UNIVERSIDAD SANTANDER

Facultad de Ciencias de la Educación

Maestría en Docencia Superior

Creación de Programa Educativo para Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de Universidad Santander, Panamá, 2025

Trabajo de grado para optar por el título de Maestría en Docencia Superior

AUTOR/ES

Armando José Natera Ortega

Dinorah Elizabeth Ortega De Natera

Director del trabajo:

Mg. Aura Franco

Asesor metodológico:

PhD. Johana Gutiérrez Zehr

Panamá, 30 de agosto de 2025

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, quien nos lleva tomados de nuestras manos.

A nuestra familia, que, con amor y paciencia, nos acompañaron una vez más; en nuestro proceso de formación.

A nuestros estudiantes, que con la convivencia eran fuentes de inspiración para la realización del programa de Salud sexual y Reproductiva, para que les sirva de guía para que tomen decisiones argumentadas en el aprendizaje.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Santander quien facilitó en gran medida la realización de la Maestría en Docencia superior.

A quienes nos acompañaron muy de cerca en la elaboración de esta tesis de grado, para optar al título de Magister en Docencia Superior: Magíster: Aura Franco: directora de la tesis. Asesores Metodológicos: PHD Johana Gutiérrez Zehr y Dr. Sebastián Reyes quienes fueron fuente de apoyo incondicional.

A nuestra querida Betzy, quien nos acompañó durante mucho tiempo dándonos apoyo en los procesos inherentes al estudio.

A nuestros estudiantes que con entusiasmo participaron en la aplicación del programa.

A todas las personas que nos motivaron a emprender este camino de aprendizaje

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo el diseño y la implementación de un programa educativo de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva dirigido a los estudiantes de primer ingreso en Licenciatura, periodo 2025-I. La investigación surge ante la evidencia de vacíos de conocimiento en temas de sexualidad, métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y autocuidado, que representan factores de riesgo para los jóvenes en etapa universitaria.

La metodología se sustentó en un enfoque mixto, aplicando un cuestionario estructurado de más de 30 preguntas, distribuidas en bloques sobre pubertad, ciclo menstrual, anticoncepción, ITS y prácticas de salud sexual, con el propósito de medir los niveles de conocimiento antes (PRETEST) y después (POSTEST) del programa.

La población participante estuvo conformada principalmente por jóvenes de entre 18 y 22 años (82%), en su mayoría adolescentes tardíos y adultos jóvenes. En cuanto al género, el 57% correspondió al femenino y el 43% al masculino. Respecto a la procedencia, aproximadamente el 90% de los estudiantes provenían de las provincias de Panamá, Panamá Oeste y Colón, lo que refleja una muestra representativa del área central del país.

Los resultados reflejaron avances significativos: el 95% de los estudiantes reportó haber recibido alguna información previa sobre salud sexual y reproductiva, pero solo el 53% identificaba correctamente la edad promedio de inicio de la pubertad. Tras la intervención, más del 85% reconoció de manera adecuada los principales cambios asociados a esta etapa.

En cuanto a métodos anticonceptivos, el conocimiento aumentó del 68% al 89%, mientras que la identificación de enfermedades de transmisión sexual alcanzó un incremento del 72% al 91%. Además, el nivel de comodidad para dialogar sobre estos temas con profesionales de la salud pasó de un 57% en el PRETEST a un 79% en el POSTEST.

Palabras Clave: Sexualidad, adolescencia, educación, jóvenes.

ABSTRACT

This study aims to design and implement an educational program for the promotion and prevention of sexual and reproductive health among first-year students of the Universidad Santander, semester 2025-I. The research responds to the knowledge gaps identified in areas such as sexuality, contraceptive methods, prevention of sexually transmitted infections (STI), and self-care practices.

A mixed-method approach was applied, using a structured questionnaire of more than 30 items covering puberty, menstrual cycle, contraception, STI, and reproductive health practices. The instrument was administered as a PRETEST and POSTEST to evaluate the program's impact.

The study population consisted mainly of students aged 18 to 22 (82%), representing late adolescents and young adults. In terms of gender, 57% were female and 43% male. Regarding place of origin, around 90% of participants came from the provinces of Panama, Panama Oeste, and Colón, making the sample representative of the country's central region.

Results showed significant improvements: while 95% of students reported having received prior information on sexual and reproductive health, only 53% correctly identified the average age of puberty onset. After the intervention, more than 85% demonstrated accurate understanding of developmental changes. Knowledge of contraceptive methods rose from 68% to 89%, and correct identification of STIs increased from 72% to 91%. Furthermore, students' comfort level in discussing sexual health issues with professionals increased from 57% (PRETEST) to 79% (POSTEST).

Keywords: Sexuality, adolescence, education, youth

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN 1

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1. Descripción del problema de investigación 4

1.1.1. Planteamiento del problema o pregunta de investigación 8

1.2. Justificación 8

1.3. Objetivos 10

1.3.1. Objetivo general 10

1.3.2. Objetivos específicos 10

1.4 Delimitación de la línea y Sublínea de investigación 11

1.4.1 Línea: 11

1.4.2 Sublínea de investigación 11

2. Marco Teórico 13

2.1. Antecedentes 13

2.2. Marco Referencial 16

3. Marco metodológico 45

3.1. Tipo y diseño de investigación 45

3.2. Unidades de análisis 45

3.2.1. Población 45

3.2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión 46
3.3. Variables. 47
3.4. Consideraciones éticas 49
3.5 Procedimiento: 52
3.6 Métodos para la Recolección de Datos 54
4.RESULTADOS 56
4.1 Análisis de los Resultados 56
4.1.1 Características Demográficas 57
4.2. Discusión de los resultados 126
CONCLUSIONES 128
RECOMENDACIONES 130
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 132
ANEXOS 138
Anexo 1. Cronograma de actividades 139
Anexo 2. Presupuesto 140
Anexo 3. Inscripción proyecto 141
Anexo 4. Carta de aval o de no objeción de la universidad 142
Anexo 5. Registro Resegis 143
Anexo 6. Consentimiento informado e Instrumento 144
Anexo 7. Taller Grupo Focal 158

Anexo 8. Carta de aprobación Comité Bioética 160

Anexo 9. Carta revisión profesor español y Diploma 161

Anexo 10. Invitación a estudiantes para participar en la investigación..... 163

Anexo 11. Programa educativo 164

Anexo 12. Programa de Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de la Universidad Santander 174

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)..... 34

Tabla 2 Variables..... 48

Tabla 3 Porcentaje de estudiantes que hicieron el test por primera y segunda vez..... 57

Tabla 4 Edad (años)..... 58

Tabla 5 rocedencia: Provincia o Comarca..... 60

Tabla 6 ¿Alguna vez ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva? 62

Tabla 7 ¿De qué fuentes ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva? (Marque todas las que aplican)..... 63

Tabla 8 ¿ Qué entiende por pubertad?..... 65

Tabla 9 ¿A qué edad ocurrió su primera menstruación o espermatogénesis?..... 67

Tabla 10 ¿Cuáles de los siguientes cambios experimentaron durante la pubertad? (Marque todas las que aplican)..... 69

Tabla 11 ¿Qué impacto tuvo en usted la etapa de desarrollo? Seleccione las que considere 72

Tabla 12 ¿Considera que la información sobre salud sexual y reproductiva que ha recibido ha sido adecuada?..... 74

Tabla 13 ¿Cuán cómodo se siente discutiendo temas de salud sexual reproductiva con su médico o profesional de la salud?..... 76

Tabla 14 En su opinión, ¿Qué tan importante es que los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva estén disponibles en las escuelas y comunidades?..... 78

Tabla 15 ¿Qué tema relacionado con la salud sexual y reproductiva le gustaría aprender más? 80

Tabla 16 ¿Qué entiende por ciclo menstrual? 83

Tabla 17 ¿Conoce la duración promedio del ciclo menstrual? 85
Tabla 18 ¿Qué entiende por ovulación? 87
Tabla 19 ¿En qué momento del ciclo menstrual es más probable que una mujer quede embarazada? 89
Tabla 20 ¿Qué entiende por fecundación? 91
Tabla 21 ¿Conoce usted en qué momento del ciclo menstrual la mujer es más fértil? 93
Tabla 22 ¿Qué métodos anticonceptivos conoce y/o ha utilizado? (Puede seleccionar más de una opción) 95
Tabla 23 ¿Conoce usted los síntomas del síndrome premenstrual (SPM)? 97
Tabla 24 ¿Considera que los programas de educación sexual en su comunidad/escuela son adecuados? proporcionada. sexual y reproductiva. 100
Tabla 25 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? 102
Tabla 26 ¿Conoce los métodos de protección? 104
Tabla 27 ¿Conoce las enfermedades de transmisión sexual (ETS)? 106
Tabla 28 ¿Cuáles de las siguientes son enfermedades de transmisión sexual? (Marque todas las que apliquen) 107
Tabla 29 ¿Conoce lo que es el Papanicolaou (PAP)? 109
Tabla 30 ¿Qué método de protección sexual utiliza en caso de haber iniciado relaciones sexuales? (Marque todas las que apliquen) 111
Tabla 31 ¿Cree que la educación sexual es importante para los jóvenes de cualquier género u orientación sexual? 113
Tabla 32 ¿Cuál es uno de os primeros signos de embarazo? 115
Tabla 33 ¿Cuál de las siguientes pruebas confirma un embarazo? 117

Tabla 34 ¿Cree que los hombres tienen un papel importante en la salud sexual y reproductiva? 119

Tabla 35 ¿Sabe que los hombres también pueden ser portadores de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sin presentar síntomas? 120

Tabla 36 ¿Qué tan frecuente considera que deben ser las consultas médicas de rutina para el cuidado de la salud sexual y reproductiva? 122

Tabla 37 ¿La vacuna que protege contra el VPH y/o el cáncer de cuello uterino? 124

ÍNDICES DE FIGURAS

Figura 1 Edad (años) 58

Figura 2 Procedencia: Provincia o Comarca 60

Figura 3 ¿Alguna vez ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva? 62

Figura 4 ¿De qué fuentes ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva? (Marque todas las que aplican) 64

Figura 5 ¿ Qué entiende por pubertad? 66

Figura 6 ¿A qué edad ocurrió su primera menstruación o espermatogénesis? 67

Figura 7 ¿Cuáles de los siguientes cambios experimentaron durante la pubertad? (Marque todas las que aplican) 69

Figura 8 ¿Qué impacto tuvo en usted la etapa de desarrollo? Seleccione las que considere 72

Figura 9 ¿Considera que la información sobre salud sexual y reproductiva que ha recibido ha sido adecuada? 75

Figura 10 ¿Cuán cómodo se siente discutiendo temas de salud sexual reproductiva con su médico o profesional de la salud? 77

Figura 11 En su opinión, ¿Qué tan importante es que los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva estén disponibles en las escuelas y comunidades? 79

Figura 12 ¿Qué tema relacionado con la salud sexual y reproductiva le gustaría aprender más? 81

Figura 13 ¿Qué entiende por ciclo menstrual? 83

Figura 14 ¿Conoce la duración promedio del ciclo menstrual? 85

Figura 15 ¿Qué entiende por ovulación? 87

Figura 16 ¿En qué momento del ciclo menstrual es más probable que una mujer quede embarazada? 89

Figura 17 ¿Qué entiende por fecundación? 91
Figura 18 ¿Conoce usted en qué momento del ciclo menstrual la mujer es más fértil? 93
Figura 19 ¿Qué métodos anticonceptivos conoce y/o ha utilizado? (Puede seleccionar más de una opción) 95
Figura 20 ¿Conoce usted los síntomas del síndrome premenstrual (SPM)? 98
Figura 21 ¿Considera que los programas de educación sexual en su comunidad/escuela son adecuados? proporcionada. sexual y reproductiva. 101
Figura 22 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? 102
Figura 23 ¿Conoce los métodos de protección? 104
Figura 24 ¿Conoce las enfermedades de transmisión sexual (ETS)? 106
Figura 25 ¿Cuáles de las siguientes son enfermedades de transmisión sexual? (Marque todas las que apliquen) 108
Figura 26 ¿Conoce lo que es el Papanicolaou (PAP)? 110
Figura 27 ¿Qué método de protección sexual utiliza en caso de haber iniciado relaciones sexuales? (Marque todas las que apliquen) 112
Figura 28 ¿Cree que la educación sexual es importante para los jóvenes de cualquier género u orientación sexual? 114
Figura 29 ¿Cuál es uno de los primeros signos de embarazo? 115
Figura 30 ¿Cuál de las siguientes pruebas confirma un embarazo? 117
Figura 31 ¿Cree que los hombres tienen un papel importante en la salud sexual y reproductiva? 119
Figura 32 ¿Sabe que los hombres también pueden ser portadores de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sin presentar síntomas? 121

Figura 33 ¿Qué tan frecuente considera que deben ser las consultas médicas de rutina para el cuidado de la salud sexual y reproductiva? 123
Figura 34 ¿La vacuna que protege contra el VPH y/o el cáncer de cuello uterino?..... 124

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva constituye un componente esencial del bienestar humano y de la formación integral de los jóvenes universitarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), este ámbito abarca no solo la ausencia de enfermedades de transmisión sexual o complicaciones reproductivas, sino también el ejercicio pleno de los derechos sexuales y la capacidad de establecer relaciones basadas en el respeto y la responsabilidad. En este sentido, los programas de promoción y prevención en salud sexual se convierten en herramientas fundamentales para garantizar el acceso al conocimiento, fomentar conductas responsables y prevenir riesgos asociados a la etapa juvenil.

En Panamá, a pesar de los esfuerzos históricos por integrar la educación sexual en los currículos escolares, la implementación ha sido parcial y heterogénea (Naciones Unidas, 2018). Esta situación ha generado vacíos de conocimiento entre los estudiantes de primer ingreso a la educación superior, quienes enfrentan desafíos propios de la adolescencia tardía y la adultez temprana, como el inicio de la vida sexual, la prevención de embarazos no planificados y la protección frente a infecciones de transmisión sexual (ITS). Estudios recientes evidencian que la falta de programas educativos estructurados y culturalmente pertinentes limita la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones informadas sobre su sexualidad (UNESCO, 2018).

El diseño de un programa de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva se justifica no solo desde un enfoque de salud pública, sino también desde el método científico, en tanto permite identificar un problema de investigación, formular objetivos claros, recoger y analizar datos, y generar intervenciones basadas en evidencia (Hernández-Sampieri et al., 2014). La Universidad, como espacio de formación integral, tiene la

responsabilidad de integrar estos programas como parte de su responsabilidad social, aportando a la construcción de comunidades académicas más saludables, inclusivas y conscientes de la importancia de la prevención.

En este contexto, la presente investigación propone el diseño e implementación de un programa educativo dirigido a estudiantes de primer ingreso de la Universidad Santander. El programa busca responder a las necesidades específicas de esta población, fortaleciendo sus conocimientos, actitudes y prácticas en materia de salud sexual y reproductiva. Con ello, se pretende no solo prevenir riesgos inmediatos, sino también contribuir a la formación de profesionales responsables, capaces de promover estilos de vida saludables y de actuar como agentes de cambio en su entorno.

Para evaluar la efectividad del programa se aplicará un PRETEST, que permitirá medir el nivel de conocimiento de los estudiantes antes de la intervención mediante un cuestionario estructurado, y un POSTEST posterior a la implementación, lo cual evidenciará mejoras significativas en la comprensión de temas como la pubertad, los métodos anticonceptivos y la prevención de ITS. Adicionalmente, se utilizará un grupo focal (focus group) como estrategia de retroalimentación cualitativa, lo que permita obtener percepciones directas de los estudiantes sobre el contenido y la metodología, así como ajustar y perfeccionar el instrumento educativo, garantizando su pertinencia y efectividad.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema de investigación

La educación sexual es un componente indispensable en el desarrollo integral de los estudiantes, ya que abarca no solo aspectos biológicos, sino también psicológicos, sociales y emocionales que impactan directamente en el bienestar de los individuos. En Panamá, desde la década de 1980, el Ministerio de Educación (MEDUCA) ha llevado a cabo esfuerzos para integrar la Educación Sexual en los currículos escolares, promoviendo su inclusión en los niveles de educación primaria, Premedia y media. Sin embargo, diversos factores han obstaculizado la implementación efectiva de estos programas.

Uno de los principales desafíos que enfrentan los jóvenes al entrar a la universidad es la falta de preparación en temas relacionados con la sexualidad y la salud sexual. La educación en sexualidad que se ha impartido en los niveles de educación primaria, premedia y media en Panamá ha sido insuficiente, ya que los avances en la implementación de programas de educación sexual han sido parciales, con avances limitados en la asignación de recursos, la capacitación docente y el diseño curricular. Según el Informe de Seguimiento a los Compromisos del Consenso de Montevideo (2018), Panamá logró un avance del 48% en la implementación de programas, pero en áreas clave como la educación primaria (22%) y secundaria inicial (17%), los estudiantes no reciben la preparación necesaria para enfrentar las demandas de la vida adulta y universitaria. Esto se traduce en la falta de conocimiento que los estudiantes presentan al ingresar a la universidad.

La falta de una educación sexual integral y efectiva a lo largo de la educación básica y media contribuye a que los jóvenes ingresen a la universidad con escaso conocimiento sobre temas fundamentales como métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de

transmisión sexual (ITS) y salud reproductiva. Esto puede llevar a decisiones mal informadas que aumentan el riesgo de problemas de salud y afectan su bienestar emocional.

Al no haber recibido suficiente educación en sexualidad y relaciones interpersonales, los jóvenes pueden carecer de las habilidades necesarias para tomar decisiones responsables en el ámbito sexual, lo que podría resultar en embarazos no planificados, ITS y dificultades en las relaciones personales.

La educación sexual también tiene un componente importante relacionado con el respeto por la diversidad de género y la identidad sexual, temas que son clave en la vida universitaria. Muchos jóvenes, debido a la carencia de una formación adecuada, pueden entrar a la universidad con conceptos erróneos sobre el género y la sexualidad, lo que podría generar conflictos en sus relaciones interpersonales y una falta de inclusión en el ambiente universitario.

Garantizar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes universitarios de primer ingreso es un aspecto fundamental para su bienestar integral y forma parte del compromiso de la Universidad Santander a través de su Responsabilidad Social Universitaria (RSU). Esta responsabilidad se integra como un eje transversal en la formación integral de los estudiantes, abarcando no solo su desarrollo académico, sino también su bienestar emocional, social y físico. Consciente de los desafíos que los estudiantes enfrentan durante esta etapa de transición hacia mayores niveles de autonomía y responsabilidad, la universidad promueve la integración de la educación en sexualidad como un componente esencial para su desarrollo integral.

Durante este periodo de ingreso los estudiantes están más expuestos a riesgos relacionados con su salud sexual, como infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no planificados y prácticas sexuales inseguras. La RSU, al integrar estos temas en el

currículo, no solo promueve la prevención de estos riesgos, sino que también fomenta una conciencia crítica sobre la importancia de tomar decisiones informadas y responsables, fortaleciendo así la salud sexual y reproductiva de los estudiantes y contribuyendo a su formación integral.

Este enfoque en la salud sexual y reproductiva dentro de la RSU permite a la universidad cumplir con su compromiso de ofrecer una educación que no solo prepare a los estudiantes académicamente, sino que también los forme como ciudadanos integrales, responsables, conscientes de su bienestar personal y colectivo, contribuyendo a una comunidad universitaria más saludable y sostenible.

En el caso de los estudiantes del primer ingreso de la Licenciatura en Radiología e Imágenes Diagnósticas de la Universidad Santander, 2024, se observa una ausencia de programas estructurados y específicos de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. Este vacío representa una problemática que puede impactar negativamente en su calidad de vida, desempeño académico y preparación como futuros profesionales de la salud, quienes estarán llamados a promover prácticas responsables y preventivas en su ejercicio profesional.

La transición al entorno universitario está marcada por desafíos como el acceso a información confiable sobre salud sexual, la adopción de hábitos responsables y la comprensión de las implicaciones de sus decisiones en su bienestar presente y futuro. Aunque las instituciones educativas desempeñan un papel crucial en la formación integral de sus estudiantes, muchas veces se subestima la importancia de implementar programas específicos en áreas como la salud sexual. Estos programas no solo benefician directamente a los estudiantes, sino que también contribuyen al fortalecimiento de competencias clave como la toma de decisiones informadas y la gestión de riesgos.

En este contexto, el diseño e implementación de un Programa de Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para los estudiantes del primer ingreso se presenta como una respuesta necesaria y estratégica. Este programa deberá abordar las necesidades específicas de la población estudiantil, integrando actividades educativas, talleres interactivos y la provisión de recursos accesibles que fomenten el conocimiento y la adopción de comportamientos saludables. Además, deberá ser inclusivo y sensible a las particularidades culturales y sociales de los estudiantes, garantizando su pertinencia y efectividad.

Al priorizar este tipo de iniciativas, la Universidad Santander no solo promoverá el bienestar de sus estudiantes, sino que también contribuirá a su desarrollo como agentes de cambio en el ámbito de la salud, fomentando una cultura de prevención y responsabilidad que trascienda su experiencia académica. Este enfoque integral es esencial para enfrentar los desafíos actuales y construir una base sólida para el desarrollo profesional y personal de los futuros licenciados en Radiología e Imágenes Diagnósticas.

En la actualidad la falta de conocimientos referentes a la salud sexual y reproductiva se ha convertido en un problema de salud pública generalizada, así como un problema social por sus consecuencias específica, por lo que se nos presenta la siguiente pregunta ¿Cómo diseñar un Programa Educativo para Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de primer ingreso de la Universidad Santander de Panamá?

1.1.1. Planteamiento del problema o pregunta de investigación

¿Por qué es importante crear un Programa Educativo para Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de Universidad Santander de Panamá, 2025?

1.2. Justificación

La promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en los estudiantes universitarios es de suma importancia, considerando que la mayoría de ellos se encuentran en las etapas de pubertad, adolescencia y adolescencia tardía. Estas fases del desarrollo humano se caracterizan por transformaciones significativas a nivel hormonal, físico, intelectual, emocional y espiritual, lo que las convierte en periodos de alta vulnerabilidad. Sin embargo, esta población generalmente carece de una orientación adecuada y de calidad para enfrentar los desafíos propios de su etapa de vida, como el embarazo en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El embarazo en adolescentes representa no solo un problema de salud pública, sino también un desafío social de grandes proporciones, con consecuencias que incluyen deserción escolar, conflictos familiares, interrupción de proyectos de vida, uniones no deseadas a temprana edad y, en muchos casos, la perpetuación de ciclos de pobreza, violencia y exclusión social. Además, estas condiciones pueden contribuir al incremento de problemáticas como el consumo de sustancias, el suicidio y la marginación. Paradójicamente, estas mismas problemáticas son también factores de riesgo para embarazos no deseados y ETS, conformando un círculo vicioso que afecta tanto a los individuos como a la sociedad en su conjunto.

En Panamá, las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud (MINSA) y del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) revelan la magnitud del problema. Entre 2019 y 2020, los embarazos en mujeres de entre 10 y 19 años representaron el 23% del total de casos, alcanzando un incremento de 9,028 en 2019 a 11,103 en 2020. De estos, el 96% correspondió a adolescentes de 15 a 19 años, coincidiendo con el rango de edad predominante en los estudiantes de primer ingreso de la Universidad Santander. Este panorama subraya la necesidad urgente de iniciativas educativas y preventivas para abordar esta problemática.

Adicionalmente, las ETS constituyen otra consecuencia directa del desconocimiento o la falta de aplicación de medidas preventivas en salud sexual. Estudios muestran una marcada discrepancia entre el conocimiento de los métodos de prevención, como el uso de preservativos, y su implementación en la práctica, lo que amplifica los riesgos asociados a esta población.

Ante este contexto, se justifica el diseño e implementación de un programa de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva dirigido a los estudiantes de primer ingreso de la licenciatura en Radiología de la Universidad Santander. Este programa tiene como objetivo no solo satisfacer las necesidades cognitivas de los jóvenes en esta área, sino también proporcionarles herramientas prácticas para tomar decisiones responsables sobre su salud. De esta forma, se busca minimizar los riesgos asociados a esta etapa de la vida, garantizar el cumplimiento de sus derechos en cuanto a una sexualidad responsable que les permita alcanzar sus metas académicas y personales, y contribuir a la reducción de los problemas sociales y sus implicaciones en la comunidad.

Esta iniciativa, además de promover su formación integral promueve la **Responsabilidad Social Universitaria (RSU)** de la **Universidad Santander** que juega un papel fundamental en la formación y en el compromiso, no solo de abordar aspectos

biológicos, sino también psicológicos, sociales y emocionales, contribuyendo al bienestar individual y colectivo de los estudiantes. La universidad promoverá una formación más consciente, preparada y responsable, alineada con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** contribuyendo al desarrollo de una generación universitaria más consciente, preparada y responsable, capaz de disfrutar plenamente de su juventud y de construir un futuro más saludable y sostenible.

Los resultados del estudio *"Diseño de Programa Educativo para la Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva"* serán publicados a través de diversos medios para garantizar su impacto académico y social. Se elaborará un artículo científico para su publicación en una revista indexada y un informe técnico dirigido a la Universidad Santander con recomendaciones para la implementación del programa. Asimismo, se presentarán los hallazgos en congresos nacionales e internacionales sobre educación y salud, además de jornadas universitarias dirigidas a estudiantes y docentes. Para una mayor difusión, se diseñarán infografías y boletines con datos clave, así como una guía educativa con información práctica.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Crear Programa Educativo para Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de la Universidad Santander, Panamá, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento que presentan los estudiantes de primer ingreso de la Licenciatura de Radiología e imágenes diagnósticas de la

Universidad Santander del periodo 2025-1, acerca de Promoción y Prevención, Salud Sexual y Reproductiva por medio de un pre test.

- Diseñar material educativo a cerca de la Promoción y Prevención, Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes del primer ingreso de la Universidad Santander de Panamá.

- Demostrar nivel de conocimiento que han adquirido los estudiantes de primer ingreso de la Licenciatura de Radiología e imágenes diagnosticas de la Universidad Santander del periodo 2025-1, por medio de la creación del Programa Educativo para Promoción y Prevención, Salud Sexual y Reproductiva por medio de un post test.

1.4 Delimitación de la línea y Sublínea de investigación

1.4.1 Línea:

Evaluación del currículo y el mejoramiento de la educación superior.

1.4.2 Sublínea de investigación

Formación y prácticas pedagógicas para el desarrollo humano.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En 2015, los gobiernos de 193 países, incluidos Panamá, adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un compromiso global para erradicar la pobreza, proteger el planeta y garantizar la prosperidad para todos. Esta agenda establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que abordan desafíos clave en diversas áreas, tales como la pobreza, la educación, la salud y la igualdad de género, entre otros. Dentro de estos, el ODS 4 se destaca por su enfoque en garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, promoviendo oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Este objetivo reconoce que la educación es un pilar fundamental no solo para el desarrollo personal, sino también para la consecución de otros objetivos globales, como la igualdad de género y la buena salud.

En este contexto, la educación integral debe incluir el desarrollo armónico de todas las dimensiones humanas, incluidas las relacionadas con la sexualidad, una parte esencial de la condición humana. La Educación en Sexualidad es clave para fomentar una ciudadanía informada y responsable, capaz de tomar decisiones conscientes sobre su salud y bienestar. Promover una educación inclusiva y equitativa implica enfrentar desafíos persistentes en torno a la educación sexual, especialmente en espacios universitarios, donde la falta de información puede tener consecuencias graves en la vida de los estudiantes.

El ODS 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, también resalta la importancia de programas de salud sexual y reproductiva. Estos programas son esenciales para **prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS),** embarazos no deseados y otros problemas asociados con la salud sexual, factores que pueden afectar

gravemente la calidad de vida de los jóvenes y su desarrollo académico. La prevención y promoción de la salud sexual se convierten en herramientas fundamentales en la construcción de una sociedad más equitativa y saludable.

En el caso de los estudiantes de primer ingreso de Radiología e Imágenes Diagnósticas de la Universidad Santander, la mayoría de los cuales son adolescentes, es crucial implementar programas educativos que aborden específicamente los riesgos asociados con la salud sexual y reproductiva. La adolescencia es una etapa de cambios físicos y emocionales significativos, que comienza con la pubertad. En las niñas, la menarquía (primera menstruación) generalmente se presenta entre los 12 y 19 años, mientras que, en los niños, la espermatogénesis (producción de esperma) se inicia entre los 14 y 16 años, continuando hasta los 19 años. En este contexto, muchos adolescentes desconocen los riesgos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los embarazos no deseados, y carecen de la información adecuada para prevenirlos. Este vacío informativo puede ser abordado eficazmente a través de programas de promoción y prevención en salud sexual implementados desde su inducción universitaria, creando una base sólida de conocimientos desde el primer día de su vida universitaria.

En el contexto internacional, diversos estudios han identificado que los adolescentes enfrentan un alto riesgo de embarazos precoces y ETS debido a la falta de educación sexual adecuada y la influencia de mitos sobre anticoncepción y salud reproductiva. En Madrid, España, por ejemplo, se ha observado un incremento en los embarazos adolescentes y las ETS en los últimos años. En respuesta, se ha implementado el programa “Madrid Más Salud: Salud Sexual y Reproductiva” (2020-2024), cuyo enfoque ha sido la promoción de la salud sexual y la prevención de enfermedades a través de la educación sexual y el acceso a servicios de salud, como la vacunación contra el VPH (Virus del Papiloma Humano). Estas estrategias

buscan reducir las tasas de embarazos no deseados y ETS, mejorando así la salud pública en la región.

De manera similar, otros estudios, como el realizado por Cruz Ortiz y Brenda Karina en México (2021), han demostrado que la educación en salud sexual tiene un impacto positivo en la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. A través de una intervención educativa centrada en la salud sexual, reproductiva y anticoncepción, los adolescentes mostraron un aumento en el conocimiento y un cambio significativo en sus comportamientos sexuales.

Además, según Javier Loscos Zapata y Ana Carazo de la Fuentes en Zaragoza, España (2022), los programas educativos diseñados para la prevención y educación en salud sexual han demostrado que los jóvenes se sienten más seguros y motivados a aplicar lo aprendido en su vida diaria. Este tipo de programas no solo reduce los riesgos de embarazo y ETS, sino que también promueve la autonomía y el empoderamiento de los adolescentes en el ámbito sexual, contribuyendo a una juventud más responsable y saludable.

Estos ejemplos internacionales subrayan la importancia de implementar programas educativos de salud sexual y reproductiva en el entorno universitario, especialmente en la Universidad Santander, donde los estudiantes de primer ingreso enfrentan desafíos únicos debido a su juventud y a la falta de información adecuada sobre estos temas.

Por lo tanto, el presente estudio busca abordar estos vacíos informativos y proporcionar un documento informativo accesible para los estudiantes de primer ingreso, con el fin de fomentar la promoción de salud y la prevención de enfermedades en salud sexual y reproductiva, contribuyendo a su bienestar integral y alineándose con los compromisos nacionales e internacionales relacionados con los ODS.

2.2. Marco Referencial

La preocupación por la salud sexual y reproductiva y la educación en sexualidad ha sido parte de la evolución de los derechos humanos y la salud pública global desde mediados del siglo XX. Sin embargo, no fue sino hasta las últimas décadas que la educación sexual integral (ESI) fue reconocida como un componente clave del desarrollo humano, de la equidad de género y del bienestar juvenil.

Uno de los principales hitos internacionales fue la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, donde se estableció que la salud reproductiva, incluida la planificación familiar y la educación sexual, es un derecho humano. En esta conferencia, 179 países acordaron que los servicios de salud sexual y reproductiva deberían estar disponibles para todos, en especial para los adolescentes y jóvenes (Naciones Unidas, 1995).

Posteriormente, la Plataforma de Acción de Beijing (1995) reforzó estos compromisos, haciendo énfasis en el empoderamiento de las mujeres y el acceso a servicios de salud reproductiva y educación sexual como herramientas fundamentales para la igualdad de género (ONU Mujeres, 1996).

Durante los primeros años del siglo XXI, organizaciones internacionales como la UNESCO, UNFPA, OMS y UNICEF comenzaron a publicar guías y marcos de referencia para la implementación de la Educación Integral en Sexualidad (EIS). Estas publicaciones no solo establecieron estándares pedagógicos, sino que también aportaron evidencia sobre el impacto positivo de la EIS en la prevención de embarazos adolescentes, la reducción de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el desarrollo de una ciudadanía informada (UNESCO, 2018).

Con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en 2015, se consolidó un compromiso mundial hacia la integración de estos enfoques en las políticas públicas. El ODS 3 promueve la salud y el bienestar, mientras que el ODS 4 apuesta por una educación de calidad e inclusiva, reconociendo la importancia de incorporar contenidos relacionados con la salud sexual y reproductiva en los sistemas educativos (Naciones Unidas, 2015).

A nivel regional, diversas iniciativas han demostrado el impacto positivo de la EIS. En España, el programa "Madrid Más Salud: Salud Sexual y Reproductiva" (2020-2024) ha centrado sus esfuerzos en la prevención de embarazos adolescentes y ETS mediante el acceso a información, servicios de salud y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) (Comunidad de Madrid, 2020). En México, estudios como el de Cruz Ortiz y Brenda Karina (2021) demuestran que las intervenciones educativas aumentan significativamente el conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad y fomentan comportamientos sexuales responsables.

Asimismo, investigaciones recientes como la de Loscos Zapata y Carazo de la Fuentes (2022) en Zaragoza han mostrado que los programas de EIS fortalecen la autoestima, el sentido de responsabilidad y la autonomía de los adolescentes en la toma de decisiones sobre su sexualidad.

En el caso de Panamá, el abordaje de la salud sexual y la educación en sexualidad ha tenido un desarrollo desigual, con avances normativos parciales y resistencias sociales persistentes. Aunque el país ha firmado compromisos internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y la CEDAW (1979), la implementación efectiva de políticas de educación sexual integral ha sido limitada.

En la década de 1990, comenzaron a introducirse contenidos relacionados con la salud sexual en algunos planes educativos, aunque sin una ley que los institucionalizara. En 2008, se presentó el Proyecto de Ley 61, que proponía establecer un marco normativo para la educación sexual en los centros educativos del país. Sin embargo, fue vetado parcialmente y posteriormente archivado por la Asamblea Nacional, debido a presiones de sectores conservadores y religiosos.

No obstante, el país dio algunos pasos importantes, como la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva mediante la Ley 29 de 2002, bajo la dirección del Ministerio de Salud (MINSA), con el objetivo de promover la prevención de ITS y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

En 2015, al adoptar la Agenda 2030, Panamá se comprometió a avanzar en los ODS, lo cual ha impulsado, al menos en el plano discursivo, la necesidad de mejorar la educación sexual como parte de los derechos de los jóvenes. El documento "Panamá 2030: Visión de Estado", publicado en 2017, incluye la necesidad de desarrollar acciones educativas en salud, aunque sin detallar estrategias específicas para la EIS (PNUD Panamá, 2017).

A pesar de la ausencia de una legislación nacional específica sobre educación sexual, algunas universidades e instituciones, como la Universidad de Panamá y otras privadas, han empezado a implementar programas de sensibilización y promoción de la salud sexual dirigidos a sus estudiantes. Estas iniciativas, aunque fragmentadas, representan avances importantes en el contexto universitario, especialmente para jóvenes en etapa de transición como los estudiantes de primer ingreso en carreras de salud.

La salud sexual y reproductiva constituye un eje fundamental del bienestar humano y del desarrollo sostenible. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la define como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, que

no se limita a la ausencia de enfermedades o disfunciones. Este enfoque integral reconoce el derecho de todas las personas a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su vida sexual y reproductiva (OMS, 2020).

En el plano internacional, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015, incorpora metas específicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva dentro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades (Naciones Unidas, 2015). De manera complementaria, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2022) resalta la necesidad de considerar la salud sexual y reproductiva como un derecho humano esencial y un componente estratégico para reducir desigualdades.

En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) enfatiza los avances y desafíos que enfrentan los países de América Latina y el Caribe en materia de acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, destacando problemáticas persistentes como el embarazo adolescente y la violencia de género. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) subraya que garantizar los derechos sexuales y reproductivos es indispensable para alcanzar los compromisos de la Agenda 2030 en la región, especialmente en contextos de desigualdad estructural. Asimismo, programas impulsados por el UNFPA y UNICEF (2020) han mostrado la importancia de la educación sexual integral como herramienta clave para prevenir embarazos no deseados y promover la autonomía de adolescentes y jóvenes.

En el contexto nacional, Panamá ha desarrollado instrumentos de política pública orientados a fortalecer este campo. El Ministerio de Salud (MINSA, 2018) formuló la *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, con el objetivo de garantizar un acceso equitativo y de calidad a los servicios, además de integrar un enfoque de derechos humanos

y de género. De igual forma, la Caja de Seguro Social (CSS, 2019) ha implementado programas que buscan mejorar la cobertura de servicios en salud reproductiva y materna. En el ámbito educativo, el Ministerio de Educación (MEDUCA, 2020) ha impulsado iniciativas de educación integral en sexualidad, reconociendo su impacto positivo en la prevención de conductas de riesgo y en la formación de ciudadanos responsables.

ONU / UNICEF

La ONU define adolescente como toda persona entre los **10 y 19 años**. Naciones Unidas (UNICEF). (2019).

OMS / OPS

La Organización Mundial de la Salud lo usa también para describir a quienes tienen entre **10 y 19 años**, y señala que la adolescencia implica un periodo de transformaciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales, así como mayores niveles de autonomía. (Adolescent Health, 2025)

Además, la OPS resalta que los adolescentes son una parte significativa de la población (≈ 30 %) en América Latina y el Caribe, y que este grupo tiene características particulares que deben ser atendidas diferencialmente en temas de salud. (OMS, 2017)

En Encyclopedia Britannica se define la adolescencia como la fase de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios físicos (pubertad), cognitivos, emocionales, conductuales y sociales. Se coincide con la OMS en el rango de 10-19 años. (Mihalyi Csikszentmihalyi, 1998)

INEE / Glosario educativo

Adolescente es la persona entre la infancia y la adultez; el glosario señala que, aunque la OMS fija entre los 10-19 años este periodo, hay variaciones según contexto sociocultural. (Adolescente | INEE, 2024)

En síntesis, el marco conceptual y normativo de la salud sexual y reproductiva se sustenta en compromisos internacionales, regionales y nacionales que coinciden en la necesidad de garantizar derechos, promover la equidad y asegurar el acceso universal a servicios y educación en la materia.

Fisiología del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG)

El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG) es un sistema hormonal central que regula la pubertad, la reproducción y la función gonadal. Este eje involucra tres niveles principales:

Hipotálamo: secreta la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) de forma pulsátil, la cual actúa sobre la hipófisis anterior para estimular la producción de gonadotropinas (LH y FSH).

Hipófisis anterior: bajo la acción de GnRH, libera hormona luteinizante (LH) y hormona foliculoestimulante (FSH) hacia la circulación sistémica. Estas hormonas regulan directamente la función de los gonadios (ovarios y testículos).

Gónadas:

En las niñas, la FSH y la LH estimulan los ovarios para producir estrógenos y progesterona, promoviendo la maduración folicular, desarrollo de caracteres sexuales secundarios y, finalmente, la ovulación y menarquía.

En los niños, la LH estimula las células de Leydig para producir testosterona, mientras que la FSH actúa sobre las células de Sertoli, regulando la espermatogénesis.

El eje HHG funciona mediante retroalimentación negativa: los niveles elevados de hormonas gonadales inhiben la secreción de GnRH y gonadotropinas para mantener la homeostasis hormonal. Durante la pubertad, hay un incremento en la pulsatilidad de GnRH, lo que desencadena la activación de la función gonadal y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; Guyton & Hall, 2021).

Es decir como a los 12 años de la niña y de 14 a 16 años del niño las células gonadotrópicas del Hipotálamo viajan hacia la Hipófisis anterior o Adenohipófisis para girar la instrucción a la Adenohipófisis de elaborar 2 hormonas que son la LH (Hormona luteinizante) y la FSH (Hormona folículo estimulante) para que actúen sobre las gónadas femenina (ovarios) y masculina (testículos)para que produzcan por una parte las hormonas sexuales masculina (testosterona) y femenina (estradiol) y por otra la ovulación y la espermatogénesis.

Ovulación

La ovulación es el proceso mediante el cual un ovario libera un ovocito 2, (mal llamado óvulo), ovocito 2 maduro hacia el oviducto, (antiguamente llamado la trompa de Falopio), generalmente alrededor de la mitad del ciclo menstrual. Este evento es fundamental para la reproducción, ya que permite que el óvulo pueda ser fecundado por el espermatozoide (Guyton & Hall, 2021).

Espermatogénesis

La espermatogénesis es el proceso de producción y maduración de los espermatozoides

dentro de los túbulos seminíferos de los testículos. Este proceso es continuo en los hombres después de la pubertad y está regulado por hormonas como la testosterona y la hormona foliculoestimulante (FSH) (Johnson, 2018).

Pubertad

La pubertad es un período de transición entre la niñez y la adultez caracterizado por cambios físicos, hormonales, emocionales y sociales que conducen a la madurez sexual y reproductiva (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021). En las niñas, el primer signo de pubertad suele ser la aparición de los brotes mamarios (telarquia), generalmente entre los 8 y 13 años, seguido por la aparición de vello púbico y axilar, aumento de caderas y cambios en la piel (OMS, 2017; Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021). En los niños, el inicio de la pubertad se manifiesta por el aumento del volumen testicular, entre los 9 y 14 años, precediendo la aparición de vello púbico, axilar y facial, cambios en la voz y aumento de la masa muscular (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017).

Durante la pubertad, aparecen los caracteres sexuales secundarios, que son rasgos físicos que permiten diferenciar los sexos sin involucrar directamente los órganos sexuales internos. En las niñas incluyen brotes mamarios, vello púbico y axilar, aumento de caderas y cambios en la piel. En los niños incluyen vello púbico, axilar y facial, cambios en la voz, aumento de masa muscular y crecimiento de vello corporal (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017).

Asimismo, la pubertad culmina con la adquisición de la capacidad reproductiva. En las niñas, este hito se concreta con la menarquía, definida como la primera menstruación, que ocurre generalmente entre los 10 y 16 años, precedida por otros signos puberales como la telarquia (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017). En los niños, la capacidad

reproductiva se alcanza con la espermatogénesis, proceso mediante el cual los testículos producen espermatozoides maduros, generalmente iniciando entre los 12 y 16 años, asociado al aumento del volumen testicular y la producción de testosterona (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017).

En síntesis, la pubertad representa un período de desarrollo integral, donde los primeros signos puberales, los caracteres sexuales secundarios y la maduración reproductiva se interrelacionan, constituyendo hitos fundamentales del crecimiento y la salud del adolescente.

Según Nelson (21ª edición, Tratado de Pediatría), la adolescencia se subdivide en tres etapas: temprana (10-13 años), media (14-16 años), y tardía (17-21 años). Los primeros signos de pubertad suelen manifestarse entre los 8 y 13 años, lo que provoca que los límites entre niñez tardía y adolescencia temprana se traslapen. En ciertos contextos médicos, la atención pediátrica se extiende hasta los 21 años cuando hay condiciones especiales.

Primer signo de pubertad

En niñas

El primer signo de pubertad suele ser el desarrollo de los brotes mamarios (telarquia). Generalmente ocurre entre los 8 y 13 años.

Otros signos incluyen crecimiento de vello pubiano y aumento de estatura. (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017)

En niños

El primer signo de pubertad suele ser el aumento del volumen testicular (>4 ml). Generalmente ocurre entre los 9 y 14 años.

Posteriormente aparece vello púbico, cambios en el tono de voz y crecimiento de genitales.

(Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017)

La pubertad es un período de transición entre la niñez y la adultez, caracterizado por cambios físicos, hormonales y psicológicos que conducen a la madurez sexual y reproductiva. En las niñas, el primer signo de pubertad suele ser la aparición de los brotes mamarios (telarquia), que generalmente ocurre entre los 8 y 13 años, seguido por el crecimiento de vello púbico y axilar, aumento de caderas y cambios en la piel (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En los niños, el inicio de la pubertad se manifiesta principalmente por el aumento del volumen testicular, entre los 9 y 14 años, precediendo la aparición de vello púbico, axilar y facial, cambios en la voz, y aumento de masa muscular (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017). Estos cambios físicos que emergen durante la pubertad, conocidos como caracteres sexuales secundarios, permiten diferenciar los sexos y están influenciados por las hormonas sexuales, sin involucrar directamente los órganos sexuales internos (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021).

Los caracteres sexuales secundarios son rasgos físicos que aparecen durante la pubertad y distinguen a hombres y mujeres, pero que no están directamente relacionados con los órganos sexuales reproductores internos. Se desarrollan bajo la influencia de hormonas sexuales (estrógenos en niñas y testosterona en niños).

En niñas:

- Vello púbico y axilar
- Aumento de volumen mamario (telarquia)

- Aumento de caderas y desarrollo de glúteos
- Cambios en la piel (mayor oleosidad, posible acné)
- Primera menstruación (menarquia): no es un carácter secundario, pero suele ocurrir poco después del inicio de otros cambios

En niños:

- Aumento de volumen testicular y peneano (aunque este último está más relacionado con caracteres primarios)
- Vello púbico, axilar y facial
- Cambios en la voz (engrosamiento de cuerdas vocales)
- Aumento de masa muscular y hombros más anchos
- Crecimiento de vello corporal (torso, piernas)
- Cambios en la piel (mayor oleosidad y acné)

Menarquia

La menarquía se define como la primera menstruación de la niña, marcando la culminación de la pubertad femenina y el inicio de la capacidad reproductiva. Suele ocurrir entre los 10 y 16 años, con un promedio de 12 a 13 años, y es precedida por signos puberales como el desarrollo de los brotes mamarios y la aparición de vello púbico (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Por otro lado, la espermatogénesis es el proceso mediante el cual los testículos producen espermatozoides maduros, señalando la maduración sexual masculina. Este proceso comienza generalmente entre los 12 y 16 años, coincidiendo con el aumento del volumen testicular y el inicio de la

producción hormonal de testosterona (Nelson, Kliegman, & Stanton, 2021; OMS, 2017). Tanto la menarquía como la espermatogénesis representan hitos fundamentales en la adolescencia, reflejando la adquisición de la capacidad reproductiva y la consolidación de los caracteres sexuales secundarios.

Ciclo reproductivo humano

El ciclo menstrual es un proceso fisiológico cíclico que prepara al cuerpo femenino para la reproducción. Tiene una duración promedio de 28 días, aunque puede variar entre 21 y 35 días (Guyton & Hall, 2021). Se compone de varias fases:

Menstruación: Es el sangrado cíclico que ocurre cuando el endometrio se desprende debido a la disminución de estrógeno y progesterona en ausencia de embarazo. Marca el inicio del ciclo menstrual y refleja la capacidad reproductiva de la mujer (Guyton & Hall, 2021).

Ovulación: Es el proceso mediante el cual un ovario libera un mal llamado ovulo, que en realidad el ovocito 2, éste maduro hacia el oviducto, antiguamente llamado la trompa de Falopio, generalmente a mitad del ciclo menstrual. Este evento permite la fecundación si se encuentra con un espermatozoide (Guyton & Hall, 2021).

En el hombre, la función reproductiva está dada por la espermatogénesis, que es la producción continua de espermatozoides en los túbulos seminíferos de los testículos, regulada por hormonas como la testosterona y la hormona folículo estimulante (FSH) (Johnson, 2018). La espermatogénesis garantiza la disponibilidad constante de gametos masculinos durante la vida adulta.

Este conjunto de procesos asegura la capacidad reproductiva y la perpetuación de la especie, reflejando una coordinación hormonal precisa entre el hipotálamo, la hipófisis y las gónadas en ambos sexos.

La semana más fértil del ciclo menstrual de la mujer corresponde al periodo alrededor de la ovulación, que generalmente ocurre alrededor del día 14 de un ciclo menstrual de 28 días. Sin embargo, la ventana fértil incluye los días previos y el día de la ovulación, ya que los espermatozoides pueden sobrevivir en el tracto reproductivo femenino hasta 5 días y el óvulo tiene una vida útil de aproximadamente 24 horas después de la ovulación (Guyton & Hall, 2021).

Por lo tanto, la semana más fértil suele abarcar desde el día 10 hasta el día 16 del ciclo menstrual, siendo el día 14 el punto máximo de fertilidad en un ciclo promedio.

Dependiendo del ciclo menstrual de cada mujer que en promedio es de 28 días, se dice que la ovulación ocurre a la mitad del ciclo, lo que significa que si a la mujer le viene su menstruación cada 26 días, entonces se espera que ovule a la mitad de ese ciclo , es decir el día 13 después del primer día de regla o menstruación, lo que implica que si no desea tener hijos, debe protegerse al menos 3 días antes y 3 días posterior a la ovulación, porque se ha demostrado que el espermatozoide puede durar vivo hasta 72 horas y si tuvo relaciones sexuales en ese período sin protección, estaría muy vulnerable a quedar embarazada.

Anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son técnicas, dispositivos o medicamentos utilizados para prevenir el embarazo de manera temporal o permanente. Su objetivo principal es controlar la fertilidad, permitiendo a las personas planificar si desean o no tener hijos, así como proteger la salud sexual y reproductiva (OMS, 2022).

Tipos de métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se clasifican en varias categorías según su mecanismo de acción:

Métodos hormonales:

Consisten en la administración de hormonas que inhiben la ovulación o alteran el moco cervical para dificultar el paso de los espermatozoides. Incluyen: píldoras anticonceptivas, parches, inyecciones, anillos vaginales y dispositivos intrauterinos hormonales (DIU hormonal) (Hatcher et al., 2018).

Métodos de barrera:

Impiden físicamente que los espermatozoides lleguen al óvulo. Los más comunes son: preservativos masculinos y femeninos, diafragmas y capuchones cervicales (OMS, 2022).

Métodos intrauterinos:

Son dispositivos colocados dentro del útero que impiden la implantación del óvulo fecundado o afectan la movilidad de los espermatozoides. Pueden ser de cobre o hormonales (Hatcher et al., 2018).

Métodos naturales:

Se basan en la observación del ciclo menstrual y la identificación de los días fértiles para evitar relaciones sexuales sin protección durante ese período. Ejemplos incluyen el método de la temperatura basal, el método del calendario y el método de la ovulación (OMS, 2022).

Métodos permanentes:

Incluyen técnicas quirúrgicas que impiden de manera irreversible la capacidad reproductiva. Entre estos están la ligadura de trompas en mujeres y la vasectomía en hombres (Hatcher et al., 2018).

Métodos hormonales

Píldora anticonceptiva oral: Previene la ovulación, regula el ciclo menstrual y reduce riesgos de embarazo (Hatcher et al., 2018).

Parche anticonceptivo: Libera hormonas a través de la piel para evitar la ovulación (OMS, 2022).

Inyección anticonceptiva: Administración mensual o trimestral de hormonas que previenen la ovulación (Hatcher et al., 2018).

Anillo vaginal: Inserción mensual; libera hormonas para prevenir el embarazo (OMS, 2022).

DIU hormonal: Dispositivo intrauterino que libera hormonas, dificultando la implantación y movilidad de espermatozoides

Métodos de barrera

Condón masculino: Impide que los espermatozoides lleguen al óvulo; protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS) (OMS, 2022).

Condón femenino: Similar al masculino; se coloca dentro de la vagina y protege contra ETS (OMS, 2022).

Diafragma: Cúpula de silicona que cubre el cuello uterino; usado con espermicida para bloquear espermatozoides (Hatcher et al., 2018).

Capuchón cervical: Similar al diafragma; cubre el cuello uterino y bloquea el paso de espermatozoides (Hatcher et al., 2018).

Métodos intrauterinos

DIU de cobre: Previene la fecundación alterando la movilidad de los espermatozoides y el ambiente uterino (OMS, 2022).

DIU hormonal: Libera hormonas para espesar el moco cervical y dificultar la implantación (Hatcher et al., 2018).

Métodos naturales

Método del calendario: Evita relaciones sexuales en los días fértiles calculados según el ciclo menstrual (OMS, 2022).

Método de la temperatura basal: Identifica la ovulación midiendo cambios en la temperatura corporal (OMS, 2022).

Método de observación del moco cervical: Determina los días fértiles observando cambios en el moco cervical (OMS, 2022).

Métodos permanentes

Ligadura de trompas (mujeres): Corte o bloqueo de las trompas de Falopio para impedir la fertilización (Hatcher et al., 2018).

Vasectomía (hombres): Corte o bloqueo de los conductos deferentes para impedir que el esperma llegue al semen (Hatcher et al., 2018).

Píldora del día siguiente

La píldora del día siguiente es un método anticonceptivo de emergencia que se utiliza para prevenir el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección o cuando otro método anticonceptivo falla (OMS, 2022). No debe utilizarse como método anticonceptivo habitual y no protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Uso principal

Prevención del embarazo: Retrasa o inhibe la ovulación, impidiendo que el espermatozoide fecunde el óvulo.

Tiempo de administración: Lo antes posible tras la relación sexual, idealmente dentro de las 72 horas, aunque algunos tipos pueden ser efectivos hasta 120 horas.

No interrumpe un embarazo existente.

Tipos de píldora del día siguiente

Levonorgestrel: Dosis única o dos dosis separadas; eficaz dentro de las primeras 72 horas.

Acetato de ulipristal: Más efectivo que levonorgestrel; puede administrarse hasta 120 horas después de la relación sexual.

Diferencias con anticonceptivos regulares

No se usa de forma continua como los métodos hormonales o de barrera.

Su eficacia depende del tiempo transcurrido después de la relación sexual.

Es un recurso de emergencia, no sustituye la planificación familiar regular (Hatcher et al., 2018).

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, incluyendo vaginal, anal y oral. Estas infecciones pueden ser causadas por bacterias, virus, parásitos u hongos, y pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, causando síntomas leves o graves e incluso complicaciones a largo plazo si no se tratan (World Health Organization [WHO], 2021).

Tipos de ETS:

Bacterianas:

Blenorragia conocida como Gonorrea

Sífilis

Clamidia

Se tratan generalmente con antibióticos.

Virales:

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Virus del papiloma humano (VPH)

Herpes genital o tipo 2

No tienen cura, pero algunas pueden manejarse con tratamiento antiviral y vacunas preventivas.

Parasitarias:

Tricomoniasis

Se tratan con medicamentos antiparasitarios.

Fúngicas:

Candidiasis genital

Se tratan con antifúngicos tópicos o sistémicos.

Prevención:

El uso correcto y constante de condones, la vacunación (como contra el VPH y la hepatitis B) y la realización de pruebas periódicas de detección son estrategias clave para prevenir las ETS (WHO, 2021).

Tabla 1

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

ETS	Agente causal	Síntomas comunes	Tratamiento
Gonorrea	Neisseria gonorrhoeae (bacteria)	Secreción uretral o vaginal, dolor al orinar, dolor pélvico	Antibióticos (ceftriaxona, azitromicina)
Clamidia	Chlamydia trachomatis (bacteria)	Secreción, dolor al orinar, inflamación pélvica	Antibióticos (azitromicina, doxiciclina)
Sífilis	Treponema pallidum (bacteria)	Lesiones indoloras en genitales , erupciones cutáneas, fiebre	
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana (virus)	Inicialmente síntomas similares a gripe, progresión a inmunodeficiencia	Antirretrovirales (tratamiento de por vida)
VPH	Virus del papiloma humano (virus)	Verrugas genitales, lesiones precancerosas	No tiene cura; se tratan las lesiones y se usan vacunas preventivas
Herpes genital	Virus herpes simplex tipo 1 y 2 (virus)	Ampollas o llagas dolorosas en genitales, fiebre	Antivirales (aciclovir, valaciclovir)
Tricomoniasis	Trichomonas vaginalis (parásito)	Secreción verde amarillenta, picazón, dolor al orinar	Antiparasitarios (metronidazol, tinidazol)
Candidiasis genital	Candida spp. (hongo)	Secreción blanca espesa, picazón, enrojecimiento	Antifúngicos tópicos u orales (clotrimazol, fluconazol)

Nota: Elaboración propia (2025

2.3 Marco Legal

La educación sexual integral (ESI) y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva se encuentran respaldados por una sólida estructura legal internacional que considera estos derechos como fundamentales para el desarrollo humano, la equidad de género y la salud pública.

Uno de los documentos más importantes a nivel global es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que en su artículo 26 reconoce el derecho de toda persona a la educación, la cual debe orientarse al pleno desarrollo de la personalidad humana. Aunque no menciona explícitamente la educación sexual, este principio ha sido interpretado como base para el desarrollo de capacidades humanas, incluida la comprensión de la sexualidad como parte integral del ser.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) va más allá al exigir a los Estados que adopten medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en el acceso a la atención médica, incluyendo los servicios de planificación familiar, educación sobre salud sexual y reproductiva, y acceso a la información (Naciones Unidas, 1979, art. 12).

Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989) reconoce el derecho de los niños y adolescentes a recibir información adecuada que contribuya a su salud y bienestar, lo que abarca contenidos relacionados con la sexualidad, la reproducción y la prevención de riesgos (Naciones Unidas, 1989, art. 24 y 28).

Un hito trascendental en materia de salud reproductiva fue la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), donde se estableció por primera vez de forma explícita que la salud sexual y reproductiva forma parte de los derechos humanos. Se destacó la importancia de proporcionar información y servicios adecuados a

adolescentes y jóvenes, con el fin de permitirles tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad (Naciones Unidas, 1995).

La Plataforma de Acción de Beijing (1995) reforzó estos postulados, subrayando que la igualdad de género no puede lograrse sin garantizar el acceso a una educación sexual que permita prevenir la violencia de género, el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual y otras formas de discriminación basadas en la sexualidad (ONU Mujeres, 1996).

Más recientemente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por 193 países en 2015, incluyendo Panamá, estableció una hoja de ruta clara para la integración de estos derechos en las políticas públicas. El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, centrado en la salud y el bienestar, incluye la meta 3.7, que busca asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación. Por su parte, el ODS 4 plantea como meta 4.7 garantizar que todos los alumnos adquieran los conocimientos necesarios para promover el desarrollo sostenible, incluyendo la igualdad de género y los derechos humanos, lo que abarca la educación sexual integral (Naciones Unidas, 2015).

Organismos como UNESCO, OMS, UNICEF y UNFPA han desarrollado desde 2009 las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad, que recomiendan a los Estados implementar programas de educación sexual científica, gradual y adaptada a cada grupo etario, como un componente esencial para el cumplimiento de los derechos humanos y la salud pública (UNESCO, 2018).

La Convención de Belém do Pará, también conocida como la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, fue firmada en 1994 en Belém do Pará,

Brasil. Es un tratado internacional importante que busca proteger los derechos humanos de las mujeres en la región de América Latina y el Caribe, abordando la violencia de género y promoviendo la igualdad.

Aspectos clave de la Convención de Belém do Pará:

- Reconoce el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia.
- Establece medidas para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra las mujeres.
- Promueve la igualdad de género y el respeto a los derechos de las mujeres en todos los ámbitos.
- Obliga a los países firmantes a adoptar leyes, políticas y acciones concretas para garantizar estos derechos.

Contexto histórico:

- Firmada el 9 de junio de 1994.
- Es un instrumento regional, pero ha sido influyente en la legislación internacional.
- Brasil fue uno de los países signatarios, y la convención ha sido fundamental en el avance de políticas de igualdad y protección de la mujer en la región.

Contenido y alcance de la Convención:

- **Principios básicos:** Reconoce que toda forma de violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y de la dignidad de la mujer.

- **Medidas de protección:** Los países firmantes deben adoptar medidas inmediatas y eficaces para prevenir y sancionar la violencia.
- **Formas de violencia:** Incluye la violencia física, sexual, psicológica, económica y toda forma de violencia basada en la vulnerabilidad y discriminación de género.
- **Responsabilidad del Estado:** Los estados deben legislar, investigar y sancionar las violaciones, además de ofrecer protección y asistencia a las víctimas.
- **Educación y sensibilización:** Promueve campañas de concientización para cambiar patrones culturales que perpetúan la violencia contra las mujeres.
- **Participación de la sociedad:** Fomenta la participación activa de la sociedad civil, instituciones públicas y organizaciones internacionales.

Impacto en Brasil:

- **Legislación:** La adhesión a la convención llevó a la creación de leyes nacionales contra la violencia de género, como la Ley Maria da Penha (Ley Nº 11.340/2006), que protege a las mujeres de la violencia doméstica y familiar.
- **Políticas públicas:** Se reforzaron programas y servicios de atención a mujeres víctimas, incluyendo refugios, asesoría legal y apoyo psicológico.

  Instancias de coordinación: Se crearon comités y órganos especializados en el combate a la violencia de género.

- La **Declaración Universal de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes** es un documento que recoge los **principios fundamentales** para garantizar que todas

las personas menores de 18 años vivan con dignidad, protección y oportunidades para desarrollarse plenamente.

- Aunque el texto más reconocido internacionalmente es la **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)**, aprobada por la **Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989**, sus raíces están en la **Declaración de los Derechos del Niño de 1959**.

- **Principios esenciales** Y Fundamentales:

- **Igualdad y no discriminación:**

  Todos los niños y niñas tienen los mismos derechos sin distinción de raza, religión, idioma, género o condición social.

- **Derecho a la vida y al desarrollo:**

  Todo niño tiene derecho a la vida, a crecer sano, a recibir educación, atención médica y amor.

- **Derecho a un nombre y una nacionalidad:**

  Desde su nacimiento, cada niño debe ser registrado y tener una identidad legal.

- **Derecho a la educación:**

  La educación debe ser gratuita y obligatoria en los niveles básicos, orientada al desarrollo integral del niño.

- **Derecho a la salud:**

  Todo niño tiene derecho a recibir atención médica, nutrición adecuada y servicios que garanticen su bienestar físico y mental.

- **Derecho a la protección:**

  Los niños deben estar protegidos contra el maltrato, la explotación, el trabajo infantil y cualquier forma de violencia.

- **Derecho a vivir en familia:**

  El niño tiene derecho a crecer en un ambiente familiar de afecto y seguridad.

- **Derecho a expresar su opinión:**

  Los niños y adolescentes tienen derecho a expresar sus ideas libremente y a que se les escuche en los asuntos que les afecten.

- **Derecho al juego y a la recreación:**

  El juego es esencial para el desarrollo físico, mental y emocional.

- **Derecho a un entorno seguro y pacífico:**

  Los niños deben vivir en un ambiente que fomente la paz, la comprensión y la tolerancia.

Fechas importantes

- **1924:** Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño (primer documento internacional).
- **1959:** Declaración de los Derechos del Niño (ONU).
- **1989:** Convención sobre los Derechos del Niño (ONU).
- **1990:** Entra en vigor la Convención.

En el ámbito nacional, la legislación panameña ha reconocido progresivamente algunos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, aunque todavía enfrenta grandes desafíos en cuanto a la inclusión de la educación sexual integral en los sistemas educativos de forma sistemática y obligatoria.

La Constitución Política de la República de Panamá (1972) establece en su artículo 91 que la educación es obligatoria en su primer nivel y gratuita en los establecimientos oficiales. En el artículo 109, declara que la salud es un derecho fundamental del individuo y una función esencial del Estado, reconociendo la obligación del gobierno de garantizar condiciones adecuadas para el acceso a la salud.

El marco legal panameño integra normas técnicas, leyes específicas, políticas públicas y tratados internacionales que reconocen el derecho de los adolescentes a recibir información, prevención, atención integral y orientación en materia de sexualidad. Estas disposiciones respaldan la implementación de programas educativos, sanitarios y sociales con enfoque en salud sexual y reproductiva.

- Ley General de Educación (Ley 47 de 1946, modificada por la Ley 34 de 1995 y la Ley 50 de 2015), que rige la estructura del sistema educativo panameño, no contempla explícitamente la educación sexual como parte obligatoria del currículo escolar, lo que deja a criterio de cada institución su implementación.

- Uno de los intentos más significativos de avanzar hacia una legislación específica fue el Proyecto de Ley 61 (2014), conocido como la “Ley de Educación Integral en Sexualidad”. Este proyecto buscaba establecer la obligatoriedad de una educación sexual científica, laica y con enfoque de derechos humanos en todos los niveles educativos. Sin embargo, el proyecto fue vetado por el Órgano Ejecutivo y finalmente archivado por la Asamblea Nacional, debido a la presión de sectores religiosos y grupos conservadores.

A pesar de la falta de un marco normativo robusto, diversas instituciones de educación superior, como la Universidad de Panamá y otras universidades privadas, han desarrollado iniciativas internas para abordar la educación sexual en sus programas de bienestar estudiantil, especialmente en carreras del área de la salud. Estas acciones, aunque dispersas, reflejan una creciente conciencia sobre la importancia de la EIS en el contexto universitario.

Asimismo, el hecho de que Panamá haya ratificado tratados internacionales como la CEDAW y la CDN, y se haya comprometido con la Agenda 2030, implica una obligación legal y ética del Estado de avanzar en políticas que garanticen el acceso universal a la educación sexual y a servicios de salud sexual y reproductiva, en cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos.

Programas de Sexualidad en Adolescentes en Panamá

El presente marco legal compila las principales normas panameñas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en adolescentes, incluyendo lineamientos de prevención, orientación y atención. Su análisis permite establecer el marco jurídico que respalda programas y políticas públicas en este ámbito.

Normas técnicas y programas sectoriales

El Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) aprobó las Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes (2006), donde se establece la atención integral de adolescentes con un componente de salud sexual y reproductiva, con principios de confidencialidad, igualdad de género y participación juvenil (MINSA, 2006). Asimismo, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva coordina acciones

intersectoriales para reducir embarazos adolescentes y promover servicios amigables (MINSA, 2020).

Leyes específicas

La Ley 29 de 2002 garantiza la atención integral a la adolescente embarazada, incluyendo servicios de salud, orientación psicológica, social y legal, y el derecho a continuar sus estudios (Asamblea Nacional, 2002). Posteriormente, la Ley 60 de 2016 modificó la Ley 29 para fortalecer la prevención del embarazo adolescente y crear mecanismos interinstitucionales como el Consejo Nacional para la Atención de la Madre Adolescente (Asamblea Nacional, 2016). Más recientemente, la Ley 285 de 2022 establece principios para la protección integral de la niñez y adolescencia, incorporando el acceso a la salud sexual y reproductiva (Asamblea Nacional, 2022).

Políticas públicas y lineamientos educativos

El Ministerio de Educación (MEDUCA) ha desarrollado políticas públicas de educación en sexualidad dirigidas a adolescentes y jóvenes, con el fin de prevenir embarazos precoces y promover la salud sexual (MEDUCA, 2018). Estas se articulan con la Política Pública de Juventud (2004), que orienta acciones intersectoriales en favor de los derechos de los adolescentes (Gobierno de Panamá, 2004).

Protección frente a explotación y violencia sexual

Panamá cuenta con normativas penales que tipifican la explotación sexual comercial de menores como delito, y establece la obligación estatal de garantizar mecanismos de prevención y atención (CSS & MINSA, 2009). De igual forma, se reconocen los compromisos internacionales ratificados por el país, como la Convención sobre los Derechos del Niño, que constituyen base normativa para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes (ONU, 1989).

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo estudio: Estudio Descriptivo con enfoque Mixto de corte transversal.

De acuerdo con la naturaleza del estudio se ubica en un enfoque mixto, ya que este representa la aplicación de procesos sistemáticos y críticos que aplican la recolección y el análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, para posteriormente realizar el análisis conjunto alcanzar un mayor entendimiento de la situación estudiada. Chen (2006) citado por Sampieri, se aplicará un diseño explicativo secuencial, lo que implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos, seguido de la recopilación y el análisis de datos cualitativos.

En este caso, la investigación contará con cuestionario de conocimientos validado por expertos que se aplicó como pre y post test. Se realizó taller con grupo focal donde se llevó a cabo la evaluación del programa a partir de percepciones, experiencias y opiniones en torno al tema y la estrategia educativa. La combinación de estos métodos posibilita una aproximación holística, brindando una visión más completa de la problemática y facilitando la formulación de estrategias de intervención efectivas como validación del programa diseñado.

3.2. Unidades de análisis

3.2.1. Población

Población: Estudiantes de primer ingreso (128) de la licenciatura de Radiología e imágenes diagnósticas del segundo Cuatrimestre de 2025.

3.2.2 Muestra: 97 Estudiantes de primer ingreso de la licenciatura de Radiología e imágenes diagnósticas del segundo Cuatrimestre de 2025 que deseen participar de manera voluntaria.

Formula:

Parámetro	Valor
	128
N	128
Z	1,96 (distribución normal)
p	0,5%
q	0,5%
e	0,05 (5%)

$$n = \frac{N * Z_\alpha^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z_\alpha^2 * p * q}$$

Calculo Muestral:

128 x 1,962 x 0.5 x 0.5 / 0.052 x (128-1) + 1,962 x 0.5 x 0.5 = 97 n:97

Muestreo: por conveniencia.

3.2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

- Criterios de selección:
  - Estudiantes de primer ingreso de la Licenciatura de Radiología de la Universidad Santander mayores de 18 años.
  - Estudiantes que acepten participar de la investigación y que firme el consentimiento informado.
  - Estudiantes del turno matutino y nocturno.
- Criterios de exclusión:

- Estudiantes que presenten alguna discapacidad que les impida participar de la investigación.
- Estudiantes que estén cursado asignaturas de semestres superiores por reingreso o equivalencias.
- Deserción académica durante el cuatrimestre.

3.3. Variables.

En la investigación, las variables se clasifican en dependientes e independientes según su función en el estudio. A partir del documento analizado, se pueden identificar las siguientes**:**

Variables socio demográficas: Edad comprendida entre 18 años a más de 33 años.

Género: Femenino y masculino.

Procedencia: Todas las provincias de Panamá y países del Extranjero.

Variable independiente:

- Programa educativo de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.
    - Esta es la variable manipulada por los investigadores, ya que se diseña, implementa y evalúa su impacto en los estudiantes.

Variables dependientes:

- Nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva
    - Depende de la implementación del programa educativo y se mide a través de encuestas y entrevistas.
- Actitudes hacia la salud sexual y reproductiva

- Incluye la percepción del riesgo y la predisposición a adoptar comportamientos seguros tras la intervención.

- Prácticas en salud sexual y reproductiva
  - Se refiere a la aplicación de conocimientos adquiridos, como el uso de métodos anticonceptivos y la búsqueda de atención médica preventiva.

Tabla 2

Variables

Variable	Dimensión	Conceptualización	Indicadores	Instrumento
Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.	Conocimiento teórico	Se refiere al grado de información que los individuos poseen sobre temas clave en salud sexual y reproductiva, tales como métodos anticonceptivos, ITS y derechos reproductivos (Ali & Habib, 2021).	- Temas abordados en educación sexual previa	Cuestionario Grupo focal
	Fuentes de información	Describa los canales utilizados por los individuos para adquirir información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo fuentes formales e informales.	- Fuentes de información primaria (educación formal, medios de comunicación, internet)	Cuestionario
Actitudes hacia la salud sexual y reproductiva	Percepción de riesgos	Incluye la evaluación subjetiva que los individuos hacen sobre los riesgos asociados a comportamientos sexuales, así como su disposición a adoptar conductas preventivas.	- Identificación de riesgos asociados a prácticas sexuales inseguras	Cuestionario

		(Rodríguez et al., 2022).		
	Apreciación de la prevención	Evalúa la disposición y actitud de los individuos hacia el uso de métodos preventivos, como anticonceptivos, y la toma de decisiones saludables en su vida sexual.	- Conocimiento y aplicación de métodos preventivos (anticonceptivos, pruebas de ITS)	Cuestionario Grupo focal
Prácticas en salud sexual y reproductiva	Conductas preventivas	Examina las acciones concretas que los individuos realizan para prevenir riesgos relacionados con la salud sexual, como el uso de anticonceptivos, las pruebas de ITS y el control ginecológico/urológico (Johnson et al., 2021).	- Uso de conservantes, pruebas de ITS, control ginecológico/urológico	Cuestionario
	Acceso a recursos de salud	Analice la disponibilidad y el contacto de los individuos con servicios médicos y programas educativos relacionados con la salud sexual y reproductiva.	- Contacto con servicios médicos, programas educativos o intervenciones comunitarias.	Cuestionario

Nota: Elaboración propia (2025)

3.4. Consideraciones éticas

La investigación cumple con los principios éticos de acuerdo con los reglamentos internacionales requeridos de toda investigación que involucra sujetos humanos: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964, 2013), Belmont Report

(1979), Pautas éticas CIOMS (2016) y, la Guía Tripartita para las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de la ICH (1996), la Ley 81 del 2019 de protección de datos personales., la Ley 84 del 2019, de investigación en salud, Ley 68/2003 de deberes y derechos de los pacientes y su Reglamentación, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).

Ante todo, se consideró el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad social y personal.

Las actividades estarán dirigidas a velar por el bienestar de los sujetos, evitando cualquier acción que pueda resultar en un perjuicio o daño. Los estándares establecidos sobre los cuales se fundamenta esta propuesta aseguran que los investigadores sean objetivos y honestos y no cometan prácticas como plagio y falsificación de datos.

Se respetó la autonomía de los participantes para abandonar el proyecto cuando ellos estimen sea conveniente. Se respetará la confidencialidad de los participantes asignándoles un código a cada uno. No se divulgarán sus datos personales.

El consentimiento informado se realizó para explicar detalladamente en qué consiste el proyecto y permite que el participante conozca en un lenguaje sencillo, el alcance de su participación en la investigación y autorice la misma, consciente de que puede retirarse en cualquier momento, sin que esto constituya un incumplimiento.

De igual manera, No hubo necesidad de referir a algún participante con un especialista idóneo de la salud mental, no se detectó algún riesgo durante el curso de la evaluación.

Igualmente, la normativa actual exige que las investigaciones con humanos sean aprobadas por un Comité de Bioética para su ejecución, por lo que el Protocolo de la investigación se presentó a consideración al Comité de Bioética en la Investigación de la Universidad Santander.

Los datos recogidos con las encuestas serán resguardados por un periodo de 5 años para luego ser destruidos (en el caso de encuestas online, serán guardados en un documento encriptado o memoria accesible solo por el investigador y/o asesor por 5 años para luego ser destruido)

De igual manera se declara que la participación fue voluntaria y sus derechos serán garantizados, toda vez que desde el inicio se les informará a los estudiantes que las respuestas serán confidenciales, previo al permiso institucional, se realizó una charla a la población con el propósito de presentar la investigación y sus fines, procesos inmersos, así como riesgos, beneficios u otros, y se les solicitara escanear un código QR que les permitió acceder al cuestionario de salud sexual y reproductiva de manera voluntaria, en su primera parte se hallará el consentimiento informado, requisito necesario por las implicaciones del tema. Y seguido de esto, podían aceptar o no el contestar las preguntas del instrumento para este estudio. Se asumirá el respeto y el resguardo de los participantes, así como su integridad social y personal, sin desencadenar perjuicio o daño.

Los referentes definidos de soporte de esta propuesta garantizan que los investigadores sean imparciales y sinceros, evitándose plagio o falsificación de datos para no sesgar la evaluación del material educativo producido; finalmente cabe resaltar que se protegerá la intimidad de los participantes, dándole a cada uno un código para poder comparar resultados al finalizar el taller. No se difundirán sus datos personales, ni los resultados. Se contó con experto en salud mental, para que acompañaran al participante durante el curso de su evaluación, con miras de superar cualquier proceso de riesgo.

3.5 Procedimiento:

Se contó con el aval institucional otorgado por la Vicerrectoría Académica, quien otorgará el listado de estudiantes de primer ingreso de la licenciatura de Radiología e imágenes diagnósticas de la Universidad Santander y permitió desarrollar el cuestionario previamente, el taller, la evaluación del nivel de conocimientos adquiridos y el desarrollo del grupo focal.

Fase 1: Identificar los conocimientos previos al taller:

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento que presentan los estudiantes del primer ingreso a Radiología, acerca de Promoción y Prevención, Salud sexual y Reproductiva, en el 2025 -I de la Universidad Santander, por medio de un pre test.

Acciones:

Proveer toda la información requerida a los estudiantes, así como dejar claro el carácter voluntario de este estudio y la autonomía de los estudiantes para abandonar cuando lo consideren pertinente.

Resguardar la confidencialidad en el tratamiento de los datos proporcionados por los estudiantes en los instrumentos utilizados, mediante la asignación de códigos a los mismos.

Referir participantes con un especialista idóneo de la salud mental en el caso de que él lo solicite o se detecte algún riesgo durante el curso de la evaluación.

Realizar un análisis de los conocimientos previos de los participantes sobre el tema.

Resultados esperados: identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes en materia de salud sexual y reproductiva.

Fase 2: Diseñar Estrategias y Metodología educativa

Objetivo: Diseñar las estrategias del programa educativo sobre la Promoción y Prevención, Salud sexual y Reproductiva para los estudiantes del primer ingreso de Radiología del 2025 - I de la Universidad Santander.

Acciones:

Diseñar módulos de formación centrados en corregir las deficiencias cognitivas sobre Salud Sexual y Reproductiva encontradas en la fase 1.

Desarrollar materiales didácticos, herramientas digitales y recursos que fomenten el aprendizaje colaborativo y autónomo.

Resultados esperados: Un programa que permita a los estudiantes entender los aspectos básicos de la Salud Sexual y Reproductiva.

Fase 3: Identificar los conocimientos posteriores al taller

Planificar la aplicación del cuestionario por segunda vez, posterior al taller de los módulos diseñados para medir el progreso y la comprensión del contenido.

Fase 4: Evaluar el programa.

Evaluar el éxito del programa mediante indicadores como la satisfacción estudiantil, la adquisición de conocimientos.

Establecer mecanismos de retroalimentación continua, tanto de estudiantes como de expertos en el área, para ajustar el contenido y los métodos según sea necesario.

Resultados esperados: La implementación exitosa del programa, con estudiantes capacitados para aplicar lo aprendido en su vida diaria.

Este diseño en cuatro fases proporciona una estructura sólida para el desarrollo de un programa educativo que no solo informe, sino que también forme a los estudiantes en Salud Sexual y Reproductiva.

Se desarrolló la metodología mixta, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos, que al analizarlos de manera conjunta dieron como elemento de fusión de resultados, el elaborar un programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes.

3.6 Métodos para la Recolección de Datos

Para la obtención de datos que deben soportar la investigación se empleó un instrumento que permitirá alcanzar datos de la realidad, para sustentar el conocimiento, conforme a los aspectos medulares que requieren matizarse dentro de una relación de elementos que de manera integral condensan el estudio.

A partir del aval institucional, se llevaron a cabo sesiones con el objeto de explicar el estudio y presentarles el Código QR que estará en un lugar visible para los estudiantes, con el fin de que, puedan participar de manera voluntaria y sin ser identificados.

Se dispuso la encuesta de forma Virtual, la cual inicia con el consentimiento informado y podrá responderla quien desee participar de manera voluntaria. Dentro de este orden se comprende que el uso del mencionado instrumento permite captar las evidencias de la realidad para soportar la investigación.

Se diseñó una base datos en Excel. Los datos fueron custodiados por los investigadores. Posteriormente, el análisis se hizo utilizando el software Excel. De esta manera, con el uso efectivo de los recursos tecnológicos se podrá intervenir en la fijación de datos que de forma concursal permitan complementar el producto investigativo.

El análisis estadístico que se llevó a cabo consta de un análisis descriptivo de las variables. Para verificar la visualización y comparación de los datos se expresan gráficamente aquellos datos que de manera apropiada reflejan y resaltan los aspectos a considerar.

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.RESULTADOS

4.1 Análisis de los Resultados

El estudio evaluó el impacto de una docencia sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes, comparando conocimientos antes y después de la intervención. Tras la docencia, se observaron mejoras relevantes: aumento en la comprensión integral de la fecundación y fertilidad femenina, mayor seguridad y conocimiento sobre métodos anticonceptivos y síndrome pre menstrual, y mejor identificación de signos y pruebas de embarazo. Asimismo, se fortaleció el conocimiento sobre ETS, vacunación contra el VPH, consultas médicas rutinarias y la corresponsabilidad de hombres en la salud sexual.

Estos resultados evidencian que la docencia promovió un aprendizaje más preciso y consciente, fortaleciendo la prevención de riesgos, la toma de decisiones informada y una educación sexual inclusiva y responsable, con un enfoque integral que abarca aspectos biológicos, preventivos y sociales.

4.1.1 Características Demográficas

Tabla 3

Porcentaje de estudiantes que hicieron el test por primera y segunda vez

Respuesta	ANTES	DESPUÉS	Porcentaje de estudiantes que hicieron el test por segunda vez
Sí	108	82	76%

Nota: Elaboración propia

La población que participó en la prueba comparativa estuvo conformada por estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad Santander. Del total de encuestados en la primera aplicación del cuestionario, el 76% volvió a responderlo en la segunda medición, lo que permitió realizar un análisis comparativo confiable de los resultados antes y después de la docencia impartida.

En cuanto a la distribución por edad, se identificó que la mayoría de los participantes, un 82%, se encontraba en el rango de 18 a 22 años, seguido de un 10% entre 23 y 27 años, un 4% entre 28 y 32 años, y un 6% que superaba los 33 años.

Esto refleja que la muestra está compuesta en gran medida por jóvenes adultos en etapa inicial de su formación universitaria.

Respecto a la procedencia geográfica, el 90% de los estudiantes pertenecía a las provincias de Panamá, Colón y Panamá Oeste, con una representación del 40%, 34% y 15% respectivamente.

El 10% restante provino de otras provincias del país, lo que evidencia una participación minoritaria pero representativa de otras regiones.

Edad (años)

Tabla 4

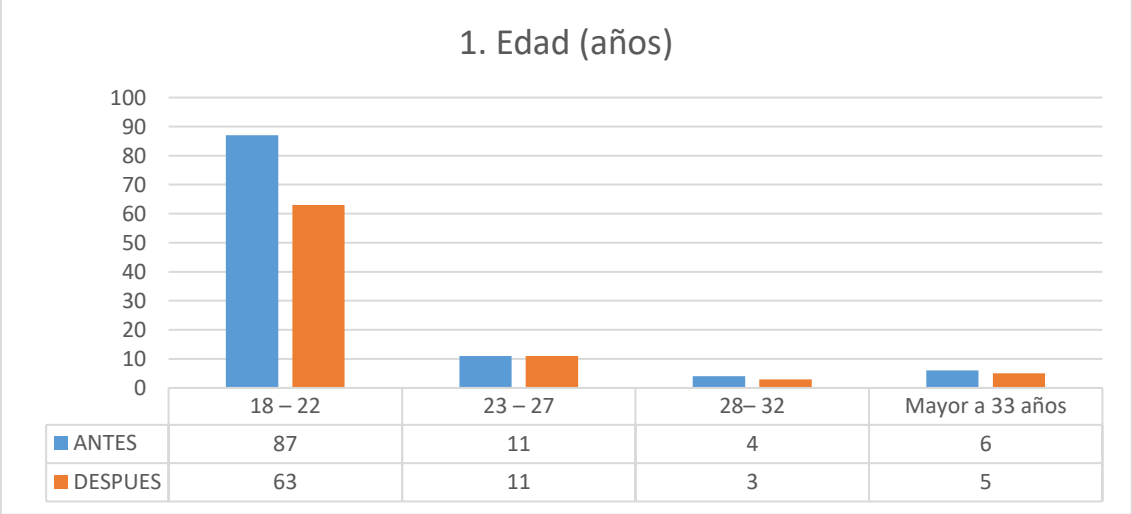
Edad (años)

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
18 – 22	87	63
23 – 27	11	11
28– 32	4	3
Mayor a 33 años	6	5

Nota: Elaboración propia

Figura 1

Edad (años)



Nota: Elaboración propia

En la categoría de edad, la mayor proporción de participantes correspondió al rango de 18 a 22 años, con 87 estudiantes antes y 63 después, lo que representa una participación del 72% en la segunda aplicación y una distribución demográfica del 81% sobre el total.

El grupo de 23 a 27 años mantuvo la totalidad de sus participantes, con 11 estudiantes en ambos momentos, alcanzando una participación del 100% y representando el 10% de la distribución demográfica.

Por su parte, el rango de 28 a 32 años estuvo conformado por 4 estudiantes antes y 3 después, equivalente a una participación del 75% y una representación del 4% de la muestra total.
Finalmente, los estudiantes mayores de 33 años pasaron de 6 antes a 5 después, con una participación del 83% y un peso relativo del 6% dentro de la distribución demográfica.
En conjunto, los resultados muestran que, principalmente, está integrado por jóvenes de 18 a 22 años, quienes constituyen el grupo predominante de la población universitaria de nuevo ingreso, aunque también se evidencia la participación constante de personas de mayor edad, lo que aporta diversidad al perfil de estudiantes.

Procedencia: Provincia o Comarca

Tabla 5

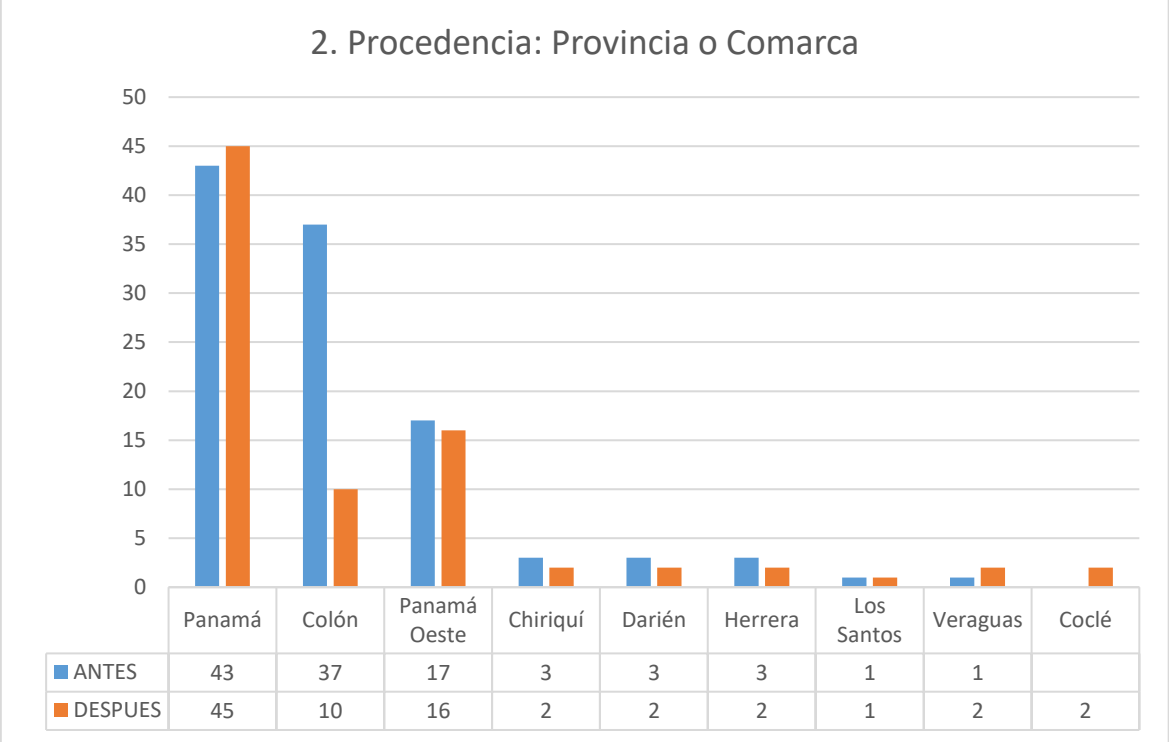
Procedencia: Provincia o Comarca

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
Panamá	43	45
Colón	37	10
Panamá Oeste	17	16
Chiriquí	3	2
Darién	3	2
Herrera	3	2
Los Santos	1	1
Veraguas	1	2
Coclé		2
	108	**82**

Nota: Elaboración propia

Figura 2

Procedencia: Provincia o Comarca



Nota: Elaboración propia

En cuanto a la procedencia geográfica, se observó que la mayoría de los participantes provenían de las provincias de Panamá, Colón y Panamá Oeste, las cuales en conjunto concentraron el 90% de la distribución demográfica.

La provincia de Panamá tuvo la mayor representación, con 43 estudiantes antes y 45 después, lo que significó una variación positiva en la participación (105%) y un 40% de la distribución total. En Colón, se registraron 37 estudiantes antes y solo 10 después, lo que refleja una disminución considerable en la participación (27%) aunque mantuvo un peso importante en la muestra (34%). Por su parte, Panamá Oeste pasó de 17 antes a 16 después, con una participación del 94% y un aporte del 16% de la distribución demográfica.

En las demás provincias, la participación fue minoritaria pero significativa: Chiriquí, Darién y Herrera registraron cada 3 estudiante antes y 2 después, lo que equivale a un 67% de participación y un 3% de representación individual en la muestra. En Los Santos, la participación se mantuvo constante con 1 estudiante antes y después (100% de participación, 1% de la distribución). En el caso de Veraguas, se observó un incremento, pasando de 1 antes a 2 después (200% de participación, 1% de representación). Finalmente, Coclé no tuvo registro en la primera aplicación, pero contó con 2 estudiantes después, incorporándose a la distribución de la muestra.

En síntesis, aunque la población estudiantil se concentra mayoritariamente en Panamá, Colón y Panamá Oeste, los datos evidencian la participación de diversas provincias del país, lo que aporta heterogeneidad y representatividad territorial a la muestra.

4.1.2 Conocimiento sobre su propio desarrollo

Tabla 6

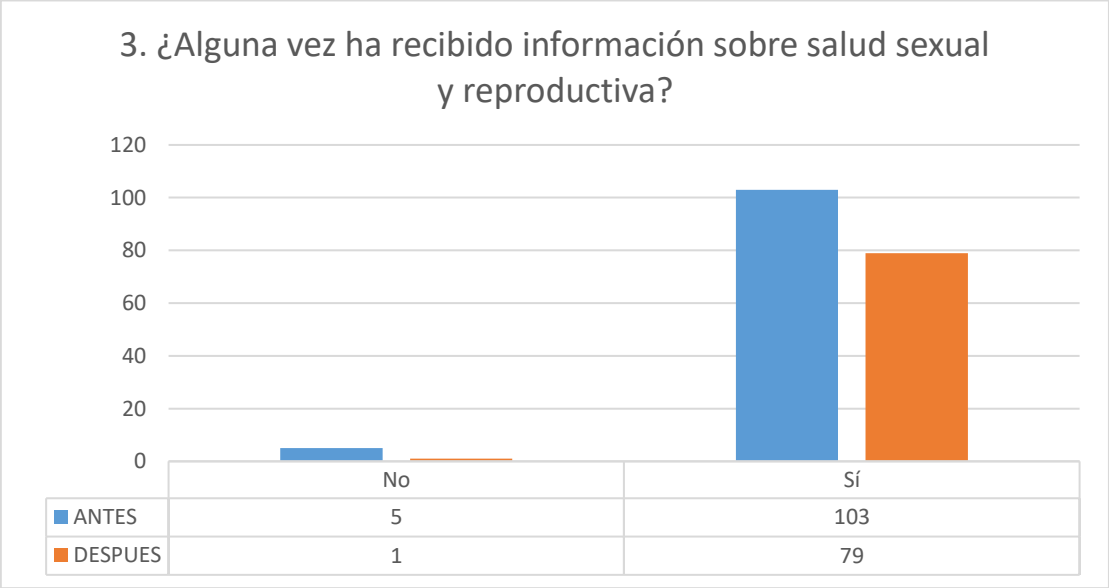
¿Alguna vez ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
No	5	1
Sí	103	79
	108	80

Nota: Elaboración propia

Figura 3

¿Alguna vez ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?



Nota: Elaboración propia

En relación con la experiencia previa en temas de salud sexual y reproductiva, la gran mayoría de los participantes señaló haber recibido algún tipo de información al respecto. En la primera aplicación del cuestionario, el 95% respondió afirmativamente (103 estudiantes), mientras que solo el 5% indicó no haber recibido información (5 estudiantes).

En la segunda aplicación, se mantuvo la tendencia, con un ligero incremento en la proporción de quienes respondieron afirmativamente (99%, equivalente a 79 estudiantes), y una disminución en el grupo que señaló no haber recibido información, que pasó del 5% al 1% (1 estudiante).

Estos resultados reflejan que la población participante cuenta en su mayoría con antecedentes informativos en el tema, lo que constituye una base sólida para la docencia recibida. Además, el incremento observado en la segunda medición sugiere que el proceso formativo contribuyó a reforzar la percepción de haber accedido a información sobre salud sexual y reproductiva.

Tabla 7

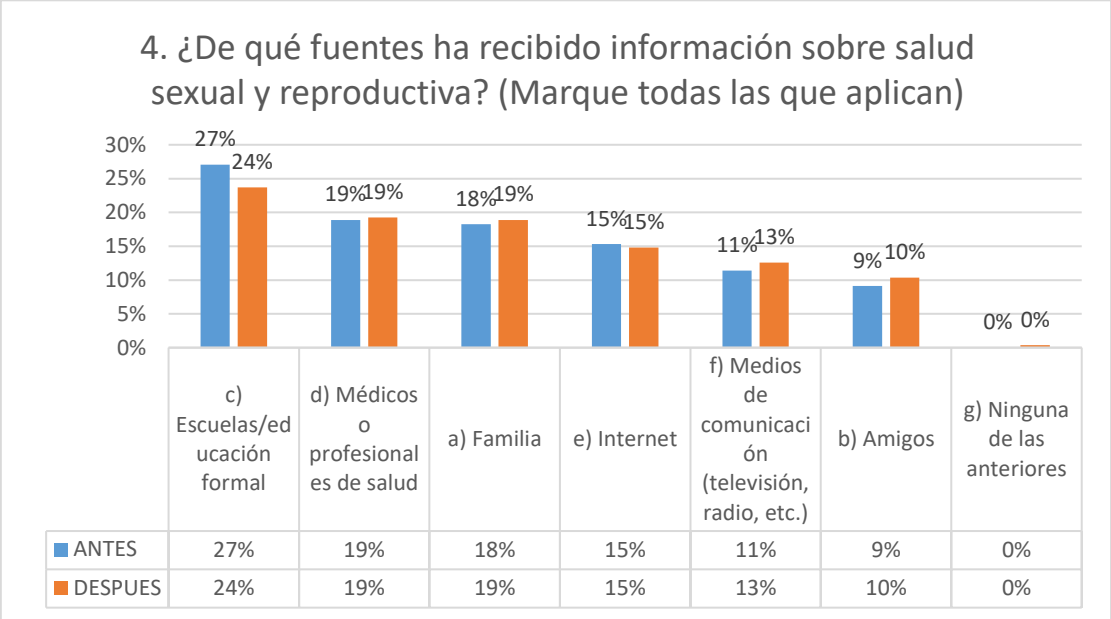
¿De qué fuentes ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva? (Marque todas las que aplican)

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
c) Escuelas/educación formal	83	64
d) Médicos o profesionales de salud	58	52
a) Familia	56	51
e) Internet	47	40
f) Medios de comunicación (televisión, radio, etc.)	35	34
b) Amigos	28	28
g) Ninguna de las anteriores		1
	307	270

Nota: Elaboración propia

Figura 4

¿De qué fuentes ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva? (Marque todas las que aplican)



Nota: Elaboración propia

En cuanto a las fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva, los participantes señalaron múltiples opciones, reflejando la diversidad de canales por los que acceden a este tipo de contenidos.

La escuela o educación formal fue la fuente más mencionada, con 83 selecciones en la primera aplicación y 64 en la segunda, representando el 27% y 24% respectivamente. En segundo lugar, se ubicaron los médicos o profesionales de salud, con 58 menciones antes y 52 después, manteniéndose en el 19% de la distribución en ambas mediciones. La familia también constituyó un canal relevante, pasando de 56 selecciones antes a 51 después, lo que equivale a un incremento proporcional en su peso relativo (de 18% a 19%).

El internet ocupó la cuarta posición, con 47 selecciones antes y 40 después, manteniéndose en un 15% de participación en ambos momentos. Los medios de comunicación tradicionales (televisión, radio, etc.) registraron 35 menciones antes y 34 después, lo que refleja un ligero aumento en su proporción (de 11% a 13%). Los amigos, por su parte, se mantuvieron estables con 28 menciones en ambas aplicaciones, representando entre el 9% y 10% de las selecciones.

Finalmente, solo un estudiante seleccionó la opción "ninguna de las anteriores" en la primera aplicación, mientras que en la segunda no se reportaron respuestas en esta categoría.

En conjunto, los resultados muestran que la educación formal, el sector salud y la familia son las principales fuentes de información, mientras que internet y los medios de comunicación siguen cumpliendo un rol complementario. La estabilidad en las proporciones sugiere que los participantes mantienen sus principales referentes informativos, aunque la docencia impartida refuerza la percepción del acceso a fuentes formales y confiables.

Tabla 8

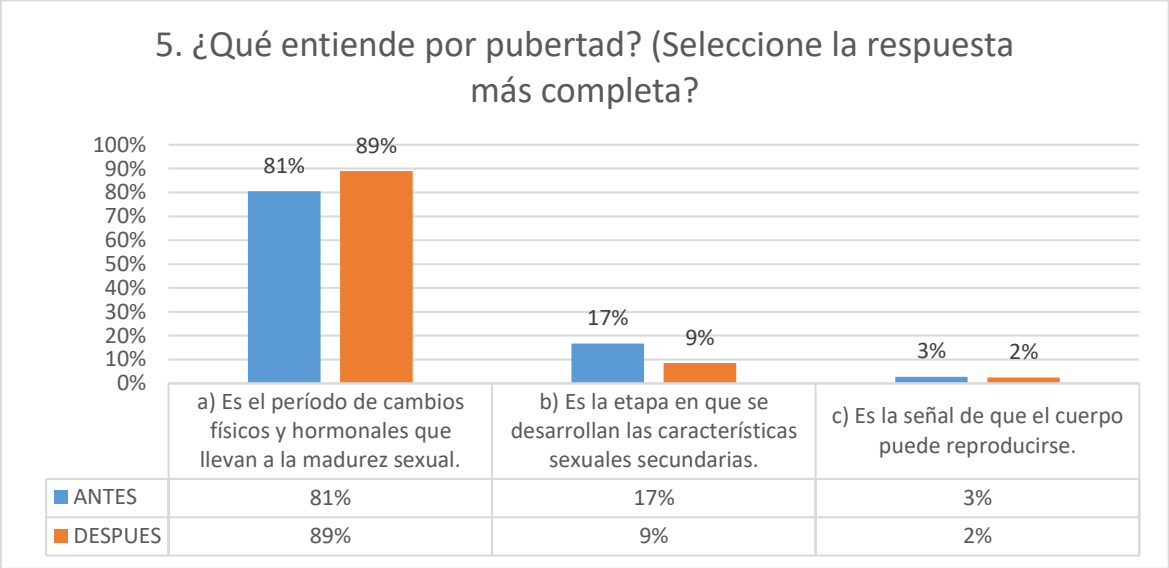
¿ Qué entiende por pubertad?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
c) Escuelas/educación formal	83	64
d) Médicos o profesionales de salud	58	52
a) Familia	56	51
e) Internet	47	40
f) Medios de comunicación (televisión, radio, etc.)	35	34
b) Amigos	28	28
g) Ninguna de las anteriores		1
	307	270

Nota: Elaboración propia

Figura 5

¿Qué entiende por pubertad?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre el concepto de pubertad, se observó una marcada preferencia por la respuesta considerada más completa y adecuada. En la primera aplicación, el 81% de los participantes (87 estudiantes) seleccionó la opción “Es el período de cambios físicos y hormonales que llevan a la madurez sexual”, mientras que en la segunda aplicación este porcentaje se incrementó al 89% (73 estudiantes), lo que refleja un mayor nivel de precisión en la comprensión del término tras la docencia recibida.

La opción “Es la etapa en que se desarrollan las características sexuales secundarias” fue elegida por el 17% antes (18 estudiantes) y se redujo al 9% después (7 estudiantes), lo que indica un desplazamiento hacia la respuesta más completa. Por su parte, la opción “Es la

señal de que el cuerpo puede reproducirse" mantuvo una representación mínima, con un 3% antes (3 estudiantes) y 2% después (2 estudiantes).

En conjunto, los resultados muestran que, aunque inicialmente la mayoría de los participantes tenía claridad sobre el concepto de pubertad, la docencia contribuyó a reforzar y afianzar el reconocimiento de la definición más integral, disminuyendo la selección de respuestas parciales o incompletas.

Tabla 9

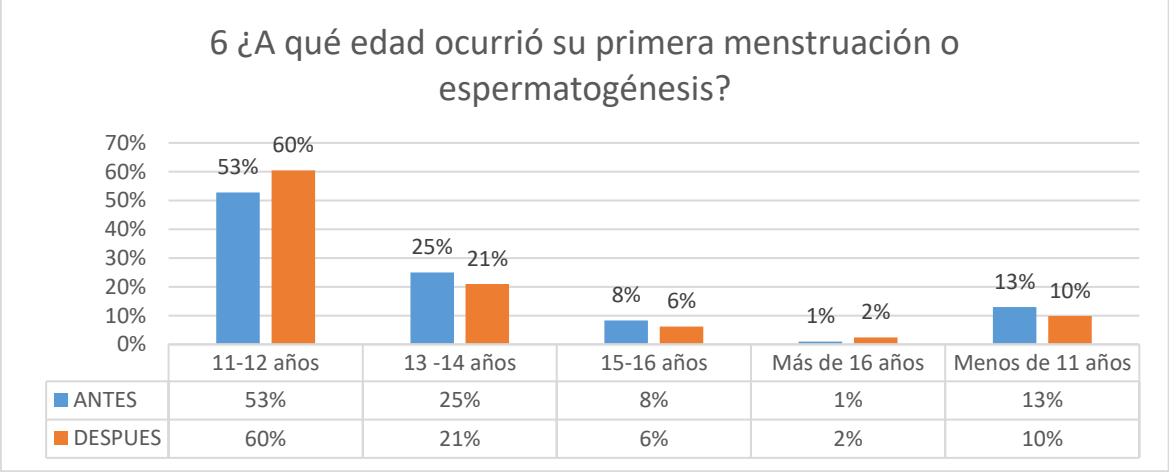
¿A qué edad ocurrió su primera menstruación o espermatogénesis?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
11-12 años	57	49
13 -14 años	27	17
15-16 años	9	5
Más de 16 años	1	2
Menos de 11 años	14	8
	108	81

Nota: Elaboración propia

Figura 6

¿A qué edad ocurrió su primera menstruación o espermatogénesis?



Nota: Elaboración propia

En relación con la edad de inicio de la menstruación o la espermatogénesis, los resultados evidencian que la mayoría de los estudiantes experimentó estos procesos entre los 11 y 12 años. En la primera aplicación, este grupo representó el 53% de los participantes (57 estudiantes), incrementándose al 60% en la segunda medición (49 estudiantes).

El segundo rango más frecuente fue el de 13 a 14 años, que pasó de un 25% (27 estudiantes) en la primera aplicación a un 21% (17 estudiantes) en la segunda. En menor proporción, la edad de 15 a 16 años fue reportada por el 8% antes (9 estudiantes) y el 6% después (5 estudiantes), mientras que los que indicaron haberla alcanzado después de los 16 años fueron solo un 1% antes (1 estudiante) y un 2% después (2 estudiantes).

Finalmente, un grupo minoritario señaló haber experimentado la menarquia o la espermatogénesis a edades menores de 11 años, representando el 13% en la primera aplicación (14 estudiantes) y el 10% en la segunda (8 estudiantes).

En general, los datos reflejan que el inicio de estos procesos biológicos ocurre mayoritariamente en edades tempranas, especialmente entre los 11 y 12 años, lo que coincide con los parámetros fisiológicos esperados y constituye la etapa más común de transición hacia la pubertad.

Tabla 10

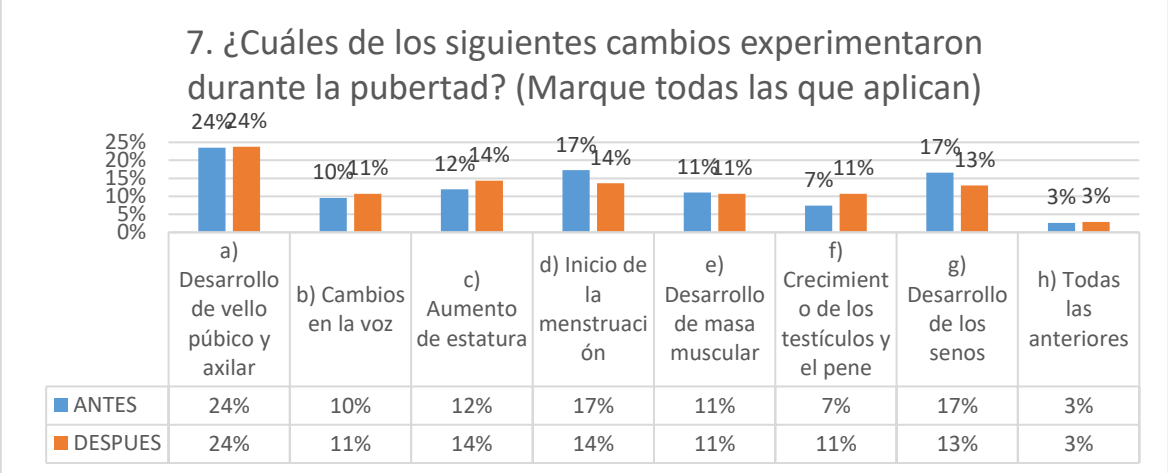
¿Cuáles de los siguientes cambios experimentaron durante la pubertad? (Marque todas las que aplican)

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
a) Desarrollo de vello púbico y axilar	98	73
b) Cambios en la voz	40	33
c) Aumento de estatura	50	44
d) Inicio de la menstruación	72	42
e) Desarrollo de masa muscular	46	33
f) Crecimiento de los testículos y el pene	31	33
g) Desarrollo de los senos	69	40
h) Todas las anteriores	11	9
	417	307

Nota: Elaboración propia

Figura 7

¿Cuáles de los siguientes cambios experimentaron durante la pubertad? (Marque todas las que aplican)



Nota: Elaboración propia

En cuanto a los cambios físicos observados durante la pubertad, los participantes reportaron diversas transformaciones, reflejando tanto la diversidad biológica como la percepción individual de estos procesos. La población tenía la posibilidad de seleccionar más de una opción, por lo que los resultados muestran la frecuencia de selección de cada cambio de manera independiente.

El desarrollo de vello púbico y axilar fue la opción más seleccionada, con 98 menciones antes de la docencia y 73 después, manteniéndose en un 24% del total de selecciones en ambas mediciones. Esto indica que, aunque disminuyó el número absoluto de respuestas, la proporción se mantuvo estable, evidenciando un reconocimiento consistente de este cambio durante la pubertad.

Respecto a los cambios en la voz, se registraron 40 menciones antes y 33 después, lo que representa un incremento porcentual del 10% al 11%. Estos datos sugieren que la docencia contribuyó a mejorar la identificación de este cambio característico de la pubertad masculina.

El aumento de estatura fue seleccionado por 50 participantes antes y 44 después, con un ligero incremento en la proporción relativa (de 12% a 14%). Esto refleja que, tras la intervención educativa, más estudiantes asociaron correctamente el crecimiento físico con los procesos puberales.

El inicio de la menstruación mostró una disminución de 72 selecciones antes a 42 después, con un porcentaje que pasó del 17% al 14%. Esta reducción indica una mayor precisión en la comprensión de los cambios específicos según el sexo biológico, evitando generalizaciones incorrectas.

El desarrollo de masa muscular fue seleccionado 46 veces antes y 33 después, manteniéndose en un 11% de participación. La estabilidad porcentual sugiere que la docencia ayudó a consolidar el conocimiento sobre los cambios corporales asociados a la pubertad.

En cuanto al crecimiento de los testículos y el pene, se observó un aumento de 31 a 33 selecciones, lo que incrementó la proporción de 7% a 11%. Esto evidencia un reconocimiento más claro de los cambios específicos masculinos tras la docencia recibida.

El desarrollo de los senos pasó de 69 menciones antes a 40 después, con una disminución porcentual del 17% al 13%, indicando que los estudiantes ajustaron su percepción diferenciando los cambios según el sexo biológico.

Finalmente, la opción “todas las anteriores” se mantuvo baja, con 11 selecciones antes y 9 después (3% en ambas mediciones), lo que refleja que pocos participantes consideran que todos los cambios ocurren en todos los individuos, lo cual coincide con la información científica.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia impartida contribuyó a un reconocimiento más preciso y diferenciado de los cambios durante la pubertad, destacando mejoras en la identificación de cambios masculinos y ajustes en la percepción de cambios femeninos, lo que favorece una comprensión más integral y acertada del desarrollo puberal.

Tabla 11

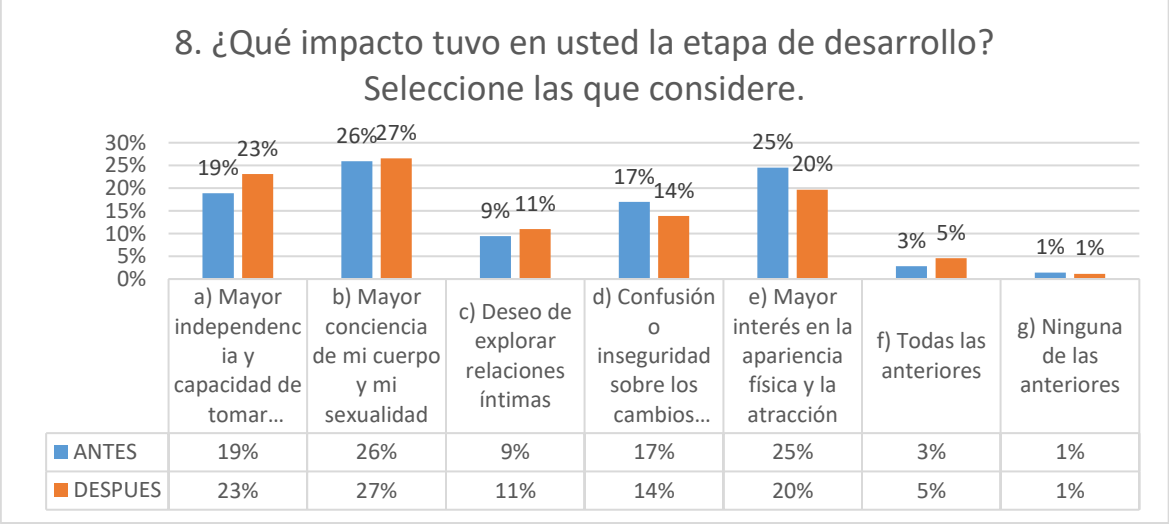
¿Qué impacto tuvo en usted la etapa de desarrollo? Seleccione las que considere

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
a) Mayor independencia y capacidad de tomar decisiones	40	40
b) Mayor conciencia de mi cuerpo y mi sexualidad	55	46
c) Deseo de explorar relaciones íntimas	20	19
d) Confusión o inseguridad sobre los cambios que estoy experimentando	36	24
e) Mayor interés en la apariencia física y la atracción	52	34
f) Todas las anteriores	6	8
g) Ninguna de las anteriores	3	2
	212	173

Nota: Elaboración propia

Figura 8

¿Qué impacto tuvo en usted la etapa de desarrollo? Seleccione las que considere



Nota: Elaboración propia

En relación con el impacto personal de la pubertad y los cambios asociados a la etapa de desarrollo, los participantes reportaron diversas experiencias emocionales, sociales y de

autopercepción. Los estudiantes tenían la posibilidad de seleccionar más de una opción, por lo que los resultados reflejan la frecuencia de cada impacto de manera independiente.

La opción “Mayor independencia y capacidad de tomar decisiones” se mantuvo constante en 40 selecciones antes y después, aunque el porcentaje aumentó de 19% a 23%, lo que indica que tras la docencia más participantes identificaron este cambio como parte de su desarrollo personal.

Respecto a “Mayor conciencia de mi cuerpo y mi sexualidad”, se registraron 55 menciones antes y 46 después, con un ligero incremento porcentual del 26% al 27%. Esto evidencia que la docencia reforzó el reconocimiento de la importancia de la conciencia corporal y sexual durante la pubertad.

El “Deseo de explorar relaciones íntimas” mostró una disminución absoluta mínima de 20 a 19 selecciones, pero el porcentaje aumentó del 9% al 11%, sugiriendo que más estudiantes comprendieron este impulso como un fenómeno natural de la etapa de desarrollo.

En cuanto a “Confusión o inseguridad sobre los cambios que estoy experimentando”, se observó una reducción de 36 a 24 selecciones, con un descenso porcentual del 17% al 14%. Esto indica que la docencia pudo haber contribuido a disminuir sentimientos de incertidumbre o malestar relacionados con los cambios puberales.

La opción “Mayor interés en la apariencia física y la atracción” pasó de 52 a 34 selecciones, con un descenso porcentual del 25% al 20%, reflejando un ajuste en la percepción sobre la importancia de la apariencia física en la etapa de desarrollo.

La categoría “Todas las anteriores” aumentó ligeramente, de 6 a 8 selecciones, lo que representó un cambio del 3% al 5%, evidenciando que algunos estudiantes reconocen la multiplicidad de impactos simultáneos durante la pubertad.

Por último, la opción “Ninguna de las anteriores” se mantuvo mínima, con 3 selecciones antes y 2 después (1% en ambas mediciones), mostrando que la gran mayoría de los participantes identificó al menos un impacto de la etapa de desarrollo.

En conjunto, los resultados reflejan que la docencia contribuyó a una mayor comprensión y reconocimiento de los impactos emocionales, sociales y personales de la pubertad, aumentando la conciencia sobre cambios positivos y reduciendo la confusión o inseguridad, lo que favorece un desarrollo más informado y saludable durante esta etapa de transición.

Tabla 12

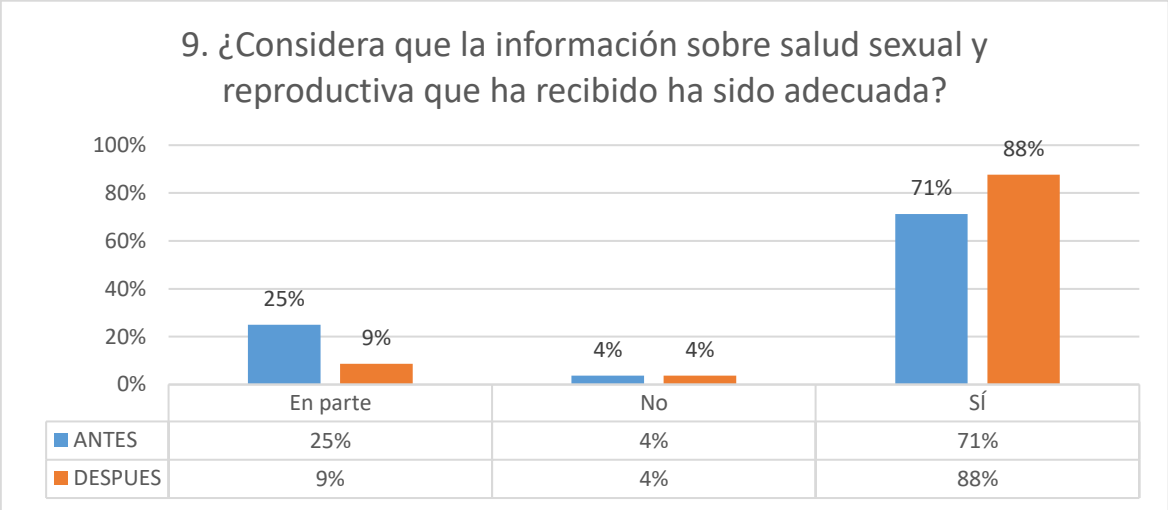
¿Considera que la información sobre salud sexual y reproductiva que ha recibido ha sido adecuada?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
En parte	27	7
No	4	3
SÍ	77	71
	108	81

Nota: Elaboración propia

Figura 9

¿Considera que la información sobre salud sexual y reproductiva que ha recibido ha sido adecuada?



Nota: Elaboración propia

Al indagar sobre la percepción de los estudiantes respecto a la información recibida sobre salud sexual y reproductiva, se evidenció un incremento significativo en la valoración positiva tras la docencia impartida. Los resultados muestran la distribución de respuestas antes y después de la intervención educativa.

La opción “En parte” registró una disminución de 27 selecciones en la primera aplicación a 7 en la segunda, pasando del 25% al 9%. Esto refleja que, tras la docencia, un menor número de estudiantes percibió la información como insuficiente o parcialmente adecuada, evidenciando una mejora en la comprensión y satisfacción con los contenidos recibidos.

La categoría “No” se mantuvo estable, con 4 selecciones antes y 3 después (4% en ambas mediciones), indicando que un pequeño grupo continuó considerando que la información no era suficiente, lo que puede señalar áreas específicas que requieren refuerzo.

Por su parte, la opción “Sí” mostró un aumento notable, pasando de 77 selecciones antes a 71 después, y elevando la proporción del 71% al 88%. Este incremento evidencia que la mayoría de los estudiantes consideró la información recibida como adecuada tras la intervención educativa, lo que sugiere un impacto positivo y eficaz de la docencia sobre la percepción de la calidad del contenido.

En conjunto, los resultados indican que la docencia en salud sexual y reproductiva mejoró significativamente la percepción de los estudiantes sobre la pertinencia y adecuación de la información recibida, reforzando la importancia de la educación formal en la consolidación de conocimientos precisos y confiables sobre temas de desarrollo, sexualidad y bienestar.

Tabla 13

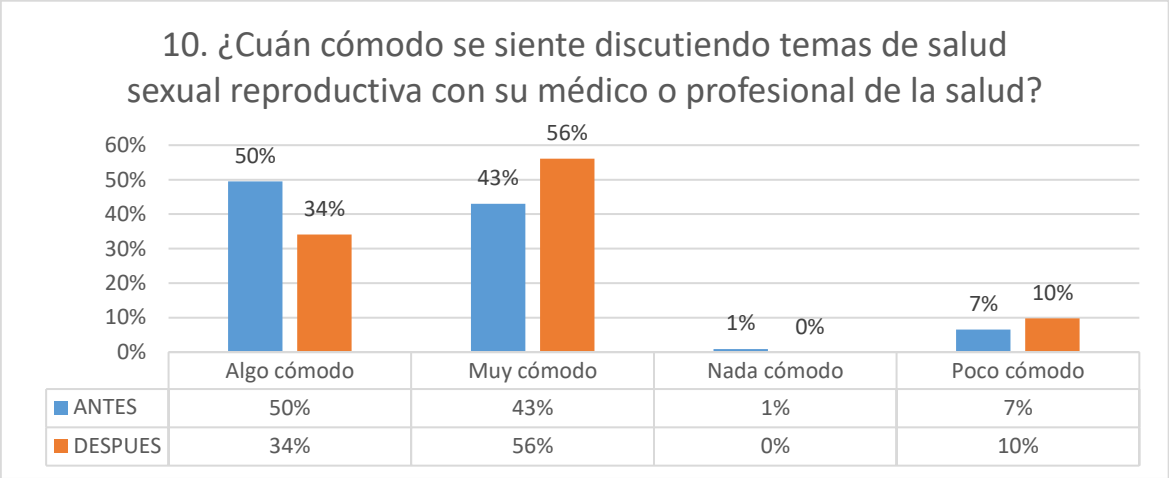
¿Cuán cómodo se siente discutiendo temas de salud sexual reproductiva con su médico o profesional de la salud?

	ANTES	DESPUÉS
Algo cómodo	53	28
Muy cómodo	46	46
Nada cómodo	1	
Poco cómodo	7	8
	107	82

Nota: Elaboración propia

Figura 10

¿Cuán cómodo se siente discutiendo temas de salud sexual reproductiva con su médico o profesional de la salud?



Nota: Elaboración propia

En relación con la comodidad de los estudiantes para abordar temas de salud sexual y reproductiva con profesionales de salud, los resultados muestran un cambio positivo tras la docencia, evidenciando un aumento en la confianza y apertura al diálogo sobre estos temas.

La opción “Algo cómodo” presentó una disminución de 53 selecciones antes a 28 después, con un descenso porcentual del 50% al 34%. Esto refleja que, tras la intervención educativa, un menor número de estudiantes se ubicó en un nivel intermedio de comodidad, sugiriendo que muchos pasaron a percibirse más seguros al hablar con profesionales de salud.

Por su parte, la categoría “Muy cómodo” se mantuvo en 46 selecciones en ambas mediciones, pero aumentó en proporción del 43% al 56%. Este incremento indica que la docencia contribuyó a que más estudiantes alcanzaran un alto nivel de confianza para discutir temas relacionados con su salud sexual y reproductiva.

La opción “Nada cómodo” desapareció después de la docencia, pasando de 1 selección (1%) a 0%, lo que evidencia que la formación redujo al mínimo la incomodidad absoluta al abordar estos temas.

En cuanto a “Poco cómodo”, se observó un ligero aumento de 7 a 8 selecciones, con un incremento porcentual del 7% al 10%, lo que puede reflejar que un grupo minoritario sigue percibiendo cierta incomodidad, posiblemente por factores personales o culturales.

En conjunto, los resultados muestran que la docencia tuvo un impacto positivo en la confianza y comodidad de los estudiantes para tratar temas de salud sexual y reproductiva con profesionales de la salud, disminuyendo la incomodidad y promoviendo una mayor apertura al diálogo y a la búsqueda de orientación profesional.

Tabla 14

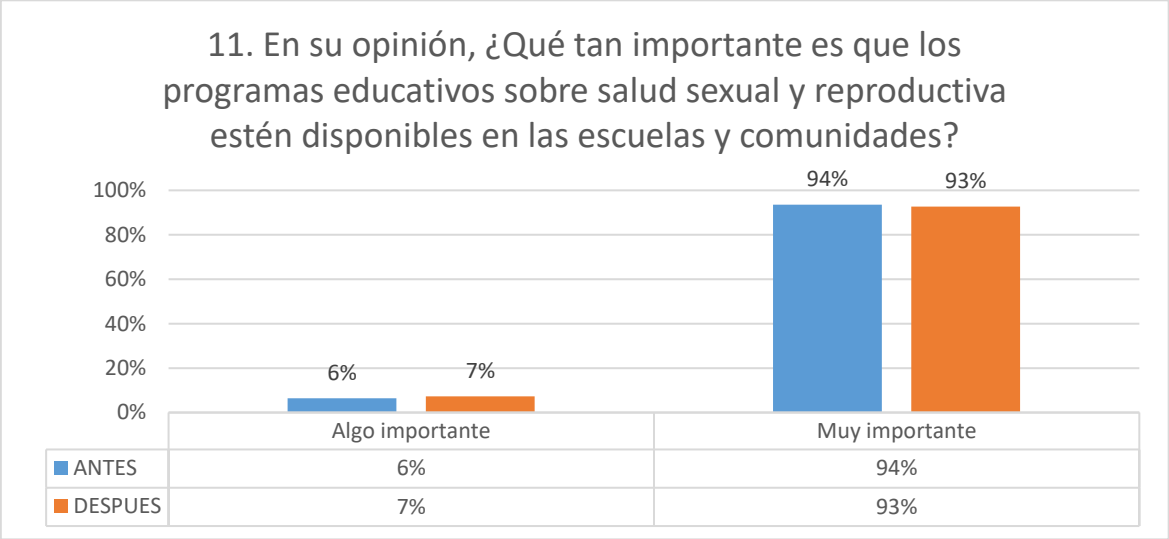
En su opinión, ¿Qué tan importante es que los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva estén disponibles en las escuelas y comunidades?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
Algo importante	7	6
Muy importante	101	76
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 11

En su opinión, ¿Qué tan importante es que los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva estén disponibles en las escuelas y comunidades?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre la relevancia de la disponibilidad de programas educativos en salud sexual y reproductiva, los resultados reflejan un reconocimiento ampliamente positivo de la importancia de este tipo de iniciativas.

La opción “Algo importante” registró 7 selecciones antes y 6 después, pasando del 6% al 7% de la distribución, lo que indica que solo un grupo minoritario considera los programas como parcialmente relevantes.

Por su parte, la categoría “Muy importante” mantuvo un nivel de selección elevado, con 101 antes y 76 después, representando el 94% y 93% respectivamente. Esto evidencia que la gran

mayoría de los participantes reconoce la importancia crucial de contar con programas educativos que aborden la salud sexual y reproductiva en espacios escolares y comunitarios.

En conjunto, los resultados muestran que la población estudiantil considera que la implementación de programas educativos en salud sexual y reproductiva es fundamental, independientemente de la docencia recibida, lo que resalta la aceptación y valoración de este tipo de intervenciones como herramientas esenciales para la formación y el bienestar integral de los jóvenes.

Tabla 15

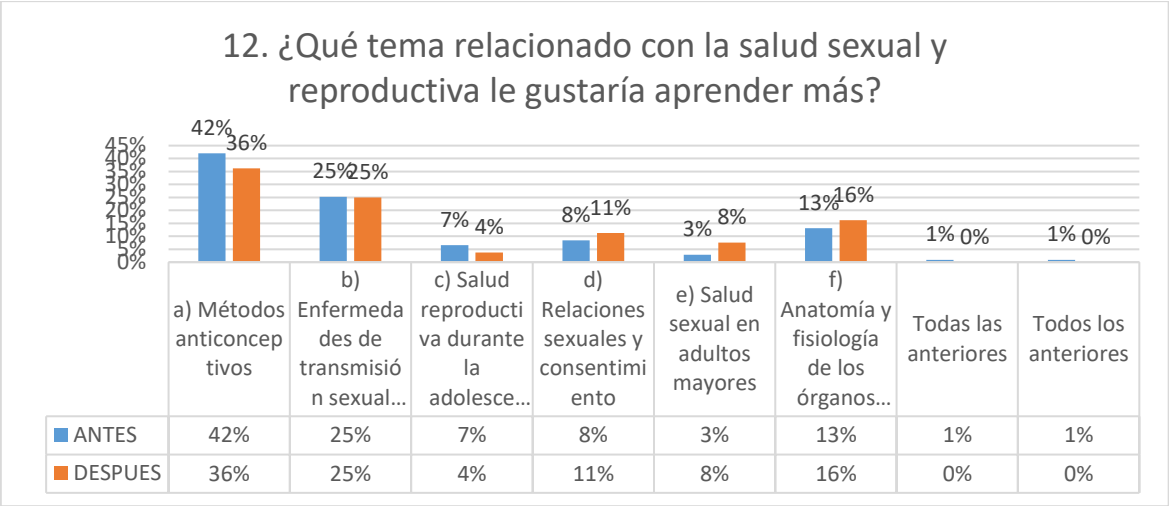
¿Qué tema relacionado con la salud sexual y reproductiva le gustaría aprender más?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
a) Métodos anticonceptivos	45	29
b) Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	27	20
c) Salud reproductiva durante la adolescencia	7	3
d) Relaciones sexuales y consentimiento	9	9
e) Salud sexual en adultos mayores	3	6
f) Anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculino y femenino	14	13
Todas las anteriores	1	
Todos los anteriores	1	
	107	80

Nota: Elaboración propia

Figura 12

¿Qué tema relacionado con la salud sexual y reproductiva le gustaría aprender más?



Nota: Elaboración propia

En relación con los intereses de aprendizaje de los estudiantes sobre salud sexual y reproductiva, los resultados reflejan prioridades y necesidades diferenciadas en cuanto a información específica, mostrando una diversidad de enfoques según la percepción individual de relevancia.

La opción “Métodos anticonceptivos” fue la más seleccionada, con 45 menciones antes y 29 después, representando un descenso porcentual del 42% al 36%. Esto indica que, aunque sigue siendo el tema de mayor interés, algunos estudiantes consideran que la docencia recibida proporcionó conocimientos suficientes en esta área.

En cuanto a “Enfermedades de transmisión sexual (ETS)”, se registraron 27 selecciones antes y 20 después, manteniéndose en un 25% de participación en ambas mediciones, lo que evidencia un interés constante en profundizar en la prevención y manejo de estas enfermedades.

El tema “Salud reproductiva durante la adolescencia” presentó un descenso de 7 a 3 selecciones (7% a 4%), reflejando que, tras la intervención educativa, menos estudiantes sintieron la necesidad de ampliar conocimientos en este aspecto específico.

La categoría “Relaciones sexuales y consentimiento” se mantuvo estable en 9 selecciones antes y después, con un incremento proporcional del 8% al 11%, indicando que la docencia pudo haber sensibilizado a los estudiantes sobre la relevancia de la comunicación y el consentimiento en las relaciones sexuales.

Respecto a “Salud sexual en adultos mayores”, se observó un aumento de 3 a 6 selecciones (3% a 8%), lo que refleja un interés emergente por comprender la salud sexual a lo largo de la vida y no solo en etapas tempranas.

La opción “Anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculino y femenino” registró 14 selecciones antes y 13 después, con un incremento porcentual del 13% al 16%, evidenciando un interés sostenido en profundizar conocimientos biológicos sobre el cuerpo humano.

Finalmente, las categorías “Todas las anteriores” y “Todos los anteriores” fueron mínimas, con 1 selección antes y ninguna después (1% a 0%), indicando que los estudiantes prefieren priorizar temas específicos en lugar de abarcar todos los contenidos simultáneamente.

En conjunto, los resultados muestran que los estudiantes mantienen un interés activo en temas clave de salud sexual y reproductiva, destacando los métodos anticonceptivos, las ETS y la anatomía sexual, mientras que la docencia recibida contribuyó a orientar y matizar sus necesidades de aprendizaje según áreas de mayor relevancia o desconocimiento.

4.1.3 Conocimiento de la Sexualidad, Reproducción y Protección

Tabla 16

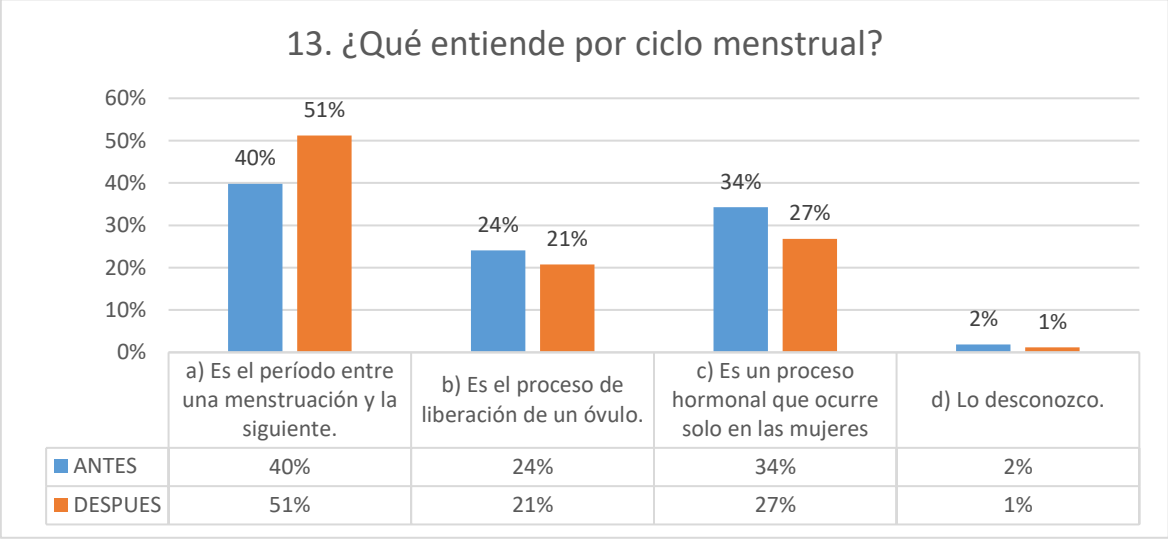
¿Qué entiende por ciclo menstrual?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
a) Es el período entre una menstruación y la siguiente.	43	42
b) Es el proceso de liberación de un óvulo.	26	17
c) Es un proceso hormonal que ocurre solo en las mujeres	37	22
d) Lo desconozco.	2	1
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 13

¿Qué entiende por ciclo menstrual?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su comprensión del ciclo menstrual, los resultados evidencian un incremento en la precisión del conocimiento tras la docencia impartida, reflejando una mejor comprensión de los procesos biológicos femeninos.

La opción “Es el período entre una menstruación y la siguiente”, considerada la más completa y correcta, fue seleccionada por 43 participantes antes y 42 después, con un aumento porcentual del 40% al 51%. Esto indica que, tras la intervención educativa, más estudiantes lograron identificar correctamente el concepto fundamental del ciclo menstrual.

En cuanto a “Es el proceso de liberación de un óvulo”, se observó una disminución de 26 a 17 selecciones (24% a 21%), lo que refleja que algunos estudiantes ajustaron su percepción y diferenciaron entre el concepto general del ciclo menstrual y la ovulación como un evento específico dentro del mismo.

La categoría “Es un proceso hormonal que ocurre solo en las mujeres” pasó de 37 a 22 selecciones, con un descenso porcentual del 34% al 27%, indicando que la docencia contribuyó a matizar el conocimiento y corregir concepciones parciales o erróneas sobre la exclusividad y el alcance del proceso hormonal.

Finalmente, la opción “Lo desconozco” se mantuvo mínima, con 2 selecciones antes y 1 después (2% a 1%), evidenciando que casi la totalidad de los estudiantes tiene algún nivel de conocimiento sobre el ciclo menstrual.

En conjunto, los resultados muestran que la docencia mejoró la precisión y comprensión del ciclo menstrual, reforzando la identificación correcta del período entre menstruaciones y disminuyendo respuestas parciales o incorrectas, lo que favorece un conocimiento más integral y científico sobre la salud reproductiva femenina.

Tabla 17

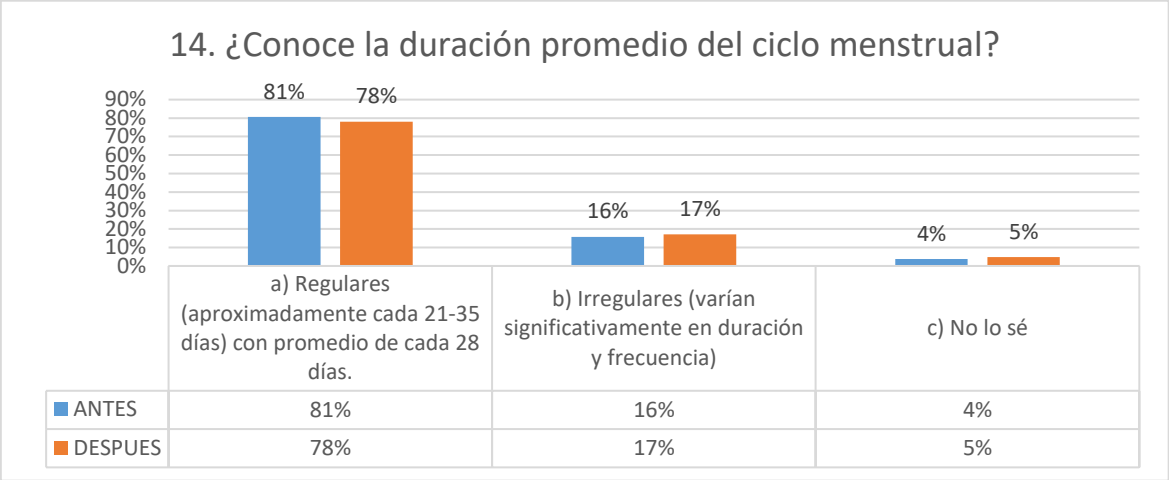
¿Conoce la duración promedio del ciclo menstrual?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
a) Regulares (aproximadamente cada 21-35 días) con promedio de cada 28 días.	87	64
b) Irregulares (varían significativamente en duración y frecuencia)	17	14
c) No lo sé	4	4
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 14

¿Conoce la duración promedio del ciclo menstrual?



Nota: Elaboración propia

Al indagar sobre el conocimiento de los estudiantes acerca de la duración promedio del ciclo menstrual, los resultados reflejan un nivel alto de comprensión, tanto antes como después de la docencia, aunque con algunas variaciones en la percepción de regularidad e irregularidad del ciclo.

La opción “Regulares (aproximadamente cada 21-35 días) con promedio de cada 28 días”, considerada la respuesta correcta, fue seleccionada por 87 estudiantes antes y 64 después,

con un ligero descenso porcentual del 81% al 78%. Esto sugiere que la mayoría de los participantes posee conocimiento adecuado sobre la duración estándar del ciclo menstrual, aunque la disminución puede reflejar mayor precisión en la selección de categorías más específicas tras la docencia.

En cuanto a “Irregulares (varían significativamente en duración y frecuencia)”, se registraron 17 selecciones antes y 14 después, manteniéndose la proporción cercana al 16%-17%. Esto evidencia que algunos estudiantes reconocen la existencia de variaciones individuales en la duración del ciclo, mostrando un nivel de conocimiento más detallado.

La opción “No lo sé” se mantuvo baja, con 4 selecciones antes y 4 después (4% a 5%), lo que indica que solo un pequeño grupo de estudiantes carece de información sobre este aspecto básico de la fisiología reproductiva femenina.

En conjunto, los resultados reflejan que la docencia contribuyó a consolidar el conocimiento sobre la duración promedio del ciclo menstrual, reforzando la comprensión de los ciclos regulares y destacando la importancia de reconocer variaciones individuales, lo que favorece una educación sexual más precisa y fundamentada en información científica.

Tabla 18

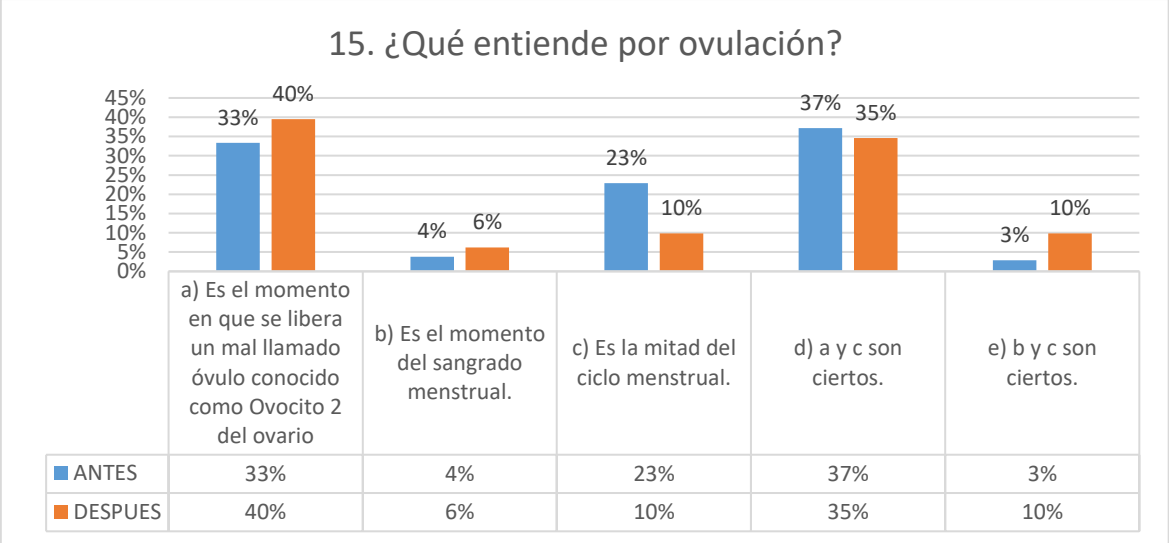
¿Qué entiende por ovulación?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
a) Es el momento en que se libera un mal llamado óvulo conocido como Ovocito 2 del ovario	35	32
b) Es el momento del sangrado menstrual.	4	5
c) Es la mitad del ciclo menstrual.	24	8
d) a y c son ciertos.	39	28
e) b y c son ciertos.	3	8
	105	81

Nota: Elaboración propia

Figura 15

¿Qué entiende por ovulación?



Nota: Elaboración propia

Al indagar sobre el conocimiento de los estudiantes respecto a la ovulación, los resultados muestran cambios significativos en la precisión de las respuestas tras la docencia, evidenciando una mejor comprensión de este proceso fisiológico femenino.

La opción “Es el momento en que se libera un mal llamado óvulo conocido como Ovocito 2 del ovario”, considerada correcta, fue seleccionada por 35 estudiantes antes y 32 después, con un aumento porcentual del 33% al 40%. Esto refleja que, tras la intervención educativa, más estudiantes reconocieron correctamente la definición precisa de la ovulación.

En cuanto a “Es el momento del sangrado menstrual”, se observó un leve incremento de 4 a 5 selecciones (4% a 6%), indicando que una minoría todavía confunde la ovulación con la menstruación.

La opción “Es la mitad del ciclo menstrual” mostró una disminución notable de 24 a 8 selecciones (23% a 10%), evidenciando que la docencia ayudó a corregir la percepción errónea de asociar la ovulación únicamente con el punto medio del ciclo.

La categoría “a y c son ciertos” registró 39 selecciones antes y 28 después, con una proporción que se mantiene alta (37% a 35%), lo que indica que algunos estudiantes aún combinan conceptos correctos y parciales, reflejando un entendimiento mixto.

Por último, la opción “b y c son ciertos” aumentó de 3 a 8 selecciones (3% a 10%), mostrando que un grupo minoritario continúa con conceptos erróneos sobre la ovulación y su relación con la menstruación y la duración del ciclo.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia mejoró la comprensión de la ovulación, incrementando la identificación correcta del Ovocito 2 liberado por el ovario y disminuyendo la confusión con conceptos parciales o incorrectos, lo que contribuye a un conocimiento más científico y preciso sobre la fisiología reproductiva femenina.

Tabla 19

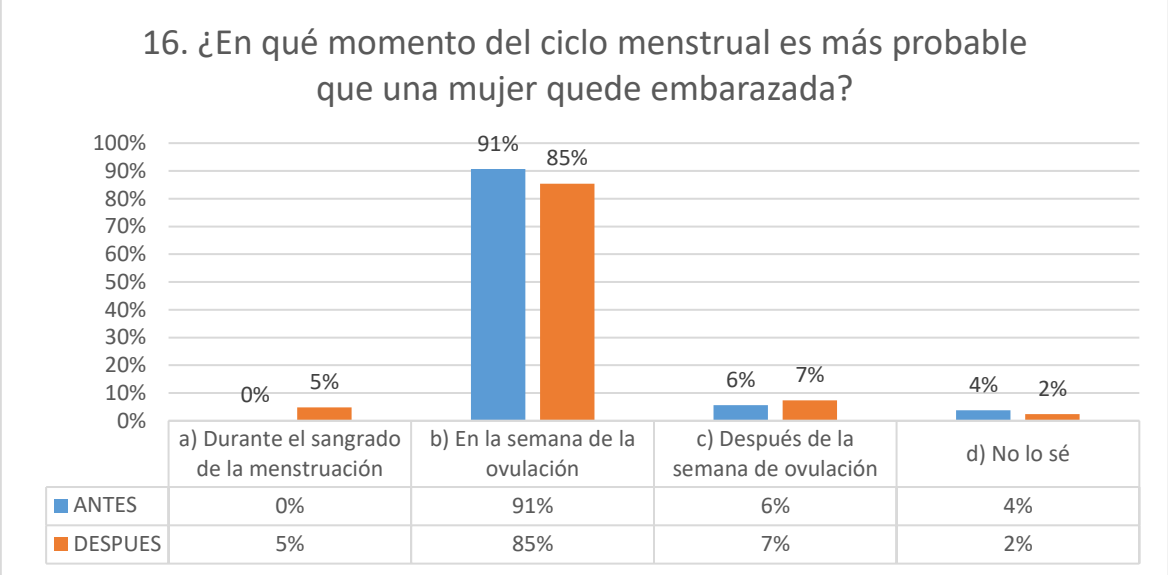
¿En qué momento del ciclo menstrual es más probable que una mujer quede embarazada?

Respuesta	ANTES	DESPUÉS
a) Durante el sangrado de la menstruación		4
b) En la semana de la ovulación	97	70
c) Después de la semana de ovulación	6	6
d) No lo sé	4	2
	107	82

Nota: Elaboración propia

Figura 16

¿En qué momento del ciclo menstrual es más probable que una mujer quede embarazada?



Nota: Elaboración propia

Al indagar sobre el conocimiento de los estudiantes respecto a la fertilidad durante el ciclo menstrual, los resultados muestran un alto nivel de comprensión, aunque con ligeras variaciones tras la docencia.

La opción correcta, “En la semana de la ovulación”, fue seleccionada por 97 estudiantes antes y 70 después, representando el 91% y 85% respectivamente. Esto evidencia que la mayoría de los participantes reconoce correctamente el periodo más fértil del ciclo menstrual, aunque la ligera disminución porcentual en la segunda medición podría estar relacionada con ajustes en la precisión de las respuestas individuales.

La categoría “Durante el sangrado de la menstruación” no fue seleccionada antes y registró 4 selecciones después (0% a 5%), lo que indica que un pequeño grupo de estudiantes aún confunde menstruación con fertilidad, mostrando la necesidad de reforzar este concepto.

En cuanto a “Después de la semana de ovulación”, se mantuvo relativamente estable, con 6 selecciones en ambas mediciones (6% a 7%), reflejando que algunos estudiantes consideran que la fertilidad se extiende más allá del periodo ovulatorio.

Por último, la opción “No lo sé” disminuyó de 4 a 2 selecciones (4% a 2%), indicando que tras la docencia, un menor número de estudiantes carece de conocimiento sobre la relación entre ovulación y fertilidad.

En conjunto, los resultados reflejan que la docencia contribuyó a fortalecer el conocimiento sobre el momento más fértil del ciclo menstrual, consolidando la comprensión científica de la ovulación y la probabilidad de embarazo, aunque se identifican áreas específicas que podrían requerir reforzamiento para eliminar confusiones menores.

Tabla 20

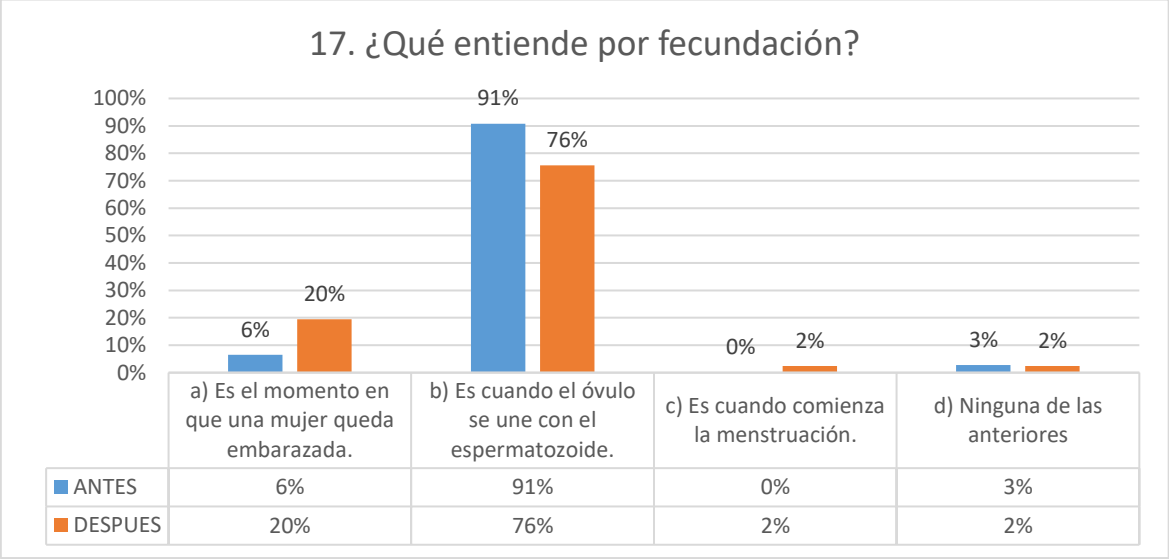
¿Qué entiende por fecundación?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
a) Es el momento en que una mujer queda embarazada.	7	16
b) Es cuando el óvulo se une con el espermatozoide.	98	62
c) Es cuando comienza la menstruación.		2
d) Ninguna de las anteriores	3	2
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 17

¿Qué entiende por fecundación?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre el concepto de fecundación, los resultados reflejan cambios significativos en la comprensión de este proceso biológico tras la docencia, mostrando una mejor integración de las etapas que conducen al embarazo.

La opción “Es cuando el óvulo se une con el espermatozoide”, considerada correcta, fue seleccionada por 98 estudiantes antes y 62 después, con una disminución porcentual del 91% al 76%. Esto indica que, aunque la mayoría mantiene un conocimiento adecuado, la docencia llevó a algunos estudiantes a complementar o ajustar su respuesta hacia la opción que describe más integralmente la fecundación.

En este sentido, la opción “Es el momento en que una mujer queda embarazada” aumentó de 7 a 16 selecciones (6% a 20%), mostrando que la docencia permitió a más estudiantes comprender la fecundación como el inicio del embarazo, integrando la unión del óvulo con el espermatozoide y el inicio del desarrollo embrionario.

La categoría “Es cuando comienza la menstruación” se mantuvo mínima, con 0 selecciones antes y 2 después (0% a 2%), evidenciando que solo una minoría confunde la fecundación con otros procesos del ciclo menstrual.

Por último, la opción “Ninguna de las anteriores” descendió de 3 a 2 selecciones (3% a 2%), mostrando que la gran mayoría de los estudiantes tiene conocimiento sobre la fecundación.
En conjunto, los resultados indican que la docencia mejoró la comprensión integral de la fecundación, permitiendo a los estudiantes reconocer tanto la unión del óvulo con el espermatozoide como el inicio del embarazo, consolidando un conocimiento más preciso y científico sobre la reproducción humana.

Tabla 21

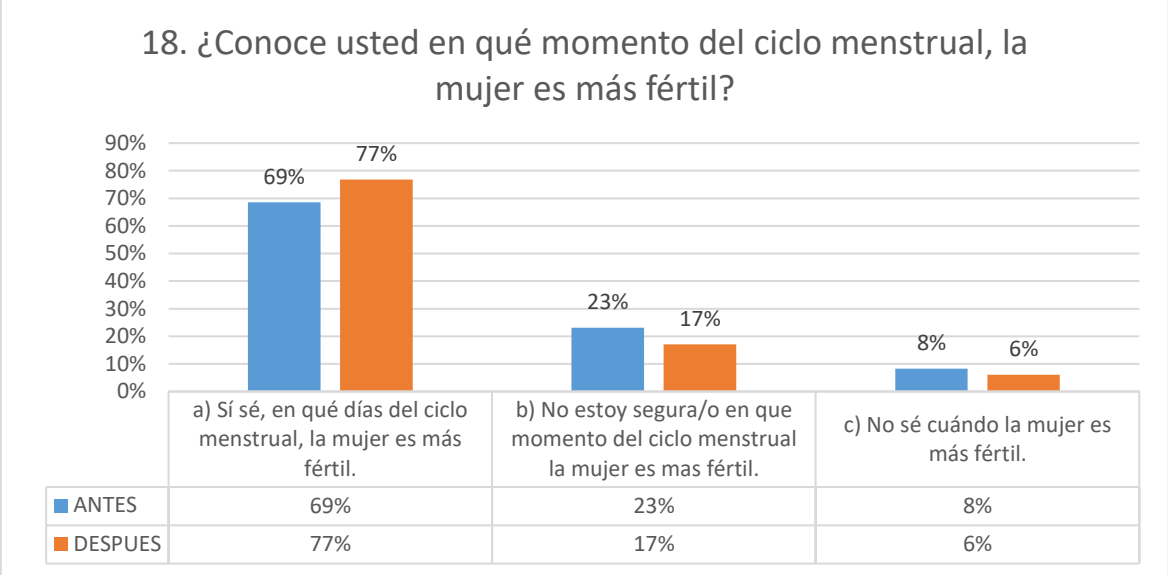
¿Conoce usted en qué momento del ciclo menstrual la mujer es más fértil?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
a) Sí sé, en qué días del ciclo menstrual, la mujer es más fértil.	74	63
b) No estoy segura/o en qué momento del ciclo menstrual la mujer es más fértil.	25	14
c) No sé cuándo la mujer es más fértil.	9	5
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 18

¿Conoce usted en qué momento del ciclo menstrual la mujer es más fértil?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su conocimiento acerca de los días más fértiles del ciclo menstrual, los resultados muestran un incremento en la certeza y confianza tras la docencia, reflejando un fortalecimiento de la comprensión sobre fertilidad femenina.

La opción “Sí sé, en qué días del ciclo menstrual, la mujer es más fértil” fue seleccionada por 74 estudiantes antes y 63 después, con un aumento porcentual del 69% al 77%. Esto indica que, tras la intervención educativa, un mayor número de estudiantes adquirió seguridad sobre el periodo de máxima fertilidad.

La categoría “No estoy segura/o en qué momento del ciclo menstrual la mujer es más fértil” disminuyó de 25 a 14 selecciones (23% a 17%), reflejando que la docencia ayudó a reducir la incertidumbre entre los estudiantes, fortaleciendo la confianza en su conocimiento.

Por último, la opción “No sé cuándo la mujer es más fértil” descendió de 9 a 5 selecciones (8% a 6%), evidenciando que solo un pequeño grupo continúa sin conocimiento sobre este aspecto clave de la reproducción.

En conjunto, los resultados muestran que la docencia mejoró significativamente la comprensión y seguridad de los estudiantes respecto a la fertilidad durante el ciclo menstrual, consolidando su capacidad de identificar los días más fértiles y promoviendo un conocimiento más consciente y preciso sobre la salud reproductiva femenina.

Tabla 22

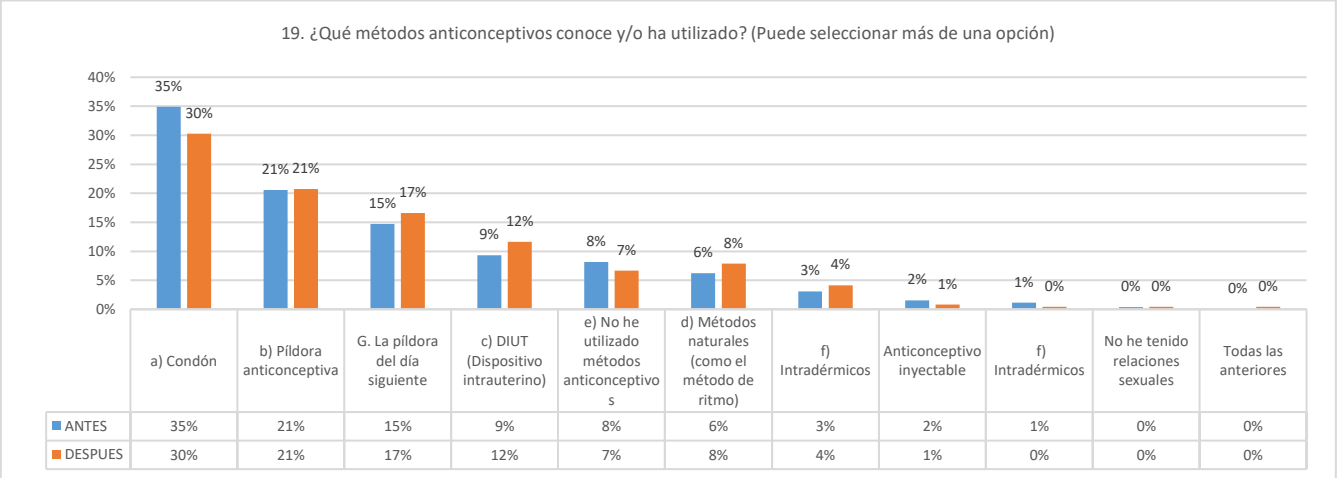
¿Qué métodos anticonceptivos conoce y/o ha utilizado? (Puede seleccionar más de una opción)

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
a) Condón	90	73
b) Píldora anticonceptiva	53	50
G. La píldora del día siguiente	38	40
c) DIUT (Dispositivo intrauterino)	24	28
e) No he utilizado métodos anticonceptivos	21	16
d) Métodos naturales (como el método de ritmo)	16	19
f) Intradérmicos	8	10
Anticonceptivo inyectable	4	2
f) Intradérmicos	3	1
No he tenido relaciones sexuales	1	1
Todas las anteriores		1
	258	241

Nota: Elaboración propia

Figura 19

¿Qué métodos anticonceptivos conoce y/o ha utilizado? (Puede seleccionar más de una opción)



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su conocimiento y experiencia con métodos anticonceptivos, los resultados reflejan una diversidad en el conocimiento y la utilización de métodos, así como un ligero ajuste en las tendencias tras la docencia.

El condón fue el método más conocido y utilizado, con 90 selecciones antes y 73 después, representando un 35% y 30% respectivamente. Esto indica que, aunque sigue siendo ampliamente identificado, algunos estudiantes ajustaron su percepción respecto a otros métodos como alternativas confiables.

La píldora anticonceptiva se mantuvo estable, con 53 selecciones antes y 50 después (21% en ambas mediciones), mostrando un conocimiento consistente y sostenido sobre este método hormonal oral.

La píldora del día siguiente presentó un ligero aumento, de 38 a 40 selecciones (15% a 17%), lo que evidencia un interés creciente en métodos de emergencia y su correcta utilización.

El DIU (dispositivo intrauterino) registró un incremento de 24 a 28 selecciones (9% a 12%), indicando que la docencia contribuyó a ampliar el conocimiento sobre métodos de larga duración y eficacia elevada.

Los métodos naturales, como el método de ritmo, aumentaron de 16 a 19 selecciones (6% a 8%), mientras que los métodos intradérmicos pasaron de 8 a 10 selecciones (3% a 4%), mostrando un interés por métodos menos convencionales o de reciente conocimiento.

El anticonceptivo inyectable disminuyó de 4 a 2 selecciones (2% a 1%), y la categoría “No he utilizado métodos anticonceptivos” también descendió de 21 a 16 selecciones (8% a 7%),

reflejando que la docencia ayudó a identificar alternativas más seguras y eficaces para la prevención de embarazos no deseados.

Opciones minoritarias, como “No he tenido relaciones sexuales” y “Todas las anteriores”, se mantuvieron prácticamente nulas (0% en la segunda medición), evidenciando que la gran mayoría de los estudiantes tiene algún conocimiento o experiencia con métodos anticonceptivos.

En conjunto, los resultados muestran que la docencia contribuyó a diversificar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, reforzando la identificación de opciones más seguras y eficaces y promoviendo decisiones informadas sobre la prevención de embarazos y la salud sexual.

Tabla 23

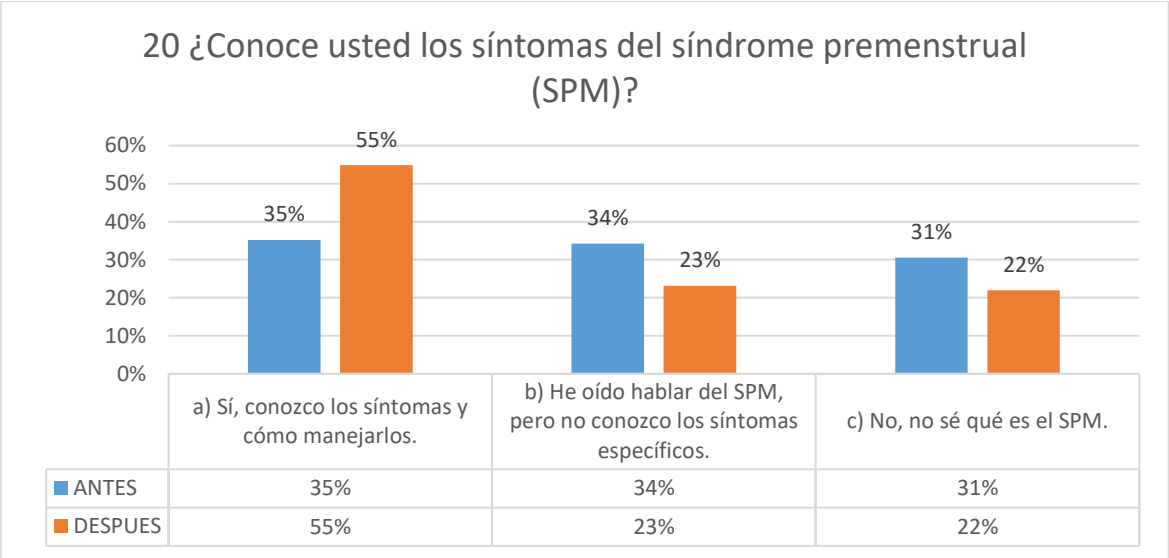
¿Conoce usted los síntomas del síndrome premenstrual (SPM)?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
a) Sí, conozco los síntomas y cómo manejarlos.	38	45
b) He oído hablar del SPM, pero no conozco los síntomas específicos.	37	19
c) No, no sé qué es el SPM.	33	18
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 20

¿Conoce usted los síntomas del síndrome premenstrual (SPM)?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su conocimiento acerca del síndrome premenstrual (SPM), los resultados evidencian un aumento significativo en la comprensión y manejo de los síntomas tras la docencia impartida.

La opción “Sí, conozco los síntomas y cómo manejarlos” presentó un incremento de 38 a 45 estudiantes, lo que representa un aumento porcentual del 35% al 55%. Esto refleja que la docencia contribuyó a fortalecer la identificación de los síntomas del SPM y las estrategias para afrontarlos, mejorando la autonomía y el conocimiento práctico de los participantes.

La categoría “He oído hablar del SPM, pero no conozco los síntomas específicos” disminuyó de 37 a 19 selecciones (34% a 23%), indicando que muchos estudiantes que inicialmente tenían un conocimiento superficial lograron adquirir información más concreta y aplicable sobre el tema.

Por su parte, la opción “No, no sé qué es el SPM” descendió de 33 a 18 estudiantes (31% a 22%), evidenciando que la docencia permitió reducir significativamente la falta de conocimiento básico sobre este síndrome.

En conjunto, los resultados muestran que la intervención educativa tuvo un impacto positivo en el nivel de conocimiento sobre el SPM, aumentando la proporción de estudiantes que reconocen y saben manejar los síntomas, mientras que disminuye la incertidumbre y la falta de información sobre el tema, promoviendo una educación más integral en salud 21. ¿Considera que los programas de educación sexual en su comunidad/escuela son adecuados? Al consultar a los estudiantes sobre la percepción de la adecuación de los programas de educación sexual en su comunidad o escuela, los resultados muestran estabilidad y ligeros cambios en la valoración positiva tras la docencia.

La opción “Sí, son adecuados y me proporcionan la información necesaria” registró 69 estudiantes antes y 54 después, con un ligero incremento porcentual del 64% al 66%. Esto indica que la mayoría de los participantes considera que los programas existentes son pertinentes y útiles, y que la docencia refuerza la percepción positiva sobre la disponibilidad de información adecuada.

La categoría “No, carecen de información importante” disminuyó de 31 a 24 selecciones (29% a 29%), manteniéndose estable en proporción. Esto evidencia que, aunque algunos estudiantes perciben carencias en los programas, la docencia no modificó significativamente esta percepción, reflejando la necesidad de fortalecer ciertos contenidos educativos en las comunidades o escuelas.

La opción “No haber tenido acceso a programas de educación sexual” descendió de 4 a 0 estudiantes (4% a 0%), mostrando que, tras la intervención educativa, los participantes que inicialmente carecían de acceso directo a programas ahora se encuentran informados y sensibilizados sobre estos temas.

Por último, la categoría “No estoy seguro/a” se mantuvo estable, con 4 selecciones antes y 4 después (4% a 5%), evidenciando que un grupo minoritario aún mantiene dudas sobre la calidad o disponibilidad de los programas educativos.

En conjunto, los resultados reflejan que la docencia contribuyó a consolidar la percepción de adecuación de los programas de educación sexual en la comunidad o escuela, reduciendo la falta de acceso y reforzando la valoración positiva sobre la utilidad de la información.

Tabla 24

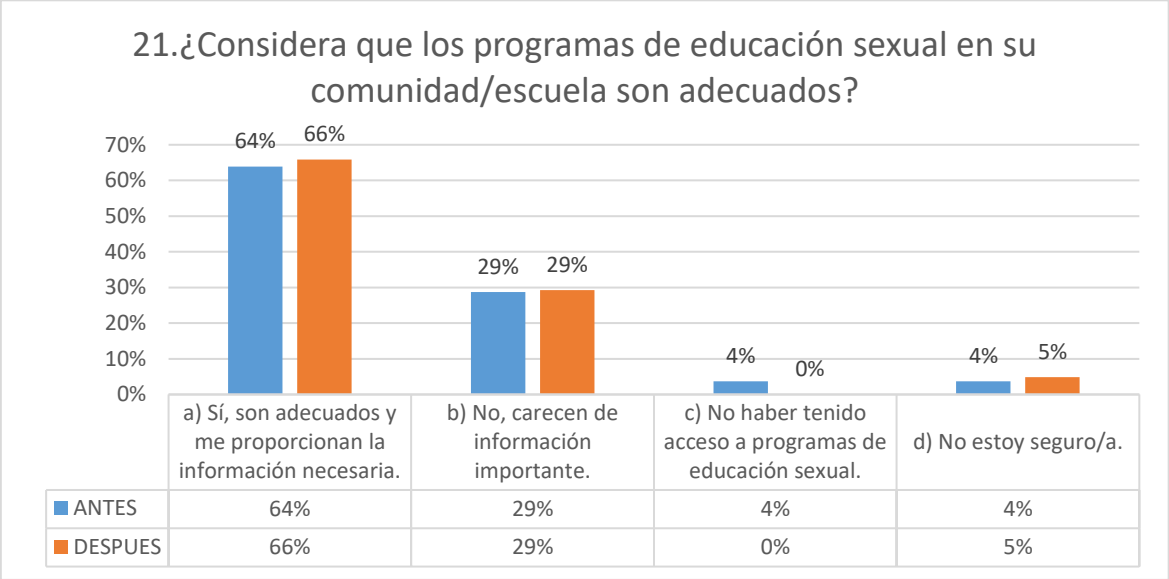
¿Considera que los programas de educación sexual en su comunidad/escuela son adecuados? proporcionada. sexual y reproductiva.

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
a) Sí, son adecuados y me proporcionan la información necesaria.	69	54
b) No, carecen de información importante.	31	24
c) No haber tenido acceso a programas de educación sexual.	4	
d) No estoy seguro/a.	4	4
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 21

¿Considera que los programas de educación sexual en su comunidad/escuela son adecuados? proporcionada. sexual y reproductiva.



Nota: Elaboración propia

Los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes considera que los programas de educación sexual son adecuados. La opción “Sí, son adecuados y me proporcionan la información necesaria” se mantuvo como la más seleccionada, con un ligero aumento porcentual del 64% al 66%, evidenciando que la docencia reforzó la percepción positiva sobre la disponibilidad de información útil. La categoría “No, carecen de información importante” se mantuvo estable (29%), indicando que persisten algunas áreas percibidas como insuficientes. Cabe destacar que los estudiantes que inicialmente no habían tenido acceso a programas educativos pasaron de 4% a 0%, mostrando que la docencia contribuyó a cubrir esta falta de información. La opción “No estoy seguro/a” se mantuvo prácticamente

igual (4% a 5%), reflejando que solo un grupo minoritario mantiene dudas sobre la calidad o disponibilidad de los programas.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia ayudó a consolidar la percepción de pertinencia de los programas de educación sexual y redujo la falta de acceso a información, reforzando la valoración positiva entre los estudiantes.

4.1.4 Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y métodos de protección

Tabla 25

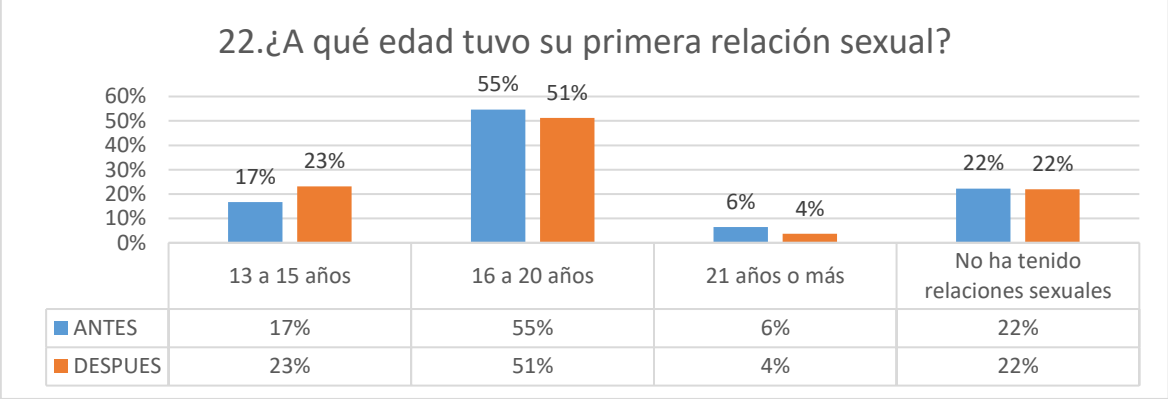
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
13 a 15 años	18	19
16 a 20 años	59	42
21 años o más	7	3
No ha tenido relaciones sexuales	24	18
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 22

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?



Nota: Elaboración propia

Al indagar sobre la edad de inicio de la actividad sexual entre los estudiantes, los resultados muestran ciertos cambios en la distribución de los rangos de edad tras la docencia, reflejando tanto experiencias tempranas como decisiones conscientes de retrasar la actividad sexual.

La opción “13 a 15 años” presentó un ligero aumento de 18 a 19 estudiantes, lo que representa un incremento porcentual del 17% al 23%. Esto evidencia que un pequeño grupo de estudiantes tuvo experiencias sexuales en edades tempranas y que la docencia pudo haber reforzado la reflexión sobre los riesgos y la importancia de la educación sexual preventiva.

El rango “16 a 20 años” se mantuvo como el más frecuente, con 59 estudiantes antes y 42 después (55% a 51%). Aunque se observa una disminución en el número absoluto, la proporción sigue siendo predominante, indicando que la mayoría de los participantes inició su vida sexual en la adolescencia tardía o juventud temprana.

La categoría “21 años o más” disminuyó de 7 a 3 estudiantes (6% a 4%), reflejando que un grupo minoritario inicia su actividad sexual en la adultez temprana, lo que puede estar asociado a decisiones personales o factores culturales.

Por último, la opción “No ha tenido relaciones sexuales” se mantuvo estable en 24 antes y 18 después (22% en ambas mediciones), evidenciando que un porcentaje consistente de estudiantes aún no ha iniciado su vida sexual, lo que permite abordar sus necesidades de información preventiva y planificación.

En conjunto, los resultados muestran que la docencia refuerza la conciencia sobre la sexualidad responsable y la importancia de la educación sexual, sin modificar drásticamente

la distribución de edades de inicio, pero contribuyendo a orientar la toma de decisiones informada y consciente sobre la actividad sexual.

Tabla 26

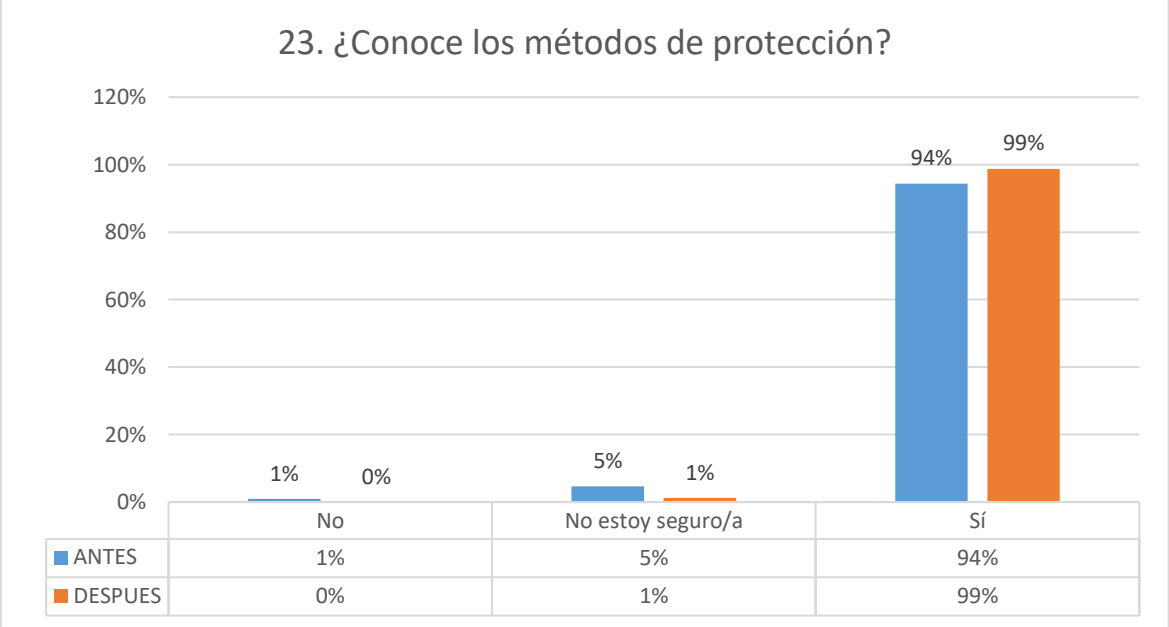
¿Conoce los métodos de protección?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
No	1	
No estoy seguro/a	5	1
Sí	101	81
	107	82

Nota: Elaboración propia

Figura 23

¿Conoce los métodos de protección?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su conocimiento acerca de los métodos de protección, los resultados muestran un alto nivel de comprensión previo a la docencia y un fortalecimiento notable tras la intervención educativa.

La opción “Sí” se mantuvo como la más seleccionada, pasando de 101 a 81 estudiantes, lo que representa un incremento porcentual del 94% al 99%. Esto evidencia que la docencia contribuyó a consolidar el conocimiento sobre métodos de protección, aumentando la seguridad y confianza de los estudiantes en su capacidad de identificarlos y aplicarlos correctamente.

La categoría “No estoy seguro/a” disminuyó de 5 a 1 selección (5% a 1%), reflejando que la intervención educativa ayudó a clarificar dudas y a reducir la incertidumbre respecto al reconocimiento de los métodos de protección.

Por su parte, la opción “No” desapareció tras la docencia, pasando de 1 estudiante (1%) a 0%, lo que indica que todos los participantes adquirieron al menos un conocimiento básico sobre métodos de protección tras la formación.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia tuvo un impacto positivo y efectivo en el conocimiento de los métodos de protección, fortaleciendo la educación sexual y reproductiva de los estudiantes y promoviendo decisiones más informadas y responsables respecto a su salud sexual.

Tabla 27

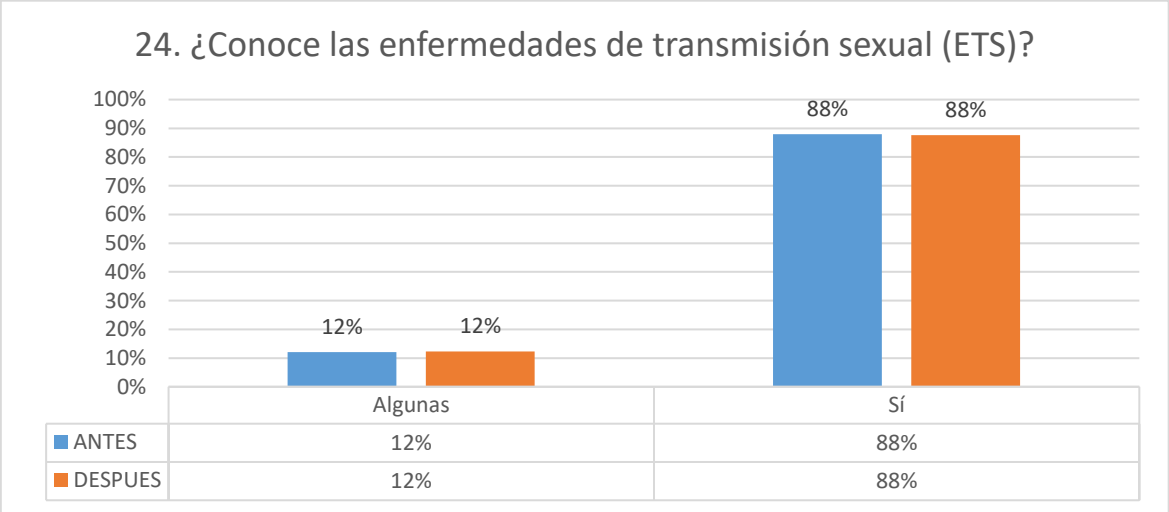
¿Conoce las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
Algunas	13	10
Sí	95	71
	108	81

Nota: Elaboración propia

Figura 24

¿Conoce las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), los resultados evidencian un nivel alto de conocimiento previo y una estabilidad en la comprensión tras la docencia impartida.

La opción “Sí”, que indica conocimiento adecuado sobre las ETS, se mantuvo como la más seleccionada, con 95 estudiantes antes y 71 después, representando el 88% en ambas mediciones. Esto refleja que la mayoría de los participantes ya contaba con información sólida sobre las ETS, y la docencia contribuyó a reforzar y consolidar este conocimiento.

La categoría “Algunas”, que señala conocimiento parcial, pasó de 13 a 10 estudiantes (12% en ambas mediciones), mostrando estabilidad en la proporción y evidenciando que un pequeño grupo aún mantiene un conocimiento incompleto sobre las ETS, lo que podría requerir seguimiento o refuerzo educativo.

En conjunto, los resultados indican que los estudiantes poseen un conocimiento mayoritariamente adecuado sobre las ETS, y que la docencia sirvió para fortalecer la seguridad y precisión en la identificación de estas enfermedades, promoviendo prácticas de prevención más informadas y responsables.

Tabla 28

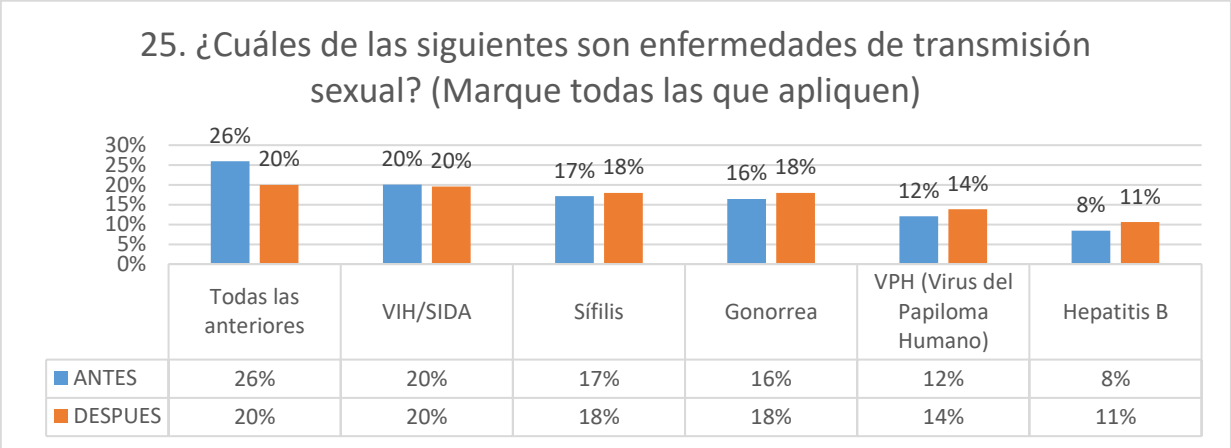
¿Cuáles de las siguientes son enfermedades de transmisión sexual? (Marque todas las que apliquen)

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
Todas las anteriores	71	49
VIH/SIDA	55	48
Sífilis	47	44
Gonorrea	45	44
VPH (Virus del Papiloma Humano)	33	34
Hepatitis B	23	26
	274	245

Nota: Elaboración propia

Figura 25

¿Cuáles de las siguientes son enfermedades de transmisión sexual? (Marque todas las que apliquen)



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su conocimiento específico de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), los resultados reflejan cambios en la precisión y detalle del reconocimiento de cada enfermedad tras la docencia.

La opción “Todas las anteriores”, que representa el conocimiento integral de las ETS mencionadas, disminuyó de 71 a 49 selecciones (26% a 20%). Esto indica que algunos estudiantes prefirieron identificar enfermedades específicas de manera individual, mostrando un enfoque más consciente y detallado de cada ETS.

En cuanto a las enfermedades individuales:

VIH/SIDA se mantuvo estable con 55 antes y 48 después (20% en ambas mediciones), evidenciando que los estudiantes reconocen consistentemente su relevancia como ETS.

Sífilis aumentó ligeramente de 47 a 44 selecciones (17% a 18%), mostrando una mejora en la identificación correcta de esta infección.

Gonorrea también se incrementó de 45 a 44 selecciones (16% a 18%), reflejando mayor precisión en el reconocimiento de esta enfermedad.

VPH (Virus del Papiloma Humano) presentó un aumento de 33 a 34 selecciones (12% a 14%), indicando que más estudiantes identificaron correctamente esta infección como ETS tras la docencia.

Hepatitis B pasó de 23 a 26 selecciones (8% a 11%), mostrando un mayor conocimiento sobre esta enfermedad que, aunque no siempre se reconoce como ETS por todos, está incluida en los contenidos educativos.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia contribuyó a un reconocimiento más detallado y diferenciado de las enfermedades de transmisión sexual, promoviendo un conocimiento más preciso de cada infección y reforzando la conciencia sobre su prevención y manejo.

Tabla 29

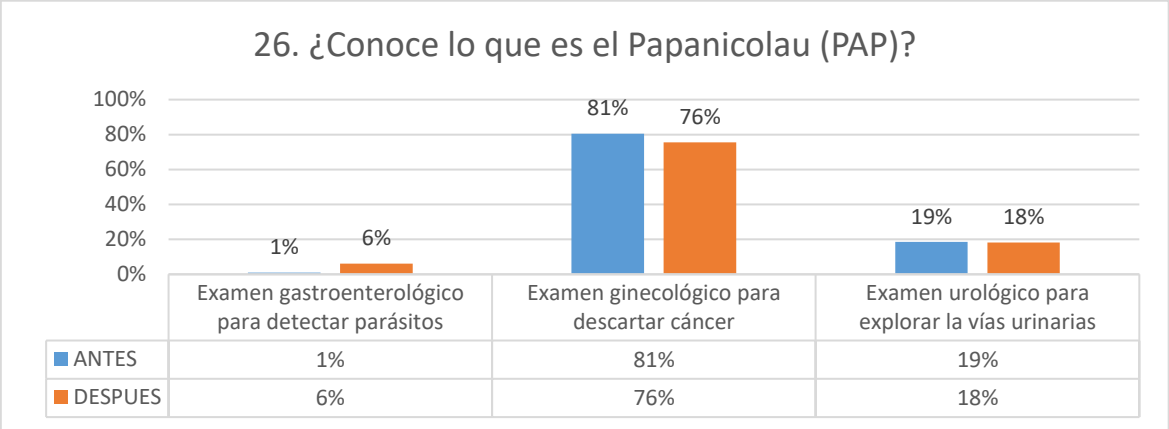
¿Conoce lo que es el Papanicolaou (PAP)?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
Examen gastroenterológico para detectar parásitos	1	5
Examen ginecológico para descartar cáncer	87	62
Examen urológico para explorar las vías urinarias	20	15
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 26

¿Conoce lo que es el Papanicolaou (PAP)?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre su conocimiento del examen de Papanicolaou (PAP), los resultados muestran un nivel alto de comprensión, con ligeras variaciones tras la docencia. La opción correcta, “Examen ginecológico para descartar cáncer”, fue seleccionada por 87 estudiantes antes y 62 después, lo que representa un leve descenso porcentual del 81% al 76%. Esto indica que la mayoría de los estudiantes comprende la finalidad principal del PAP, aunque algunos pudieron haber diversificado su conocimiento hacia otros aspectos relacionados con la salud femenina tras la docencia.

La categoría “Examen gastroenterológico para detectar parásitos” presentó un incremento de 1 a 5 selecciones (1% a 6%), lo que sugiere que un pequeño grupo confundió la función del PAP, posiblemente al asociar exámenes de diagnóstico generales con pruebas médicas.

Por su parte, “Examen urológico para explorar las vías urinarias” se mantuvo relativamente estable, con 20 antes y 15 después (19% a 18%), reflejando que algunos estudiantes todavía asocian incorrectamente el PAP con exámenes del sistema urinario masculino o femenino.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia contribuyó a mantener un conocimiento mayoritario sobre la función del PAP como examen ginecológico preventivo para descartar cáncer, aunque se identifica la necesidad de reforzar la diferenciación de pruebas médicas para evitar confusiones menores sobre su propósito.

Tabla 30

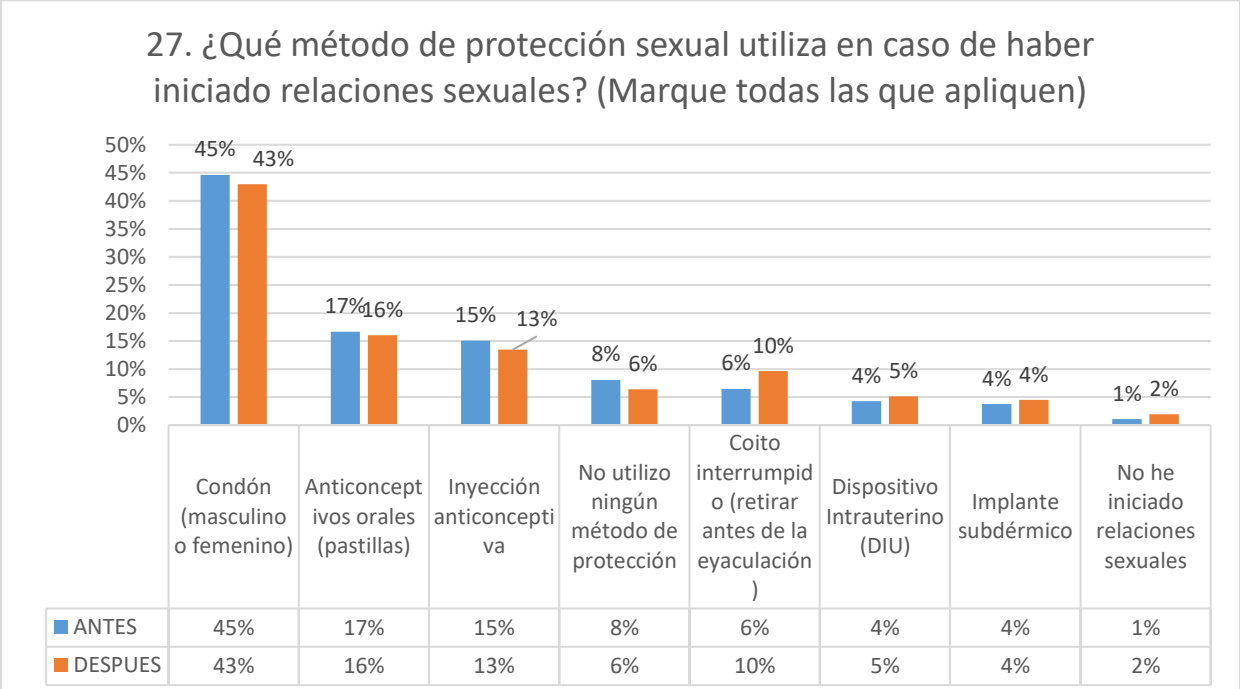
¿Qué método de protección sexual utiliza en caso de haber iniciado relaciones sexuales? (Marque todas las que apliquen)

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
Condón (masculino o femenino)	83	67
Anticonceptivos orales (pastillas)	31	25
Inyección anticonceptiva	28	21
No utilizo ningún método de protección	15	10
Coito interrumpido (retirar antes de la eyaculación)	12	15
Dispositivo Intrauterino (DIU)	8	8
Implante subdérmico	7	7
No he iniciado relaciones sexuales	2	3
	186	156

Nota: Elaboración propia

Figura 27

¿Qué método de protección sexual utiliza en caso de haber iniciado relaciones sexuales? (Marque todas las que apliquen)



Nota: Elaboración propia

Los resultados muestran que el condón sigue siendo el método de protección más utilizado, con un leve descenso de 45% a 43% tras la docencia, lo que puede reflejar una mayor conciencia sobre la diversidad de métodos disponibles.

Los anticonceptivos orales y la inyección anticonceptiva presentaron ligeras disminuciones (17% a 16% y 15% a 13%, respectivamente), mientras que el coito interrumpido aumentó del 6% al 10%, sugiriendo que algunos estudiantes ajustaron su percepción sobre métodos alternativos, probablemente tras conocer su efectividad relativa.

Los métodos de larga duración, como el DIU y el implante subdérmico, se mantuvieron estables o con un ligero incremento (DIU 4% a 5%, implante 4%), mostrando un interés sostenido por opciones menos convencionales. La proporción de estudiantes que no utiliza ningún método disminuyó del 8% al 6%, indicando un avance en la adopción de medidas de protección.

En conjunto, los resultados reflejan que la docencia contribuyó a diversificar el conocimiento y la práctica sobre métodos de protección sexual, promoviendo decisiones más informadas y responsables respecto a la salud sexual.

4.1.5 Conocimientos adicionales sobre salud sexual y reproductiva

Tabla 31

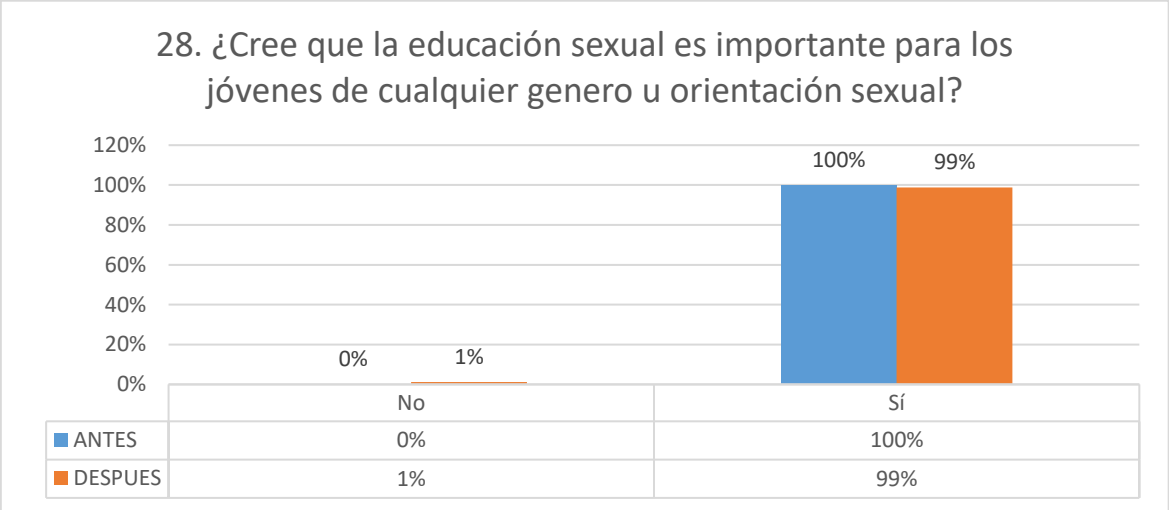
¿Cree que la educación sexual es importante para los jóvenes de cualquier género u orientación sexual?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
No		1
Sí	108	81
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 28

¿Cree que la educación sexual es importante para los jóvenes de cualquier género u orientación sexual?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre la importancia de la educación sexual inclusiva, los resultados reflejan un consenso casi total en torno a su relevancia.

La opción “Sí” fue seleccionada por 108 estudiantes antes y 81 después, representando el 100% y 99% respectivamente. Esto evidencia que la totalidad de los participantes reconoce la importancia de que la educación sexual sea accesible para todos los jóvenes, independientemente de su género u orientación sexual, y que la docencia contribuyó a reforzar esta percepción de manera constante.

La categoría “No” se mantuvo prácticamente nula, con 0 antes y 1 después (0% a 1%), lo que indica que solo un estudiante no considera importante la educación sexual inclusiva, reflejando una aceptación casi universal de su relevancia.

En conjunto, los resultados muestran que los estudiantes valoran de manera firme la educación sexual como un componente esencial para la formación integral de los jóvenes, promoviendo equidad, respeto y conciencia sobre diversidad de género y orientación sexual.

Tabla 32

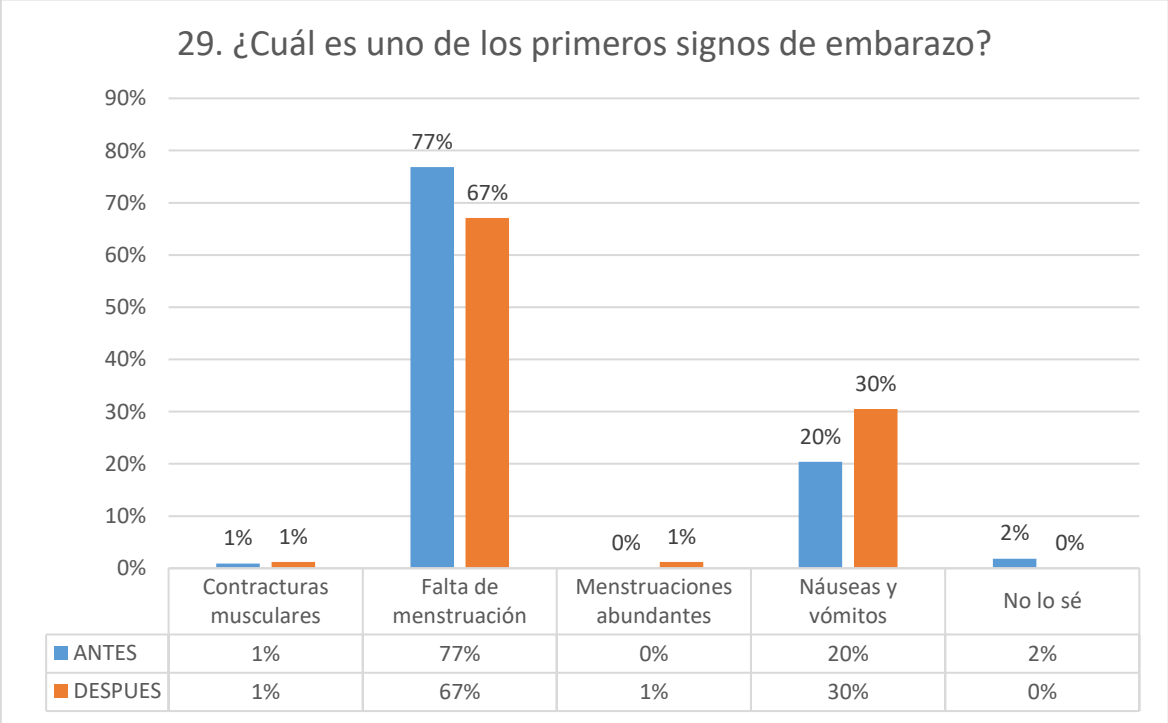
¿Cuál es uno de los primeros signos de embarazo?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
Contracturas musculares	1	1
Falta de menstruación	83	55
Menstruaciones abundantes		1
Náuseas y vómitos	22	25
No lo sé	2	
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 29

¿Cuál es uno de los primeros signos de embarazo?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre los primeros signos de embarazo, los resultados muestran un reconocimiento mayoritario del indicador principal, con algunos ajustes tras la docencia. La opción correcta, “Falta de menstruación”, fue seleccionada por 83 estudiantes antes y 55 después, lo que representa un descenso porcentual del 77% al 67%. Aunque sigue siendo la respuesta predominante, la disminución sugiere que algunos estudiantes comenzaron a considerar otros signos asociados, posiblemente influenciados por la información recibida sobre síntomas complementarios del embarazo.

La categoría “Náuseas y vómitos” presentó un aumento de 22 a 25 selecciones (20% a 30%), lo que refleja que los estudiantes identifican correctamente estos síntomas como frecuentes en el embarazo, aunque no exclusivos, ajustando así su comprensión de los signos iniciales. Opciones menores como “Contracturas musculares” y “Menstruaciones abundantes” se mantuvieron marginales, con 1 selección cada una en ambos momentos, indicando que solo una minoría considera incorrectamente estos signos como iniciales. La opción “No lo sé” disminuyó de 2 a 0 estudiantes (2% a 0%), mostrando que la docencia ayudó a reducir la incertidumbre.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia contribuyó a una comprensión más matizada de los signos tempranos del embarazo, reforzando la identificación correcta de la falta de menstruación y la interpretación adecuada de otros síntomas asociados como náuseas y vómitos.

Tabla 33

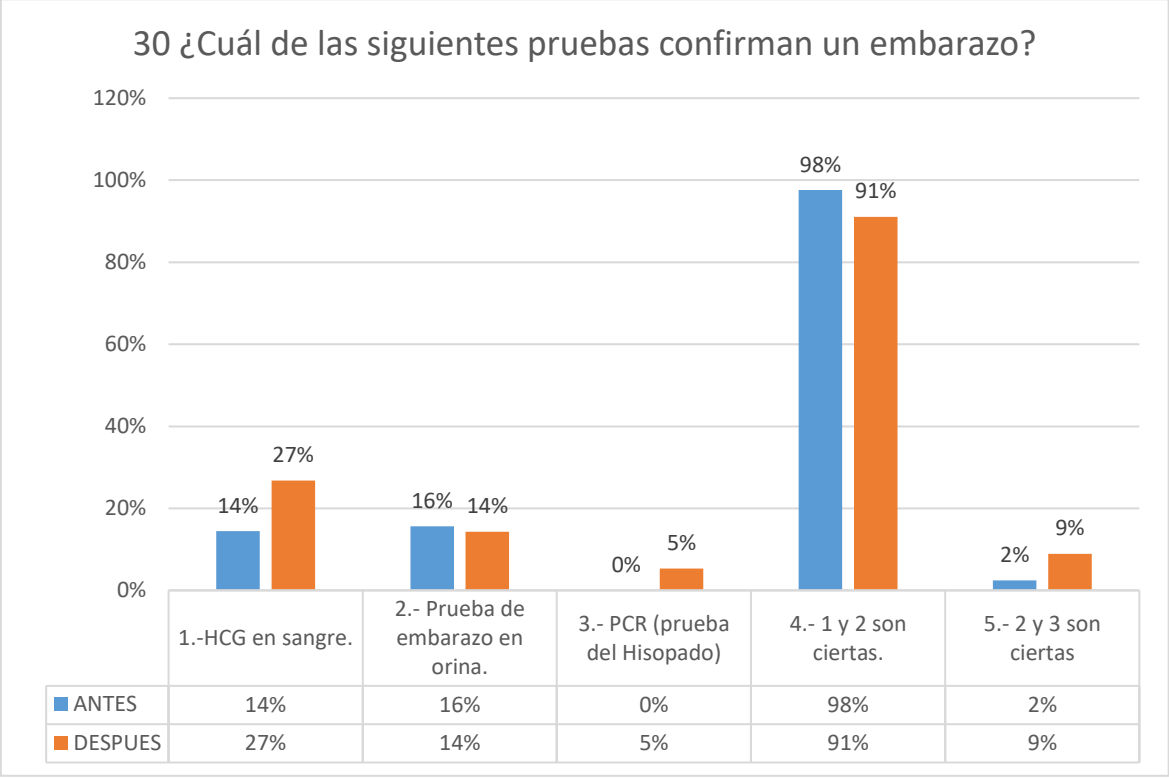
¿Cuál de las siguientes pruebas confirma un embarazo?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
1.-HCG en sangre.	12	15
2.- Prueba de embarazo en orina.	13	8
3.- PCR (prueba del Hisopado)		3
4.- 1 y 2 son ciertas.	81	51
5.- 2 y 3 son ciertas	2	5
	83	56

Nota: Elaboración propia

Figura 30

¿Cuál de las siguientes pruebas confirma un embarazo?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre las pruebas que permiten confirmar un embarazo, los resultados muestran un conocimiento mayoritario sobre los métodos correctos, con algunos ajustes tras la docencia.

La opción correcta, “1 y 2 son ciertas” (HCG en sangre y prueba de embarazo en orina), fue seleccionada por 81 estudiantes antes y 51 después, representando un descenso del 98% al 91%. A pesar de la disminución absoluta, sigue siendo la respuesta predominante, evidenciando que la mayoría reconoce correctamente las pruebas confiables para confirmar un embarazo.

Individualmente, “HCG en sangre” aumentó de 12 a 15 selecciones (14% a 27%), mostrando que algunos estudiantes identifican correctamente esta prueba de manera aislada. En contraste, “Prueba de embarazo en orina” disminuyó de 13 a 8 selecciones (16% a 14%), lo que podría reflejar un ajuste hacia la respuesta más integral que combina ambas pruebas.
Opciones incorrectas como “PCR (prueba del Hisopado)” pasaron de 0 a 3 selecciones (0% a 5%), y “2 y 3 son ciertas” aumentaron de 2 a 5 selecciones (2% a 9%), indicando que un pequeño grupo aún mantiene confusiones sobre pruebas médicas que no confirman embarazo.

En conjunto, los resultados evidencian que la docencia consolidó el conocimiento sobre las pruebas correctas para confirmar un embarazo, reforzando la identificación de métodos confiables y disminuyendo la incertidumbre sobre opciones incorrectas o parciales.

4.1.6 Conocimientos Adicionales sobre Salud Sexual y Reproductiva

Tabla 34

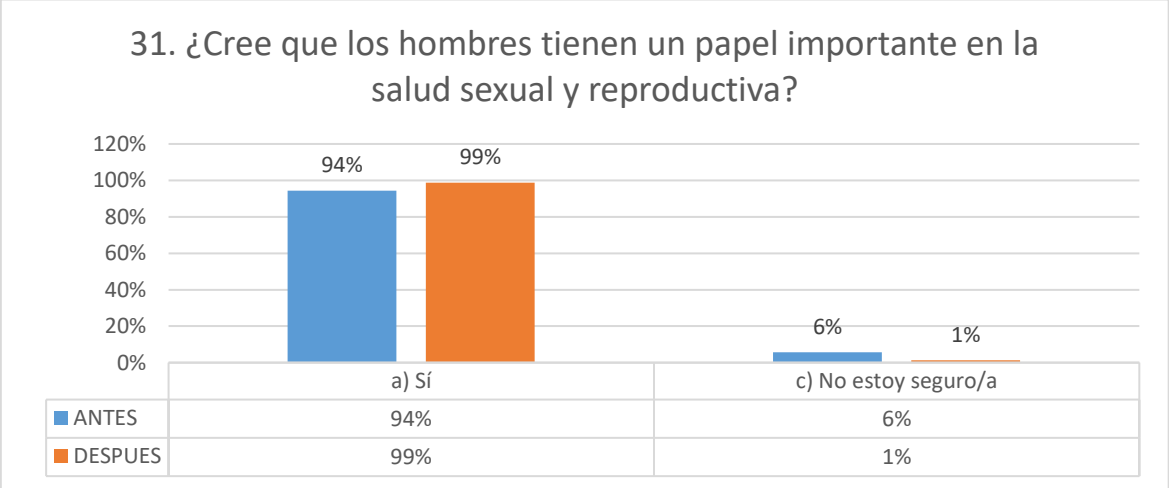
¿Cree que los hombres tienen un papel importante en la salud sexual y reproductiva?

Cree que los hombres tienen un papel importante en la salud sexual y reproductiva	ANTES	DESPUÉS
a) Sí	101	81
c) No estoy seguro/a	6	1
	107	82

Nota: Elaboración propia

Figura 31

¿Cree que los hombres tienen un papel importante en la salud sexual y reproductiva?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre la participación masculina en la salud sexual y reproductiva, los resultados muestran un reconocimiento mayoritario de su importancia.

La opción correcta, “Sí”, fue seleccionada por 101 estudiantes antes y 81 después, lo que representa un aumento proporcional del 94% al 99%. Esto evidencia que la docencia reforzó la percepción de que los hombres juegan un papel crucial en la prevención, el cuidado y la responsabilidad compartida en salud sexual y reproductiva.

La categoría “No estoy seguro/a” disminuyó de 6 a 1 selección (6% a 1%), mostrando que la formación contribuyó a reducir la incertidumbre y consolidar el entendimiento sobre la participación masculina en estos temas.

En conjunto, los resultados reflejan que los estudiantes reconocen de manera clara la relevancia de involucrar a los hombres en la salud sexual y reproductiva, promoviendo la corresponsabilidad, la educación y la toma de decisiones informadas en parejas y comunidades.

Tabla 35

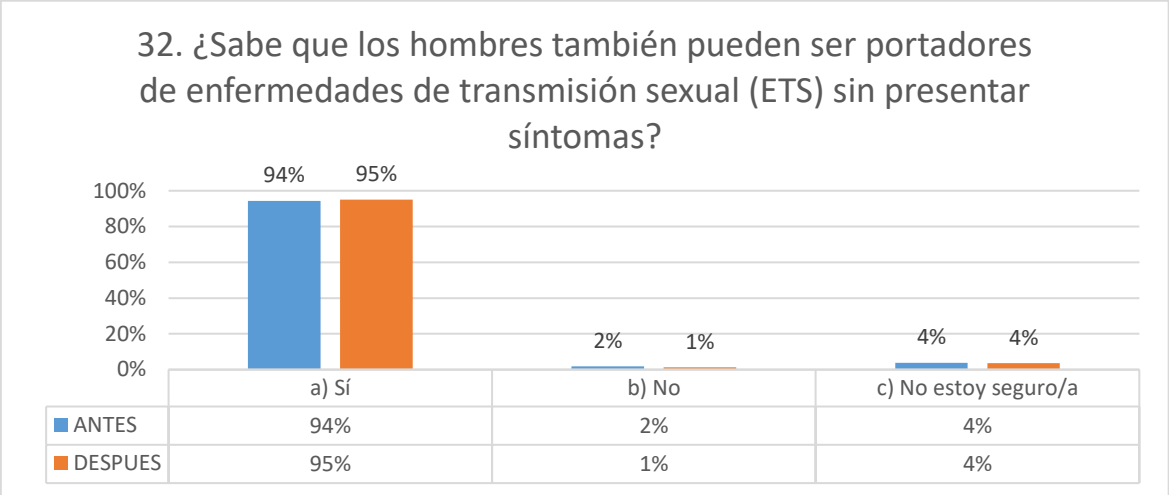
¿Sabe que los hombres también pueden ser portadores de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sin presentar síntomas?

Etiquetas de fila	ANTES	DESPUÉS
a) Sí	101	78
b) No	2	1
c) No estoy seguro/a	4	3
	107	82

Nota: Elaboración propia

Figura 32

¿Sabe que los hombres también pueden ser portadores de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sin presentar síntomas?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre la transmisión asintomática de ETS en hombres, los resultados evidencian un conocimiento mayoritario y sostenido sobre este aspecto importante de la salud sexual.

La opción correcta, “Sí”, fue seleccionada por 101 estudiantes antes y 78 después, representando un leve aumento proporcional del 94% al 95%. Esto muestra que la docencia contribuyó a consolidar la comprensión de que los hombres pueden ser portadores asintomáticos de ETS, reforzando la importancia de la prevención, el diagnóstico oportuno y la responsabilidad sexual.

La categoría “No” se mantuvo mínima, con 2 selecciones antes y 1 después (2% a 1%), mientras que “No estoy seguro/a” se mantuvo estable (4% en ambas mediciones), indicando que solo un pequeño grupo mantiene dudas sobre este tema.

En conjunto, los resultados reflejan que la población estudiantil reconoce ampliamente la posibilidad de transmisión asintomática de ETS por parte de los hombres, lo que evidencia un fortalecimiento del conocimiento sobre prevención y control de infecciones de transmisión sexual.

Tabla 36

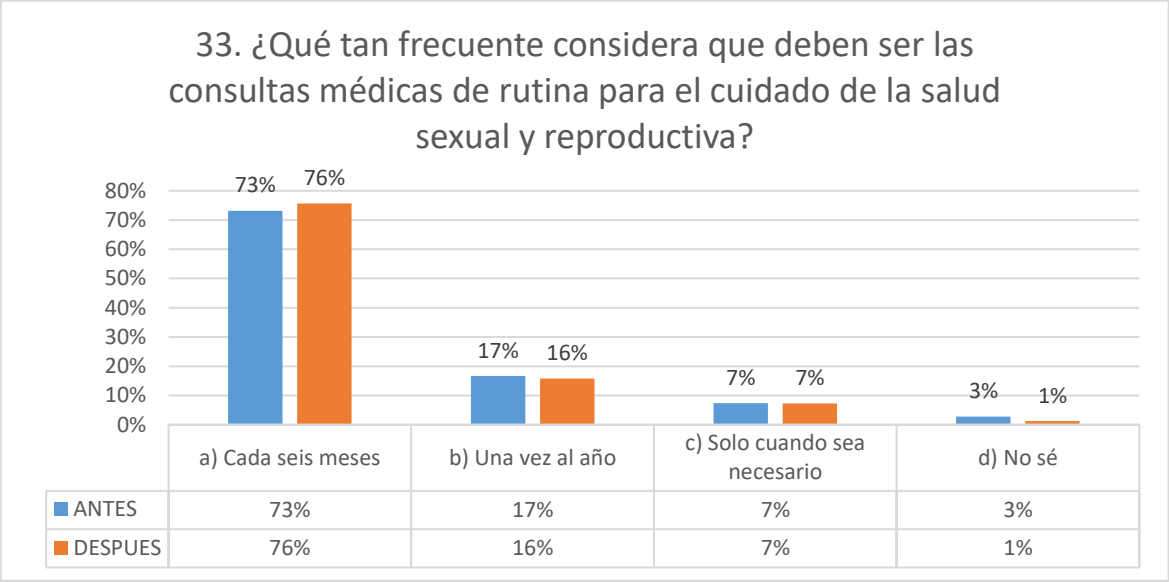
¿Qué tan frecuente considera que deben ser las consultas médicas de rutina para el cuidado de la salud sexual y reproductiva?

¿**Qué tan frecuente considera que deben ser las consultas médicas de rutina para el cuidado de la salud sexual y reproductiva?**	ANTES	DESPUÉS
a) Cada seis meses	79	62
b) Una vez al año	18	13
c) Solo cuando sea necesario	8	6
d) No sé	3	1
	108	82

Nota: Elaboración propia

Figura 33

¿Qué tan frecuente considera que deben ser las consultas médicas de rutina para el cuidado de la salud sexual y reproductiva?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre la frecuencia recomendada de consultas médicas de rutina, los resultados muestran un predominio claro de la opción correcta, con ligeros ajustes tras la docencia.

La respuesta correcta, “Cada seis meses”, fue seleccionada por 79 estudiantes antes y 62 después, representando un aumento proporcional del 73% al 76%. Esto evidencia que la docencia reforzó la percepción de que las consultas periódicas semestrales son esenciales para la prevención, el seguimiento y el cuidado integral de la salud sexual y reproductiva.

La opción “Una vez al año” presentó un ligero descenso de 18 a 13 selecciones (17% a 16%), mientras que “Solo cuando sea necesario” se mantuvo estable (7%), mostrando que un grupo minoritario todavía asocia la atención médica únicamente a situaciones de síntoma o

emergencia. La categoría “No sé” disminuyó de 3 a 1 selección (3% a 1%), reflejando que la docencia ayudó a reducir la incertidumbre sobre la frecuencia adecuada de controles médicos. En conjunto, los resultados indican que la mayoría de los estudiantes reconoce la importancia de realizar consultas médicas de rutina cada seis meses, consolidando un comportamiento preventivo y responsable frente a la salud sexual y reproductiva.

Tabla 37

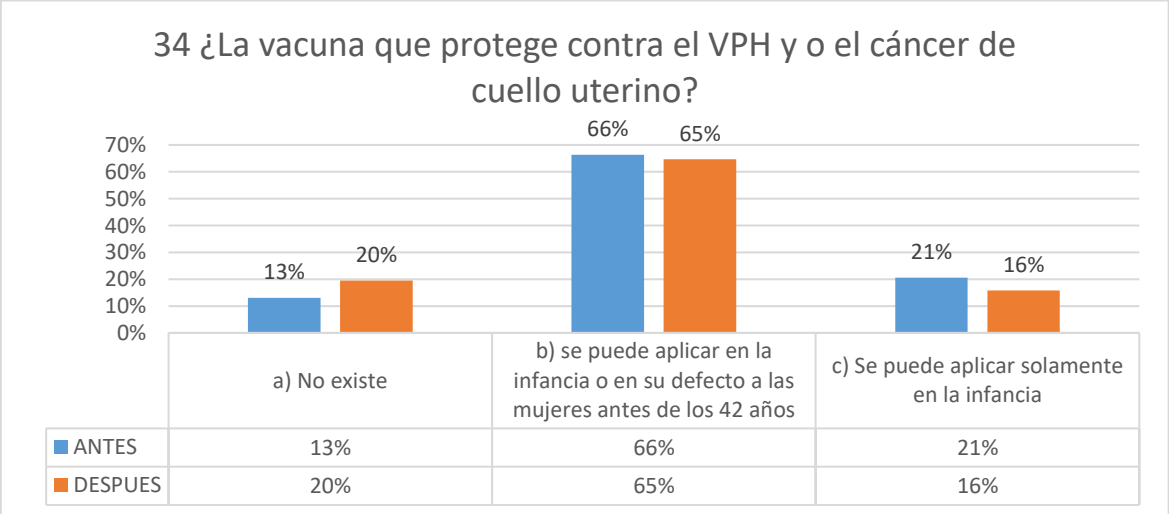
¿La vacuna que protege contra el VPH y/o el cáncer de cuello uterino?

¿La vacuna que protege contra el VPH y/o el cáncer de cuello uterino?	ANTES	DESPUÉS
a) No existe	14	16
b) se puede aplicar en la infancia o en su defecto a las mujeres antes de los 42 años	71	53
c) Se puede aplicar solamente en la infancia	22	13
	107	82

Nota: Elaboración propia

Figura 34

¿La vacuna que protege contra el VPH y/o el cáncer de cuello uterino?



Nota: Elaboración propia

Al consultar a los estudiantes sobre la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y su relación con la prevención del cáncer de cuello uterino, los resultados reflejan un conocimiento mayoritario correcto, con algunos ajustes tras la docencia.

La respuesta correcta, “Se puede aplicar en la infancia o, en su defecto, a las mujeres antes de los 42 años”, fue seleccionada por 71 estudiantes antes y 53 después, representando una proporción estable del 66% al 65%. Esto evidencia que la mayoría de los estudiantes reconoce correctamente el rango de aplicación de la vacuna, consolidando la comprensión sobre la prevención de enfermedades asociadas al VPH.

La opción “No existe” aumentó de 14 a 16 selecciones (13% a 20%), mostrando que un pequeño grupo aún desconoce la existencia de la vacuna. Por su parte, “Se puede aplicar solamente en la infancia” descendió de 22 a 13 selecciones (21% a 16%), indicando que la docencia ayudó a corregir la percepción de que la vacuna es exclusiva para la infancia, ampliando el conocimiento sobre su uso en mujeres adultas jóvenes.

En conjunto, los resultados reflejan que la docencia contribuyó a consolidar la comprensión sobre la vacunación contra el VPH, reforzando la prevención del cáncer de cuello uterino y la importancia de aplicar la vacuna en los rangos etarios recomendados, aunque persisten pequeños vacíos de conocimiento en un grupo minoritario.

4.2. Discusión de los resultados

Los resultados del estudio muestran que la intervención educativa generó un impacto positivo en los conocimientos, actitudes y percepciones de los estudiantes universitarios en torno a la salud sexual y reproductiva. Tras la docencia impartida, se evidenció un incremento en la comprensión de conceptos como pubertad, ciclo menstrual, ovulación y fecundación, así como en la identificación de métodos anticonceptivos, medidas de protección y enfermedades de transmisión sexual

Estos hallazgos se relacionan con lo planteado por Barragán (2019), quien afirma que los programas de educación sexual en contextos formativos favorecen la adquisición de conocimientos científicos y disminuyen las creencias erróneas, lo que se refleja en la corrección de concepciones inadecuadas en torno a la ovulación y la fecundación observadas en este estudio. Del mismo modo, Camacho y Martínez (2020) destacan que la educación sexual formal incide en el fortalecimiento de la autonomía juvenil para la toma de decisiones responsables, aspecto que en esta investigación se evidencia en la disminución de sentimientos de inseguridad frente a la pubertad.

Asimismo, se observa que los estudiantes valoraron la pertinencia de recibir programas educativos continuos en salud sexual, coincidiendo con lo señalado por Serrano (2018), quien resalta la importancia de institucionalizar espacios de formación en sexualidad dentro de escuelas y universidades como estrategia preventiva frente a embarazos no planificados e ITS. Esta perspectiva cobra relevancia en el estudio, donde más del 90% de los participantes consideró “muy importante” la existencia de programas escolares y comunitarios

Por otra parte, la inclusión del enfoque de corresponsabilidad de género se refleja en el reconocimiento del rol masculino en la salud sexual y reproductiva. Este hallazgo se vincula con lo argumentado por Pacheco (2021), quien plantea que involucrar a los hombres en estos procesos permite superar visiones reduccionistas de la sexualidad como responsabilidad exclusiva de las mujeres, promoviendo prácticas equitativas y saludables.

Finalmente, los resultados muestran que la docencia logró disminuir la percepción de insuficiencia en la información recibida y aumentó la comodidad de los estudiantes al dialogar con profesionales de salud. Este cambio se articula con la postura de González (2017), quien sostiene que la educación sexual crítica y participativa incrementa la confianza juvenil en las instituciones de salud y fomenta un diálogo abierto sobre derechos sexuales y reproductivos.

En conjunto, la discusión sugiere que la intervención educativa implementada en este estudio no solo mejoró los conocimientos, sino que también fortaleció la autonomía, la confianza y la valoración de los programas de educación sexual como recursos esenciales para la formación integral. No obstante, persisten áreas de refuerzo, especialmente en la comprensión de conceptos complejos como la fertilidad y el uso adecuado de ciertos métodos anticonceptivos.

CONCLUSIONES

- Se identificó el nivel de conocimiento que presentan los estudiantes de primer ingreso de la Licenciatura de Radiología e imágenes diagnosticas la Universidad Santander del periodo 2025-1, acerca de Promoción y Prevención, Salud Sexual y Reproductiva por medio de un pretest, en el cual se evidencio que la información previa que presentaron los encuestados estaba errónea e incompleta, se evidenciaron muchas fallas conceptuales en torno al ciclo menstrual, la identificación de métodos anticonceptivos y pruebas de embarazo, lo cual sugiere que la información que los alumnos recibieron antes de la aplicación del programa , fue insuficiente o poco sistemática. Se observó una reducida comprensión del rol de los hombres en la salud sexual y reproductiva lo que mostró principalmente la persistencia del estereotipo de género. También se detectó desinformación en cuanto a buenas prácticas o claves en la prevención de ETS como la importancia de la vacunación del VPH y de las consultas médicas periódicas.
- En conclusión, se evidenció la necesidad de fortalecer la educación integral en Salud sexual y Reproductiva para garantizar que los adolescentes y adultos jóvenes adquieran los conocimientos necesarios, que les permita tomar decisiones responsables a lo largo de su vida.
- Se diseñó material educativo a cerca de la Promoción y Prevención, Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes del primer ingreso de la Universidad Santander de Panamá con temas principales como: Anatomía y Fisiología de la Salud sexual y Reproductiva. Métodos anticonceptivos. Prevención de ETS, especialmente VIH Proveer de herramientas integrales sobre la salud sexual y reproductiva, que le permita a los alumnos tomar decisiones argumentadas en el conocimiento.

- Se demostró el nivel de conocimiento que adquirieron los estudiantes de primer ingreso de la Licenciatura de Radiología e imágenes diagnosticas la Universidad Santander del periodo 2025-1, por medio de la creación del Programa Educativo para Promoción y Prevención, Salud Sexual y Reproductiva a partir de aplicar un post test, el cual arrojó como principal aspecto que hubo un incremento en la precisión de las respuestas, lo que evidenció que el programa implementado logró cubrir debilidades detectadas en el pre test. Tales como la correcta diferenciación entre ciclo menstrual y ovulación, mejoras significativas en las respuestas relacionadas con métodos anticonceptivos lo que evidencia que la intervención permitió aclarar confusiones sobre su uso, eficacia y variedad. Se evidenció mejora en el conocimiento acerca de las pruebas de embarazo como la determinación de HCG en sangre y se apreció un fortalecimiento de las prácticas preventivas como las consultas médicas periódicas y la vacunación contra el VPH, en conjunto el Post test evidenció que la intervención educativa, no solo corrigió vacíos conceptuales, sino que también promovió una actitud más consciente, crítica y responsable frente a la salud sexual y reproductiva.

RECOMENDACIONES

- Aplicar el pre test en la inducción académica de los nuevos ingresos de las diferentes carreras, nos basamos en el hecho de que la distribución por edad se identificó que la mayoría de los participantes, un 82%, se encontraba en el rango de 18 a 22 años, seguido de un 10% entre 23 y 27 años, un 4% entre 28 y 32 años, y un 6% que superaba los 33 años. Esto refleja que la muestra está compuesta en gran medida por adolescentes o jóvenes adultos en etapa inicial de su formación universitaria, fase en la cual están cargados de hormonas y con información insuficiente como para tomar decisiones argumentadas.
- Socializar el programa de salud sexual y reproductiva con los estudiantes de ser posible en la misma inducción, de esa manera se pueden orientar a los alumnos y aclarar sus dudas o inquietudes, especialmente los del sexo femenino, ya que la mayoría de los encuestados resultaron ser del sexo femenino en una proporción de 57% vs 43% masculinos y canalizar de ser necesario hacia un especialista idóneo, por motivo de preservar la confidencialidad de los encuestados, no se registró el género para cada encuesta, sino de manera general.
- Aproximadamente a la mitad del cuatrimestre se aplica el post test de seguimiento y/o reforzamiento incluso se puede tratar de identificar la preparación en salud sexual y reproductiva que traen los alumnos por provincias. En nuestro estudio se observó que la Procedencia de la muestra encuestada venían de Panamá, Colón y Panamá Oeste, con una representación del 40%, 34% y 15% respectivamente. El 10% restante provino de otras provincias del país, lo que evidencia una participación minoritaria pero representativa de otras regiones.

- Incluir el Programa de salud sexual y reproductiva en el contenido de las asignaturas de las distintas carreras, al menos en una materia, porque fortalecería lo que evidenciamos en el cuestionario: En conjunto, los resultados mostraron que la educación formal, el sector salud y la familia son las principales fuentes de información, mientras que internet y los medios de comunicación siguen cumpliendo un rol complementario. La estabilidad en las proporciones sugiere que los participantes mantienen sus principales referentes informativos, aunque la docencia impartida refuerza la percepción del acceso a fuentes formales y confiables.
- Incluir el programa de salud sexual y reproductiva en los contenidos de Fisiología, salud Pública y Ciencias de la salud de las distintas carreras, De esa manera se reforzaría a diferentes niveles: en el inicio, durante y al final de la carrera, los temas de Pubertad-Adolescencia. Ovulación, espermatogénesis, Fecundación ETS, Anticonceptivos, Signos de Embarazos.
- Anexar en las asignaturas estrategias de aprendizajes: actividades lúdicas como crucigramas, sopa de letras que incluyan al menos 15 términos sobre el programa de salud sexual y reproductiva y luego debatir entre los equipos que se organicen: sería aprender jugando.
- Motivar a los estudiantes para que presenten en ferias de salud, aspectos de nuestro programa de salud sexual y reproductiva como anatomía y fisiología de la Pubertad, Adolescencia. Ovulación, ciclo menstrual, espermatogénesis, fecundación, ETS, anticonceptivos. Prevención de ETS con vacunas. Prevención de embarazos no planificados con anticonceptivos. Prevención de VIH previa y post exposición al virus

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adolescent Health. (2025). WHO | Regional Office for Africa. https://www.afro.who.int/health-topics/adolescent-health?utm_source=chatgpt.com

Adolescente | INEE. (2024). Inee.org. https://www.inee.org/es/glosario-EeE/adolescente?utm_source=chatgpt.com

Asamblea Nacional. (2002). Ley 29 de 2002. Garantiza atención integral a la adolescente embarazada. Gaceta Oficial.

Asamblea Nacional. (2016). Ley 60 de 2016. Modifica la Ley 29 de 2002 sobre atención a la adolescente embarazada.

Asamblea Nacional. (2022). Ley 285 de 2022. Protección integral de la niñez y adolescencia en Panamá.

Barragán, C. (2019). Educación sexual integral: fundamentos y retos en América Latina. Editorial Trillas Bolatti, V. B., & Gómez, P. M. S. (2021). La participación de varones y mujeres jóvenes en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva en Argentina: género y asimetrías socioeconómicas. Población y Salud en Mesoamérica, 18(2), 1-34. Recuperado de https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/41549

Cabrera, A. R., Ramos, G. S., Palú, M. E. C., & Cáceres, B. P. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública, 39(1), 161-174. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015

Caja de Seguro Social (CSS) & Ministerio de Salud (MINSA). (2009). Guía de atención integral a niños y niñas víctimas de explotación sexual.

Camacho, R., & Martínez, J. (2020). La educación sexual en jóvenes universitarios: impacto en conocimientos y actitudes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, 18(2), 55-72.

Casey, S. E., Gallagher, M. C., Kakesa, J., Kalyanpur, A., Rafanoharana, R. V., Albutt, K., & McGlasson, K. L. (2020). Contraceptive use among adolescent and young women in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo: A cross-sectional population-based survey. PLoS Medicine, 17(3), e1003086. https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003086

Centeno, M., Saldaña, P., & Oviedo, D. (2021). Conocimientos y actitudes asociados al cuidado de la salud sexual y reproductiva en los adultos jóvenes de la Ciudad de Panamá durante el año 2021. Congreso Nacional de Ciencia y Tecnología – APANAC, 389-396. https://revistas.utp.ac.pa/index.php/apanac/article/view/3212

Chamorro Mojica, F., Rodríguez, F., Stocel, S., & De León, R. (2020). Derechos a la salud sexual y reproductiva entre mujeres de 20-29 años en Panamá. Revista Médica de Panamá, 45(1), 15-25. https://www.revistamedica.org/index.php/rmdp/article/view/1716

Chavez Asencio, B., Danel, P., & Pérez, A. (2023). Salud sexual, reproductiva y no reproductiva, de mujeres y diversidades sexuales en situación de discapacidad. Investigación Joven, 10(3), 572-573. Recuperado de https://revistas.unlp.edu.ar/InvJov/article/view/15399

Caja del Seguro Social de Panamá. (2019). *Programas de salud sexual y reproductiva: avances y desafíos*. CSS.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *La Agenda 2030 y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina*. CEPAL. https://www.cepal.org/es

De Moissac, D., Graham, J. M., Gueye, N. R., & Penner, K. (2024). Sexual health practices: A comparison of international and domestic students on Canadian campuses. The Canadian Journal of Human Sexuality, 33(2). Recuperado de https://utppublishing.com/doi/10.3138/cjhs-2023-0026

Del Mar, B., Martínez, E., Morales, A., Navarro, Y., & Ortega, A. (2021). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: Un dilema social en Panamá. Semilla Científica, 2(2), 81-95. https://repositorio.umecit.edu.pa/entities/publication/968aba86-9f22-47a4-852d-0fa97101cafe

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2022). *La salud sexual y reproductiva: derechos humanos y desarrollo sostenible*. https://www.unfpa.org/es

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & UNICEF. (2020). *Prevención del embarazo adolescente y promoción de la salud sexual en adolescentes en América Latina*.

Gobierno de Panamá. (2004). Política Pública de Juventud.

Guerrero-Núñez, J., Jofré-Olivares, D., Guillén-Grima, F., Aguinaga-Ontoso, I., Bacho-Tapia, A., Araya-Moraga, L., Iturrieta-Guaita, N., Villanueva-Pabón, L., Correa-Butrón, M., Briones-Lorca, M., Parada-Navarro, A., Hernández-Valenzuela, C., Ortiz-Llorenz, M., Marrodán-García, M., & Goretta-Sandoval, D. (2024). Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico. Revista Española de Salud Pública, 98, e202405035. de https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/588

González, P. (2017). Sexualidad, salud y educación: una mirada crítica desde la juventud. Editorial Paidós.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Tratado de fisiología médica* (14.ª ed.). Elsevier.

Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates, W., Stewart, F., & Kowal, D. (2018). *Contraceptive technology* (21st ed.). Ayer Company Publishers.

Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates, W., Stewart, F., & Kowal, D. (2018). *Contraceptive technology* (21st ed.). Ayer Company Publishers.

Johnson, L. (2018). *Reproductive physiology: From gametes to reproduction*. Academic Press.

Kwame, A., Li, H., Petrucka, P. M., & Maina, G. (2023). Sexual and reproductive health experiences of international students studying in universities of Western countries: A critical literature review. Journal of International Students, 14(3). Recuperado de https://www.ojed.org/jis/article/view/6011

Lezcano-Cárdenas, D. (2019). La salud sexual y reproductiva: un reto para la academia. Revista Colombiana de Enfermería, 18(1), e001. https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2585

Michaud, P. A., Vervoort, J., Visser, A., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. (2020). Do European Union countries adequately address the healthcare needs of adolescents in the area of sexual reproductive health and rights? Archives of Disease in Childhood, 105(1), 40-46. https://adc.bmj.com/content/105/1/40

Mihalyi Csikszentmihalyi. (1998, July 20). Adolescence | Definition, Characteristics, & Stages. Encyclopedia Britannica. https://www.britannica.com/science/adolescence?utm_source=chatgpt.com

MEDUCA. (2018). Políticas públicas de educación en sexualidad para adolescentes y jóvenes.

Ministerio de Salud de Panamá (MINSA). (2006). Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes.

Ministerio de Salud de Panamá (MINSA). (2020). Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Ministerio de Educación de Panamá (MEDUCA). (2020). *Educación integral en sexualidad en el contexto panameño*. MEDUCA.

Ministerio de Salud de Panamá (MINSA). (2018). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá*. MINSA.

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/agenda-2030.

Naciones Unidas. (2015). *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. ONU. https://sdgs.un.org/es/goals

Naciones Unidas (UNICEF). (2019). *Educación integral en sexualidad: claves para los derechos, la salud y el bienestar*. UNICEF.

Nelson, Kliegman, & Stanton. (2021). *Nelson Tratado de Pediatría* (21.ª ed.). Elsevier.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Directrices sobre educación en salud sexual y reproductiva para jóvenes*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud sexual y reproductiva*. OMS. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Orientaciones técnicas y normativas internacionales sobre salud sexual y reproductiva*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Salud sexual y reproductiva en las Américas*. OPS. https://www.paho.org/es

Pacheco, L. (2021). Género, sexualidad y corresponsabilidad: retos de la educación sexual en contextos escolares. Revista de Estudios Sociales, 75(3), 45-63.

Pasos Baño, A. M., Castro Posligua, A., Delgado Cruz, M. V., & Jiménez Chenche, L. A. (2023). Valoración de conocimientos en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios, 2022. Journal of Science and Research, 8(II CICS). Recuperado de https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/3128

R. Fernández & Baptista, P. (2018). *Metodología de la investigación* (7.ª ed.). McGraw-Hill.

Renata Jacinto-Cardenas, *Efectividad de los programas de educación sexual y reproductiva en los adolescentes*, Renata55789@hotmail.com, Universidad de Guanajuato.

https://madridsalud.es/salud-sexual-y-reproductiva/, Madrid + Salud, Programada de Salud Sexual y Reproductiva.

Rudrum, S. (2023). Student encounters with a campus crisis pregnancy centre: Choice, reproductive justice and sexual and reproductive health supports. Canadian Journal of Sociology, 47(1), 53-72. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/366803145_Student_Encounters_with_a_Campus_Crisis_Pregnancy_Centre_Choice_Reproductive_Justice_and_Sexual_and_Reproductive_Health_Supports

Serrano, M. (2018). Programas de educación sexual en la escuela: avances y limitaciones en la práctica. Editorial Síntesis

Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. (2016). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource*. Wiley.

Vélez-Fraga, O., & Jara-Rascón, J. (2022). Investigación sobre el diseño y la evaluación de las campañas de prevención en salud sexual dirigidas a jóvenes en España desde 1987 a 2016. Revista Internacional de Andrología, 20(2), 102-109. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-investigacion-sobre-el-diseno-evaluacion-S1698031X22000024

World Health Organization. (2021). *Sexually transmitted infections (STIs)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

Zamberlin, N. (2007). Políticas públicas en salud sexual y reproductiva en Argentina: logros y asignaturas pendientes. CECIM. Recuperado de http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/2459

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de actividades

No.	Actividad	Mes 1 Semanas: 1 2 3 4	Mes 2 Semanas: 5 6 7 8	Mes 3 Semanas: 9 10 11 12	Mes 4 Semanas: 13 14 15 16
1	Diseño de protocolo				
2	Sometimiento ante el comité de Bioética de la Universidad Santander				
3	Aplicación de pretest de conocimientos y tabulación de datos				
4	Diseñar un programa de Promoción y Prevención de Salud sexual y Reproductiva				
5	Taller de salud sexual y reproductiva				
5	Aplicación de post test de conocimientos y tabulación de datos				
6	Grupo Focal				
7	Rediseño material educativo				
8	Elaboración informe final				

Anexo 2. Presupuesto

No.	Concepto	Cantidad o solicitada	Valor aprobado (B/.)
	Costos del proyecto *[enunciados de guía, ejemplos:]* *Papelería:*	-	-
	Personal: *Profesor español*	1	100
	Costos de oficina: *internet*	1	50
	Sometimiento de protocolo: *Sometimiento de protocolo ante el comité de Bioética*	1	35
	Otros: *Diseñador*		200
	Subtotal		385
	Imprevistos y gastos administrativos: *Imprevistos*	Varios	35
		Valor total en balboas (B/.):	420

Anexo 3. Inscripción proyecto

Universidad Santander	VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN		
	FR-VIE-05 Inscripción propuesta trabajo de grado	Fecha: 13-Ene-2022	
		Versión:0.1	Página 1 de 1

INSCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN COMO OPCÍON ATRABAJO DE GRADO

1. Título del Proyecto:	Programa de Promoción y Prevención en Salud sexual y reproductiva dirigida a los estudiantes del primer ingreso de la Licenciatura en Radiología e imágenes diagnósticas de la Universidad Santander 2024.
2. Facultad	Facultad de Educación
3. Programa o carrera:	Maestría en Docencia Superior
4. Unidad Ejecutora:	Universidad Santander
5. Director Técnico del Estudio:	Mgtr. Aura Franco
6. Asesor Metodológico del Estudio:	Dr. Sebastián Reyes Alvarado.
7. Investigador (es):	Armando José Natera Ortega y Dinorah Ortega de Natera.
7.1. Nombre:	Armando José Natera Ortega.
7.2. Correo Electrónico:	jnatera@mail.usantander.edu.pa
7.3. Número de teléfono:	66267268
7.4. Nombre:	Dinorah Ortega de Natera.
7.5. Correo Electrónico:	Din.ortega@mail.usantander.edu.pa
7.6. Número de teléfono:	68329067
8. Duración del Proyecto:	5 meses.
9. Fecha Probable de Inicio:	Diciembre del 2024
10. Fecha Probable de Terminación:	Abril 2025
11. Fecha de Aprobación de la Coordinación de Investigación:	Diciembre 2024
12. Código del Proyecto:	**MADS-2024-12-73**
13. Firma del Decano o Coordinador Académico del Programa	
14. Firma del Coordinador o Vicerrector de Investigación	

Universidad Santander VICERRECTORÍA INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

Este Documento es material Intelectual de Universidad Santander, y su uso sin aprobación tendrá implicaciones legales.

Anexo 4. Carta de aval o de no objeción de la universidad



Universidad Santander
Acreditación Institucional por el CONEAUPA adscrito al Ministerio de Educación Resolución No. 06 del 31/03/2014
Decreto Ejecutivo No. 31 de 02/03/2001 - República de Panamá

Panamá, 7 de marzo del 2025
VIE 026-2025

Respetada
Dinorah Ortega y Armando Natera
Estudiantes de docencia superior

Por medio de la presente, quiero hacer de su conocimiento, que no se tiene objeción alguna para que pueda desarrollar en nuestras instalaciones universitaria, la investigación titulada "Diseño de Programa Educativo para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva dirigida a los estudiantes del primer ingreso de la licenciatura en Radiología e Imágenes Diagnóstica de la Universidad Santander, periodo 2025-1", a cargo de su autoría y la de su compañero Armando Natera Ortega, la cual, es fundamental para cumplir con su requisito de grado como Magíster Docencia Superior.

Cabe señalar, que, para esta casa de estudio, es fundamental, que se puedan desarrollar estas acciones, que servir de beneficio a toda la comunidad educativa y sobre todo, atienda aspectos fundamentales que están vinculados con la evaluación educativa y la inteligencia artificial.

Me despido, deseándole éxitos en el desarrollo de esta investigación.

Atentamente,

Mayra Vargas Buitrago
Rectora
Universidad Santander

Sede Principal
Edificio Universidad Santander, Avenida Colombia entre Calle 44 y 45
Frente al Parque Urracá, Bella Vista, Ciudad de Panamá
Teléfonos: 394-3490 / 394-3470

Anexo 5. Registro Resegis



Dra. **Dinorah Ortega**

RESEGIS

Hemos recibido su solicitud referente al protocolo de investigación:
Diseño de Programa Educativo para la Promoción y Prevención en Salud sexual y Reproductiva dirigido a los estudiantes del primer ingreso de la licenciatura en Radiología e Imágenes Diagnósticas de la Universidad Santander, 2025 I

Su protocolo ha sido incluido en el registro de protocolos de investigación para la salud. **Registro número 4274**

Para acceder al Registro de Protocolos de Investigación para la Salud por favor ingrese a la plataforma en la siguiente dirección:

https://resegis.minsa.gob.pa/index.php

Cordialmente,
Regulación de Investigación para la Salud
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de Salud
República de Panamá
Teléfono 512-9479
regulaips@minsa.gob.pa

NOTA:

Por favor no responda a este correo, este mensaje es una notificación de la plataforma RESEGIS, si desea realizar consultas deben dirigirse al correo regulaips@minsa.gob.pa

Anexo 6. Consentimiento informado e Instrumento

Programa Educativo de Promoción y Prevención en Salud sexual y Reproductiva dirigido a los estudiantes de la Universidad Santander de Panamá.

Investigadores:

Armando José Natera Ortega

Dinorah Elizabeth Ortega De Natera

Esta investigación tiene como propósito diseñar un programa educativo integral que fomente la cultura y el conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes de la Universidad Santander, con un enfoque de sostenibilidad. A través de este programa, se busca capacitar a los estudiantes para que lleven una vida sexual y reproductiva saludable.

Usted ha sido invitado a participar de manera voluntaria en una investigación que tiene como meta el Diseño de un programa educativo *de Promoción y Prevención en Salud sexual y Reproductiva de la Universidad Santander durante el año 2025*

Hacemos de su conocimiento que es nuestra responsabilidad informarle acerca de la investigación y aclarar las dudas que la misma le genere, los datos serán recolectados a través de un cuestionario validado por expertos y consta de 16 preguntas entre cerradas se estima que le tomará aproximadamente 20 minutos responder lo solicitado.

Su participación es voluntaria, tiene derecho a negarse, puede decidir no participar o luego de haber aceptado, puede retirarse de la investigación, aun así, tendrá la oportunidad de ser incluido (a) en cualquier programa de atención o prevención que redunde en beneficio del resto de los participantes.

Riesgos y beneficios

Los riesgos son mínimos y pueden estar relacionados con la incomodidad que sienten algunas personas ante las preguntas que se relacionan con su conocimiento en relación al tema, no se ofrecen beneficios económicos ni materiales.

Confidencialidad y ética

Los resultados obtenidos del cuestionario aplicado, serán tratados con estricta confidencialidad, los datos serán manejados por los investigadores sin ofrecer la posibilidad de identificación de los participantes. La investigación cumple con los lineamientos de confidencialidad establecidos en la Ley 68/2003 de deberes y derechos de los pacientes, la Ley 84/2019 de investigación en salud y en la Ley 81/2019 de protección de datos personales.

Ante todo, se considerará el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad social y personal. Las actividades estarán dirigidas a velar por el bienestar de los sujetos, evitando cualquier acción que pueda resultar en un perjuicio o daño.

El tiempo de conservación de los datos será de cinco años y estarán resguardados en el Drive el cual tendrá acceso único a los investigadores, además de tener la información codificada**.**

Consultas y dudas

La persona responsable de esta investigación es la Dra. Prof. Dinorah Ortega de Natera y el Ing. Armando José Natera, Autores. Correo: din.ortega@mail.usantander.edu.pa

También puede consultar a: ***Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad Santander***, al correo (comité.etica@usantander.edu.pa)

Si usted está de acuerdo con participar, por favor elija Sí en señal de aceptación o si no desea participar elija No.

Sí____

No___

Instrumento Del Programa De Salud Sexual Y Reproductiva Para Los Estudiantes De La Universidad Santander.

Investigadores: Dinorah Ortega de Natera.

Armando José Natera Ortega.

Enlace para participar en programa educativo / Test y Pos test

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfuCnfQL__suzctWVbPDS1wj8ZKd2DvyY0VRGbnBMwo_IMooA/formResponse

Modelo basado en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Anónimo.

Objetivo: Diseño de Programa Educativo para la Promoción y Prevención en Salud sexual y Reproductiva dirigido a los estudiantes de la Universidad Santander, 2025 I

Instrucciones**:**

Respetado estudiante, recuerde escoger solo una respuesta por pregunta, se le agradece sea lo más sincero posible, pues esta información será tratada de manera confidencial y será utilizada exclusivamente con fines académicos y de mejora del programa a diseñar.

1. Edad (años):

18 – 22

23 – 27

28 -32

Mayor a 33 años

2. Procedencia: Provincia o Comarca:

Bocas del Toro

Coclé

Colón

Chiriquí

Darién

Herrera

Los Santos

Panamá

Panamá Oeste

Veraguas.

Guna Yala

Emberá-Wounaan

Ngäbe-Buglé

Guna de Wargandí

Guna de Madungandí.

Otro: _____

Conocimiento sobre su propio desarrollo

3. ¿Alguna vez ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?

• Sí
• No
• Lo desconozco

4. ¿De qué fuentes ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?

(Marque todas las que aplican)

• a) Familia

• b) Amigos

• c) Escuelas/educación formal

• d) Médicos o profesionales de salud

• e) Internet

• f) Medios de comunicación (televisión, radio, etc.)

• g) Ninguna de las anteriores

5. ¿Qué entiende por pubertad? (Seleccione la respuesta más completa)

• a) Es el período de cambios físicos y hormonales que llevan a la madurez sexual.

• b) Es la etapa en que se desarrollan las características sexuales secundarias.

• c) Es la señal de que el cuerpo puede reproducirse.

• d) Ninguna de las anteriores

6. ¿A qué edad ocurrió su primera menstruación o espermatogénesis? Entre

. 11 y 12 años.

13 y 14 años.

15 y 16 años.

Menos de 11 años.

Más de 16 años.

7. ¿Cuáles de los siguientes cambios experimentaron durante la pubertad? (Marque todas las que aplican)

• a) Desarrollo de vello púbico y axilar

• b) Cambios en la voz

• c) Aumento de estatura

• d) Inicio de la menstruación

• e) Desarrollo de masa muscular

• f) Crecimiento de los testículos y el pene

• g) Desarrollo de los senos

• h) Todas las anteriores

8. ¿Qué impacto tuvo en usted la etapa de desarrollo? Seleccione las que considere.

• a) Mayor independencia y capacidad de tomar decisiones

• b) Mayor conciencia de mi cuerpo y mi sexualidad

• c) Deseo de explorar relaciones íntimas

• d) Confusión o inseguridad sobre los cambios que estoy experimentando

• e) Mayor interés en la apariencia física y la atracción

• f) Todas las anteriores

g) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Considera que la información sobre salud sexual y reproductiva que ha recibido ha sido adecuada?

• Sí

• No

• En parte

10. ¿Cuán cómodo se siente discutiendo temas de salud sexual reproductiva con su médico o profesional de la salud?

• Muy cómodo

• Algo cómodo

• Poco cómodo

• Nada cómodo

11. En su opinión, ¿qué tan importante es que los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva estén disponibles en las escuelas y comunidades?

• Muy importante

• Algo importante

• Poco importante

• Nada importante

12. ¿Qué tema relacionado con la salud sexual y reproductiva le gustaría aprender más?

• a) Métodos anticonceptivos

• b) Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

• c) Salud reproductiva durante la adolescencia

• d) Relaciones sexuales y consentimiento

• e) Salud sexual en adultos mayores

• f) Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales Masculinos y Femeninos.

_____

Conocimiento de la Sexualidad, Reproducción y Protección

13. ¿Qué entiende por ciclo menstrual?

• a) Es el período entre una menstruación y la siguiente.

• b) Es el proceso de liberación de un óvulo.

• c) Es un proceso hormonal que ocurre solo en las mujeres.

• d) Lo desconozco.

14 ¿Conoce la duración promedio del ciclo menstrual?

• a) Regulares (aproximadamente cada 21-35 días) con promedio de cada 28 días.

• b) Irregulares (varían significativamente en duración y frecuencia)

• c) No lo sé

15. ¿Qué entiende por ovulación?

• a) Es el momento en que se libera un mal llamado óvulo conocido como Ovocito 2 del ovario.

• b) Es el momento del sangrado menstrual.

• c) Es la mitad del ciclo menstrual.

• d) A y C son ciertos.

• e) B y C son ciertos.

16. ¿En qué momento del ciclo menstrual es más probable que una mujer quede embarazada?

• a) Durante el sangrado de la menstruación

• b) En la semana de la ovulación

• c) Después de la semana de ovulación

• d) No lo sé

17. ¿Qué entiende por fecundación?

• a) Es el momento en que una mujer queda embarazada.

• b) Es cuando el óvulo se une con el espermatozoide.

• c) Es cuando comienza la menstruación.

• d) Ninguna de las anteriores.

18. ¿Conoce usted en qué momento del ciclo menstrual, la mujer es más fértil?

• a) Sí sé, en qué días del ciclo menstrual, la mujer es más fértil.

• b) No estoy segura/o en qué momento del ciclo menstrual, la mujer es más fértil.

• c) No sé cuándo la mujer, es más fértil.

.

19. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce y/o ha utilizado? (Puede seleccionar más de una opción)

• a) Condón

• b) Píldora anticonceptiva

• c) DIUT (Dispositivo intrauterino)

• d) Métodos naturales (como el método del ritmo)

• e) No he utilizado métodos anticonceptivos

. f) Intradérmicos.

. g) La píldora del día siguiente.

20. ¿Conoce usted los síntomas del síndrome premenstrual (SPM)?

• a) Sí, conozco los síntomas y cómo manejarlos.

• b) He oído hablar del SPM, pero no conozco los síntomas específicos.

• c) No, no sé qué es el SPM.

21. ¿Considera que los programas de educación sexual en su comunidad/escuela son adecuados?

• a) Sí, son adecuados y me proporcionan la información necesaria.

• b) No, carecen de información importante.

• c) No haber tenido acceso a programas de educación sexual.

• d) No estoy seguro/a.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y métodos de protección

22 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

- 13 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 años o más
- No ha tenido relaciones sexuales

23 ¿Conoce los métodos de protección?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

24 ¿Conoce las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

- Sí
- No
- Algunas

25 ¿Cuáles de las siguientes son enfermedades de transmisión sexual? (Marque todas las que apliquen)

- Sífilis
- Gonorrea
- Hepatitis B
- VIH/SIDA
- Clamidia
- VPH (Virus del Papiloma Humano)
- Todas las anteriores

26. ¿Conoce lo que es el Papanicolau (PAP)?

- Examen ginecológico para descartar Cáncer.
- Examen Urológico para explorar las vías urinarias.
- Examen gastroenterológico para detectar parásitos.

27. ¿Qué método de protección sexual utiliza en caso de haber iniciado relaciones sexuales? (Marque todas las que apliquen)

- Condón o Preservativo (masculino o femenino)
- Dispositivo Intrauterino (DIUT)
- Anticonceptivos orales (pastillas)
- Inyección anticonceptiva
- Implante subdérmico
- Coito interrumpido (retirar antes de la eyaculación)
- No utilizo ningún método de protección

Conocimientos adicionales sobre salud sexual y reproductiva

28. ¿Cree que la educación sexual es importante para los jóvenes de cualquier género u orientación sexual?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

29. ¿Cuál es uno de los primeros signos de embarazo?

- Falta de menstruación
- Náuseas y vómitos
- Contracturas musculares.
- Menstruaciones abundantes.
- No lo sé

30. ¿Cuál de las siguientes pruebas confirman un embarazo?

1.-HCG en sangre.

2.- Prueba de embarazo en orina.

3.- PCR (prueba del Hisopado)

4.- 1 y 2 son ciertas.

5.- 2 y 3 son ciertas

Conocimientos Adicionales sobre Salud Sexual y Reproductiva

31. ¿Cree que los hombres tienen un papel importante en la salud sexual y reproductiva?

- a) Sí
- b) No
- c) No estoy seguro/a

32. ¿Sabe que los hombres también pueden ser portadores de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sin presentar síntomas?

• a) Sí

• b) No

• c) No estoy seguro/a

33. ¿Qué tan frecuente considera que deben ser las consultas médicas de rutina para el cuidado de la salud sexual y reproductiva?

• a) Cada seis meses

• b) Una vez al año

• c) Solo cuando sea necesario

• d) No sé

34. La vacuna que protege contra el VPH y/o el Cáncer de Cuello uterino:

• a) No existe.

• b) Se puede aplicar en la infancia o en su defecto a las mujeres antes de los 42 años.

• c) Se puede aplicar solamente en la infancia.

Muchas gracias por su participación

Anexo 7. Taller Grupo Focal

Objetivo: Evaluar el Programa Educativo para la Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva, diseñado para estudiantes de la Universidad Santander de Panamá.

Duración: 1 hora

Procedimiento para el desarrollo

Paso 1:

Bienvenida a los participantes.

Paso 2:

Conversación informal para romper el hielo y generar un ambiente apto para la aplicación de la pregunta.

Paso 3:

Explicación del taller y aprobación de su participación voluntaria (consentimiento informado)

Paso 4:

Desarrollo de las preguntas:

¿Cuál ha sido su experiencia en el taller acerca del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para los estudiantes de la Universidad Santander?

¿Considera que los temas abordados fueron de interés y pertinentes como individuos y estudiantes de un programa de salud?

¿Tiene alguna recomendación en cuanto a los temas abordados en el taller?

¿Cómo le pareció la metodología utilizada para el desarrollo del taller?

¿Considera que los conocimientos adquiridos tendrán una aplicación práctica en su vida?

Paso 5:

Agradecimientos.

Anexo 8. Carta de aprobación Comité Bioética

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

CBI-USantander-M- 103- 2025

Panamá, 07 de agosto de 2025.

MEMORANDO

Para: Armando José Natera Ortega
Dinorah Elizabeth Ortega De Natera
Investigadores Principales.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

De: **Dra. Nydia Flores Chiari**
Presidenta del Comité de Bioética de la Investigación

Asunto: **Consideraciones sobre protocolo revisado**

En reunión ordinaria del 21 de julio 2025 del Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad Santander Panamá se discutieron, en tercera revisión, los documentos del protocolo: **"Creación de Programa Educativo para Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de Universidad Santander, Panamá, 2025"**.
Y se decide aprobar con correcciones menores, mismas que se completaron el 07 de agosto de 2025.

Los Miembros del Comité de Bioética de la Investigación deciden entonces:

[X]	Aprobar	[ ]	Solicitud de Modificaciones
[ ]	Suspender para correcciones	[ ]	Denegar

Comité de Bioética de la Investigación Avenida Colombia calle 44 Bellavista Edificio Capto Tel. 394-3490
comite.etica@usantander.edu.pa

Anexo 9. Carta revisión profesor español y Diploma

Panamá, 29 de septiembre de 2025

Universidad Santander
Facultad de Ciencias de la Educación
Escuela de Educación
E.S.D.

Cordial Saludo:

Por este medio certifico que mi persona, Ariel F. Ramos C., he revisado el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN DOCENCIA SUPERIOR**. Trabajo que lleva por nombre: **Creación de Programa Educativo para Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de Universidad Santander, Panamá, 2025**, de los estudiantes: Armando José Natera Ortega con número de pasaporte: 176259840 y Dinorah Elizabeth Ortega De Natera, con pasaporte número: 176247340.

A su vez doy fe de que el documento cumple satisfactoriamente con todos los requisitos formales de ortografía, semántica y redacción exigidos por el idioma español.

Atentamente,



Ariel Ramos
8-792-2446
Profesor de Español

Adjunto copia de diploma que lo acredita
Copia de cédula



UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD DE

Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
HACE CONSTAR QUE

Ariel F. Ramos C.

14 de septiembre 2012

ARIEL F. RAMOS C.
11569 10032

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TITULO DE

Licenciado en Humanidades
con Especialización en Español

Y EN CONSECUENCIA SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS. EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, A LOS veintiocho
DÍAS DEL MES DE septiembre DEL AÑO DOS MIL diez.

Diploma 179600
Identificación Personal 8-792-2446

Secretario General

Decano

Rector

Anexo 10. Invitación a estudiantes para participar en la investigación

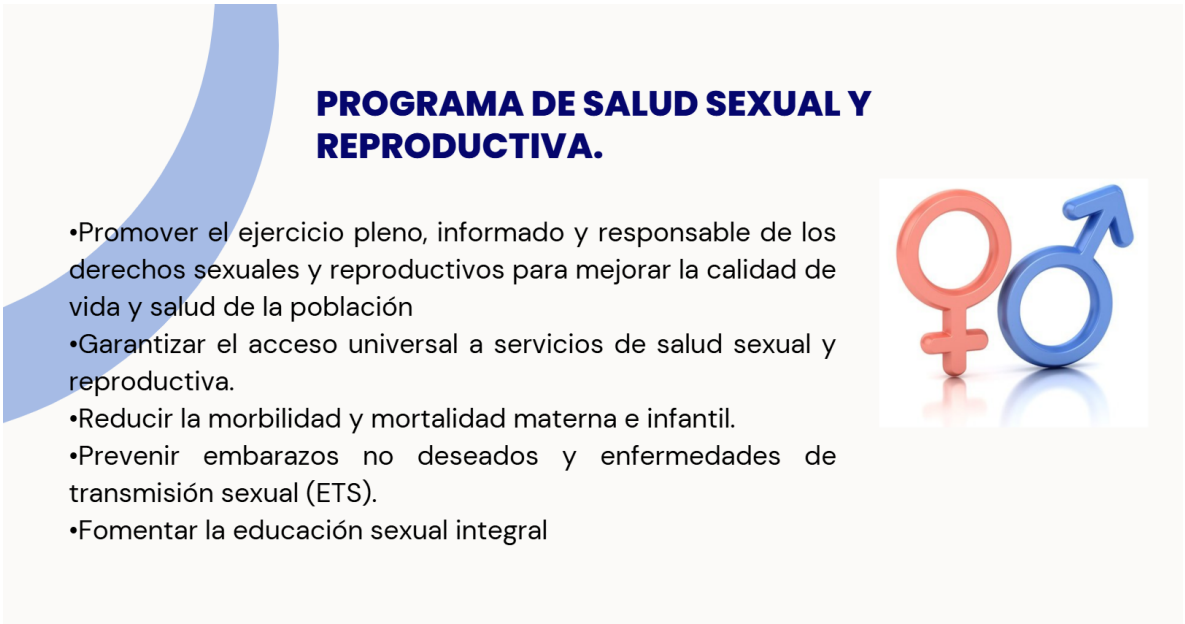


Anexo 11. Programa educativo

ENLACE

https://www.canva.com/design/DAGz1VAWAWE/z7EZIJIpcSqiSgKmsXEyyA/view?utm_content=DAGz1VAWAWE&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=hdf845dd8fb





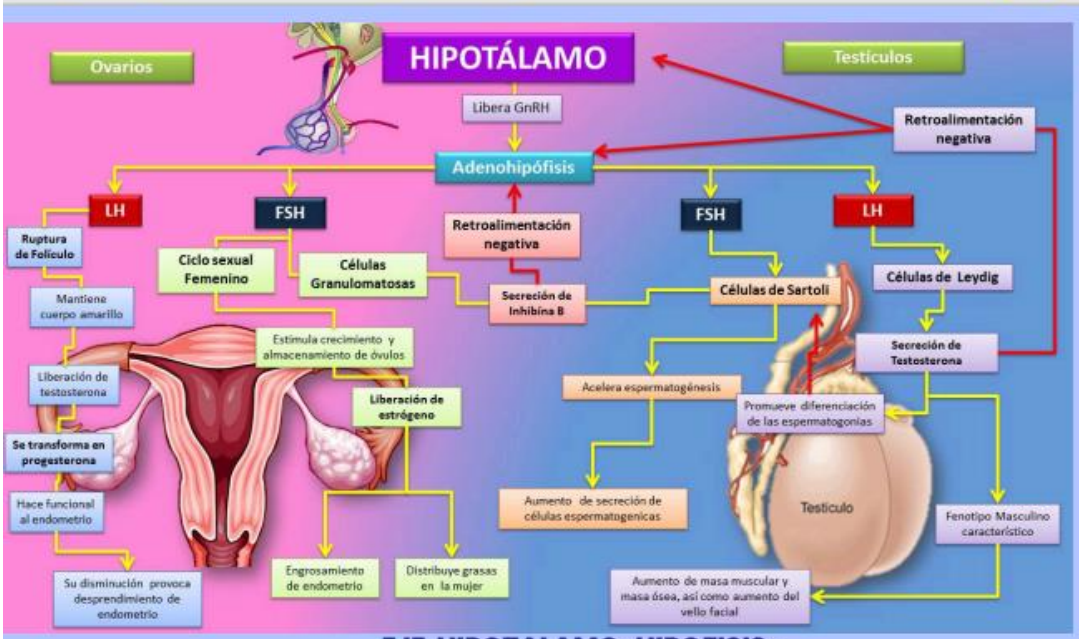
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES



- Pre-natal
- Infancia
- **Niñez**
- Adolescencia
- Juventud
- Adultez
- Ancianidad

Bibliografía
En Clave de niños. (s/f). Pinterest. Recuperado el 23 de septiembre de 2025, de https://www.pinterest.com/pin/576742298022403427/







EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-GONADAS.

DIFERENCIAS ENTRE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

CUADRO COMPARATIVO
CAMBIOS EN LA PUBERTAD Y ADOLECENCIA.

	CARACTERISTICAS FISICAS.	CARACTERISTICAS COGNITIVAS.	CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES.
CAMBIOS EN LA PUBERTAD	LA PUBERTAD ES UNA ETAPA DE DESARROLO EN LA QUE SE PRESENTAN TRANSFORMACIONES FISICAS Y CAMBIOS HORMONALES, ES EL MOMENTO EN LA VIDA EN LA QUE SE OBTIENE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA.	EL PUBERTO EMPIEZA A MOSTRAR EL USO DE OPERACIONES LOGICAS FORMALES EN LAS TAREAS ESCOLARES. COMIENZA A CUESTIONAR LA AUTORIDAD Y LAS NORMAS SOCIALES. COMIENZA A HABLAR CON SUS PROPIOS PENSAMIENTOS Y PUNTOS DE VISTA	permanece renuente algunas veces y en ocasiones elude responsabilidades, tiene actitudes negativas hacia las personas y muchas veces hacia si mismo. le interesan mas los amigos que a su familia propia.
CAMBIOS EN LA ADOLECENCIA.	ES UNA ETAPA EN LA QUE LOS JOVENES SUFREN CAMBIOS A NIVEL FISICO, ESTOS PERMITEN QUE L ADOLECENTE MADURE Y SE CONVIERTA EN ADULTO, ALGUNOS DE LOS CAMBIOS QUE EXPERIMENTAN SON: -AUMENTO DE TALLA. -ENGROZAMIENTO DE VOZ. -APARICION DE BELLO PUBICO, EN EL PECHO, ESPALDA Y EN AXILAS.	EL ADOLESCENTE ES CAPAZ DE ELABORAR UN PENSAMIDENTO ABSTRACTO Y MANTENER UNA ACTITUD CRITICA Y REFLEXIVA ANTE EL MUNDO Y LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS.	dependencia-independencia. mayor recelo y menor interes por los padres. vacio emocional y humor variable. preocupacion por el aspecto personal. -inseguridad respecto a la apariencia y atractivo -interes creciente sobre la sexualidad.

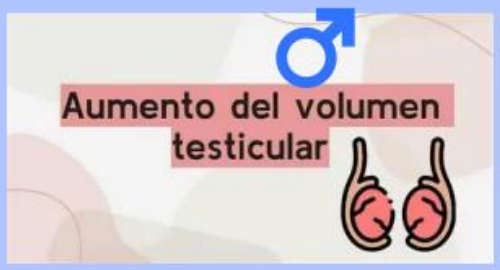
Diferencias entre:

Pubertad Adolescencia



PRIMER SIGNO DE PUBERTAD FEMENINA Y MASCULINA

TELARQUIA







CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

Maduración de ovocitos	Producción de espermatozoides
Menstruación	Eyaculación
Aumento de vello axilar y púbico	Aumento del vello en general
Caderas más anchas	Tórax y hombros más anchos
Crecimiento y desarrollo del sistema reproductor	Crecimiento y desarrollo del sistema reproductor
Desarrollo masa muscular (-)	Desarrollo masa muscular (+)
Cambio de voz (-)	Cambio de voz (+grave)
Aumento del depósito de grasa (caderas, glúteos y zonas subcutáneas)	Aumento del depósito de grasa en el abdomen
Desarrollo de glándulas mamarias, sudoríparas y sebáceas	Desarrollo de glándulas sudoríparas y sebáceas



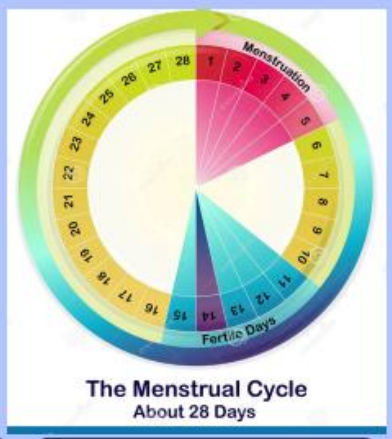
CALENDARIO PARA PRECISAR DIA DE OVULAIÓN



MENARQUIA

CICLO MENSTRUAL

EL CICLO MENSTRUAL PROMEDIO ES DE 28 DIAS.



- EL CICLO MENSTRUAL OBEDECE A DIFERENCIAS INDIVIDUALES

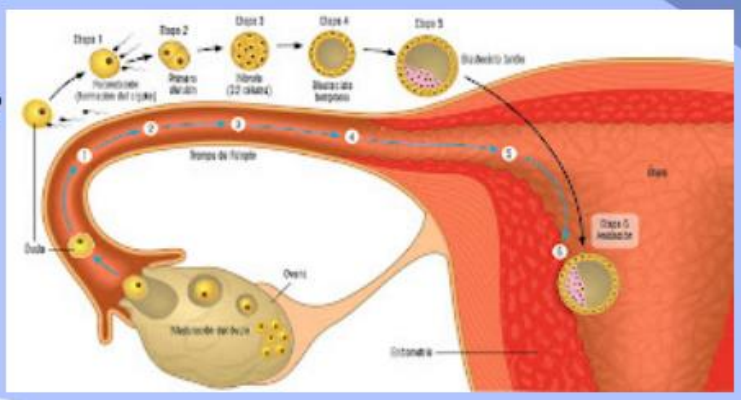
A LA MITAD DEL CICLO

CADA TANTOS DÍAS



- PROCESO DE MENSTRU ÓN E PLNTACION DEL HUEVO O CIGOTO

OVULACIÓN:LIBERACIO N DEL OVOCITO 2 POR PICO MAX DE LA LH



FECUNDACIÓN:UNION DEL OVOCITO 2 CON EL ESPERMATOZOIDE

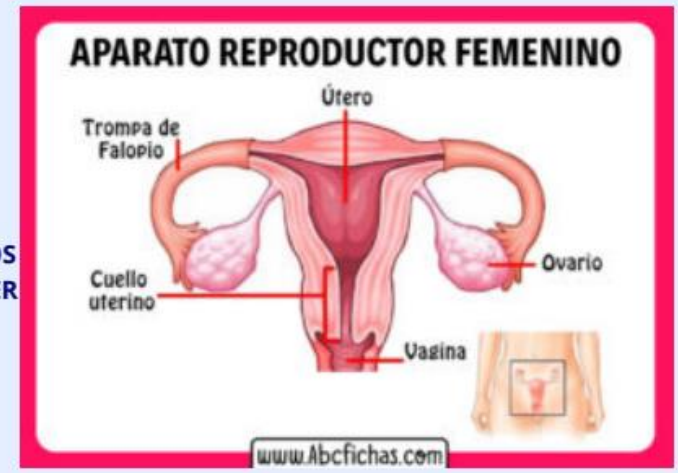


MENSTRUACION: DESCAMACION DEL ENDOMETRIO

ÓRGANOS SEXUALES FEMENINO EXTERNOS E INTERNOS

LOS ORGANOS GENITALES EXTERNOS SON LOS QUE SE PUEDEN VER





ÓRGANOS EXTERNO

Es la llamada vulva.

- Monte de venus
- Labios
- Clitoris
- Meato urinario



DIFERENCIAS ENTRE LA GONADA FEMENINA Y MASCULINA



LAS FEMENINAS NACEN CON TODOS LOS OVOCITOS 2 QUE VAN A TENER EN SU VIDA

LA ESPERMATOGENESIS OCURRE CADA 3 MESES

SÍFILIS:

- **AGENTE CAUSAL:** TREPONEMA PALIDUM.
- **CLASIFICACIÓN:** .-**SÍFILIS:** 1.- **Primaria:** Etapa de Chancro (Altamente contagiosa)

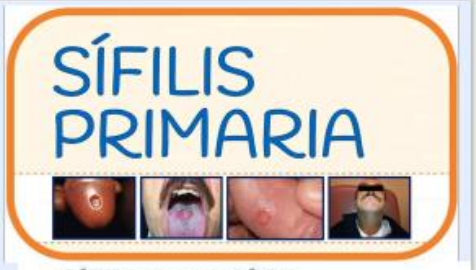
2.-**Secundaria:** Lesiones de piel. (No es contagiosa)

3.- **Terciaria:** Neurosífilis. Tabes.

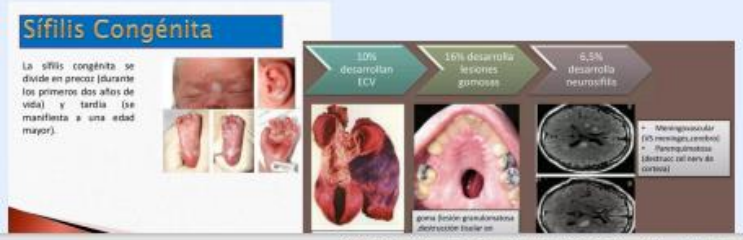
4.-**Congénita:** Nariz en silla de montar. (Primer trimestre del embarazo)

EXAMEN QUE CONFIRMA EL **DIAGNÓSTICO:** VDRL

TRATAMIENTO: **Penicilina.(Para los que no son alérgicos)**









VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

ETIOLOGÍA: VPH.

SIGNOS Y SÍNTOMAS: **CONDILOMA ACUMINADO.** (VERRUGA)

CÉLULAS COILOCÍTICAS O COILOCITOS EN LA CITOLOGÍA ES PATOGNOMÓNICO.

LEUCOPLAQUIAS: EN SITIOS DE RELACIONES OROGENITALES.

SEROTIPOS: MUCHOS, PRODUCTORES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EL 16 Y 18.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: VACUNAS: GARDASIL. GARDASIL 9 (NIÑOS Y NIÑAS DE 9 AÑOS) Y CERVARIX (SEROTIPOS 16 Y 18 SOLO PARA MUJERES HASTA LOS 42 AÑOS.)

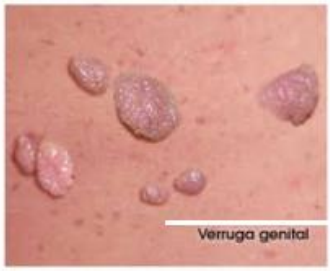
PROMOCIÓN DE SALUD: PORQUE ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

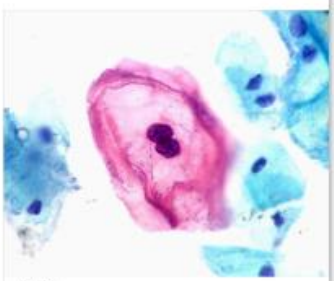


ADAM.

Condiloma Acuminado.







GOTA MATINAL



BLENORRAGIA (GONORREA)



ETIOLOGÍA: GONOCOCO: (BACTERIA NEISSERIA GONOHORRAE)

SIGNOS Y SÍNTOMAS: GOTA MATINAL.

EXAMEN QUE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO: GRAM Y CULTIVO DE LA SECRECIÓN.

TRATAMIENTO: ANTIBIÓTICOS.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD.





farmaceuticonline.com/es/antibioticos-uso-adecuado/

https://www.paho.org/es/temas/gonorrea

ETIOLOGÍA: VIRUS DE LA HEPATITIS B

FORMA DE TRANSMISIÓN: VÍA SEXUAL, SANGUÍNEA, FLUÍDOS, JERINGAS CONTAMINADAS, TRANSFUSIONES DE SANGRE. (RECORDAR QUE TAMBIÉN EXISTE LA TRANSMISIÓN VERTICAL ES DECIR DE MADRE A HIJO A TRAVÉS DEL CANAL DEL PARTO Y NO ES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.)

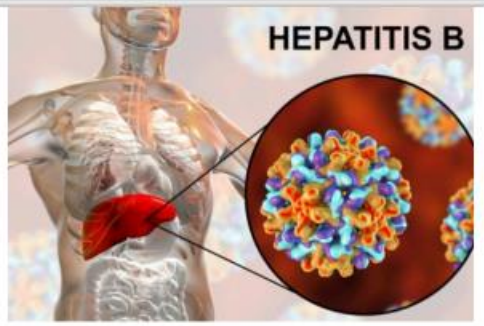
SÍNTOMAS Y SIGNOS: AL INICIO DE LA ENFERMEDAD SOLO SE PRESENTAN SINTOMAS VAGOS COMO NAUSEAS EVENTUALES, AL FINAL DE LA ENFERMEDAD CURSA CON ASCITIS, ICTERICIA, TRASTORNOS ENCEFALICOS.

EXAMEN QUE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO: AgSHB (Antígeno de superficie de la Hepatitis B)

TRATAMIENTO: RETROVIRALES : VIREAD.

PREVENCIÓN:VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B DOSIS NIÑOS Y ADULTOS.

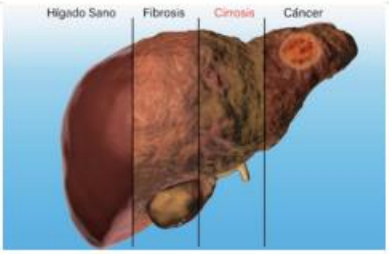
PROMOCIÓN DE SALUD.



farmaceuticonline.com/es/antibioticos-uso-adecuado/



atamed.sg/hepatitis-b-vaccine-singapore



https://www.cirugiaqz.es/especialidades/higado-y-pancreas/hepatocarcinoma/


TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
ANTICONCEPTIVOS
NATURALES
DE BARRERA
QUÍMICOS Y HORMONALES
DEFINITIVOS O QUIRÚRGICOS
TEMPERATURA BASAL
AMENORREA DURANTE LA LACTANCIA
OVULACIÓN
PRESERVATIVOS FEMENICOS Y MASCULINOS
DIAFRAGMA
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
ESPERMICIDAS
PÍLDORAS
PARCHES
LIGADURA DE TROMPAS
VASECTOMÍA


Métodos hormonales
Píldora
Anillo vaginal
Parche
Implante subcutáneo
Inyección
Tipos de anticonceptivos
EASY DONA
Tamaño del implante
El implante es colocado bajo la piel del brazo
ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS
Métodos anticonceptivos
Condón masculino
Condón femenino
Píldoras anticonceptivas
Anillo hormonal
Inyección anticonceptiva
Cirugía esterilizadora
Implante
Calendario de días fértiles
Parche anticonceptivo
DIU

BIBLIOGRAFIA

Tortora y Bry Derrickson. Principios de Anatomia y Fisiologia. 15aEdición. Editorial Medica Panamericana

Nelson. Tratado de Pediatría (22ª ed.) Elevier .

Hall, J. E., & Guyton, A. C. (2021). Tratado de Fisiología Médica (14ª ed.). Elsevier.

Netter, F. H. (2019). Atlas de anatomía humana (7.ª ed.). Elsevier.

Sego sociedad española de Ginecologia y Panamericana. Tratado de Ginecologia y obstetricia. 2a Edición.

Robbins y Coltran. Patologia Estructural y Funcional.Novena Edición.Elsevier.

ATA Medical. (2025). Hepatitis B vaccine Singapore: Same-day appointment.s ://www.atamed.sg/hepatitis-b-vaccine-singapore

Carvajal. J y Garcia. K.(2024) Manual de obstetricia y Ginecología). Décimoquinta Edición.

Ganong. Fisiologia Medica. 23a Edición

Anexo 12. Programa de Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de la Universidad Santander

PROGRAMA ANÁLITICO

Universidad Santander

/

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SANTANDER.				
FACULTAD	CIENCIAS DE LA SALUD			
CARRERA	TODAS.			
CURSO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	MODALIDAD	PRESENCIAL.	
DIRIGIDO A LOS ALUMNOS	PRIMER INGRESO	CARRERAS	TODAS	
HORAS	HT: 2	HL: 0	HP:1	HS: 3
CUATRIMESTRE	PRIMERO.	AULA EXTENDIDA	SI	
AUTORES DEL PROGRAMA:	ARMANDO NATERA ORTEGA Y DINORAH ORTEGA DE NATERA, AURA FRANCO. JOHANA GUTIÉRREZ ZEHR			

INFORMACIÓN DETALLADA DEL CURSO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Programa de Salud sexual y Reproductiva a los estudiantes de primer ingreso de las carreras de la Universidad Santander, para determinar el conocimiento sobre salud sexual que traen de experiencias anteriores.

Esta iniciativa, además de promover su formación integral promueve la Responsabilidad Social Universitaria (RSU) de la Universidad Santander que juega un papel fundamental en la formación en el compromiso de no solo aborda aspectos biológicos, sino también psicológicos, sociales y emocionales, contribuyendo al bienestar individual y colectivo de los estudiantes. La universidad promoverá una formación más consciente, preparada y responsable, alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contribuyendo al desarrollo de una generación universitaria más consciente, preparada y responsable, capaz de disfrutar plenamente de su juventud y de construir un futuro más saludable y sostenible.

Para ello se le aplicará un cuestionario como pre test sobre el tema, luego se darán talleres y posteriormente se aplicará el mismo cuestionario como post test, para evaluar el nivel de conocimientos adquiridos. Se cierre este programa Flexible con la realimentación de los participantes y así mejorar cada vez a partir de las experiencias aprendidas o adquiridas.

JUSTIFICACIÓN

La promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en los estudiantes universitarios es de suma importancia, considerando que la mayoría de ellos se encuentran en las etapas de pubertad, adolescencia y adolescencia tardía. Estas fases del desarrollo humano se caracterizan por transformaciones significativas a nivel hormonal, físico, intelectual, emocional y espiritual, lo que las convierte en periodos de alta vulnerabilidad. Sin embargo, esta población generalmente carece de una orientación adecuada y de calidad para enfrentar los desafíos propios de su etapa de vida, como el embarazo en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El embarazo en adolescentes representa no solo un problema de salud pública, sino también un desafío social de grandes proporciones, con consecuencias que incluyen deserción escolar, conflictos familiares, interrupción de proyectos de vida, uniones no deseadas a temprana edad y, en muchos casos, la perpetuación de ciclos de pobreza, violencia y exclusión social. Además, estas condiciones pueden contribuir al incremento de problemáticas como el consumo de sustancias, el suicidio y la marginación. Paradójicamente, estas mismas problemáticas son también factores de riesgo para embarazos no deseados y ETS, conformando un círculo vicioso que afecta tanto a los individuos como a la sociedad en su conjunto.

En Panamá, las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud (MINSA) y del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) revelan la magnitud del problema. Entre 2019 y 2020, los embarazos en mujeres de entre 10 y 19 años representaron el 23% del total de casos, alcanzando un incremento de 9,028 en 2019 a 11,103 en 2020. De estos, el 96% correspondió a adolescentes de 15 a 19 años, coincidiendo con el rango de edad predominante en los estudiantes de primer ingreso de la Universidad Santander. Este panorama subraya la necesidad urgente de iniciativas educativas y preventivas para abordar esta problemática. Adicionalmente, las ETS constituyen otra consecuencia directa del desconocimiento o la falta de aplicación de medidas preventivas en salud sexual. Estudios muestran una marcada discrepancia entre el conocimiento de los métodos de prevención, como el uso de preservativos, y su implementación en la práctica, lo que amplifica los riesgos asociados a esta población.

Ante este contexto, se justifica el diseño e implementación de un programa de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva dirigido a los estudiantes de primer ingreso de la Universidad Santander. Este programa tiene como objetivo no solo satisfacer las necesidades cognitivas de los jóvenes en esta área, sino también proporcionarles herramientas prácticas para tomar decisiones responsables sobre su salud. De esta forma, se busca minimizar los riesgos asociados a esta etapa de la vida, garantizar el cumplimiento de sus derechos en cuanto a una sexualidad responsable que les permita alcanzar sus metas académicas y personales, y contribuir a la reducción de los problemas sociales y sus implicaciones en la comunidad.

OBJETIVO GENERAL

Brindar un Programa Educativo de Promoción y Prevención, Salud sexual y Reproductiva para estudiantes de primer ingreso de la Universidad Santander, el cual permita incrementar conocimientos y mejorar las practicas responsables en salud sexual de los adolescentes y jóvenes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Identificar el nivel de conocimiento que presentan los alumnos de primer ingreso de la Universidad Santander respecto a Promoción y Prevención, Salud sexual y Reproductiva

• Realizar talleres que permitan brindar las estrategias del programa educativo sobre la Promoción y Prevención, Salud sexual y Reproductiva para los estudiantes de primer ingreso de la Universidad Santander.

• Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por los alumnos respecto al programa educativo sobre la Promoción y Prevención, Salud sexual y Reproductiva para estudiantes de primer de la Universidad Santander.

CONTENIDOS

- Pubertad y cambios en el cuerpo: Anatomía y Fisiología de la Pubertad. Eje Hipotálamo-Hipófisis-Gónadas masculina y femenina. Hormonas sexuales. Ovulación. Espermatogénesis. Primer signo de Pubertad femenina y masculina. Caracteres sexuales secundarios. Definiciones. Diferencias entre la Pubertad y la Adolescencia. Grupos etarios. Fecundación. Ciclo Menstrual. Menarquia.
- Métodos anticonceptivos: Tipos. Anticonceptivos de Barrera. Hormonales. Periodos cortos y Definitivos. Anticonceptivos de emergencia: Post Day.
- Prevención de ITS y VIH Fármacos de prevención previo a la exposición al riesgo de VIH Profilaxis pre-Exposición. (PrEP) y la Profilaxis post exposición. (PEP:
- Proyecto de vida y toma de decisiones: Importancia del conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva en función al proyecto de vida y toma de decisiones: Intervinientes la Universidad y la familia como inspiradores de los estudiantes para n caso de dudas consulten a su médico para que los orienten, de esa forma puedan tomar decisiones argumentadas en el saber.

METODOLOGÍA

- Realizar un análisis de los conocimientos previos de los participantes sobre el tema.
- Proporcionar un consentimiento informado en que se establezca que los alumnos están en conocimiento de los alcances del tema.
- Proveer toda la información requerida a los estudiantes, así como dejar claro el carácter voluntario de este estudio y la autonomía de los estudiantes para abandonar cuando lo consideren pertinente.
- Resguardar la confidencialidad en el tratamiento de los datos proporcionados por los estudiantes en los instrumentos utilizados, mediante la asignación de códigos a los mismos.
- Realizar encuentro para realimentación con los estudiantes para recopilar datos, opiniones, puntos de vista y otros referentes al tema.
- Referir participantes con un especialista idóneo de la salud mental en el caso de que él lo solicite o se detecte algún riesgo durante el curso.

Resultados esperados: Un perfil claro sobre el nivel de conocimiento de los estudiantes en materia de salud sexual y reproductiva.

TEMA	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TIPO DE EVALUACIÓN
Preguntas sobre: 1.- Anatomía y Fisiología de su cuerpo. 2.- Educación sexual previa recibida en Instituciones	• **Estrategias de Enseñanza**: Clase Magistral / Aula Invertida / Exposición Oral / Conversatorios / Seminarios / Correlación /	LINK	Diagnóstica PRE TEST.

u otra forma.3.- métodos Anticonceptivos. 4.-ITS.	Enseñanza a través de aprendizaje significativo / conceptos previos / Formulación de preguntas / Preguntas Contextualizadas • **Estrategias de Aprendizaje:** Aprendizaje activo / Aprendizaje por Descubrimiento / Lluvia de Ideas • **Estrategias Aprendizaje Colaborativo:** Aprendizaje Colaborativo / • **Estrategias de Aprendizaje Autónomo**: Indagación / Método Científico / Investigación / Análisis de Videos / Consulta Bibliográfica en libros y bases de datos / • **Estrategias de Motivación:** Gamificación en el aula /Debate y Discusión • **Estrategias de Simulación**: Aprendizaje experiencial **Estrategias Desarrollo Habilidades Mentales**: / Mapa Mental / Comparación y Contraste/	**Enlace:** https://forms.gle/st84wV8DJZdeWB9D6 QR: PPT:	Evaluativa POST TEST

RECURSOS BIBIOGRÁFICOS

- Tortora y Bry Derrickson. Principios de Anatomia y Fisiologia. 15ª Edición. Editorial Medica Panamericana.
-
- Nelson. Tratado de Pediatria (22ed) Elsevier.
- Hall, J.E y Guyton, A.C (2021) Tratado de Fisiologia Medica (14 Ed) Elsevier.
- **Netter, F.H (2019) Atlas de Anatomía Humana (7ª Ed) Elsevier.**
- sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública, 39(1), 161-174. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015
- Casey, S. E., Gallagher, M. C., Kakesa, J., Kalyanpur, A., Rafanoharana, R. V., Albutt, K., & McGlasson, K. L. (2020). Contraceptive use among adolescent and young women in North and South Kivu, Democratic Republic of Congo: A cross-sectional population-based survey. PLoS Medicine, 17(3), e1003086. https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.10 03086

- Centeno, M., Saldaña, P., & Oviedo, D. (2021). Conocimientos y actitudes asociados al cuidado de la salud sexual y reproductiva en los adultos jóvenes de la Ciudad de Panamá durante el año 2021. Congreso Nacional de Ciencia y Tecnología – APANAC, 389-396. https://revistas.utp.ac.pa/index.php/apanac/article/view/3212
- Chamorro Mojica, F., Rodríguez, F., Stocel, S., & De León, R. (2020). Derechos a la salud sexual y reproductiva entre mujeres de 20-29 años en Panamá. Revista Médica de Panamá, 45(1), 15- 25. https://www.revistamedica.org/index.php/rmdp/article/view/1716
- Chavez Asencio, B., Danel, P., & Pérez, A. (2023). Salud sexual, reproductiva y no reproductiva, de mujeres y diversidades sexuales en situación de discapacidad. Investigación Joven, 10(3), 572-573. Recuperado de https://revistas.unlp.edu.ar/InvJov/article/view/15399 De Moissac, D., Graham, J. M., Gueye, N. R., & Penner, K. (20

RECURSOS BIBIOGRÁFICOS OTRO IDIOMA

- Beckman and Ling! s Obstetrics. Patrice M Weiss MD 2018.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:	Fecha:
Armando José Natera Ortega y Dinorah Ortega de Natera. Aura Franco. Johana Gutiérrez zehr.			13-9-25

Enlace para participar en programa educativo / Test y Pos test

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfuCnfQL__suzctWVbPDS1wj8ZKd2DvyY0VRGbnBMwo_IMooA/formResponse