE GÉNERO	
Tema 4: Roles y estereotipos de género	
Técnica	Eliminando creencias no saludables
Objetivo	Analizar en grupo los estereotipos y roles predominantes en los medios de comunicación social.
Materiales	Videos; laptop y proyector multimedia
Tiempo	40 minutos
Desarrollo	<p>El/la instructor(a) pedirá al grupo que ponga atención en los videos que se van a pasar sobre los estereotipos de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al finalizar se cuestiona a los integrantes del grupo sobre lo visto, haciendo preguntas preparadas de antemano, o hechas en el momento, según la dinámica del grupo, hasta sacar algunas conclusiones de que las creencias erróneas no son saludables y crean conflictos en el hogar. <p>https://www.youtube.com/watch?v=Ajk_4p0dV7A (estereotipos de género)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=2d7K7nP-2Ro (estereotipos de género se inicia en el hogar)</p>

¿Qué son los roles de género?

Los roles de género en la sociedad definen cómo se espera que actuemos, hablemos, nos vistamos, nos arreglemos y nos comportemos según nuestro sexo asignado al nacer. Por ejemplo, se espera que las mujeres y las niñas se vistan de forma femenina y que sean educadas, complacientes y maternales. A su vez, se espera que los hombres sean fuertes, agresivos e intrépidos.

Cada sociedad, grupo étnico y cultura tiene expectativas en relación con los roles de género, pero estos pueden variar mucho entre un grupo y otro. También pueden cambiar con el tiempo dentro de la misma sociedad. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el rosa era considerado un color masculino y el celeste, un color femenino.

¿Cómo afectan los estereotipos de género a las personas?

Un estereotipo es un prejuicio o creencia ampliamente aceptado sobre una persona o sobre un grupo, que suele ser una simplificación excesiva y que no siempre es preciso. Los estereotipos acerca del género pueden hacer que se trate de manera desigual e injusta a otras personas por su género. Esto se llama “sexismo”.

Hay cuatro tipos de estereotipos de género básicos:

Características de la personalidad: por ejemplo, usualmente se espera que las mujeres sean complacientes y emotivas, y que los hombres sean seguros de sí mismos y agresivos.

Comportamientos domésticos: por ejemplo, algunas personas esperan que las mujeres se encarguen de las niñas, cocinen y limpien la casa, mientras que los hombres se encargan de las finanzas, del automóvil y de las reparaciones del hogar.

Ocupaciones: algunas personas asumen rápidamente que los profesores y enfermeras son mujeres, mientras que quienes se dedican a la medicina, a la ingeniería o a volar aviones son hombres.

Aspecto físico: por ejemplo, se espera que las mujeres sean delgadas y elegantes, mientras que se espera que los hombres sean altos y musculosos. También se espera que los hombres y las mujeres se vistan y se arreglen de acuerdo con los estereotipos de su género (los hombres con pantalones y pelo corto, y las mujeres con vestidos y maquillaje).

La hiperfeminidad es la exageración de los estereotipos de comportamiento que se consideran femeninos. Las personas hiperfemeninas exageran las características de lo que creen que es femenino. Esto puede incluir comportamientos pasivos, ingenuos, de inocencia sexual, suaves, coquetos, delicados, maternales y complacientes.

La hipermasculinidad es la exageración de los estereotipos de comportamiento que se consideran masculinos. Las personas hipermasculinas exageran las características de lo que creen que es masculino. Creen que deben competir con otros hombres y dominar a las personas femeninas con comportamientos agresivos y astutos, tener mucha experiencia sexual, ser poco sensibles, físicamente imponentes, ambiciosos y exigentes.

Estos estereotipos de género exagerados pueden hacer que las relaciones entre las personas sean difíciles. Las personas hiperfemeninas tienen más probabilidades de soportar el abuso físico y emocional de parte de sus parejas. Las personas hipermasculinas tienen más probabilidades de ser física y emocionalmente violentas con sus parejas.

Los estereotipos de género extremos son dañinos porque no permiten que las personas expresen completamente lo que piensan ni sus emociones. Por ejemplo, es dañino para las personas masculinas creer que no deberían llorar o expresar sus emociones. Al mismo tiempo, es dañino para las personas femeninas creer que no deberían ser independientes, inteligentes o firmes. Romper con los estereotipos de género hace que las personas puedan ser tal como son.

¿Cómo puedo luchar contra los estereotipos de género?

Es muy posible que veas estereotipos de género por todos lados. También puede que hayas visto o experimentado sexismo o discriminación basada en el género. Hay formas de luchar contra estos estereotipos para ayudar a que todas las personas, sin importar el género o la identidad de género, se sientan iguales a todo el mundo y valoradas como personas.

Señálalo: las revistas, la televisión, las películas y el Internet están llenos de estereotipos de género negativos. A veces las personas no los detectan, a menos que alguien los señale y haga notar. ¡Vuélvete esa persona! Habla con amigas y familiares sobre los estereotipos que ves y

ayuda a las demás a reconocer cómo el sexismo y los estereotipos de género pueden ser dañinos.

Sé un ejemplo para otras personas: conviértete en un modelo para tus amistades y familia. Respeta a las personas independientemente de su identidad de género. Crea un espacio seguro para que las personas se expresen y sean ellas mismas, sin importar cuáles son los estereotipos de género y las expectativas de la sociedad.

Di lo que piensas: si alguien hace bromas o comentarios sexistas, ya sea de forma virtual o en persona, dile lo que piensas.

Inténtalo: si deseas hacer algo que usualmente no está asociado con tu género, piensa si estarás a salvo al hacerlo. Si crees que lo estarás, inténtalo. Las demás personas aprenderán de tu ejemplo.

Si estás pasando por un momento difícil por tu género o identidad de género y las expectativas acerca de este, recuerda que no estás sola. Puede ser de ayuda hablar con tu padre o madre, o con una amiga, familiar, profesora o consejera profesional en quien confíes.

SESIÓN 2: PERSPECTIVA DE GÉNERO

Tema 5: Lenguaje sexista	
Técnica	Desechando el lenguaje sexista
Objetivo	Ubicar el valor social que se tiene de lo femenino y de lo masculino por medio del lenguaje, así como reflexionar sobre las causas de la desvaloración de las características femeninas y masculinas.
Materiales	Papelógrafos; plumones de colores; cinta adhesiva
Tiempo	30 minutos
Desarrollo	<p>El/la instructor/a divide al grupo en subgrupos dependiendo del número de participantes;</p> <ul style="list-style-type: none">• Les pide que escriban, en las hojas del papelógrafo, una lista de palabras que se utilizan en femenino y masculino, así como su significado (Para realizar esta actividad les darán diez minutos).• En plenaria, con una discusión dirigida, el grupo revisa las listas de palabras y sus significados. Para que el impacto de la actividad surta efecto, se recomienda empezar por definir la palabra en masculino y después en femenino.• Cuando los/las participantes han descubierto el sentido de la técnica, reflexionar con el grupo acerca de las risas, equivocaciones y/o evocaciones ante cada una de las palabras definidas.• Finalmente, es importante invitar a que las personas participantes concluyan y relacionen el tema tratado con las reflexiones de la actividad realizada.• Dentro de las conclusiones, el/la facilitador/a enfatizará, como seguramente surgirá en los comentarios, que las palabras en masculino tienen una valoración de superioridad o positivas; mientras que las utilizadas en femenino tienden a la inferioridad o a tener cargas negativas.

EJEMPLOS DE PALABRAS

Zorra

El Diccionario de la Real Academia define un zorro como a un ser «muy taimado, astuto y solapado». En su versión femenina, su sinónimo es «prostituta».

Gallina

Mientras que el gallo remite sistemáticamente a una idea de valor y de grandeza, su versión femenina «gallina» conlleva por el contrario la idea de cobarde.

Perra

Otro de los animales cuyo nombre lamentablemente se utiliza para mal. El Diccionario de la RAE, más allá del animal, precisa que es un término utilizado para referirse a una persona despreciable. Pero en femenino, es sinónimo de «prostituta».

Fulana

Es otro de los términos utilizados para referirse a una prostituta en su versión femenina. Un fulano es sin embargo una persona «cuyo nombre se ignora o no se quiere expresar».

Gobernanta

La idea en los dos géneros es idéntica: se refiere a los que gobiernan. Pero en femenino se refiere principalmente a la mujer encargada del servicio de limpieza. Una distinción incomprensible.

SESIÓN 2: PERSPECTIVA DE GÉNERO	
Tema 6: Trabajo productivo y reproductivo	
Técnica	DRAMATIZACIÓN DE REFRANES...
Objetivo	Que las/los participantes desarrollen la habilidad para comprender mensajes y transferir significados a situaciones concretas.
Materiales	Cinco tarjetas con un refrán cada una.
Tiempo	20 minutos
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Se preparan cinco refranes escritos. • Se les pide a los/las participantes que se reúnan en semicírculo al centro del salón. • Se invita a cinco personas a que representen los refranes por medio de mímica, mientras que el resto del grupo adivina cada refrán. • Analizar el refrán en situaciones concretas. • Algunos ejemplos de refrán son los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Árbol que crece torcido, jamás su tronco endereza. 2. Chango viejo no aprende maroma nueva. 3. No por mucho madrugar amanece más temprano. 4. El que nace para tamal del cielo le caen las hojas. 5. El que nace para maceta no pasa del corredor
Técnica	¿YO REPRODUCTIVA, TÚ PRODUCTIVO?
Objetivo	<p>Que las y los participantes identifiquen actividades que realizan hombres y mujeres, analizando el valor diferenciado del trabajo productivo, comparado con el reproductivo.</p> <p>Esta técnica permite que las y los participantes clasifiquen los trabajos en dos tipos, productivos y reproductivos, así como la diferente valoración que se asigna a unos y otros. Así también, les permite analizar algunas causas de la diferente valoración del trabajo remunerado y del trabajo no remunerado, y sus características de discriminación, sexismo, subordinación y violencia.</p>

Materiales	Papelógrafos; tarjetas de trabajo de colores; cinta adhesiva; plumones de colores
Tiempo	40 minutos
Desarrollo	<p>El/la instructor/a pide al grupo que, como lluvia de ideas, mencione diferentes tipos de trabajos, o actividades laborales que pueden desarrollarse en un contexto rural o urbano.</p> <p>Algunos ejemplos de los tipos trabajo son: Sembrar la tierra, pescar, construir edificios, cortar leña, cosechar, vender, limpiar, preparar alimentos, cuidar niños y niñas. Se puede también nombrar oficios o profesiones como abogado, médico, dentista, contador, ingeniero.</p> <p>Es importante que el/la facilitador/a promueva que se nombre un número importante de actividades, mínimo veinte, de preferencia más de treinta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El/la facilitadora explicará al grupo que todos estos tipos de trabajo o actividades laborales pueden clasificarse en dos categorías, a saber: productivas y reproductivas. De inmediato explicará estos dos conceptos, previamente escritos en el papelógrafo y les pedirá que lo clasifiquen como productivas y reproductivas.

LECTURA COMPLEMENTARIA

Trabajo productivo: Es la producción o elaboración de bienes y servicios concretos, ya sea para generar ingresos, comercio o subsistencia. Son tareas que contribuyen económicamente al sostenimiento de la familia y de la comunidad.

Trabajo reproductivo: Se refiere a la atención y el mantenimiento de la vida humana dentro y fuera del hogar; incluye la elaboración de alimentos, mantenimiento del hogar, casa o albergue y cuidado de la salud, entre otros.

Trabajo	Productivo	Reproductivo
Sembrar la tierra		
Pescar		
Construir edificios		
Cortar leña		
Cosechar		
Vender		
Limpiar		
Preparar alimentos		
Cuidar niños y niñas		
Abogado		
Médico		
Dentista		
Contador		
Ingeniero		

SESIÓN 3: PERSPECTIVA DE GÉNERO:	
Tema 1: Relaciones de poder	
Técnica	SOCIODRAMA ¿Y YO? ¿TENGO PODER?
Objetivo	Los/las participantes identificarán el uso del poder en las relaciones entre hombres y mujeres, así como sus consecuencias.
Materiales	Guiones escritos para cada equipo. Para la representación se utilizarán elementos que las personas lleven consigo.
Tiempo	40 minutos
Desarrollo	<p>Dividir al grupo en cuatro subgrupos. Entregar a cada uno el “guion”, que contendrá las situaciones y las formas de poder que se deberán representar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada equipo tendrá 5 minutos para preparar su representación, y tendrá otros 5 minutos para presentarla. • Al terminar las representaciones, analizar en una plenaria los contenidos y las consecuencias de la utilización del poder.

AYUDA A LAS SESIONES

Guiones

Poder con: Lo que logras cuando trabajas con otras personas en un grupo y con el esfuerzo y el trabajo de todas alcanzan lo que se proponen.

Poder sobre: La capacidad de influenciar a una persona para que haga lo que desees, a través de la coacción el chantaje o manipulación.

Poder para: Permite controlar y manejar una situación según tus necesidades. Es la capacidad para resolver un problema, entender un trabajo o aprender una nueva habilidad

Poder interno: Es una fuerza que existe dentro de ti, cuyas fuentes son la autoaceptación y el autorespeto. Este poder sólo te lo puedes dar a ti misma o a ti mismo.

SESIÓN 3: PERSPECTIVA DE GÉNERO:	
Tema 2: ¿Igualdad o equidad?	
Técnica	Exposición
Objetivo	Analizar el tema de la división sexual del trabajo.
Materiales	Computadora laptop; cañón multimedia
Tiempo	50 minutos
Desarrollo	<p>El/la facilitador/a expone el tema de la división sexual del trabajo y el valor del mismo, en el ámbito público y el privado, con apoyo de una diapositiva o mediante el video https://www.youtube.com/watch?v=KU2lpxeur7s.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propiciar la participación de los/las integrantes del grupo en la exposición del tema, a manera de conferencia interactiva. • Pedirles que nombren a las profesiones o actividades ocupacionales que la sociedad les ha puesto sexo.

LECTURA COMPLEMENTARIA

¿En qué consiste la división sexual del trabajo?

Cuando hablamos sobre división sexual del trabajo nos referimos al proceso mediante el que se han atribuido habilidades, competencias, valores y/o responsabilidades a una persona con base en sus características biológicas asociadas a uno u otro sexo. Esto se traduce en la división de las tareas que son fundamentales para la organización social, según lo que le corresponde a alguien por ser hombre o lo que le corresponde por ser mujer.

Los estudios sobre la división sexual del trabajo nos han hecho posible analizar por qué las mujeres nos encontramos tradicionalmente vinculadas al espacio doméstico y por qué los hombres están más vinculados al espacio público, lo que a su vez configura una identidad femenina en relación a los valores del cuidado (hacia procurar el bienestar de los demás), y una identidad masculina relacionada con los valores de la provisión (el abastecimiento de los recursos necesarios para la subsistencia).

En dicha división, las actividades del espacio doméstico han sido considerado más en términos de responsabilidad moral y biológica, con lo cual, no ha sido reconocido como un “trabajo formal” (como un trabajo remunerado). A diferencia de las actividades del espacio público relacionadas con la provisión, que son las que se reconocen en términos de productividad mercantil, con lo que tiene relación directa con el intercambio económico.

En otras palabras, a la mujer se le ha reducido tradicionalmente a la capacidad biológica reproductiva, con lo que su principal actividad económica es la reproducción de la fuerza de trabajo, y así se ha encargado históricamente del cuidado. Y a los hombres se les ha comprendido en relación con la fuerza física, y con esto, se le asignan las labores relacionadas con el espacio público y la producción económica.

Es así como a partir de esta división se generan y se transmiten una serie de creencias, normas y valores a partir de los cuales emergen los ideales de feminidad y masculinidad.

Las explicaciones más clásicas sobre el origen de la división sexual del trabajo proponen que surgió a partir de que las sociedades humanas dejaron de ser nómadas (se volvieron sedentarias), porque fue entonces cuando se construyeron los primeros asentamientos similares a las ciudades, lo que generó la necesidad de establecer tareas colaborativas que se basaron en las capacidades reproductivas que dieron lugar a la organización social a través de la familia.

No obstante, algunos estudios tradicionales sobre el género y trabajo en la prehistoria han tenido como efecto el legitimar la desigualdad que subyace en dicha división, porque la presentan como algo natural e intrínseco a nuestra biología; es decir, como un hecho fijo e inamovible. Ante eso, gran parte de la antropología de género nos ha enseñado que, con frecuencia, los prejuicios androcéntricos actuales se exportan directamente hacia la comprensión de las sociedades no occidentales o “prehistóricas”.

Elementos ilustrativos de la división sexual del trabajo

La división sexual del trabajo se transforma conforme cambian los medios y las relaciones de producción en nuestras sociedades. En términos generales, Etcheberry propone tres elementos que pueden servir de guía para explicar las relaciones de género en el espacio laboral y que tienen una vigencia importante en nuestros días.

1. Restricciones intrínsecas y extrínsecas a la participación laboral de las mujeres

En términos generales, esta dimensión hace referencia a la dificultad y la desigualdad de oportunidades que podemos enfrentar las mujeres cuando queremos acceder al mercado laboral. Por ejemplo, cuando tenemos que competir con hombres por un puesto, generalmente si se trata de puestos directivos o asociados a la administración pública.

Las restricciones intrínsecas son las creencias, normas y valores que se han interiorizado y que determinan las responsabilidades diferenciadas entre hombres y mujeres, es decir los trabajos que se espera que ejerzan hombres y mujeres en el mercado laboral.

Las restricciones extrínsecas o impuestas son las que vienen de los estados o gobiernos y de los mercados laborales, por ejemplo, las preferencias de los empleadores, las reglas de acceso y control de los recursos, la tecnología y el conocimiento, el acceso a la comunicación y la educación, entre otras.

2. Segregación vertical y horizontal de las mujeres en el trabajo remunerado

El término de segregación social hace referencia a cómo está distribuido el acceso a los distintos espacios, y a partir de qué autoridades y qué recursos. En este caso hace referencia específica a la distribución desigual entre hombres y mujeres dentro de los mercados laborales (aunque también puede aplicarse para el espacio doméstico).

Esto es importante porque existen varias formas de segregar que son menos visibles que otras. Por ejemplo, aunque estadísticamente las mujeres alcancemos mayor acceso a la educación o a trabajos de distintos tipos, se pueden enfrentar también a otras barreras que son consecuencia de la desigualdad de género dentro de esos puestos.

Una de esas barreras puede ser el que las mujeres nos hemos incorporado al sector productivo especialmente si se trata nuevamente de ejercer tareas de cuidado, y además, sin que los hombres se hayan incorporado en igual medida al espacio doméstico, lo que representa una doble carga para la mujer más allá de la emancipación.

Esto último ha traído distintos debates sobre las políticas de conciliación que deben implementarse en distintos países, de manera que la distribución de las tareas pueda equilibrarse.

En otras palabras, la segregación no sólo debe entenderse en términos cuantitativos, sino cualitativos, lo que no es posible comprender si no se consideran algunas categorías determinantes en las relaciones sociales y laborales, como el género, la clase, la raza, la edad, entre otras. Incluso existe una línea de investigación que aborda todo esto, conocida como economía feminista de la conciliación.

3. Las masculinidades y el trabajo remunerado

La masculinidad y la feminidad responden a un proceso histórico y cultural de construcción de valores, prácticas, roles y cuerpos. Algunos valores generalmente atribuidos a la masculinidad normativa o hegemónica son la autonomía, la libertad, la fuerza física, la racionalidad, el control emocional, la heterosexualidad, la rectitud, la responsabilidad, entre otros.

Para alcanzar estos valores, los hombres tienen que reconocerse como tal por las demás personas, cuestión que ocurre en gran medida a través del espacio laboral remunerado.

En nuestras sociedades generalmente se relaciona el espacio público y productivo con la necesidad de ignorar dolencias, malestares, enfermedades; y el privado tiende a relacionarse con el cuidado de los espacios para niños, mujeres, ancianos, así como con los roles de madre-esposa-ama de casa.

En suma, el término de división sexual del trabajo constituye una línea de investigación importante para analizar nuestras sociedades y la historia de opresión de las mujeres. Surge a partir de las críticas que han hecho las teorías de género y feministas a las perspectivas más clásicas sobre el trabajo, que al aparecer como neutras, tienden a ocultar que la

actividad de las mujeres se ha naturalizado por su asociación al sexo y el género; actividad que no por estar no-remunerada deja de servir como un factor importante para mantener la organización y el sistema económico a gran escala.

SESIÓN 4: AUTONOMÍA SEXUAL:

Tema 1: Visión adecuada sobre lo afectivo sexual en la adolescencia

Técnica	Lluvia de ideas Mitos de la sexualidad
Objetivo	Adquirir una visión adecuada sobre lo afectivo- sexual.
Materiales	Tarjetas de mitos y verdades de la sexualidad
Tiempo	40 minutos
Desarrollo	<p>Los y las participantes se dividen en grupo de 4 o 5 personas. Se colocan en diferentes esquinas de la sala.</p> <ul style="list-style-type: none">• En medio de la sala, los facilitadores/as despliegan las tarjetas con mitos y verdades sobre prevención del embarazo en la adolescencia.• Los grupos van a tener que intentar reunir los mitos con las verdades. El objetivo es reunir la mayor cantidad de mitos y verdades para “ganarle” a los otros equipos. <p>Cuando se hayan acabado las tarjetas, volvemos a colocarnos en los grupos, cada uno en su lugar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Las personas facilitadoras del taller van grupo por grupo a comprobar que los mitos y las verdades se correspondan. Se lee en voz alta el mito y la verdad y se le pregunta al conjunto del grupo si eso es así y por qué. Si no se correspondieran, ese “punto” no cuenta. Rápidamente, los otros grupos pueden ofrecer una verdad que tengan y “ganar” ese punto.• El grupo que haya unido más mitos y verdades “gana”.

AYUDA COMPLEMENTARIA

	MITOS	VERDADES
1.	Hay días “seguros” en los que es imposible embarazarse	Existe la probabilidad de que se produzca un embarazo durante todo el ciclo menstrual. La única manera de prevenirlo es utilizar un método anticonceptivo.
2.	Con el preservativo se siente menos placer	El látex con el que están hechos los preservativos es muy delgado y permite mantener la sensibilidad en todo momento. Hay muchas formas de sentir placer.
3.	En la primera relación sexual no hay riesgo de que se produzca un embarazo	Siempre que se tengan relaciones sin protección se puede producir un embarazo. También si el método falló o se usó mal.
4.	Sólo se usa preservativo para el sexo casual	El preservativo debe usarse siempre para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual.
5.	Si ya dije que “sí” tengo la obligación de seguir	No tengo obligación de hacer nada que no quiera. Puedo decir “no” en cualquier momento. Si no se respeta mi decisión es violencia
6.	No hay preservativo de mi tamaño	Los preservativos son muy flexibles y se adaptan a la anatomía de cada persona. Hay distintas opciones y tamaños
7.	La otra persona va a comprar y llevar los preservativos, yo no me preocupo	Todas las personas debemos tener y llevar preservativos para evitar embarazos no planificados y/o infecciones de transmisión sexual.
8.	Durante la menstruación no hay riesgo de que se produzca un embarazo	Siempre que se tengan relaciones sexuales sin protección existe la probabilidad de que se produzca un embarazo. Si no quiero embarazarme debo cuidarme. Tengo que usar preservativo u otro método que me indiquen en el Centro de salud.
9.	Si tengo sexo sin preservativo es una muestra de amor	El amor implica cuidado y respeto. Tengo derecho a usar el método anticonceptivo que elija para evitar un embarazo y a que se respeten mis decisiones.
10.	Si eyaculo afuera evito el embarazo	Si no usamos protección siempre existe la probabilidad de un embarazo. El líquido preseminal también tiene

		espermatozoides y se desprende desde el inicio de la relación.
11.	Si me dice que NO y sigo insistiendo está bien porque es parte del "juego"	Si presiono de cualquier forma a la otra persona para que termine diciendo que "sí" es violencia.
12.	Si no acepto tener relaciones sexuales, me va a dejar	Puedo decidir estar solo o sola, o estar con alguien, de acuerdo con lo que realmente deseo y no por miedo a "no tener otra oportunidad". Las personas que me quieren respetan mis tiempos y decisiones.
13.	Un embarazo es una forma de "retener" a la otra persona	Un embarazo no es forma de retener a nadie
14.	Si ya tuvimos relaciones una vez, tengo que decir que sí siempre	El consentimiento se renueva a cada momento, y en cada situación. Nadie puede obligarme a hacer nada que no quiera.
15.	Tomar bebidas alcohólicas me va a ayudar a relajarme y que me den más ganas	El alcohol nunca va a hacer aflorar mis verdaderos deseos, ni me va a dar ganas de hacer algo que no quiero. Cuando tomo alcohol corro el riesgo de no tener la fuerza suficiente para decir lo que NO quiero hacer y que las demás personas decidan por mí.
16.	Voy a hacer algo que no quiero sólo porque soy "grande" y ya debería haberlo hecho	Cada quien tiene sus propios tiempos y necesidades y nadie puede obligar a otra persona a hacer algo que no quiere. Si decido hacer algo es porque lo deseo, no por quedar "bien" con nadie más ni por cumplir con mandatos impuestos
17.	Si nos estamos acariciando y no me dan ganas de "seguir" tengo un problema	No hay nada que "tenga" que hacer. Hay muchas formas de sentir placer y de tener relaciones que no implican la penetración.
18.	Nadie me va a querer, por eso tengo que aceptar cualquier propuesta	Si la otra persona no respeta mis tiempos y mi decisión, no es amor. Está ejerciendo violencia.
19.	Si pruebo nuevas formas de intimidad tengo que aguantarme el "qué dirán"	Puedo decidir explorar libremente. Mi intimidad me pertenece. Y puedo decidir con quiénes compartirla y con quiénes no. Hay tantas formas de vivir la sexualidad como personas en el mundo.

SESIÓN 4: AUTONOMÍA SEXUAL:	
Tema 2: El control, la responsabilidad, y la autonomía de su sexualidad	
Técnica	Role-Playing Lección participada
Objetivo	Aprender a asumir el control, la responsabilidad, y la autonomía de su sexualidad respetando las diferencias
Materiales	Pizarra, cinta adhesiva, videos, laptop, cañón multimedia Escala de autonomía sexual
Tiempo	50 minutos
Videos	<p>Enlace del vídeo: https://fb.watch/4lgO_KVRQX/ (Aprendiendo sobre autonomía sexual)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=WqRVL5NtDVM (Responsabilidad sexual)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=55_TORSZOSU (Responsabilidad sexual)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=ISHK-3nMvcl (Autoconocimiento del cuerpo)</p>
Desarrollo	<p>Para iniciar, el facilitador/ra aplicará la escala de autonomía sexual a fin de evaluar cómo se encuentra la autonomía sexual en los adolescentes.</p> <p>Aprendiendo sobre autonomía sexual</p> <p>En primer lugar, se les aplicará la escala de autonomía sexual</p> <p>El facilitador/ra presenta la definición de autonomía sexual y sus beneficios y posteriormente presenta el video para hacer un ejercicio de cómo aplicarlo.</p> <p>Responsabilidad sexual</p> <p>El facilitador/ra presenta el video sobre responsabilidad sexual y aprender a tomar decisiones responsables y saludables sobre la sexualidad.</p> <p>Posteriormente se analizará el video para llegar a conclusiones finales.</p> <p>Autoconocimiento de nuestra sexualidad</p>

	<p>Autoconocimiento del cuerpo:</p> <p>El facilitador/ra presenta el video Autoconocimiento del cuerpo, posteriormente se les presenta una ficha donde se les pide que completen sobre cuanto conocen su cuerpo, posteriormente se les presentará el material de lectura para desarrollen correctamente en grupo</p>
--	--

ESCALA PARA MEDIR LA AUTONOMÍA SEXUAL

1	2	3	4
Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo

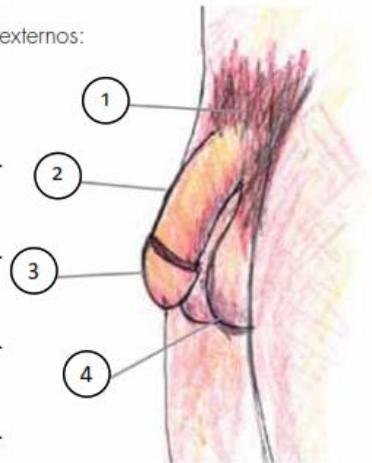
	ÍTEMS	1	2	3	4
1	El placer sexual es una parte natural y aceptable del ser humano				
2	El consentimiento mutuo de la pareja es un requisito clave para practicar la actividad sexual				
3	Es importante explorar las partes de nuestro cuerpo				
4	La atracción física es el componente principal en las relaciones sexuales				
5	Es normal que el hombre tenga cierta experiencia sexual antes de casarse				
6	Soy consciente que una buena comunicación permite que mi pareja pueda expresar sus dudas sobre sexualidad				
7	Tengo claro que me gusta y atrae de una persona				
8	Es importante ser consciente de nuestras necesidades y gustos sexuales				
9	Soy consciente de que cosas no se permitiría en una relación sexual				
1	Soy capaz de brindar el afecto que mi pareja necesita				
1	Puedo decir a mi pareja aquello que me gusta en una relación sexual				
1	Reconozco las fantasías sexuales que me agradan				
1	Se respetar la preferencia de mi pareja por el uso de métodos anticonceptivos				
1	Soy consciente de las fantasías y deseos sexuales que puedo llevar a la realidad				
1	Los condones y otros anticonceptivos ofrecen a las personas la oportunidad de tener relaciones sexuales reduciendo el riesgo de sufrir consecuencias no deseadas				
1	Me resulta fácil decir lo que deseo a mi pareja				
1	Soy consciente de mis necesidades y gustos sexuales				
1	Estoy atento a las necesidades de mi pareja				
1	Brindo la apertura a mi pareja para que pueda expresar sus deseos sexuales				
2	El placer sexual es una parte natural y aceptable del ser humano				
2	El consentimiento mutuo de la pareja es un requisito clave para practicar la actividad sexual				

MATERIAL DE APOYO 37:
Órganos sexuales y reproductivos femeninos y masculinos

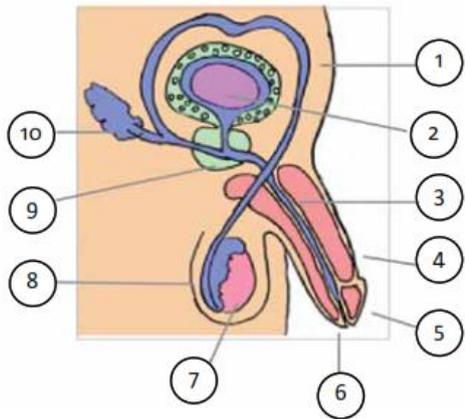
PRIMERA PARTE:

Dibujos de organos sexuales y reproductivos masculinos externos:

NOMBRE	FUNCIÓN:
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____

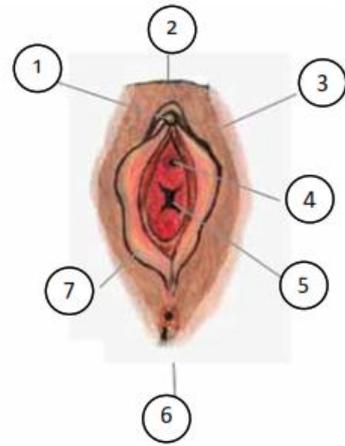


Órganos sexuales internos del hombre:



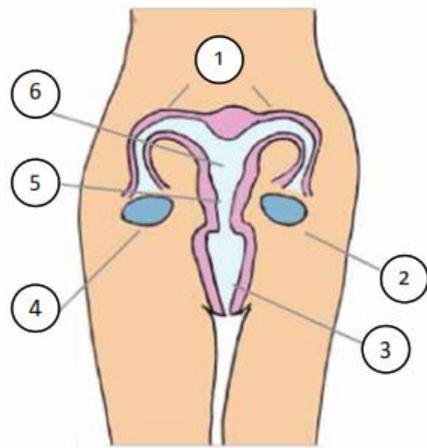
NOMBRE	FUNCIONES
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
7 _____	_____
8 _____	_____
9 _____	_____
10 _____	_____

NOMBRE	FUNCIONES.
1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
6	_____
7	_____



Órganos sexuales internos de la mujer:

NOMBRE	FUNCIONES.
1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
6	_____

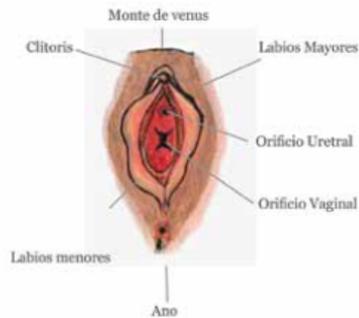


MATERIAL DE LECTURA

Órganos sexuales femeninos y masculinos y sus funciones

ORGANOS SEXUALES DE LA MUJER

EXTERNOS:



Vulva: Es el conjunto de los órganos genitales externos de la mujer, así que forma parte del aparato reproductor femenino.

Clitoris: Órgano eréctil y altamente erógeno de la mujer.

Labios: Son pliegues salientes que bordean la vulva y forman parte de las estructuras de los genitales externos de la mujer.

En número de cuatro, dos en cada lado de la vulva, los más externos son llamados labios mayores y el par más interno labios menores, equivalentes y del mismo origen embrionario que el escroto, son de tamaño variables, que protegen a la vagina, clitoris y el meato urinario.

Monte de Venus: Vello púbico que cubre la parte superior del órgano de la mujer.

Orificio uretral o meato urinario: Es el orificio por el cual fluye la orina que viene de la vejiga. Está situado entre el clitoris y la entrada de la vagina.

Orificio vaginal: Entrada de la vagina, situado en el centro de la hendidura vaginal. Entre sus funciones 1 salida de la menstruación, 2 parto y 3 coito vaginal

Periné: Es la región anatómica correspondiente al piso de la pelvis, conformada por el conjunto de partes blandas, esta situado en la parte inferior del cuerpo entre la abertura de la vagina y el ano.

INTERNOS:



Ovarios: Dos órganos que tienen la forma y el tamaño de una almendra ubicados uno a cada lado del útero y contienen los óvulos o células sexuales femeninas llamados óvulos y producen hormonas femeninas.

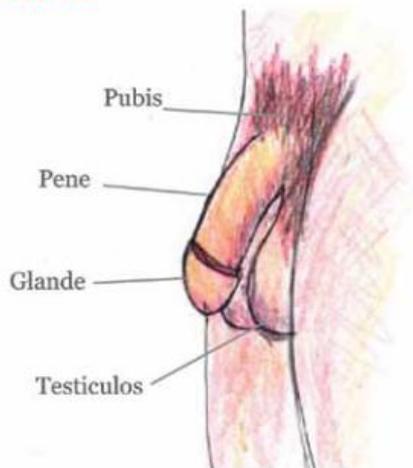
Trompas de Falopio: Son conductos musculares que conectan los ovarios y el útero o matriz, se extienden a cada lado y llegan hasta los ovarios. Su función es transportar los óvulos de los ovarios al útero. Y en ella se da la unión del espermatozoide y el óvulo para después implantarse en el útero.

Útero o Matriz: órgano musculoso y fuerte, hueco por dentro; tiene forma de pera invertida y 7 a 8 centímetros de longitud. Cada mes se prepara para recibir al óvulo fecundado y anidado durante el embarazo.

Vagina: Canal muscular y elástico que se extiende entre la vulva y el útero. Funciones: permite el paso de la menstruación, aloja el pene durante las relaciones sexuales, produce una lubricación que facilita el coito y sirve para el paso del bebé durante el parto.

ORGANOS SEXUALES DEL HOMBRE

EXTERNOS:

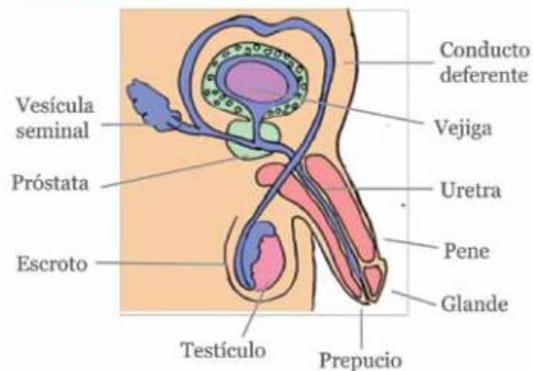


Escroto: Saco suave de piel arrugada que cubre los testículos. Proporcionándoles temperatura adecuada.

Pene: Órgano de forma alargada y cilíndrica; permite la salida del semen durante la erección. En su estado de reposo, permite la salida de la orina.

Glande: (también conocido como cabeza del pene) es la última porción y la parte más ancha del cuerpo esponjoso; presenta una forma cónica.

INTERNOS:



Testículos: son una parte del sistema reproductor masculino. A los testículos también se les conoce como testes; a un solo testículo se le llama también testis.

Estos dos órganos, que por lo general son algo más pequeños que una pelota de golf, se encuentran dentro de una bolsa de piel llamada escroto, que cuelga debajo de la base del pene.

Cuerpo esponjoso: El cuerpo esponjoso es la más pequeña de las tres columnas de tejido eréctil que se encuentran en el interior del pene (las otras dos son los cuerpos cavernosos).

Está ubicado en la parte inferior del miembro viril. Su función es la de evitar que, durante la erección, se comprima la uretra (conducto por el cual son expulsados tanto el semen como la orina).

Cuando el pene se encuentra en erección, contiene solamente el 10% de la sangre; los cuerpos cavernosos absorben el 90% de la misma.

Cuerpos cavernosos: Los cuerpos cavernosos constituyen un par de columnas de tejido eréctil situadas en la parte superior del pene, que se llenan de sangre durante las erecciones.

Epidídimo: Dos tubos enrollados, situados uno sobre cada testículo, son colectores de los espermatozoides, donde se almacenan y nutren hasta el momento de la expulsión o eyaculación.

Conductos Deferentes: o vasos deferentes constituyen parte de la anatomía masculina.

Son un par de tubos musculares rodeados de músculo liso se contraen al expulsar el semen, cada uno de 30 cm aproximadamente, que conectan el epidídimo con los conductos eyaculatorios intermediando el recorrido del semen entre éstos enviándolos a los conductos eyaculatorios y luego a la uretra, desde donde es expulsado al exterior.

Vesículas Seminales: Dos sacos contorneados ubicados a cada lado de la vejiga; produce parte de las secreciones que acompañan a los espermatozoides. Al mezclarse con el líquido que produce la próstata, la secreción adquiere un aspecto lechoso llamado semen o esperma.

Próstata: Glándula situada debajo de la vejiga, que encierra la uretra y conductos eyaculatorios. Su función es producir una sustancia que le da el olor y color característico al semen.

Uretra: tubo delgado que pasa a lo largo del pene hasta llegar a su orificio en la punta. Transporta la orina durante la micción, y el semen durante la eyaculación. Pero la salida de la orina y el semen no se dan de forma simultánea.

SESIÓN 5: AUTONOMÍA SEXUAL:	
Tema 1: Utilizar los métodos anticonceptivos para conseguir una sexualidad responsable	
Técnica	Muestra de anticonceptivos e información ITS
Objetivo	Sentir la necesidad de utilizar los métodos anticonceptivos para conseguir una sexualidad responsable y placentera. Demostración colocación de preservativo
Materiales	Anticonceptivos, pizarra, plumones, papel Dulce para compartir (Caramelo)
Tiempo	120 minutos
Desarrollo	<p>Con el juego de la memoria, utilizando las tarjetas de los métodos anticonceptivos forman pareja. Una tarjeta con la información del método y la otra con la imagen del método anticonceptivo. Reflexionan sobre la importancia del uso de los métodos anticonceptivos para adolescentes y sus beneficios (Tarjetas de métodos anticonceptivos)</p> <p>Cada uno y una recibe un condón y explora sobre los pasos para el uso correcto y consistente del mismo. Utilizando el modelo educativo “Dildo” (ò un plátano, pepino, etc.) realizan la práctica de colocar el condón, solicitándoles que voluntariamente lo hagan siguiendo los pasos que ellos y ellas conocen (demostración de los pasos para la colocación del uso correcto del condón)</p> <p>Formando un círculo. Utilizando la técnica “a mí no me va a pasar”, se le entrega a cada uno(a) una tarjetita, evitando que otros y otras la conozcan, sino hasta el final y se les invita a compartir un dulce acompañado de un saludo o un abrazo; con quienes así lo deseen, indicándoles que pueden aprovechar para demostrar su afecto. Cada uno y una menciona cual fue la muestra de afecto que expreso al compartir su dulce y con quien. Seguidamente se les indica que descubran su tarjetita, explicándoles el significado de cada una: S sífilis, G gonorrea, V VIH, M muerte, C condilomas, H Herpes genital, P protección y el riesgo ocasionado.</p>

Métodos anticonceptivos

¿CÓMO EVITAR UN EMBARAZO?

La única forma sin fallas de evitar un embarazo y de evitar una ITS es no tener relaciones sexuales; es decir, abstenerse. La abstinencia es 100% efectiva, y es segura emocional y físicamente. Si no tienes relaciones sexuales, penetración vaginal, o eyaculación cerca de la vagina (deposita semen), entonces no hay forma de quedar embarazada o de dejar a una chica embarazada.

Si actualmente practicas la abstinencia, también puede ser de interés para ti. conocer los métodos anticonceptivos y cómo funcionan, y sin duda esta información te vendrá bien si algún día decides dejar de abstenerte.

Es igual de importante conocer los métodos anticonceptivos, saber cómo funcionan, y tener acceso a ellos... como estar listo para hablar de su uso con nuestra pareja. Hablar con nuestro chico o chica sobre usar el condón puede ser un bajón o darnos mucha vergüenza. Pero es necesario hacerlo.

Si estás sexualmente activo, asegúrate de que tú y tu pareja usan el condón para protegerse de un embarazo y de una ITS. También debes buscar información y orientación en una clínica o unidad de salud donde te orienten sobre la planificación familiar, para saber si te conviene usar otro método anticonceptivo.

Hay métodos anticonceptivos que las personas jóvenes pueden utilizar para protegerse. Todos y todas debemos cuidarnos y tomar medidas para evitar ITS (incluido el VIH), y no embarazarnos, si no lo deseamos.



De la escuela Camino a casa...

Hay métodos anticonceptivos que las personas jóvenes pueden utilizar para protegerse. Todos y todas debemos cuidarnos y tomar medidas para evitar ITS (incluido el VIH), y no embarazarnos, si no lo deseamos.

Hay muchos tipos de anticonceptivos que son perfectamente seguros para las personas jóvenes.

Como hombre y mujer joven, tienes derecho a recibir información cierta y libre de tabúes, sobre los métodos anticonceptivos disponibles en tu país y su fiabilidad, y a acceder a los propios métodos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS SEGUROS PARA LA GENTE JOVEN

Veamos a continuación con detalle los métodos anticonceptivos más recomendables para uso de los y las jóvenes.

MÉTODOS DE BARRERA.

El condón masculino:

El condón es un tubo blando de látex que se pone sobre el pene en erección antes de la penetración. Cuando el hombre eyacula ("se viene", "se corre", "llega") el semen queda retenido en la punta del condón. Los fluidos del hombre no entran en el cuerpo de la pareja, y los fluidos de la pareja no tocan el pene del hombre.



Los condones brindan muy buena protección contra las ITS, incluyendo el VIH, al tiempo que protegen del embarazo.

Los condones también evitan que algunos hombres eyaculen demasiado temprano. Se venden en farmacias, y podemos informarnos sobre donde conseguir condones gratis. Es importante fijarse siempre en la fecha de caducidad; si el condón ha caducado, no sirve.



El condón femenino:

El condón femenino es una funda de látex (plástico) flexible, fino, resistente e impermeable. Tiene una forma parecida al masculino, pero tiene dos anillos o aros blandos en los extremos: uno cerrado, el más pequeño, que debe colocarse en el interior de la vagina antes de la penetración; y otro anillo más ancho, abierto, que queda fuera de la vagina.

El condón femenino puede colocarse inmediatamente antes del momento de la penetración o hasta unas horas antes de que esto ocurra. Una vez colocado, el hombre introduce el pene en el interior del anillo externo, de manera que la funda de látex lo cubre totalmente. Al terminar, debe sacarse el condón femenino de la vagina cuidadosamente, anudarlo y desecharlo.



El condón femenino previene eficazmente los embarazos y las ITS, incluso el VIH. Por el momento su comercialización en nuestros países no es muy amplia, por lo que es menos accesible que otros métodos. La mayor ventaja de este método es que la mujer puede utilizarlo para protegerse cuando sabe o teme que su pareja va a negarse a usar el condón.

Sin embargo, como ya habíamos mencionado, por el momento no está tan disponible o es más caro que otros métodos. El condón es el método que mejor te protege del embarazo y de las ITS (incluido el VIH) si lo usas siempre y lo usas bien.

Cuando alguien te dice que no quiere usar condón, prepárate para dar una buena respuesta, y aléjate si la persona se niega a usarlo.



DIU El dispositivo intrauterino

Es un método anticonceptivo que consiste en insertar un pequeño dispositivo en el interior del útero de la mujer. El dispositivo en forma de T mide aproximadamente 3.1 cm x 3.6 cm. Su tasa de efectividad es mayor al 98% durante un período de uso prolongado de 10 años. Existen diferentes tipos de DIU. Los DIU's medicados están indicados para mujeres jóvenes en edad fértil y nulíparas es decir, mujeres jóvenes sin hijos. Para algunos, como la efectividad decrece a lo largo del tiempo, el reemplazo podría ser adelantado en pacientes muy jóvenes que requieran una total protección contraceptiva.

Espermicidas (espuma contraceptiva, tabletas, jalea o crema):

Los espermicidas inhabilitan los espermatozoides del hombre antes de que entren en el útero. Vienen en distintas presentaciones: cremas, jaleas, espumas y tabletas. Deben ser colocados en la vagina justo antes de la penetración. Los espermicidas no protegen totalmente de las ITS ni del VIH así que debe usarse junto con el condón.

Además, no son tan efectivos como las píldoras o las inyecciones para prevenir embarazos. Aunque no se requiere una visita al centro de salud para iniciar el uso de estos métodos, es recomendable que antes de empezar a usarlos un profesional de la salud te cuente en detalle como utilizar este método, y sus limitaciones.



MÉTODOS HORMONALES PARA LAS CHICAS.



Las píldoras anticonceptivas:

Las píldoras contienen una pequeña cantidad de hormonas que previenen que un óvulo salga del ovario mensualmente (inhiben la ovulación). La mujer sigue menstruando cuando toma la píldora, pero suele tener los períodos más livianos y menos dolorosos.

Las píldoras son muy efectivas para prevenir embarazos, pero sólo si las tomas regularmente todos los días que debes tomarlas. Si dejas de tomarla más de un día, debes preguntar a tu proveedor de salud como continuar usándolas, pues puedes quedar embarazada porque tu fertilidad vuelve a la normalidad al dejar de tomar la píldora un solo día.



Las píldoras no protegen contra el VIH, o ninguna otra infección de transmisión sexual. Por tanto, aunque tomes la píldora, es recomendable usar también el condón. Si sólo se usa la píldora se aconseja tener una sola pareja sexual y que ambos se examinen de ITS y de VIH antes de tener relaciones sexuales. Si decides tomar las píldoras para evitar un embarazo, visita primero a un proveedor de salud para que te recomiende qué tipo de píldora es mejor para ti y te explique detalladamente cómo tomarla.

Los métodos hormonales probablemente son el medicamento más estudiado en la historia de la medicina. Ahora sabemos que las píldoras anticonceptivas reducen el riesgo de que las mujeres desarrollen cáncer de ovarios y del revestimiento del útero (endometrio).

Existe también otro rumor que dice que tomar píldoras anticonceptivas durante la adolescencia puede dañar tus ovarios y hacer imposible el embarazo en el futuro. Esto también es falso. Las píldoras anticonceptivas son seguras aun para las mujeres que no han tenido hijos(as).

Es más, las píldoras a veces son utilizadas para controlar las menstruaciones fuertes y dolorosas. No necesitas haber tenido un bebé para empezar a tomar la píldora. Las píldoras no dañarán tus ovarios. Pero sí debes consultar con personal de salud, para saber qué tipo de píldoras anticonceptivas son mejores para ti, y cómo y cuando debes tomarlas.

Algunas mujeres experimentan náusea, sensibilidad en los senos y aumento de peso cuando empiezan a tomar la píldora. Estos efectos secundarios suelen desaparecer al cabo de un mes, más o menos. Casi todas las mujeres jóvenes pueden tomar píldoras anticonceptivas. Sin embargo, las mujeres mayores que fuman, que tienen sobrepeso, presión alta o ciertas enfermedades del sistema sanguíneo o cardiovascular no deberían utilizar métodos anticonceptivos hormonales (píldoras anticonceptivas, inyecciones e implantes).

Recuerda que la anticoncepción de emergencia no te protege del VIH ni de otras ITS. No debe ser usada como método regular, sino como medida de emergencia cuando tu método habitual ha fallado.

En caso de violación, la anticoncepción de emergencia suele ser parte del protocolo de atención.

La anticoncepción de emergencia no funciona para prevenir un embarazo si éste ya se ha producido. Por eso es muy importante tomar la anticoncepción de emergencia lo más rápido posible después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

La anticoncepción de emergencia debe ser aplicada en las primeras 72 horas, de acuerdo a la norma de planificación familiar del MINSAL, El Salvador. Por lo que con toda seguridad debes acercarte a una clínica de salud y/o consultarle a un(a) profesional para que logres resolver satisfactoriamente.

La anticoncepción de emergencia no es un método permanente. No debe ser usado con frecuencia ya que consiste en dosis fuertes de hormonas. Las personas sexualmente activas deben adoptar un método de anticoncepción regular, y recurrir sólo a la anticoncepción de emergencia si el método regular falla.

La anticoncepción de emergencia no protege contra el VIH y otras ITS.

LA DOBLE PROTECCIÓN.

La epidemia del VIH y el SIDA ha cambiado la forma de pensar de muchas personas sobre su salud sexual. Anteriormente se usaban únicamente métodos efectivos contra el embarazo. Las personas no se preocupaban tanto de si el anticonceptivo les protegía también contra las ITS, porque hace unos 25 años la mayoría de las ITS eran curables.

Hoy en día, con la aparición del VIH y el SIDA las cosas han cambiado. Esta infección puede ser mortal, y/o reducir mucho la calidad de vida de las personas que la sufren. Por ello, ahora muchas personas consideran importante practicar la "doble protección": es decir, protegerse siempre tanto del embarazo como de las ITS.

Las inyecciones:

La inyección contiene hormonas que previenen la ovulación. A las 24 horas de la primera inyección estás protegida contra embarazos por el siguiente mes o tres meses (según el tipo de inyectable). Las inyecciones son más fáciles de usar correctamente, porque no tienes que acordarte de tomar la píldora cada día. Las inyecciones también dan mucha privacidad: nadie tiene por qué notar que estás usando ese método.

Las inyecciones hacen tus períodos más livianos y menos incómodos, lo cual puede ser muy bueno para las chicas que sufren de períodos abundantes y dolorosos. Si dejas de usar la inyección, no volverás inmediatamente a ser fértil porque se necesita un tiempo para que el cuerpo vuelva a producir óvulos. La mayoría de las mujeres vuelve a ser fértil al año de dejar las inyecciones, pero otras quedan embarazadas más rápido.



Las inyecciones no protegen contra las ITS ni del VIH, así que debes además usar siempre condón. Si decides usar las inyecciones para evitar un embarazo, visita a un proveedor de salud y lleva un control médico riguroso.



Implantes (Norplant):

Los implantes son seis tubos muy pequeños que un proveedor de salud inserta debajo de la piel del brazo. El implante suelta hormonas que previenen la ovulación. Al igual que con las inyecciones, no tienes que acordarte de tomar nada diariamente. Los implantes pueden durar hasta cinco años. Si quieres embarazarte antes, un proveedor de salud te lo puede quitar en cualquier momento.

Son muy eficaces para prevenir embarazos, pero no protegen contra las ITS ni del VIH, así que también debes usar condón. Si decides usar los implantes para evitar un embarazo, visita primero a un proveedor de salud y lleva un control médico riguroso.

La anticoncepción de emergencia: Este método anticonceptivo de emergencia sirve para prevenir un embarazo inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales desprotegidas.

Por ejemplo, si no usaste un condón, si el condón se rompió, o si el condón se salió accidentalmente (lo cual es muy raro si se usa adecuadamente). En estos casos, la anticoncepción de emergencia te da una segunda oportunidad de protegerte para evitar un embarazo.

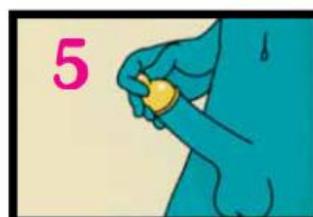
Uso correcto y consistente del condón.

¿Cómo podemos protegernos doblemente?

- Usando siempre y bien el condón (masculino o femenino), para prevenir a la misma vez los embarazos no deseados, el VIH y otras ITS.
- Usando un método eficaz para reducir los riesgos de las ITS, incluido el VIH (el condón femenino o masculino), y al mismo tiempo, usar otro método eficaz para prevenir embarazos (pastillas, implantes, inyecciones, etc.)

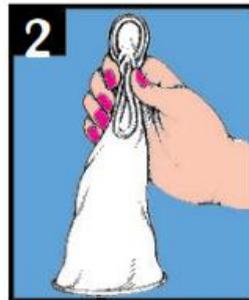
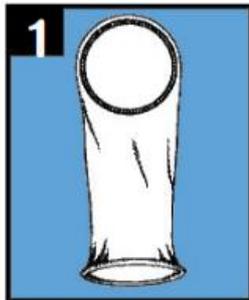
Pasos del uso correcto y consistente del condón masculino.

1. Adquiere preservativos de calidad.
2. Comprueba siempre la fecha de caducidad.
3. Protégelos del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.
4. Abre el envoltorio con cuidado, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!
5. Coloca el preservativo antes de cualquier contacto genital con o sin penetración y recuerda que también con el sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes procura que sea de base de agua, nunca grasos ya que pueden romper el preservativo.
6. Sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.
7. Después de la eyaculación y antes de que el pene pierda su erección, retíralo sujetando el preservativo por la base
8. Después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y tíralo a la basura
9. Usa un preservativo nuevo en cada relación sexual
10. No esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano.
11. Te pueden proporcionar condones en los centros de salud y/o los puedes comprar en farmacias, máquinas expendedoras o supermercados.



Pasos del uso correcto y consistente del condón femenino.

1. Usa un nuevo condón femenino para cada acto sexual
2. Revisa la fecha de vencimiento
3. Protégelos del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.
4. Abre el envoltorio con cuidado, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!
5. Antes de ningún contacto físico, introduce el condón en la vagina.
6. Asegúrate que el pene entra en el condón y se mantiene en su interior.
7. Después de que el hombre retira su pene, sostiene el aro externo del condón, gira para sellar dentro los fluidos y suavemente, retira de la vagina.
8. Protege tus manos para retirar el condón.
9. Coloca el condón en su paquete y arrójalalo a la basura o letrina. No arrojes el condón en un inodoro, ya que puede obstruir la salida de agua.



MATERIAL DE APOYO 43:
Tarjetas de las ITS/VIH/sida



CONDILOMAS



GONORREA



HERPES GENITAL



PROTECCIÓN



SIFILIS



VIH



MUERTE

SEGUNDA PARTE: Lectura: ITS/VIH/Sida



LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona infectada a otra a través del contacto sexual (ya sea vaginal, oral o anal) con los fluidos corporales entre dos personas: semen, fluido vaginal, sangre. Las ITS pueden ser transmitidas de hombre a mujer, de mujer a hombre y entre personas del mismo sexo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha considerado algunas enfermedades sexualmente transmisibles. Estas son sífilis, gonorrea, chancro blando, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, condilomas acuminados, vaginitis, herpes genital, parasitosis (sarna y pediculosis), uretritis inespecífica y en la actualidad VIH-Sida.

Hay distintos tipos de ITS. La más grave y quizás la que más conocemos actualmente es el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH este es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Otras ITS como la sífilis, el herpes, la clamidia y gonorrea también son infecciones muy serias que si son identificadas y tratadas debidamente pueden curarse, pero que pueden ocasionar graves problemas de salud si no son tratadas a tiempo. Por ejemplo, pueden causar infertilidad (tanto en los chicos como en las chicas) o facilitar la entrada del VIH en el cuerpo.



¿Qué sabemos de los distintos tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS)?

Algunas ITS son provocadas por bacterias, virus, parásitos pero no todas son curables.

Las ITS producidas por bacterias son tratables si se consulta a tiempo, por ejemplo:

- **El cancroide o chancro blando**, provocada por la bacteria llamada *Haemophilus Ducreyi*, se caracteriza por la aparición de lesiones (ulceras), heridas dolorosas en los genitales y a veces ganglios inflamados en la entrepierna. Los ganglios pueden inflamarse hasta el punto de explotar.
- **La clamidia** se transmite a través del contacto sexual y por el intercambio de ropa interior. Puede permanecer inactiva por un tiempo antes de ocasionar problemas. Los síntomas incluyen secreciones del pene o vagina, una sensación de ardor al orinar, dolor en el acto sexual para las mujeres y dolor e hinchazón en los testículos en los hombres. A menudo, sin embargo, no hay síntomas; 75% de las mujeres y 25% de los hombres no presentan ningún síntoma. Si la clamidia no es tratada, la infección puede regarse ocasionando inflamaciones en el útero o la matriz e infertilidad. En los hombres, la clamidia sin tratar también puede ocasionar infertilidad.

- **La gonorrea** provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, provoca una secreción amarilla/verde y dolor al orinar para muchos hombres. Sin embargo, algunos hombres no tienen síntomas. Algunas mujeres también pueden tener secreciones, pero la mayoría de las mujeres no tienen síntomas. Si esta infección no es detectada y tratada, se desarrollará y provocará infertilidad. Una mujer embarazada e infectada con gonorrea puede transmitírsela al bebé. Ya infectado, el bebé corre riesgos de ceguera.
- **La sífilis** causada por la bacteria *Treponema pallidum*, provoca una úlcera pequeña e indolora en el lugar de la infección, usualmente los órganos sexuales o la boca, la cual aparece de 9 a 90 días luego de la infección. Esta úlcera desaparece a los pocos días y puede pasar desapercibida. La infección puede permanecer inactiva en el cuerpo por un tiempo. Luego, un brote que no pica aparece.

Otros síntomas incluyen: fiebre leve, fatiga, dolor de garganta, pérdida del cabello, pérdida de peso, ganglios inflamados y dolor muscular. Si la sífilis no es tratada, puede ocasionar serios problemas de salud en el futuro. Provoca problemas cardíacos en la mayoría de los casos y en su fase terminal, la infección ataca al cerebro. Las mujeres embarazadas, pueden pasar la sífilis al feto y esto puede provocar abortos o bebés que nacen muertos. Los bebés que nacen con sífilis son muy enfermos.

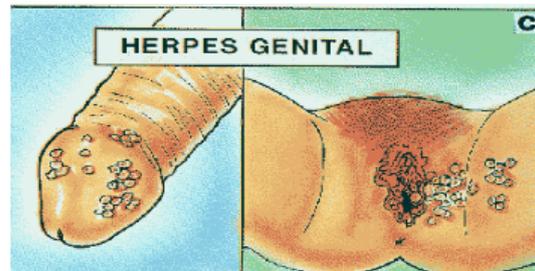
El tratamiento de la sífilis puede darse en cualquier momento luego de la infección, pero si se detecta a tiempo el tratamiento es más corto y más exitoso.

- **La tricomoniasis** provoca una secreción olorosa, picazón y dolor en las mujeres. Los hombres, normalmente, no presentan síntomas. Los síntomas empiezan de 3 a 28 días luego de la infección.

- **La pediculosis púbica o ladillas**, y escabiosis o sarna, son producidas por piojos blancos y parásitos respectivamente, ambas producen picazón muy intensa y/o lesiones en las zonas a donde se alojan (vello axilar y púbico).

Algunas ITS son provocadas por virus y son incurables o no pueden ser tratadas fácilmente.

Estas incluyen:



- **El herpes genital**, es producido por el virus *Herpes hominis*, no puede curarse con antibióticos. Se transmite a través de la penetración sexual o del contacto con piel infectada. El herpes provoca pequeñas ampollas o llagas en los genitales o alrededor de la boca. Las ampollas pueden ser acompañadas de fiebres altas, dolores y ganglios inflamados.

Las ampollas se rompen luego de 2-4 días y se curan. Una vez infectada, la persona estará infectada de por vida. La frecuencia de las crisis dependerá del estado de la salud de la persona. Las personas que viven con el VIH tienen ataques de herpes frecuentes. Una mujer embarazada e infectada con herpes puede transmitírselo al bebé. Ya infectado, el bebé corre riesgos de ceguera, daño cerebral o muerte. Además, el herpes incrementa las posibilidades de tener un aborto o un parto temprano.

- El Virus del Papiloma Humano provoca los **Condilomas acuminados**, que se manifiestan con verrugas en o alrededor de los órganos sexuales. Estos bultos cubiertos de piel pueden ser difíciles de identificar, especialmente si se sitúan al interior de la vagina de la mujer.

Usualmente aparecen de 3 semanas a 9 meses después de la infección. Este período de incubación dificulta saber qué produjo la infección. La persona infectada puede transmitir el virus sin saberlo. Las verrugas se tratan con una sustancia ácida y no debe permitirse la penetración sexual hasta que hayan desaparecido completamente. Es necesario que las personas se hagan una prueba para saber si tienen el virus. Las mujeres infectadas con este virus tienen mayores probabilidades de desarrollar cáncer cervicouterino.



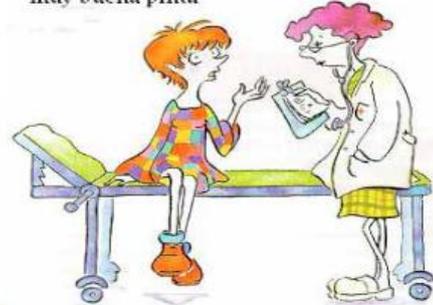
Algunas señales de ITS en chicos son:

- una herida, llaga, úlcera, brote, o ampolla en o alrededor del pene;
- una secreción que parece pus que sale del pene;
- dolor o sensación de ardor al orinar;
- dolor durante la relación sexual;
- dolor e inflamación de los testículos; e
- hinchazón y desarrollo anormal de los órganos genitales.

Algunas señales de ITS en chicas son:

- secreción vaginal gruesa que arde o que tiene un olor o color raro;
- dolor en el vientre;
- dolor o sensación de ardor al orinar;
- dolor durante la relación sexual;
- sangrado vaginal anormal e irregular;
- picazón en el área vaginal; e
- hinchazón y desarrollo anormal de los órganos genitales.

¿Que tengo una ETS?
Pero si el chico era muy limpio y tenía muy buena pinta



Existen tres formas de evitar las ITS:

- 1. Abstinencia:** No tener relaciones sexuales: retrasar el inicio de las relaciones sexuales o dejar de tenerlas.
- 2. Usar siempre y correctamente el condón** desde el principio hasta el final de la relación sexo-coital. El condón debe usarse, sin importar si ya se están usando otros métodos anticonceptivos, pues es el único método que nos protege de las ITS y el VIH.
- 3. Informarnos y consultar con un(a) profesional especializado(a)** en el tema que nos oriente adecuadamente. Por ejemplo, sobre el uso adecuado y consistente del condón, prueba de VIH, entre otras.
- 4. Asegurarnos** de que ni nosotros ni nuestra pareja tiene una ITS antes de iniciar relaciones sexuales y/o el contacto íntimo, y permanecer fiel a la pareja (es decir, mantener relaciones sexuales exclusivamente con ella) también puede protegernos de las ITS.

EL VIH y el SIDA

El VIH, o Virus de Inmunodeficiencia Humana, es el virus que causa el SIDA, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA es la enfermedad que se desarrolla en la última etapa de infección del VIH y que destruye progresivamente las defensas del cuerpo contra las enfermedades.

Las personas infectadas con el VIH son "seropositivas". Cuando el VIH entra en el cuerpo, ataca al sistema inmunológico, el cual normalmente protege el cuerpo contra infecciones. Con el tiempo, el organismo de una persona infectada se vuelve incapaz de luchar contra las infecciones e inclusive contra las enfermedades comunes que en otras circunstancias no serían graves.

Cuando el organismo ya no puede defenderse contra estas enfermedades, la persona tiene SIDA. Por el momento no existe una vacuna para prevenir la infección por VIH y no existe cura para el SIDA una vez que se ha contraído.

Toma bastante tiempo notar los síntomas del virus, así que una persona infectada puede parecer sana por muchos años y no saber que tiene el VIH. Solamente una prueba de VIH-Sida en un laboratorio autorizado, puede detectar la presencia del virus.

Durante este período, puede infectar a otras personas sin saberlo. De hecho, durante las tres semanas después de haberse infectado por VIH, una persona es altamente infecciosa y puede contagiar el virus con mucha facilidad (fase de infección aguda), con el agravante de que en este periodo de tiempo, la persona infectada no sabe que es VIH positiva. Pasadas las tres semanas, se pasa a la fase de infección asintomática, que puede durar meses o años, y en la que se reduce la capacidad infecciosa.

El período que le toma a una persona desarrollar señales de la presencia del VIH depende del estado de su sistema inmunológico y de la agresividad del tipo de virus.

No todas las personas infectadas por el VIH presentan la enfermedad del Sida, aunque muchas desarrollan la enfermedad a la larga. Lo más frecuente es que si no ha recibido tratamiento, al cabo de unos cinco o diez años, una persona infectada por el VIH padezca los síntomas de la enfermedad.

Como el virus ataca al sistema inmunológico del organismo y hace que la persona se vuelva más vulnerable a infecciones, los síntomas varían mucho dependiendo de la infección o enfermedad que desarrolla la persona.

Algunos de los síntomas más comunes son:

- inflamación de las glándulas linfáticas;
- severa pérdida de peso y fatiga;
- sudoración, especialmente en la noche;
- fiebres recurrentes;
- diarrea severa y persistente;
- náusea y vómito;
- tos persistente; y
- sarpullidos en la piel y llagas en la boca.

Aunque no existe cura para el VIH, hay algunas medicinas que ayudan a las personas a vivir con el VIH por muchos años sin enfermarse y que mejoran la calidad de vida de las personas que ya han desarrollado el SIDA.

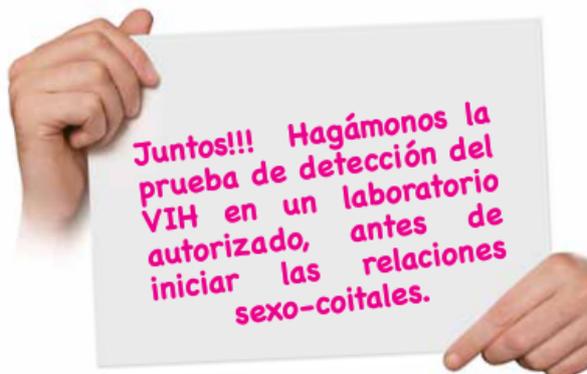
Lo mejor que podemos hacer para cuidar nuestra salud sexual es prevenir que el VIH entre en nuestro cuerpo

¿Cómo?

- Las relaciones sexo-coitales desprotegidas son la principal vía de transmisión del VIH. Por ello, debemos buscar información sobre los métodos de protección y usarlos en nuestras relaciones de pareja.
- Si tenemos relaciones sexo-coitales, debemos usar siempre condones. El condón nos protege del VIH y de otras ITS si lo usamos siempre y de forma correcta, y nos protege también del embarazo no deseado.



- Debemos saber si tenemos el VIH o no, sobretodo antes de iniciar una relación sexo-coital, y procurar que nuestra pareja también conozca su estatus de VIH.



- No debemos compartir rasuradoras, agujas, inyecciones, equipos de perforación u otros elementos punzantes. Si te haces un piercing o un tatuaje, debes asegurarte de que los utensilios para hacerlos han sido esterilizados.
- Nunca podemos saber si una persona tiene o no tiene el VIH o el SIDA por su apariencia física. No debemos tener relaciones sexuales desprotegidas con una persona porque "nos parece que no es el tipo de gente que tiene el SIDA". No hay tipo de gente que tiene el SIDA y tipo de gente que no. Todos nosotros y todas nosotras podemos contraer el VIH si hemos estado expuestos a situaciones de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas.

SESIÓN 6: AUTOESTIMA SEXUAL:	
Tema 1: Valorarse y aceptarse a sí mismo	
Técnica	Lluvia de ideas
Objetivo	Aprender a valorarse y aceptarse.
Materiales	Papelógrafo, plumones
Tiempo	60 minutos
Desarrollo	<p>Los y las participantes se dividen en grupo de 4 o 5 personas a fin de hacer un análisis de lo que es la autoestima sexual (Lectura complementaria).</p> <p>El facilitador/ra, pedirá que de la lectura opinen sobre lo que significa la autoestima sexual.</p> <p>En plenaria se analizan los factores por cada grupo</p> <p>El facilitador/ra concluye que, es importante tener en cuenta que una buena autoestima sexual no depende necesariamente de tener una vida sexual activa o de mantener relaciones sexuales con otras personas. Es posible tener una buena autoestima sexual incluso si no se realizan prácticas sexuales de ningún tipo, se opta por la abstinencia sexual, no se tiene pareja o si se tiene una discapacidad o enfermedad que afecta a la vida sexual temporal o permanentemente.</p> <p>Par finalizar se compartirá un video que habla sobre la autoestima y como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorarse y aceptarse a sí misma/o. • Conectarte contigo misma/o • Concéntrate en tus sensaciones • No aceptes comparaciones • Aprende a decir no <p>https://www.youtube.com/watch?v=2CBN_gCUbSA (La autoestima sexual: valorarse y aceptarse a sí mismo/o, conectarte contigo mismo, concéntrate en tus emociones, no aceptar comparaciones y aprender a decir no)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=J7HbwR1vj5E (Causas de la baja autoestima sexual)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=bMgF6cyykIE&t=195s (Consejos para mejorar la autoestima sexual)</p>

EL AUTOESTIMA SEXUAL

La sexualidad humana es una dimensión fundamental del desarrollo integral de la persona, y no se limita únicamente a la reproducción. Incluye también aspectos relacionados con el placer, los afectos, la moral, los valores, el proyecto de vida, la identidad de género y la autoestima. A lo largo de la vida, la sexualidad se manifiesta de diversas formas, siendo en la adolescencia donde adquiere especial relevancia, ya que en esta etapa se construye la identidad sexual a partir de múltiples definiciones y redefiniciones. Esta construcción implica conocerse, aceptar el propio cuerpo y entorno, y proyectar una historia sexual enmarcada en el respeto, la libertad y la dignidad.

Durante la adolescencia, la autoestima se vuelve un elemento clave en el bienestar emocional y en la capacidad de tomar decisiones saludables. En este proceso, la autoestima sexual emerge como una dimensión específica que se relaciona con la percepción que cada persona tiene de sí misma como ser sexuado. Esta forma de autoestima no depende exclusivamente de la experiencia sexual, sino de cómo se vive y se asume la sexualidad, desde el conocimiento personal, el respeto y la valoración del propio cuerpo, así como la forma de relacionarse con los demás.

La autoestima sexual puede entenderse como la valoración integral que una persona hace de sus características físicas, emocionales, conocimientos, habilidades y relaciones en el ámbito de la sexualidad. Esta valoración influye directamente en la capacidad de ejercer la sexualidad de manera responsable, saludable y satisfactoria. Involucra aceptación corporal, conciencia de los propios deseos y necesidades, así como la confianza en la toma de decisiones relacionadas con el ejercicio de la sexualidad.

Una autoestima sexual positiva se construye desde el conocimiento del cuerpo, el desarrollo de habilidades para tomar decisiones, el reconocimiento de emociones y la capacidad de establecer relaciones afectivas basadas en el respeto y la reciprocidad. Esta construcción se ve influida por múltiples factores, entre ellos la información disponible sobre sexualidad, los valores sociales, los mensajes transmitidos por la familia y la cultura, así como las experiencias personales. Cuando estos factores favorecen el

autoconocimiento y la autoaceptación, la persona puede vivir su sexualidad de forma libre y responsable.

El desarrollo de competencias personales también es parte esencial de la autoestima sexual. Estas competencias permiten ejercer la sexualidad con asertividad, elegir cuándo y cómo iniciar relaciones sexuales, y rechazar aquello que no se desea, sin culpa ni presiones externas. Las personas con una autoestima sexual sólida suelen tener mayor claridad sobre sus límites y capacidades, lo cual facilita el autocuidado y previene conductas sexuales impulsadas por la necesidad de aprobación o inseguridad personal.

Por el contrario, una baja autoestima sexual puede derivar en comportamientos de riesgo, como el inicio precoz de la vida sexual, el rechazo hacia el uso de métodos anticonceptivos, o el establecimiento de relaciones basadas en la dependencia emocional o la necesidad de validación externa. También puede manifestarse a través de celos excesivos, violencia en la pareja o insatisfacción persistente con el propio cuerpo. Estas manifestaciones afectan negativamente la salud física, emocional y relacional.

En resumen, la autoestima sexual es un componente esencial del desarrollo humano que se construye progresivamente a lo largo de la vida, pero que adquiere especial importancia durante la adolescencia. Fomentar una autoestima sexual positiva implica brindar información clara, promover la reflexión crítica, reforzar el respeto por uno mismo y por los demás, y acompañar a los adolescentes en la formación de una identidad sexual libre, consciente y saludable.

Factores que influyen en la autoestima sexual

La autoestima, concepto y valoración que cada persona tiene de sí misma, es uno de los constructos psicológicos que más repercuten en diversos aspectos del bienestar personal, incluyendo las relaciones sexuales.

Ese concepto que cada uno de nosotros posee, se va forjando a largo de los años a través de nuestra relación con el mundo. Las experiencias buenas y malas, las relaciones sociales, los éxitos y fracasos, los modelos en los que nos fijamos...todo ello contribuye a moldear nuestra autoestima, la cual, a su vez, influye en diversos aspectos de nuestra vida.

Sin embargo, no todo el mundo atiende por igual a las mismas áreas personales a la hora de autovalorarse. Según diversos estudios, por lo general

los hombres se basan en características de autoeficacia, es decir, en la capacidad de realizar las cosas correctamente y las mujeres nos solemos guiar por la imagen corporal. Estos dos criterios para determinar la propia valía están, obviamente, determinados por nuestra sociedad.

Tradicionalmente, en el hombre se han valorado las características personales referentes a su conducta, su habilidad, su capacidad para desarrollarse y progresar con éxito, todo en ello en cualquier ámbito, pero especialmente en el laboral y en el amoroso-sexual. Por lo general, el aspecto físico del hombre quedaba relegado a un segundo plano, incluso en el terreno de la seducción, cobrando mucha más importancia su destreza a la hora de conquistar, “engatusar” y satisfacer a la mujer.

Para la mujer, sin embargo, ha prevalecido la belleza por encima de otras características personales, y si bien es cierto que se ha avanzado en la lucha por la igualdad y actualmente se valoran otras dimensiones y capacidades de la mujer, también lo es, que hoy en día existe demasiada presión social en torno a la estética femenina. No solo eso, si no que dicha presión es cada vez mayor y se está expandiendo al sector masculino. No obstante, todavía sigue siendo común la diferencia que se establece entre sexos en cuanto a los valores determinantes de una buena autoestima.

Como ya se ha mencionado los problemas de autoestima repercuten negativamente en diversas áreas vitales, y de todas ellas, una de las que se ven más afectadas es el área sexual. Tanto a la hora de entablar relaciones meramente amistosas con el otro sexo, como en el “ligoteo” o “ligar” o “coquetear”, o como en la relación sexual, la sombra de una falta de autoestima o un descenso puntual de la misma, puede oscurecernos el momento.

Para el hombre, son las preocupaciones o dudas sobre su propia capacidad, las que suelen generar nerviosismo e inquietud, y no tanto su atractivo físico.

En la cama, el hombre suele estar más atento a su destreza sexual y a su habilidad, que a su imagen. Su autoestima puede tambalearse si piensa que carece de la experiencia suficiente, si cree que su pareja no disfrutará o si su respuesta fisiológica no es la deseada. Por ejemplo, una disminución de la erección o falta de control sobre la eyaculación, son cuestiones que varios

hombres relatan como preocupantes y ansiógenas cuando están con su pareja. Todo ello corresponde al rol de género que culturalmente se le ha otorgado al hombre y a los falsos mitos sexuales que acompañan a dicho rol: Él es el activo y el que debe conseguir que su pareja disfrute. Más aun...no ya él, si no su pene y su erección son los aspectos básicos de la relación sexual.

A la mujer, sin embargo, le suele preocupar que su aspecto no se asemeje al ideal con el que continuamente nos bombardean los medios de comunicación.

Muchas mujeres afirman que antes y durante la relación sexual le asaltan dudas acerca de sí a él le gustará su cuerpo, sí su imagen resultará bella, sí él se dará cuenta de la celulitis o las estrías, sí le decepcionarán sus pechos al quitarse el sujetador, y así sucesivamente un gran número de inseguridades, en su mayoría estéticas, que interfieren (y mucho) con el placer.

Si existe un problema de autoestima generalizado o estas inseguridades son muy recurrentes, el deseo sexual suele verse afectado, ya que la simple expectativa de una valoración negativa (más aún si dicha valoración procede de una persona que nos importa) genera ansiedad y malestar, emociones incompatibles con el deseo y respuesta sexual.

Además, el miedo al fracaso, o a no gustar lo suficiente, conduce a la evitación de la situación, de modo que puede generarse un círculo vicioso en el que los temores nunca se resuelvan.

Sin embargo, este tipo de miedos no sólo afectan a personas con severos problemas de autoestima, ya que ésta no es algo estable, global y permanente, en realidad fluctúa dependiendo del tipo de actividad que estemos desempeñando en un momento dado, del estado de ánimo, de los acontecimientos recientes, etc. Y, por tanto, nadie está exento de sufrir las repercusiones de la inseguridad. Incluso entre hombres y mujeres, que por lo general poseen un buen concepto de sí mismos, es fácil encontrar a muchos a los que le asalten miedos y pequeñas bajadas de autoestima en el terreno sexual.

En el momento en que aparecen miedos de este tipo, se adopta el denominado "rol del espectador", es decir, nos distanciamos de la situación

para observarnos desde fuera. La consecuencia inmediata de esto es la desconexión con el cuerpo, con las propias sensaciones y con la pareja, lo que suele dar lugar a una pérdida de la excitación.

Una chica a la que le asalte alguna idea negativa su físico, se pondrá en el lugar de los ojos o de las manos del chico, y comenzará a visualizar la parte de su cuerpo que él está viendo, acariciando, besando... de modo que en vez de sentir el placer de la caricia se sentirá incómoda porque no quiere que él perciba de cerca esa parte que a ella no le gusta. Puede que incluso le aparte o ponga algún tipo de barrera, con lo cual está limitando la relación y probablemente confundiendo a su pareja.

En el caso de los chicos, la inseguridad ante su capacidad o su respuesta fisiológica les puede hacer estar tan atentos al más leve descenso en la erección, que esto les haga desconectarse de la situación y perderla completamente, con lo que la inseguridad aumentará de cara a relaciones posteriores. O bien, pueden querer controlar su orgasmo, para aguantar más, intentando salirse de la situación, pero la tensión de este esfuerzo suele acelerar la eyaculación y además reducir la intensidad del orgasmo.

Esto son únicamente ejemplos de las pautas más frecuentes de ambos sexos en cuanto a los temores e incertidumbres que normalmente interfieren con el placer de la sexualidad. No obstante, dichos miedos pueden manifestarse de diversas formas, y un hombre atormentarse por su físico y una mujer por su capacidad y habilidad amorosa.

SESIÓN 7: ASERTIVIDAD SEXUAL:

Tema 1: Comunicación y asertividad sexual	
Técnica	Participación activa
Objetivo	Tomar decisiones correctas usando la asertividad sexual.
Materiales	Papelógrafo, plumones Escala de asertividad sexual
Tiempo	50 minutos
Desarrollo	<p>El facilitador/ra, aplicará la escala de asertividad sexual, para evaluar el nivel de asertividad sexual de los adolescentes.</p> <p>Los y las participantes se dividen en grupo de 4 o 5 personas a fin de hacer un análisis de lo que es la asertividad sexual (Lectura complementaria).</p> <p>Cada uno de los grupos realizará conclusiones de los significados de asertividad y de tomar decisiones correctas usando el asertividad sexual.</p>

ESCALA DE ASERTIVIDAD SEXUAL

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

	ÍTEMS	1	2	3	4
1	Doy inicio a las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.				
2	Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo.				
3	En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales.				
4	En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo				
5	Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo.				
6	Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo.				
7	Si mi pareja me presiona, accedo y lo beso, incluso si ya dije que no				
8	Si mi pareja lo desea, estimo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece.				
9	Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste.				
1	Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece				
1	Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione.				
1	Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste				
1	Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos.				
1	Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera				
1	Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex				
1	Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex				
1	Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos				
1	Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex				

ASERTIVIDAD SEXUAL

La asertividad sexual es una habilidad fundamental dentro del desarrollo personal y afectivo de los individuos, especialmente durante la adolescencia, etapa en la que se consolidan los valores, las actitudes y los comportamientos vinculados a la sexualidad. Esta competencia implica la capacidad de expresar pensamientos, sentimientos, deseos, límites y necesidades en el ámbito sexual de manera clara, respetuosa y coherente con los propios derechos y de los demás.

El asertividad sexual no solo se refiere a la capacidad de decir “sí” o “no” ante propuestas sexuales, sino también a saber comunicar con honestidad lo que se desea o no se desea, establecer acuerdos con la pareja, protegerse frente a situaciones de riesgo y tomar decisiones informadas sobre el inicio o continuidad de una relación íntima. Por tanto, esta habilidad se vincula directamente con el respeto por uno mismo y por la otra persona, así como con el ejercicio pleno de la autonomía personal.

Uno de los aspectos más importantes de la asertividad sexual es que permite establecer límites saludables. Las personas asertivas en el ámbito sexual son capaces de rechazar prácticas que les resultan incómodas, presiones de grupo o de pareja, y de comunicar sus preferencias sin sentir culpa o temor al rechazo. Esta capacidad protege su integridad emocional y física, y fortalece su autoestima, ya que les permite mantener una coherencia entre lo que piensan, sienten y hacen.

Además, la asertividad sexual está estrechamente relacionada con la prevención de conductas sexuales de riesgo. Las personas que desarrollan esta habilidad tienden a utilizar métodos anticonceptivos y de protección con mayor frecuencia, ya que tienen una mayor conciencia de sus derechos sexuales y reproductivos. También muestran una mayor disposición para negociar el uso del preservativo, rechazar relaciones no deseadas, y comunicar de forma clara sus condiciones para la intimidad.

En el ámbito afectivo, la asertividad sexual mejora la calidad de las relaciones interpersonales, ya que facilita la comunicación honesta y empática entre los miembros de la pareja. Al permitir que cada persona exprese sus necesidades y escuche las del otro, se crean vínculos más equitativos y

respetuosos. De esta forma, se contribuye a la consolidación de relaciones basadas en la confianza, el consentimiento mutuo y el placer compartido.

Por otro lado, la falta de asertividad sexual puede generar diversas consecuencias negativas. Entre ellas se encuentran la exposición a prácticas sexuales no deseadas, la vivencia de experiencias sexuales insatisfactorias, la dificultad para establecer límites, el sometimiento a presiones sociales o de pareja, e incluso situaciones de abuso. Estas vivencias pueden tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de la persona, generando sentimientos de culpa, baja autoestima, ansiedad o conflictos interpersonales.

En síntesis, la asertividad sexual es una habilidad social esencial para el desarrollo de una sexualidad saludable, libre y segura. Su fortalecimiento en la adolescencia es crucial, ya que permite a los jóvenes tomar decisiones responsables, prevenir riesgos, establecer relaciones basadas en el respeto mutuo y construir una identidad sexual positiva. Promover la asertividad sexual desde la educación integral en sexualidad contribuye no solo a mejorar el bienestar individual, sino también a transformar los patrones culturales que perpetúan la desigualdad, el silencio y la violencia en el ámbito sexual.

Asertividad sexual como factor de protección

La asertividad sexual representa una competencia clave dentro del desarrollo integral de la persona, especialmente durante la adolescencia, periodo en el que se configuran las bases de la identidad sexual, las relaciones afectivas y los comportamientos íntimos. Desde una perspectiva preventiva, esta habilidad funciona como un importante factor de protección frente a diversas situaciones de riesgo que comprometen la salud sexual, emocional y psicológica de los adolescentes.

Ser sexualmente asertivo implica la capacidad de expresar con claridad y firmeza los propios deseos, límites, opiniones y decisiones en el ámbito de la sexualidad, sin recurrir a la agresividad ni a la sumisión. Esta habilidad se manifiesta, por ejemplo, cuando una persona es capaz de negarse a mantener relaciones sexuales que no desea, exigir el uso de métodos anticonceptivos, hablar abiertamente sobre lo que le genera incomodidad o placer, y defender sus derechos sexuales y reproductivos en un contexto de respeto mutuo.

Desde este enfoque, la asertividad sexual protege a las personas adolescentes frente a conductas sexuales de riesgo, como las relaciones sin

protección, el inicio precoz de la vida sexual sin información adecuada, la presión de grupo o de pareja, y las relaciones sexuales no consentidas. Gracias a esta competencia, los y las adolescentes desarrollan un sentido de responsabilidad sobre su propio cuerpo y su bienestar, adoptando decisiones informadas y coherentes con sus valores personales.

Asimismo, la asertividad sexual permite a los adolescentes reconocer y establecer límites claros en sus relaciones afectivas, reduciendo su vulnerabilidad ante situaciones de manipulación emocional, coerción o violencia. Al comunicar sus necesidades de forma honesta y empática, construyen vínculos más igualitarios, basados en el consentimiento, el respeto y la reciprocidad. De esta forma, se fortalece la capacidad de resistir presiones sociales que promueven actitudes machistas, sexistas o basadas en estereotipos de género.

Por otro lado, el desarrollo de la asertividad sexual también contribuye a consolidar una autoestima sexual positiva, ya que la persona se reconoce como un ser valioso, digno de respeto y capaz de tomar decisiones libres sobre su cuerpo y su sexualidad. Este componente psicológico es fundamental para prevenir trastornos como la ansiedad, la culpa o la dependencia emocional, que pueden surgir de experiencias sexuales no deseadas o vividas sin convicción personal.

En contextos educativos, promover la asertividad sexual permite dotar a los adolescentes de herramientas prácticas para el ejercicio de su sexualidad de manera saludable y segura. A través de metodologías participativas, como los talleres de reflexión, los debates y las dinámicas grupales, se favorece la adquisición de habilidades comunicativas, pensamiento crítico y toma de decisiones, aspectos indispensables para enfrentar con responsabilidad los desafíos afectivo-sexuales propios de la adolescencia.

La asertividad sexual no solo es una competencia que fortalece el desarrollo personal y emocional, sino que también constituye un factor de protección clave frente a las diversas formas de riesgo que enfrentan los adolescentes en el ejercicio de su sexualidad. Fomentar esta habilidad desde un enfoque educativo y preventivo contribuye significativamente al bienestar integral de los y las adolescentes, promoviendo relaciones sanas, decisiones responsables y una vivencia plena de su sexualidad.

SESIÓN 7: ASERTIVIDAD SEXUAL:	
Tema 2: Conductas sexuales de riesgo	
Técnica	Participación activa
Objetivo	Tomar decisiones correctas usando la asertividad sexual.
Materiales	Tarjetas de conductas sexuales de riesgo
Tiempo	50 minutos
Desarrollo	<p>Los y las participantes se dividen en grupo de 4 o 5 personas a fin de hacer un análisis de las tarjetas de conductas sexuales de riesgo.</p> <p>El facilitador/a, entregará a cada grupo una tarjeta de conductas sexuales de riesgo y se analizará cada una de ellas, se evidenciará o argumentara las consecuencias que conllevan el asumir conductas sexuales de riesgo.</p> <p>Se analizará como nos protegemos debido a tener asertividad sexual</p>

Tener relaciones
sexuales habiendo
consumido alcohol

La promiscuidad
sexual

Tener relaciones
sexuales a
temprana edad

El contagio de
enfermedades de
transmisión
sexual

Tener relaciones
sexuales bajo el
efecto de
sustancias
psicoactivas

Tener relaciones
sexuales sin
condón

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

Las conductas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor (Fina, 2009; Rivera, Caballero, Pérez & Montero, 2013), o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.

Diferentes autores se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo, debido a que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto. En el caso de los adolescentes, dicha situación se agudiza debido a las condiciones físicas, emocionales y psicológicas de desarrollo y elaboración, que los hacen más vulnerables.

Al respecto, las investigaciones han planteado hipótesis que buscan explicar esta realidad: la falta de conocimiento a profundidad sobre mecanismos de protección (Andreu et al., 2008), la experiencia emocional, las habilidades comunicativas, específicamente la asertividad sexual (García-Vega et al., 2012), la toma de decisiones, la personalidad, la funcionalidad familiar y las percepciones, actitudes y creencias (Moreno, León & Becerra, 2006).

No obstante, lo planteado anteriormente, las conductas sexuales de riesgo no se consideran como producto del desconocimiento de cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conoce las diferentes estrategias, sin embargo, se presentan altos índices de riesgo por no usar el preservativo y por las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas (Fierros, Rivera & Piña, 2011), aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a múltiples problemáticas. Estos planteamientos ponen en evidencia que las conductas y prácticas sexuales trascienden a hechos que van más allá del conocimiento sobre los métodos de protección, pues diferentes investigaciones muestran factores de orden subjetivo que están involucrados en los comportamientos sexuales ejercidos por los jóvenes (Cañón et al., 2011).

Entre los estudios que demuestran que el conocimiento sobre los métodos de protección sexual no es una garantía de su uso se encuentra el de Ruiz et al. (2010), quienes trataron de identificar la asociación entre el mayor conocimiento en áreas del cuidado de la salud, que presumiblemente tienen los estudiantes de medicina, y el desarrollo de actitudes y comportamientos saludables en el área sexual y reproductiva.

Si bien la hipótesis tenía sentido teóricamente, los resultados demostraron que a pesar de que los estudiantes tenían mayor conocimiento acerca de aspectos específicos de la salud sexual y reproductiva, su comportamiento no se diferenció del de otros jóvenes que no poseían el mismo grado de conocimiento al respecto. Por su parte, Urrea et al. (2006) encontraron resultados similares.

Otra investigación señala que, de acuerdo con los relatos de un grupo de jóvenes de sexo masculino, las prácticas sexuales estaban mediadas por múltiples categorías sociológicas como el género, el estrato socioeconómico, el color de piel y el ciclo de vida, es decir: adolescente y preadolescente (Ceballos, Campo & De Bedout, 2007).

Si los estudios señalan que los jóvenes tienen conocimientos sobre la sexualidad y su cuidado, ¿entonces por qué no se implementan las recomendaciones que la mayoría conoce para evitar las consecuencias negativas que pueden generar las conductas sexuales de riesgo? La respuesta podría estar en varios elementos que han surgido como fuertes predictores: la experiencia emocional, las habilidades comunicativas, las características personales, la toma de decisiones, las percepciones, las creencias y las actitudes frente a la sexualidad (Carrera et al., 2005). En este sentido, Caballero et al., (2005) exploraron el papel de la experiencia emocional en la predicción de conductas de riesgo y encontraron que quienes habían experimentado emociones mixtas (alegría y miedo) tenían la tendencia a repetir la conducta de riesgo en un futuro, por ello se estableció que las variables emocionales son más relevantes que la actitud, la norma social subjetiva y el control percibido.

Además de la experiencia emocional, también se ha planteado de manera importante que la capacidad de comunicar al "otro" las diferentes necesidades asertivamente disminuyen la probabilidad de realizar conductas

sexuales de riesgo (Cheng, 2008), cuestión que se evidencia con mayor facilidad en las mujeres que en los hombres.

Sobre la toma de decisiones los estudios refieren que la capacidad para elegir entre dos o más alternativas en un momento dado puede definir las conductas que el sujeto realiza en el campo de la sexualidad. Así, los conocimientos sobre la sexualidad y la fecundidad estarían mediando las elecciones del adolescente en el momento de afrontar una situación de riesgo sexual. Este proceso se da individualmente, así como las creencias y actitudes juegan un papel importante. En este sentido, los investigadores reportan que la adhesión a los roles de género interviene en la ejecución de conductas de riesgo tanto en hombres como en mujeres; por ejemplo, los hombres tienden a exponerse más al riesgo, a diferencia de las mujeres, que tienden a ser más cuidadosas y precavidas (Uribe et al., 2012).

En el recorrido sobre el estudio de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes han surgido diferentes interrogantes, así como variables y categorías para explicar y comprender con mayor claridad el fenómeno de los embarazos a temprana edad y el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Inicialmente, diferentes estudios concentraron su atención en el grado de conocimiento que se poseía sobre la salud sexual y reproductiva, incluyendo como elemento primordial los mecanismos de protección y el consumo de sustancias psicoactivas (Sarriera & Carlotto, 2007). No obstante, la experiencia ha demostrado que el fenómeno es mucho más complejo y que en él intervienen factores de orden personal, psicológico, biológico, afectivo y social.

En coherencia con lo anterior, cabe resaltar que el estado evolutivo del adolescente conjuga un sinnúmero de características que se han tenido en cuenta en los estudios, y, en este sentido, las investigaciones han centrado su interés en el análisis de la experiencia emocional y la búsqueda de sensaciones. Actualmente los investigadores han concentrado su interés en el estudio de la asertividad sexual, la toma de decisiones, algunos rasgos de personalidad, percepciones, actitudes y creencias sobre la sexualidad y el género (Fernández et al., 2013).

PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

En este apartado haremos un análisis de las prácticas sexuales como un conjunto de expresiones personales que comparte un grupo de personas, para develar cómo se vivencia y expresa la sexualidad y específicamente cuáles elementos son compartidos por los jóvenes a pesar de ser considerados como riesgosos.

Como se mencionó en la primera parte de este documento, las prácticas sexuales son definidas como "patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles" (lanantuoni, 2008, p.48). Dichos patrones pueden tener connotaciones positivas o negativas en función de las consecuencias que le puedan acarrear a los integrantes de determinado grupo social. En los jóvenes, por ejemplo, un alto porcentaje de relaciones sexuales y comportamientos de riesgo puede desencadenar problemas para la salud reproductiva, como altas tasas de fecundidad adolescente, aborto provocado y enfermedades de transmisión sexual (Ospina & Manrique, 2007; Santín et al., 2003).

Así, el comportamiento sexual se constituye en una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de las imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad, cuestiones que van más allá del conocimiento de los diferentes mecanismos de protección y de la etapa de desarrollo en la que se encuentran los jóvenes.

El ejercicio de la sexualidad mediante el establecimiento de relaciones sexuales, para los jóvenes tiene un sentido más amplio: por un lado, es posible inferir que les permite vincularse y relacionarse dentro de un grupo social y, por otro, busca expresar las interpretaciones que, basados en sus experiencias personales y familiares, dan a la sexualidad (González, 2012).

Siguiendo lo planteado, en una investigación sobre las prácticas culturales de la sexualidad empleadas por los jóvenes como estrategias de autocuidado para prevenir el embarazo, se identificaron dos estrategias: precoital y postcoital. La primera involucra el uso del condón y de los óvulos, además de métodos no convencionales con arraigo de contenido popular, como tomar agua de ruda (planta medicinal de la familia Rutaceae, nativa del sur de Europa). La segunda implica prácticas como el coito interruptus, el

método del calendario, dar tres saltos después de la relación sexual para evitar el embarazo y tomar hierbas calientes (Hernández, 2007).

En congruencia con lo anterior, las prácticas sexuales de los jóvenes dan cuenta de cómo se relacionan dentro de un grupo desde las acciones que comparten para aumentar la protección y prevenir el embarazo. Sus prácticas se enmarcan en un contexto cultural que recoge no solo el conocimiento científico, sino el conocimiento con arraigo tradicional, que se transmite entre los integrantes del grupo. Así, es posible deducir que el autocuidado se percibe como un asunto de género y responsabilidad femenina, pues al analizar las creencias, estas giran en torno a lo que la mujer debe hacer para evitar quedar embarazada, en tanto que el hombre tiene un papel diferente y menos activo en ese sentido.

Por otro lado, algunos investigadores (Santander et al., 2008) plantean que los conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad de la población adolescente se relacionan con la estructura del hogar y la percepción de los jóvenes acerca de la funcionalidad del mismo. De esta manera, los jóvenes sostienen más relaciones sexuales cuando perciben como disfuncional a su familia, cuestión que pone de presente cómo las interpretaciones basadas en la realidad del sujeto se entrelazan con las prácticas sostenidas.

PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN

El uso del preservativo masculino es una de las prácticas menos empleadas por los jóvenes en las relaciones sexuales, a pesar de que es considerado el principal método para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH / sida. Solo el 20% de los hombres y el 17,2% de las mujeres dijo haber usado condón en el último año (Castañeda, Ortega, Reyes, Segura & Morón, 2009). Incluso, algunos autores establecen que a pesar de que es cada vez mayor el número de jóvenes que manifiestan emplear el preservativo masculino, sigue existiendo un grupo importante que nunca lo usa o que lo hace ocasionalmente (Campuzano & Díaz, 2011).

La utilización o no del condón durante la relación sexual no solamente depende de atributos o características personales, pues este es un fenómeno de alta complejidad que requiere de la comprensión de múltiples aspectos y factores. Así, los estudios muestran que existen diferentes situaciones de orden social implicadas, pues la exposición a situaciones en determinados

marcos sociales puede ser más o menos riesgosa, así como también el soporte familiar, ya que este núcleo facilita las estrategias comunicativas para el entrenamiento de los jóvenes frente a las capacidades para negociar su uso o ser asertivos con la pareja, y brinda los recursos psicológicos para vincularse emocionalmente (Jiménez, 2010; Campuzano & Díaz, 2011).

En este sentido, la mujer tiende a ser más vulnerable frente a amenazas como el embarazo no deseado, el aborto y la transmisión de enfermedades sexuales, a excepción de aquellas que trabajan ofreciendo servicios sexuales, pues llevan a cabo prácticas sexuales protectoras con regularidad porque perciben fácilmente la situación de posible riesgo, de allí que generalmente reporten mayor uso del condón (Kuyper & Greunsvan, 2003).

Otro aspecto que enmarca las prácticas sexuales es la percepción del riesgo. En esta dirección, elaboraron un trabajo que comparó la evolución de la percepción del riesgo en dos grupos de estudiantes. Los resultados indicaron que las mujeres percibían mayor riesgo que los hombres, a excepción de quienes tenían pareja estable e implicación emocional fuerte, pues mostraron mayor tendencia a considerar que una relación afectiva estable se constituye en garantía de protección.

PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA INICIACIÓN SEXUAL

Grimberg (2002) se interesó por comprender cómo los jóvenes construyen su sexualidad y los sentidos que le asignan a la iniciación y a sus prácticas sexuales. Para ello, analizó las narrativas de 60 mujeres y hombres con relación a la iniciación sexual entendida como la penetración vaginal. Las mujeres afirmaron haberse iniciado con la pareja, el primer novio u otras parejas, mientras que los hombres con la primera novia o con prostitutas.

En Colombia, la investigación sobre iniciación sexual reporta que las edades de inicio oscilan entre los 15 y los 18 años de edad, sin diferencia de género, con uno, dos o cuatro compañeros sexuales (Acosta et al., 2010). Así mismo, Mendoza et al. (2012) manifiestan que el inicio de la actividad sexual en adolescentes es cada vez más precoz y se da un bajo uso de anticonceptivos (condón y pastillas orales). Además de lo anterior, se ha encontrado que el poco control de los padres en la adolescencia, y las presiones del entorno social para tener sexo son los factores más significativos en la incidencia de la precocidad sexual.

En este sentido, resulta llamativo que la iniciación sexual temprana se ha asociado con conductas y prácticas de riesgo como la prostitución, la promiscuidad, las relaciones sexuales grupales y el intercambio de parejas, el aborto, la masturbación y tener relaciones sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (Uribe & Orcasita, 2009).

De todos estos aspectos, la promiscuidad asociada a la iniciación sexual fue estudiada como un indicador de riesgo por Piña y Rivera (2009), quienes hicieron un estudio que identificó predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas, en el que encontraron que en el grupo de hombres los predictores de dicho comportamiento eran: la edad biológica, la edad de inicio de las relaciones sexuales y encontrarse en un lugar para adultos. En cuanto al grupo de mujeres, los predictores fueron la edad biológica, la edad de inicio de las relaciones sexuales y la excitación sexual.

Los resultados del estudio aportan información valiosa en tanto que aparecen elementos de orden social que se comportan como factores de riesgo para que se dé este comportamiento. Además, establece una diferencia entre los géneros que se asocia a la necesidad de afirmar la masculinidad ante los demás en el hombre, a diferencia de las mujeres, a quienes los marcos y exigencias sociales en este sentido parecen no afectarlas.

SESIÓN 8: DESARROLLO PSICOSEXUAL:	
Tema 1: Desarrollo psicosexual del adolescente	
Técnica	Participación activa
Objetivo	Conocer el desarrollo psicosexual del adolescente.
Materiales	Papelógrafo, plumones Video de las etapas de desarrollo Escala del machismo sexual y reproductivo (Para culminar las sesiones)
Tiempo	50 minutos
Desarrollo	Los y las participantes se dividen en grupo de 4 o 5 personas a fin de hacer un análisis de las etapas del desarrollo psicosexual (video presentado). https://www.youtube.com/watch?v=OVDr31_rWqw&t=100s (Etapas del desarrollo psicosexual) En plenaria se analizan las etapas de desarrollo y el facilitador/ra concluye que, algunas definiciones y preguntas que tienen los adolescentes.

LECTURA COMPLEMENTARIA

Las etapas del desarrollo y sus fijaciones

A partir de los diferentes modos en los que la etapa de crecimiento de los menores condiciona la aparición de uno u otro tipo de fijación, Sigmund Freud formuló la teoría que uniría la sexualidad con el desarrollo del inconsciente freudiano.

En ella, se propone que en los primeros años de nuestras vidas atravesamos distintas etapas de desarrollo vinculadas a la sexualidad y a distintas fijaciones, y que lo que ocurra durante ellas influirá en el modo en el que el inconsciente condicione a la persona una vez haya llegado a la adultez. Es decir, que cada una de las etapas del desarrollo psicosexual marcarían los tempos que delimitan qué tipo de acciones son necesarias para expresar la libido de manera satisfactoria y cuáles pueden llegar a crear conflictos que queden enquistados en nosotros de manera inconsciente.

Las fases pulsionales del desarrollo psicosexual

Desde la teoría psicosexual del desarrollo de la personalidad se entiende que la historia pasada de cada persona determina el modo en el que es modelada la relación de poder entre las estructuras inconscientes del individuo, por un lado, y las estructuras que luchan por no expresar estos elementos que pertenecen fuera de la consciencia, por el otro.

Así, la manera de comportarse de una persona dependerá del modo en el que haya afrontado las diferentes etapas de desarrollo psicosexual y los retos característicos de cada fase.

Como para el padre del psicoanálisis la libido es asumida como el principal tipo de energía que mueve a las personas, estos retos y conflictos de cada fase de maduración tendrán una vinculación más o menos velada con su manera de experimentar la sexualidad (entendida en un sentido muy amplio en el que participan todo tipo de simbolismos).

1. Etapa oral

La etapa oral ocupa aproximadamente los primeros 18 meses de vida, y en ella aparecen los primeros intentos por satisfacer las demandas promovidas por la libido. En ella, la boca es la principal zona en la que se busca el placer. También es la boca una de las principales zonas del cuerpo

a la hora de explorar el entorno y sus elementos, y esto explicaría la propensión de los más pequeños a intentar "morderlo" todo.

Si se impide tajantemente que los bebés utilicen su boca para satisfacerse, esto podría producir un bloqueo que haría que ciertos problemas quedasen fijados en el inconsciente (siempre según Freud).

2. Etapa anal

Esta etapa se produciría desde el fin de la etapa oral y hasta los 3 años de edad. Se trata de la fase en la que se empiezan a controlar el esfínter en la defecación. Para Freud, esta actividad está vinculada al placer y la sexualidad.

Las fijaciones relacionadas con esta fase del desarrollo psicosexual tienen que ver con la acumulación, con el gasto, que son vinculadas con el espíritu ahorrador y la disciplina en el primer caso, además de la desorganización y el derroche de recursos en el segundo. Sin embargo, según el padre del psicoanálisis, estas dinámicas de gasto y ahorro no se expresarían solamente o principalmente a través de la gestión del dinero.

3. Etapa fálica

Esta fase pulsional duraría entre los 3 y los 6 años, y su zona erógena asociada es la de los genitales. De este modo, la principal sensación placentera sería la de orinar, pero también se originaría en esta fase el inicio de la curiosidad por las diferencias entre hombres y mujeres, niños y niñas, empezando por las evidentes disimilitudes en la forma de los genitales y terminando así en intereses, modos de ser y de vestir, etc.

Además, Freud relacionó esta fase con la aparición del "complejo de Edipo", en el que los niños varones sienten atracción hacia la persona que ejerce el rol de madre y sienten celos y miedo hacia la persona que ejerce el rol de padre. En cuanto a las niñas que pasan por esta etapa del desarrollo psicosexual Freud "adaptó ligeramente la idea con Complejo de Edipo, a pesar de que el concepto había sido desarrollado para que cobrase sentido principalmente en los varones. Fue más tarde cuando Carl Jung propuso el complejo de Electra como contraparte femenina al de Edipo.

4. Etapa de latencia

Esta fase empieza hacia los 7 años y se extiende hasta el inicio de la pubertad. La etapa de latencia se caracteriza por no tener una zona erógena

concreta asociada y, en general, por representar una congelación de las experimentaciones en materia de sexualidad por parte de los niños, en parte a causa de todos los castigos y amonestaciones recibidas. Es por eso que Freud describía esta fase como una en la que la sexualidad queda más camuflada que en las anteriores.

La etapa de latencia ha estado asociada a la aparición del pudor y la vergüenza relacionada con la sexualidad.

5. Etapa genital

La etapa genital aparece con la pubertad y se prolonga en adelante. Está relacionada con los cambios físicos que acompañan a la adolescencia. Además, en esta fase del desarrollo psicosexual el deseo relacionado con lo sexual se vuelve tan intenso que no se puede reprimir con la misma eficacia que en etapas anteriores.

La zona erógena relacionada con este momento vital vuelve a ser la de los genitales, pero a diferencia de lo que ocurre en la fase fálica, aquí ya se han desarrollado las competencias necesarias para expresar la sexualidad a través de vínculos de unión de carácter más abstracto y simbólico que tienen que ver con el consenso y el apego con otras personas. Es el nacimiento de la sexualidad adulta, en contraposición a otra ligada solo a las simples gratificaciones instantáneas y obtenidas mediante actividades estereotípicas