



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/286d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Efectividad del Programa de Educación Sanitaria en adolescentes de Pueblos Jóvenes. Chiclayo, Perú. 2012**

Autores Doris Felicita *Carhuajulca Quispe*,¹ Victor *Alvites Castillo*²

Centro/institución (1) Escuela de Enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. (2) Escuela de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Ciudad/país Chiclayo, Perú

Dirección e-mail fmogollon@usat.edu.pe

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo principal, evaluar la efectividad del Programa de educación sanitaria expresado en la mejora de conocimientos y la toma de actitudes saludables. Consideró la teoría constructivista y cambio conceptual. Se aplicó una investigación cuantitativa con diseño de investigación cuasi experimental a 81 adolescentes de quinto año de un colegio secundario, los instrumentos de recolección de datos fueron un cuestionario que midió el conocimiento y un test que valoró la actitud, fueron aplicados antes y después del estímulo denominado programa educativo. Los resultados después de dos meses de aplicado el Programa de Educación Sanitaria, se encontró que el conocimiento se mantuvo en un 87.65%, mientras que la actitud, no, disminuyendo esta en un 23%, este porcentaje se distribuyó en el rubro en proceso y sin actitud, en el rubro en proceso se incrementó en un 20% y en el rubro sin actitud en un 3%.

Palabras clave: Programa/ Educación sanitaria/ Conocimiento/ Actitud saludable.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La etapa de la adolescencia siempre ha generado interés sobre todo por la gran preocupación social que suscitan muchos de los problemas propios de esta etapa de la vida, como el consumo de drogas y alcohol, embarazo precoz, problemas alimentarios, violencia y comportamiento antisocial.

En cuanto a la población de adolescentes, la OMS reportó que la población de 10 a 24 años representa una enorme proporción de la actual población mundial, a saber, más de 175 000 millones. Además, los jóvenes entre 15 y 24 años de edad constituyen el 25% de la población en edad laboral y con respecto al lugar de residencia, el mismo programa reportó que la mayoría de los jóvenes del mundo vivían en países en vías de desarrollo (casi el 85%), aproximadamente el 60% en Asia solamente y el 23% restante en las regiones en vías de desarrollo de África y América Latina y el Caribe.¹

Para el año 2025, se prevee que el número de jóvenes que vivirán en países en vías de desarrollo crecerá en un 89.5%, siendo 525 millones de hombres jóvenes y 500 millones de mujeres jóvenes, la mayoría de los jóvenes vivirán en áreas rurales en el sub-Sahara de África, y en el sudeste y sur-centro de Asia y Oceanía, el analfabetismo juvenil en países en vías de desarrollo será de 57 millones de hombres jóvenes y 96 millones de mujeres jóvenes.²

En Perú, según el Ministerio de Salud en el año 2007, más de 5 millones 800 mil son adolescentes, es decir más del 20% de la población nacional. Aproximadamente el 70% de ellos, viven en zonas urbanas, más del 50% se encuentra en condiciones de pobreza y aproximadamente el 15% de hogares de extrema pobreza están constituidos por adolescentes, el 29% de adolescentes ha pensado en suicidarse, el 3,6% lo ha intentado y de estos el 29% lo volvería a hacer. Los adolescentes inician el consumo de drogas lícitas e ilícitas cada vez más jóvenes, siendo los 12 años la edad de inicio, y la principal droga el alcohol. La violencia es parte rutinaria de la vida de los/las adolescentes constituyendo la violación y el acoso sexual una situación muy frecuente.³ Empezar a tomar desde chicos predispone a una mayor posibilidad de beber en la etapa adulta. También puede afectar al desarrollo neurológico, provocando disminución en la memoria y problemas para la toma de decisiones.⁴

La salud del adolescente de 10 a 19 años, en América Latina y El Caribe, es un elemento clave para el progreso económico, social y político de todos los países y territorios de las Américas, gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad ni mortalidad durante la adolescencia misma, pero sí lo hacen en años posteriores.⁵ De hecho, la Organización Mundial de la Salud afirma que la mayoría de los jóvenes están sanos. Sin embargo, cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años. Un número mucho mayor de jóvenes sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Y un número aún mayor adoptan comportamientos que ponen en peligro su salud presente y futura. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el

consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.⁶

La adolescencia por ser la etapa que activa la producción de hormonas, cuando no es orientada, da lugar al inicio de la actividad sexual, la cual se está iniciando en edades tempranas dando lugar a las enfermedades de transmisión sexual y al embarazo, trayendo consecuencias negativas de salud para la madre y el recién nacido, también se presentan problemas relacionados con la nutrición obesidad y la anemia, presentes en la tercera parte de las adolescentes mujeres, en ellas el estilo de vida nutricional centrado en el consumo de carbohidratos y la ausencia de proteínas, origina estos problemas.

Sin embargo algunos de los problemas más comunes del adolescente están disminuyendo gracias a los programas de promoción de la salud siendo los uno de ellos el consumo de cigarrillo y alcohol evidenciado en estudios realizados en Argentina, pero se están incrementando problemas crónicos como la diabetes y la hipertensión en jóvenes, por lo que los programas educativos en estas edades se deben incrementar. Por ello es importante probar:

¿Cuál es la efectividad de un Programa de Educación Sanitaria para mejorar el conocimiento y la actitud, y evitar conductas riesgosas, en adolescentes de 15 a 18 años de edad de pueblos jóvenes de Chiclayo?

Para lo cual se enuncio el objetivo general: Evaluar la efectividad del Programa de educación sanitaria expresado en la ampliación de conocimientos y mejoramiento de la actitud, para la toma de decisiones saludables en adolescentes de 15 a 18 años de edad de Pueblos Jóvenes de Chiclayo.

Así mismo se establecieron los objetivos específicos los cuales pretenden:

Determinar el nivel de conocimiento y actitud de los adolescentes de 15 a 18 años de edad acerca de educación sanitaria, en las condiciones tradicionales de este aprendizaje, también Determinar el nivel de conocimiento y actitud de los de 15 a 18 años acerca de educación sanitaria, después de aplicar el programa de educación sanitaria.

Metodología

Esta investigación ha utilizado el Diseño cuasi experimental, la población fue de 112 estudiantes y la muestra estuvo constituida por 81 de ellos, los que decidieron participar voluntariamente; el lugar de recolección de datos fue en el Colegio Juan Tomis Stack del Ministerio de Educación del Perú, en el mes de Junio, Setiembre y Diciembre del año 2012. Las variables de estudio fueron: Variable dependiente nivel de conocimiento y actitud de los adolescentes y la Variable independiente Programa de Educación Sanitaria.

La recogida de datos se realizó con una encuesta socio demográfica; un cuestionario de evaluación, validado por expertos y aplicado antes y después de ejecutar el Programa de Educación para la salud, constituido por 20 preguntas acerca de conocimientos saludables en la dimensión física (8), psicológica, espiritual y social (4 de cada una), con un puntaje global de 20 y las actitudes se midieron con el instrumento denominados El WHOQOL - BREF el cual fue modificado, se consideraron las preguntas relacionadas con la salud física, psicológica y de relaciones sociales y se agregó

preguntas en el área espiritual, quedando construido el instrumento de actitudes con 20 preguntas de tipo Likert considerando el adolescente con actitud positiva o actitud saludable (puntaje de 67 a 71), en proceso se entiende que está en camino de lograrlo (puntaje de 51 a 60 y la actitud negativa considerándose los que no evidencia una actitud positiva (lograron 41 a 50 puntos).

El Programa de Educación Sanitaria, abordo cuatro dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. La dimensión física estuvo representada por conocimientos sobre embarazo no deseado, nutrición equilibrada, higiene adecuada, ejercicio, deporte, actividad y reposo. En la dimensión psicológica se consideró conocimientos sobre imagen corporal, identidad, pérdida de la autoestima, percepción de su estado cognitivo y afectivo y plan de vida. En la dimensión social se revisaron conocimientos sobre la salud y sus efectos por el alcohol, tabaco y drogas ilícitas, también se trato el problema social de la prostitución. En la dimensión espiritual se consideró conocimiento sobre formación a través de la vivencia de valores, formación espiritual a través de la oración como medio de relacionarse con Dios.

El análisis de datos y la influencia del programa en el conocimiento se realizó utilizando la estadística Inferencial, fue medida a través de la prueba de Hipótesis de Diferencias pareadas para muestras dependientes con un 99% de confianza y la actitud se midió con la prueba T.

Durante el desarrollo de la investigación se aplico el Principio de respeto a la vida humana. Siguiendo este principio, en todas las fases de la investigación se antepuso el respeto a la vida de los adolescente que participaron del presente estudio, también se considero el principio de Libertad y Responsabilidad, respetando la libertad de los adolescentes para aceptar o no realizar con ellos la investigación, y todo lo que conlleva como es la aplicación de test de evaluación, cuestionarios y desarrollo del programa educativo, para ratificarlo, firmaron el consentimiento informado, como ultimo principio se considero el de Sociabilidad y subsidiaridad, el cual conlleva el respeto de la dignidad de los adolescentes en todo el proceso de la investigación desde pedirles su consentimiento hasta su participación en el programa educativo que redundara en su bienestar y en el de la sociedad.⁷

Resultados y discusión

En esta investigación los sujetos de estudio fueron los adolescentes, los cuales estuvieron representados por 50,6% de mujeres y 49,4% de varones en cuanto a la edad en su mayoría (89%) están ubicados entre los 16 y 17 años, la minoría (20%) fueron adolescentes con edades de 15 y 18 años.

Este resultado coincide con la Investigación de Balza, la cual encontró que en el pre test sobre conocimientos en salud, aplicado a adolescentes embarazadas dio como resultado que el 48% se ubico en el nivel regular, el 40% en el bueno y el 20% en el bajo, lo que constituye que el conocimiento de un 60% se encuentre ubicado entre calificaciones regulares y bajas.⁸

Los conocimientos sobre educación para la salud que han desarrollado los adolescentes en su educación tradicional, fueron valorados en base a la aplicación de un cuestionario de educación sanitaria, evidenciaron un promedio de 9 de nota, considerado un bajo

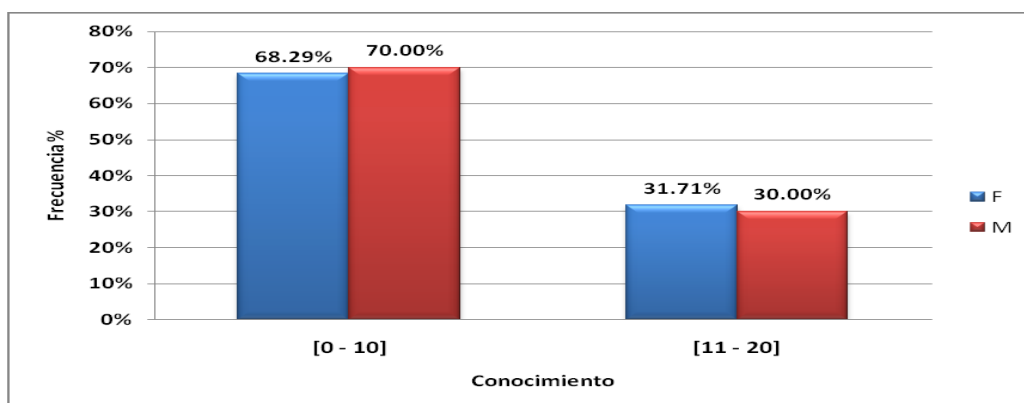
rendimiento académico en aspectos de educación en salud; resaltando las más bajas notas en la dimensión espiritual.[Tabla 1]

Tabla 1. Estadísticas relacionadas con las dimensiones del Programa de Educación Sanitaria, aplicado en adolescentes del 5to año en una Institución educativa nacional, durante el 2011.

Estadísticas	D. Física	D. Psicológica	D. Social	D. Espiritual	Nota Global
Media	9,88	10,31	11,11	5,06	9,28
Varianza	2,036	0,734	1,250	0,012	5,806
Desviación estándar	1,396	0,857	1,118	0,111	2,410

El desarrollo cognitivo de los adolescentes, en su forma tradicional, sobre la educación para la salud es de forma superficial, el 68 % de adolescentes del sexo femenino, obtuvo notas de 0 a 10, demostrando que no desarrollaron aspectos saludables de la dimensión física, psicológica, social, espiritual y moral, y una proporción ligeramente mayor sobre el mismo aspecto se presentó en el sexo masculino (70%) en el pre test han obtenido notas menores a 10. El 32% de mujeres y el 30% de varones han obtenido notas desde 11 hasta 20, expresando de esta manera que la mayoría de varones y mujeres han desaprobado el cuestionario relacionado con conocimiento sobre educación sanitaria [fig.1]. En los últimos años varios autores sostienen que las operaciones intelectuales que construyen los sujetos en la adolescencia están muy ligadas a la cultura, de ahí la significación que cobran las teorías implícitas, los conocimientos previos y otros saberes cotidianos de origen individual y social, homogéneos con respecto a un determinado nivel de desarrollo.¹⁵

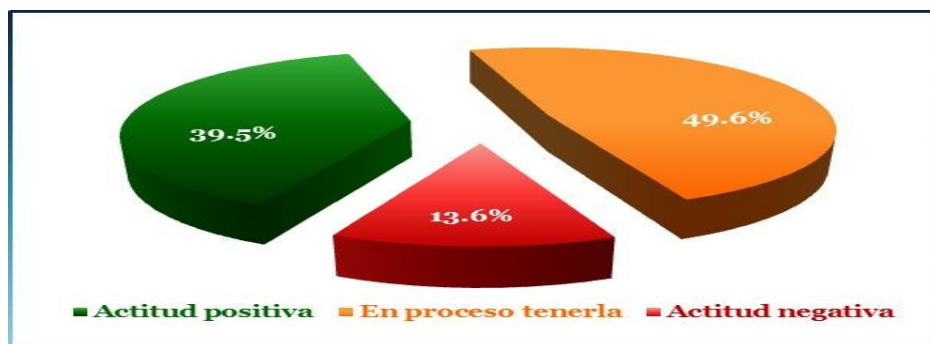
Figura 1. Conocimiento según sexo sobre educación Sanitaria de los adolescentes del 5to año en una Institución educativa nacional, Nacional de Chiclayo, durante 2012, antes de ejecutar el Programa Educativo



Instrumento aplicado por la investigadora

Actitud

Figura 2. Actitud sobre educación Sanitaria en su formación tradicional de los Adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012

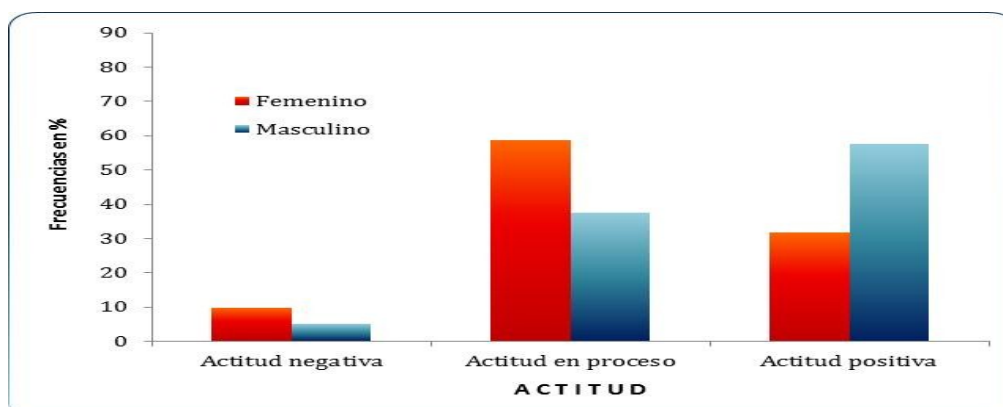


Para Martínez Azócar, la actitud es la forma de actuar de una persona, o el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas, impulsado por la motivación, que orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.⁹

La actitud en los sujetos de esta investigación ha estado orientada; por una carga afectiva de situaciones o casos que ellos han vivido, en los cuales han puesto en acción, su disposición para tomar una decisión positiva o negativa. En los adolescentes muchas de sus decisiones en cuanto a cuidar su salud fueron negativas, guiados generalmente, por el comportamiento de los amigos o del grupo, más que de su forma de comportarse. Esta actitud fue evidenciada a través de la aplicación de un test antes de iniciar el Programa educativo, los resultados indicaron que el 39% tuvieron una actitud positiva o buena actitud para cuidar su salud, el 49 % está en proceso de tlograrla, y sólo el 13% no tiene una actitud saludable [fig.2].

La actitud se analizo tambien en relacion con el sexo, encontrandose que el sexo femenino tuvo un 10% de actitud negativa, el 60% en proceso, mientras que el sexo masculino tiene el 60% de actitud positiva y el 40% de actitud en proceso a la educacion sanitaria, antes de recibir el programa educativo.

Figura 3. *Proporción de actitudes sobre educación sanitaria según sexo, obtenidos en su forma tradicional, de adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, antes de ejecutar el Programa Educativo*

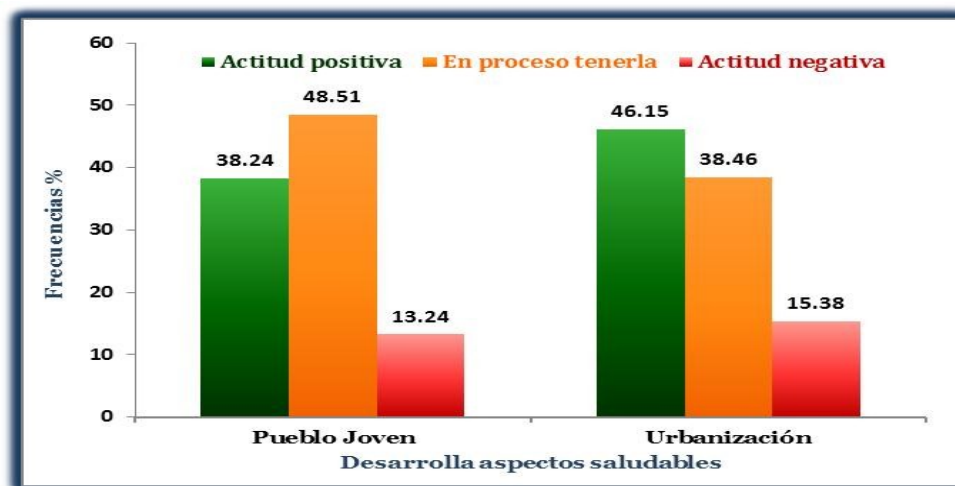


Aplicada la estadística descriptiva, se observa diferencias significativas en todos los estadísticos, así se tiene que el promedio de varones es de 15.3 y el de mujeres es de

15.9 y la desviación estándar en el sexo femenino es de 5.7 y en el masculino es de 5.1.

La actitud también se analizó en relación con el lugar de vivienda, considerando que el medio social podría tener influencia en la actitud que adquiere la persona.

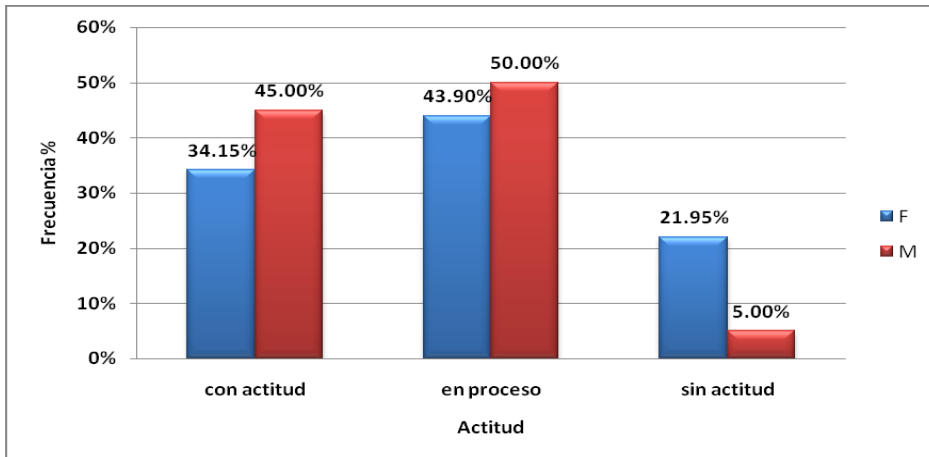
Figura 4. *Actitud en relación a educación Sanitaria en su formación tradicional según lugar de residencia de los adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012.*



Los resultados, indican que los adolescentes residentes en el Pueblo Joven presentan 38% de actitud positiva y los que provienen de urbanizaciones 46%; en tanto que las actitud en proceso, tiene una diferencia del 10% mayor en el Pueblo joven; así mismo la actitud negativa se presenta con un diferencia del 2% mayor en los adolescentes que viven en la urbanización. Aplicada la prueba de independencia de criterios no evidencia diferencias significativas de las actitudes con relación al lugar de residencia de los jóvenes ($\chi^2 = 1,813$; $\chi^2(0,05, 2) = 5,991$)

Así mismo en la relación del lugar de vivienda, el promedio en los adolescentes del pueblo joven es de 15,6 y de los procedentes de urbanización es de 15,3, la varianza de los procedentes del pueblo joven es de 29,6 y de la urbanización es de 42,2 y la desviación estándar del pueblo joven es de 5,4 y de la urbanización es de 6,5

Figura 5. *Actitud según sexo sobre educación Sanitaria en su formación tradicional de los adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012.*



El sexo y la actitud también se relacionaron, considerando que las mujeres y varones por su naturaleza tienen diferentes formas de pensar y actuar, la actitud de los adolescentes se encuentra en menor porcentaje a las del sexo masculino tanto en el logro de la actitud, en proceso y sin actitud.

El género masculino logró tener una buena actitud en un 45% y el femenino 34%, en proceso el masculino logró un 50% y el femenino 43% y sin actitud el masculino tuvo un 5% y el femenino 21% a la educación sanitaria.

Nivel de conocimiento y actitud de los adolescentes, al recibir el Programa de Educación para la salud

Conocimientos

El Programa de Educación sobre conocimientos y actitudes sanitarias, fue el complemento de los planes de estudio dirigidos a promocionar la salud de este grupo etareo, en el cual se trabajó coordinadamente con un equipo multidisciplinario de profesionales, los que participaron activamente fueron el psicólogo, el sacerdote, la enfermera y los profesores de OBE, equipo quien dirigió la educación, cada uno estuvo preparado para dirigir temas específicos de su disciplinas. Los estudiantes participaron activamente y con mucho interés, ya que se trabajó los temas con casos, ellos en equipos de 6, realizaron discusiones y aportes de acuerdo a sus vivencias, daban las soluciones muchas acertadas y otras mediamente, las exposiciones fueron evaluadas por el profesional que dirigía la sesión educativa de ese día y luego lo reforzaba con el conocimiento científico correspondiente.

El profesional que dirigía el taller daba las conclusiones del caso y solucionaba muchas interrogantes, generalmente relacionados con la vivencia de los estudiantes en sus diferentes dimensiones, las preguntas que más se solucionaron fueron dirigidas a las relaciones sexuales, ovulación, embarazo, métodos anticonceptivos y aborto, con ayuda del equipo de profesionales se les orientó sobre la anatomía de la reproducción, el valor de la vida del no nacido, los riesgos de los métodos anticonceptivos en la adolescencia, los riesgos del aborto, los riesgos de las relaciones tempranas y el contagio con enfermedades de transmisión sexual, así mismo se introdujo el tema de los valores y virtudes, el amor a Dios, a su persona y al prójimo, así como talleres sobre identidad y

autoestima de importancia para el adolescente debido al proceso de adaptación entre la niñez y la juventud.

Durante la aplicación del programa se realizó una evaluación parcial y se aplicó estadística descriptiva, aplicando la media, la varianza y la desviación estándar apreciándose que el conocimiento más bajo es en la dimensión espiritual pudiéndose atribuir que el conocimiento sobre aspectos espirituales no es posible modificarlo con clases, sino con vivencias, la formación recibida en casa juega un papel muy importante ya que recibe vivencias desde que el niño tiene uso de razón y la educación que recibe en el colegio en estos temas sino se acompaña con vivencias u otro tipo de actividades en esta etapa de la adolescencia se logra cambios poco significativos.

Otra variable estudiada fue el conocimiento en relación con el lugar de residencia, ya que en el colegio estudian adolescentes provenientes en su gran mayoría de pueblos jóvenes que rodean a este y en menor cantidad adolescentes que viven en urbanización, se aplicó la estadística descriptiva, determinándose que el promedio, varianza y desviación estándar, no tiene diferencia si el adolescente vive en urbanización o pueblo joven

Actitudes

A través de la estadística descriptiva se midió la actitud, de acuerdo al sexo masculino y femenino demostrándose que hay diferencias significativas entre ellos, sobre todo en la desviación estándar siendo la del sexo femenino de 5.2 y la del masculino 4.7.

También se aprecia, que extraído el porcentaje de la actitud relacionándolo con el sexo, el masculino tiene mejor actitud que el femenino al aplicarse el programa educativo.

Tabla 2. *Actitud sobre educación Sanitaria de los adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012*

Estado de actitud	Femenino	Masculino	Total
Sin Actitud	4,88	2,50	3,70
Actitud en proceso	36,59	15,00	25,93
Con Actitud	58,54	82,50	70,37

La actitud del adolescente relacionándolo con el lugar de residencia también se evaluó durante la ejecución del programa de Educación para la salud, determinándose que no hay diferencia entre estas variables.

Efectividad del Programa de Educación para la salud en relación con el nivel de conocimiento y actitud de los adolescentes

Conocimientos

El conocimiento y la actitud son base del cambio de la conducta y el desarrollo personal: el desarrollo humano no está predeterminado, y siempre hay posibilidad y potencialidad para el cambio. Desde este enfoque del desarrollo, la conducta individual y social no puede reducirse a influencias genéticas y se enfatiza que la potencialidad para el cambio en la conducta es una consecuencia de las interacciones entre la persona

en desarrollo, con sus características biológicas, psicológicas, su familia, y la cultura que recibe de esta y del colegio. Por lo tanto, debemos mostrarnos optimistas acerca de la posibilidad de intervenir con programas educativos no sólo para la prevención de conductas problemáticas, sino también para la promoción de conductas positivas.

La educación sanitaria brindada en el programa ha logrado en los adolescentes un incremento en el promedio de notas comparado con el conocimiento tradicional que tenían, lo que indica que ha contribuido en su formación en salud en todas sus dimensiones (física, psicológica, espiritual y social) y podría tomar mejores decisiones cuando se le presentes situaciones de riesgo en estos aspectos.

Tabla 3. *Notas promedio y estadísticas sobre conocimiento sanitario en relación al sexo, obtenidos al aplicar el Programa de Educación para la salud, al adolescente del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, en el año 2012.*

Estadísticas	Femenino	Masculino
Promedio	12,90	12,60
Varianza	5,980	3,579
Desv. estándar	2,427	1,892
t estad	0,624	
t crítico	1,990	
Probabil P(T<=t)	0,534	

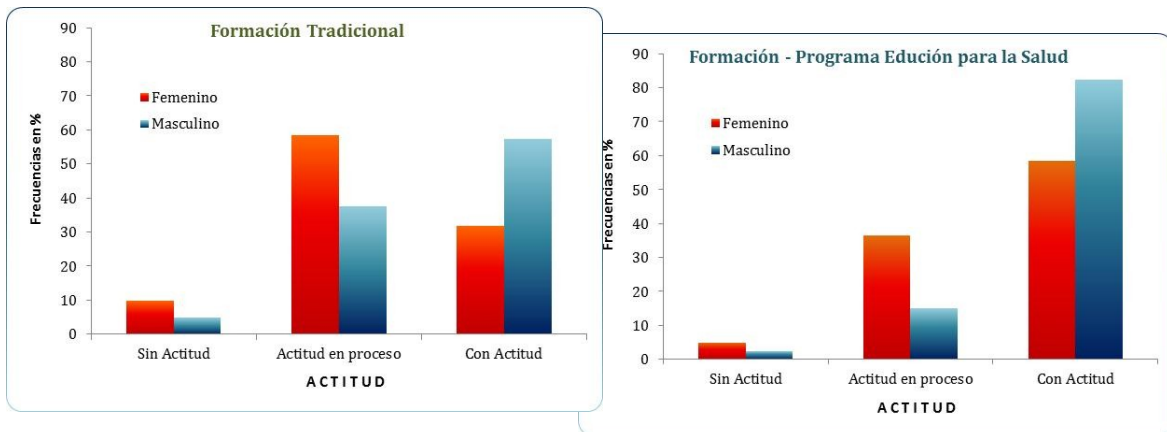
En el programa educativo brindado a los adolescentes el aprendizaje se observa con ligera diferencia en ambos sexos, siendo en el sexo femenino un promedio de 12.9, varianza de 5.9 y desviación estándar de 2.4, mientras que en los varones el promedio es de 12.6, varianza de 3.5 y la desviación estándar de 1.89 .

Actitudes

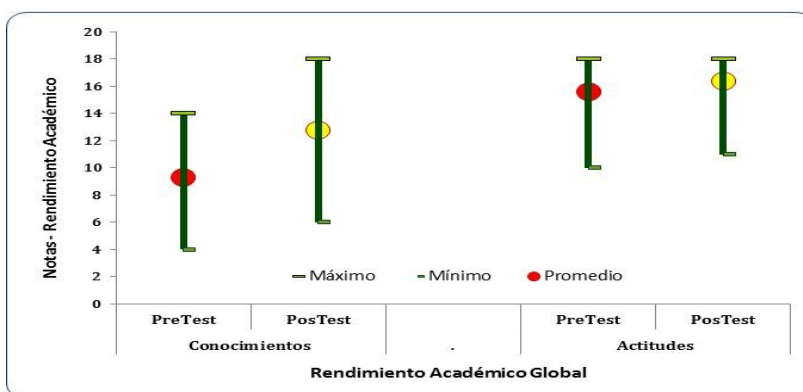
La UNICEF, define el término "actitud" para denominar la amplia esfera de las normas sociales, los principios éticos y morales, los valores, los derechos, la cultura, las tradiciones, la espiritualidad o religión y los sentimientos acerca de uno mismo y de los demás.¹⁰

Aplicado el instrumento se evidencio mejoría en la actitud, estableciéndose que fue más efectivo en el sexo masculino que en el femenino con una diferencia del 25%, también se mejoró la actitud en proceso siendo el sexo femenino más lento en el cambio de actitud, también con una diferencia del 20%, quedando un 3% de mujeres y un 1% de varones sin cambio de actitud.

Figura 6. *Proporción en porcentaje según sexo, sobre el estado de actitud sanitaria en la formación tradicional (pre test) y después de ejecutar el Programa de Educación para la salud (pos test), de adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012.*



En cuanto al incremento del conocimiento en educación sanitaria se pudo observar las notas en el post test, llegando los adolescentes a obtener notas de 18, con un promedio de 16 y en cuanto a la actitud cuantificada fue igual que las notas del conocimiento y con un promedio de 17



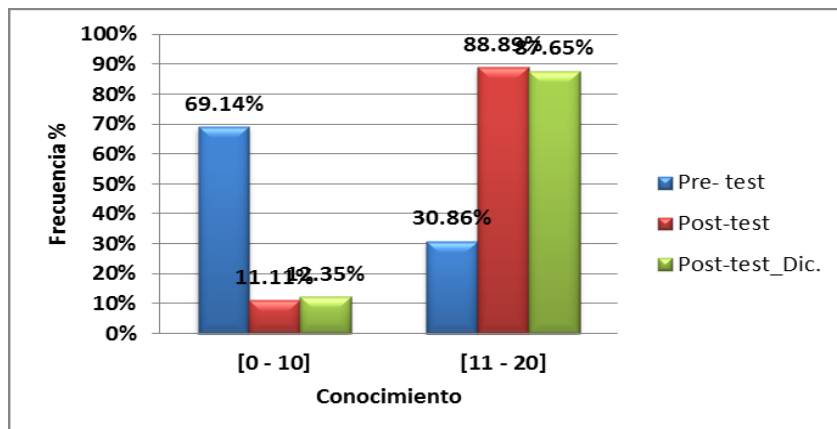
Nivel de conocimiento y actitud de los adolescentes, después de aplicado el programa educativo

Conocimiento

El proceso educativo es un aspecto esencial en la educación básica del adolescente, pues tiene por finalidad ampliar el aprendizaje que se traduce en el conocimiento; en este argumento Rodríguez, considera al conocimiento como aprendizaje adquirido, en tanto que Feldeman lo relaciona con la adquisición intencionada de nuevos conocimientos, actitudes, conductas y habilidades.¹²

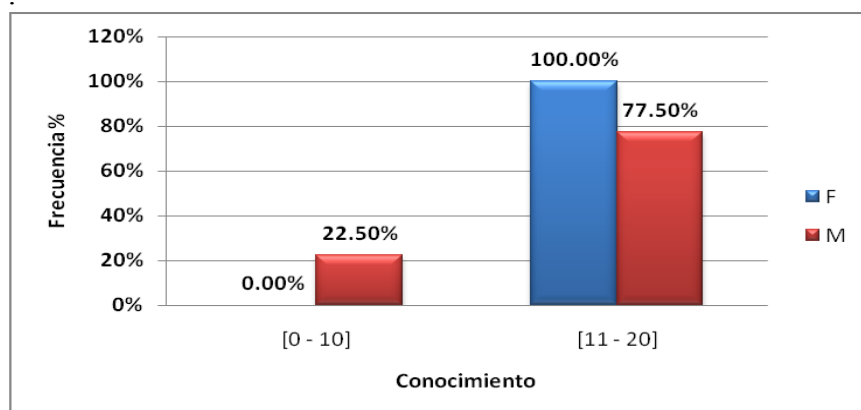
La madurez cognitiva y el logro de actitudes, se ha medido en tres momentos, antes, al finalizar y dos meses después de finalizado el programa de educación sanitaria, observándose que se mantiene el mismo resultado en el conocimiento, inmediato a la finalización del programa educativo fue de 88.89% y dos meses después fue de 87.65% , una ligera diferencia del 1% evidenciándose que el aprendizaje en aspectos sanitarios se ha logrado, logrando los adolescentes captar la información sobre la salud en las dimensiones física, psicológica, social, espiritual y moral.

Figura 7. Comparación del conocimiento de los adolescentes evaluado antes, durante y después de ejecutado el programa de educación sanitaria), de adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012.



El conocimiento relacionado con el sexo tuvo sus diferencias, el sexo femenino evidencia un aprendizaje del 100%, mientras que en el sexo masculino fue del 77.5%. El conocimiento adquirido se reflejó a través de notas encontrándose que el 22.5% de varones obtuvieron notas inferiores a 10 y el 100% de adolescentes del sexo femenino obtuvo notas aprobatorias superiores a 10.

Figura 8. Conocimiento según sexo sobre Educación Sanitaria de adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012.



La gran diferencia entre los aprobados, antes y después del estudio, indica un incremento de 58% en el desarrollo de aspectos saludables, que es indicativo de la capacidad de logro del efecto deseado por el Programa.

En la investigación de Balza, después de ejecutar el programa educativo, aplicado a un grupo de adolescentes embarazadas, encontró que el 76% de la muestra se ubico en el nivel bueno, seguido del regular con un 24%, recomienda por lo tanto implementar programas educativos continuo.¹³

Así se observa que en las investigaciones de Salvador Blanco, “Crecer en una sexualidad responsable” después de aplicado el programa educativo, se evidencia manifestaciones de responsabilidad en un 80% ante la sexualidad de manera consciente,

mediante el incremento de la autovaloración en un 85%, y de la auto-reflexión para perfeccionarse en un 45%. Se aprecia el espíritu autocrítico, lo que promueve el compromiso con las conductas que asumen y Celis Moreno, Silvia y otros, en su investigación “influencia del Programa de Educación Sexual en la actitud e información en alumnos el 5to. Año de Secundaria, encontraron que el programa educativo incrementó en el grupo experimental su nivel de conocimiento a bueno en 50% y en la actitud positiva en 93 %. Además existe relación entre el nivel de información y la actitud frente a la sexualidad en los adolescentes y el programa de Educación Sexual

Actitud

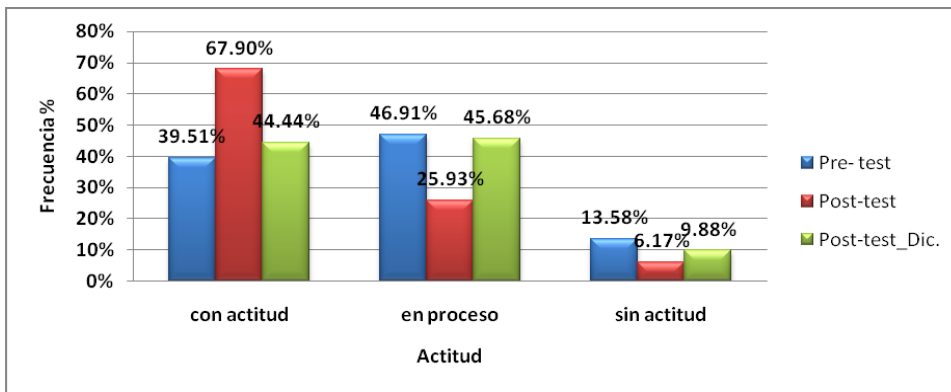
Para Martínez Azócar, la actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.¹⁴

Celis et al, estudiando la influencia del Programa de Educación Sexual en la actitud e información en alumnos el 5to. Año de Secundaria en una Institución Educativa rural (Pátapo) de Lambayeque, y aplicando un diseño de investigación cuasi experimental con dos grupos, homogéneos en el nivel de conocimiento y actitudes; concluyeron que el programa incrementó en el grupo experimental su nivel de conocimiento a bueno en 50% y en la actitud positiva en 93 %. Además existe relación entre el nivel de información y la actitud frente a la sexualidad en los adolescentes y el programa de Educación Sexual.

Asimismo, Ayudarte-Larios et al. en la investigación de comparación entre dos estrategias educativas y la adquisición de hábitos saludables en jóvenes de secundaria; llegaron a la conclusión que los datos obtenidos muestran mayor número de cambios en las diferentes aéreas de los centros donde se ha desarrollado la estrategia Forma Joven. Sin embargo, destacan que en Instituciones Educativas donde no hubo intervención con esta estrategia, también se obtuvieron cambios significativos. El haber existido una formación específica en las distintas materias que contemplan el programa, quizá es el elemento clave que hace que el nuevo programa Forma joven supere un cambio de actitud y estilo de vida de los jóvenes estudiados.

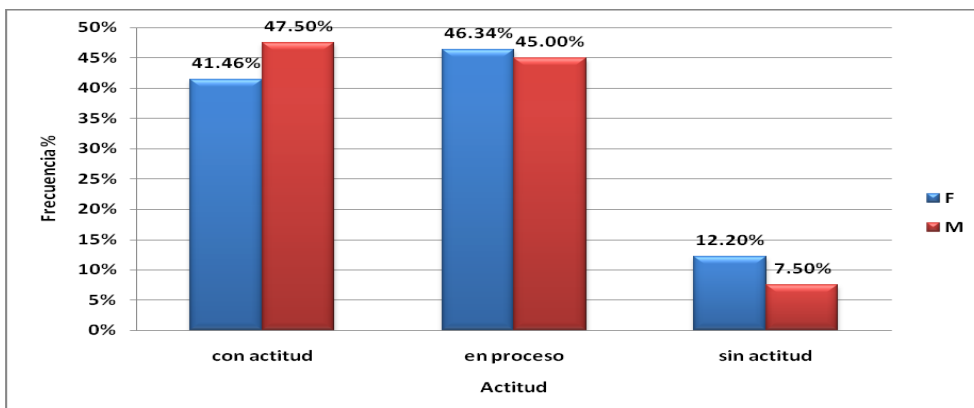
La evaluación de la efectividad del Programa de Educación Sanitaria en el aspecto actitud, después de dos meses de aplicado el programa, se observa que la actitud lograda, no se mantuvo, disminuyó en un 23%, este porcentaje se distribuyó en el rubro en proceso y sin actitud, en el rubro en proceso se incrementó en un 20% y en el rubro sin actitud en un 3%. La actitud de una persona se infiere a partir de la forma en la que ésta expresa sus creencias, sentimientos y / o intenciones de comportamientos ante un objeto o una situación, en esta investigación su intensidad de comportamiento en educación sanitaria, no fue efectiva ya que disminuyó a medida que paso el tiempo.

Figura 9. *Comparación de la Actitud antes, durante y después de aplicado el programa de Educación Sanitaria en adolescentes del 5to año de secundaria de una Institución Educativa Nacional de Chiclayo, durante 2012.*



La actitud relacionada con el sexo demuestra que el sexo masculino ha logrado más actitud en comparación con el femenino en un 6%, en proceso de lograrlo el sexo femenino supera al masculino en 1% y no ha logrado una actitud saludable el sexo femenino con una diferencia del 5% con respecto al masculino.

Figura 14. Actitud sobre Educación Sanitaria de adolescentes del 5to año de secundaria del Colegio Juan Tomis Stack, después de ejecutar el Programa Educativo. Chiclayo, 2012



Conclusiones

El conocimiento de los adolescentes antes de aplicar el programa sanitario es deficiente ya que la mayoría de varones y mujeres han desaprobado el cuestionario sobre educación sanitaria observándose que 68% de mujeres y el 70% de varones en el pre test han obtenido notas menores de 10 y el 32% de mujeres y el 30% de varones han obtenido notas desde 11 hasta 20 y en cuanto a la actitud de los adolescentes, el 39,5% tuvieron una actitud positiva o buena actitud, 46,9% estuvo en proceso de lograrla, y sólo 13,6 % no tiene una buena actitud. La actitud relacionada con el sexo, en las mujeres está en menor porcentaje en comparación con las del sexo masculino tanto en el logro de la actitud, en proceso y sin actitud.

-El programa de educación sanitaria se aplicó a los adolescentes de ambos sexos en el horario de OBE, en un lapso de cuatro meses teniendo como base la presentación de casos extraídos de la realidad de los adolescentes y desarrollados en grupos de seis estudiantes en el cual discutieron y expusieron sus puntos de vista, fue ejecutado por un

equipo de profesionales los que aportaron en la absolución de preguntas y en el desarrollo del conocimiento científico. .

El Programa de educación sanitaria evaluado al finalizar, fue efectivo en el conocimiento de los adolescentes, encontrándose que 88,9% demostraron haber incrementado el conocimiento de aspectos saludables en las dimensiones física, psicológica, social, espiritual y moral, en relación al sexo, se observó un ligero mayor porcentaje de logro en los hombres (92,50%) en comparación con las mujeres (85,37%). En cuanto a la actitud se aprecia el incremento de la buena actitud o actitud saludable en 28,4%: y la disminución de la actitud negativa de los adolescentes en 7,4%.

Evaluated el conocimiento y la actitud después de dos meses de aplicado el Programa de Educación Sanitaria, se encontró que el conocimiento se mantuvo en un 87.65%, mientras que la actitud, no se mantuvo, sino que disminuyo en un 23%, este porcentaje se distribuyó en el rubro en proceso y sin actitud, en el rubro en proceso se incrementó en un 20% y en el rubro sin actitud en un 3%. La actitud de una persona se infiere a partir de la forma en la que ésta expresa sus creencias, sentimientos y / o intenciones de comportamientos ante un objeto o una situación, en esta investigación su intensión de comportamiento en educación sanitaria, no fue efectiva ya que disminuyo a medida que paso el tiempo.

Frente a estos resultados este Programa de Educación sanitaria resulto efectivo en la ampliación del conocimiento de los adolescentes, mas no en la actitud ya que la actitud se refiere a la dirección de la conducta y no a la conducta misma, son las creencias, sentimientos e intenciones dirigidas a la educación sanitaria y al cuidado de su salud que en esta etapa de la vida, los estudiantes en estudio no le han dado mucha importancia.

Bibliografía

1. OMS. Promoción de la salud. Panamericana de la Salud Pública (Perú). 2005; 98(42).p.1-4.
2. Observatorio de Jóvenes. Estadísticas. Visitado 26 Noviembre 2012. Disponible en <http://www.perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/?q=node/12>
3. MINSA. Modelo de abordaje de Promoción de la salud en el Perú. 2006; p 14-16 bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30
4. Limiroski, L. Como daña el alcohol a los adolescentes. La Prensa. 29 Octubre 2012
5. OPS. La salud en las Américas. Publicación científica (Washington). 1998; 569(1), 631-634 <http://www1.paho.org/hia/home.html>
6. OPS. Riesgo para la salud de los jóvenes. Región de las Américas (2011). Nota descriptiva 345 [.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/)
7. Sgreccia. Los fundamentos de la Bioética en la Encíclica Evangelium vital. Disponible en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/68/744/lang.e/>
8. Balza, M. Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo dirigido a adolescentes embarazadas sobre cuidados del recién nacido. Barquisimetro, Marzo-Octubre. 2001. Consultado el 3 marzo 2012. Disponible en <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWA310B352002.pdf>
9. Martínez Azocar C. Actitud y Creatividad Docente. Dos elementos para el éxito del aprendizaje. 2010. Visitado 15 Octubre 2012. Disponible en http://www.encuentrolenguas.ipn.mx/2do/ponencias/204_1.pdf

10. UNICEF. Educación basada para la preparación para la vida activa. 2001. Visitado 21Noviembre 2011. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/lifeskills/index_bigpicture.html
11. Rodríguez Gaspar, M. La investigación generadora de Bienestar social. Revista Lasallista de Investigación. Colombia; Año 4.(1).p. 5-6. <http://redaly.uaemex.uae.me>.
12. Feldman, R. "Psicología: con aplicaciones en países de habla hispana", México: MC-Grill Hill. 2005. (6ta ed).
13. Balza, M. Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo dirigido a adolescentes embarazadas sobre cuidados del recién nacido. Barquisimetro, Marzo-Octubre. 2001. Consultado el 3 marzo 2012. Disponible en <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWA310B352002.pdf>
14. Martínez Azocar C . Actitud y Creatividad Docente. Dos elementos para el éxito del aprendizaje, 2010. Visitado 25.1.12. Disponible en http://www.encuentrolenguas.ipn.mx/ponencias/204_1.pdf
15. Compagnucci E. Cardós P. El adolescente frente al conocimiento. Argentina. Visitado el 15.Abril 2012. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-88932002000100006&script=sci_arttext