

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA EN LA
EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN USUARIAS
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA: UNA
PROPUESTA EDUCATIVA, 2025**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: EDUCACIÓN SUPERIOR

Presentado por:

MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA

Asesora:

Dra. IRMA AGUSTINA MOSTACERO CASTILLO

Cajamarca, Perú

2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Maritza Cecilia Quiroz Mendoza
DNI: 26682720
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Educación. Programa de Doctorado en Ciencias, Mención: Educación Superior
2. Asesora: Dra. Irma Agustina Mostacero Castillo
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
X Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
X Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en usuarias del Hospital Regional Docente de Cajamarca: Una propuesta educativa, 2025
6. Fecha de evaluación: **17/05/2026**
7. Software antiplagio: TURNITIN X URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **21%**
9. Código Documento: **3117:592399777**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
X APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **17/05/2026**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 Dra. Irma Agustina Mostacero Castillo DNI: 17975884

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2026 by
MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS


ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 15 horas, del día 17 de abril de dos mil veintiséis, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dr. JORGE DANIEL DÍAZ GARCÍA**, **Dr. CARLOS ENRIQUE MORENO HUAMÁN**, **Dr. EDUARDO MARTÍN AGIÓN CÁCERES**, y en calidad de Asesora la **Dra. IRMA AGUSTINA MOSTACERO CASTILLO**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **"INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA EN LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA: UNA PROPUESTA EDUCATIVA, 2025"**, presentada por la **Bachiller en Obstetricia MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó Aprobado con la calificación de BUENO (17) - EXCELENTE la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Obstetricia MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Educación, con Mención en **EDUCACIÓN SUPERIOR**.

Siendo las 16:20 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Irma Agustina Mostacero Castillo
Asesora


.....
Dr. Jorge Daniel Díaz García
Jurado Evaluador


.....
Dr. Carlos Enrique Moreno Huamán
Jurado Evaluador


.....
Dr. Eduardo Martín Agión Cáceres
Jurado Evaluador

DEDICATORIA A:

Mi esposo Julio César e hijos Julio, Gabriela y Rosita:

Por ser mi motor, motivo y fortaleza para mantenerme firme y no decaer en la culminación de la presente investigación, siendo fruto del esfuerzo que me permite cumplir con mis estudios de posgrado, uno de los objetivos más importantes de mi vida.

Cecy Quiroz

AGRADECIMIENTO:

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Mater que me albergó y brindó la oportunidad, de culminar una de las metas más anheladas, así mismo, a la plana docente de posgrado quienes me enseñaron y orientaron en el camino para la culminación de este proyecto, en especial por su paciencia y motivación al maestro Dr. Ricardo Cabanillas.

El más sincero agradecimiento a la Dra. Irma Mostacero Castillo, por su asesoramiento y gran ayuda en cada momento de consulta y soporte en el presente trabajo de investigación.

Así mismo doy infinitas gracias a todas las personas que de una u otra forma brindaron su apoyo incondicional que hizo posible la culminación de la presente investigación y el logro de un grado más en mi carrera profesional.

Cecy Quiroz

“La educación sexual debe ser culturalmente pertinente para ser efectiva; de lo contrario, se corre el riesgo de ser rechazada o malinterpretada”

UNESCO (2018)

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	ix
LISTA DE TABLAS	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	xv
GLOSARIO.....	xvii
RESUMEN.....	xxi
ABSTRACT	xxii
INTRODUCCIÓN.....	xxiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema	6
2.1. Problema principal.....	6
2.2. Problemas derivados	6
3. Justificación de la investigación.....	7
3.1. Justificación Teórica	7
3.2. Justificación Práctica.....	7
3.3. Justificación Metodológica.....	8
4. Delimitación de la investigación	9
4.1. Epistemológica	9

4.2. Espacial	9
4.3. Temporal	10
4.4. Línea de investigación.....	10
5. Objetivos de la investigación	10
5.1. Objetivo general.....	10
5.2. Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
1. Antecedentes de la investigación.....	12
1.1. Antecedentes internacionales	12
1.2. Antecedentes nacionales	16
1.3. Antecedentes locales	18
2. Marco teórico – científico de la investigación	19
2.1. Teorías que fundamentan la variable percepción de la cultura	19
2.2. Teorías que fundamentan la variable educación en salud sexual y reproductiva.....	24
3. Marco legal que protege la cultura, la educación y la salud	49
4. Definición de términos básicos	51
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	52
1. Caracterización y contextualización de la investigación	52
1.1. Descripción del perfil de la institución	52
1.2. Breve reseña histórica de la institución.....	54
1.3. Características demográficas y socioeconómicas	55
1.4. Características culturales y ambientales.....	56
2. Hipótesis de investigación.....	57
2.1. Hipótesis general.....	57

2.2. Hipótesis derivadas	57
3. Variables de investigación	58
4. Matriz de operacionalización de variables	59
5. Población y muestra.....	61
6. Unidad de análisis.....	62
7. Métodos de investigación.....	63
8. Enfoque y tipo de investigación	64
9. Diseño de la investigación.....	64
10. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	65
10.1. Técnicas para la recolección de datos	65
10.2. Instrumentos para el registro de datos.....	66
11. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	67
12. Validez y confiabilidad	68
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	70
1. Resultados cuantitativos por dimensiones de las variables de estudio	70
1.1. Objetivo 1: Identificación de las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva.....	70
1.2. Objetivo 2: Descripción de la percepción de la cultura de las usuarias y su influencia en sus creencias, prácticas y barreras socio-culturales.....	75
1.3. Objetivo 3: Análisis del contexto de la educación en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos, acceso a la información y la percepción de eficacia de las usuarias.....	79
2. Resultados cualitativos de la dimensión creencias y prácticas culturales de la variable percepción de la cultura (Componente cualitativo del segundo objetivo)	94

2.1. Análisis temático de los discursos	94
2.2. Red semántica: influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva.....	100
2.3. Tabla de categorías y subcategorías finales	101
2.4. Conclusión de análisis cualitativo.....	102
3. Prueba de hipótesis y resultados globales de las variables de estudio.....	103
3.1. Prueba de hipótesis: La percepción de la cultura influye significativamente con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.	103
3.2. Triangulación de datos cuantitativos y cualitativos para el logro del objetivo general.....	120
CAPÍTULO V: PROPUESTA DE MEJORA.....	123
4.1. Diagnóstico del currículo general de la carrera de Obstetricia y otras carreras de la salud.....	123
4.2. Propuesta curricular: “Módulo formativo en Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva para la Formación del Profesional Obstetra”	126
CONCLUSIONES.....	135
RECOMEDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	137
REFERENCIAS	140
APÉNDICES.....	165

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.	70
Tabla 2. Barreras socioculturales que influyen en la educación sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.	75
Tabla 3. Nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.....	79
Tabla 4. Acceso a la información en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.....	83
Tabla 5. Percepción de la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.....	89
Tabla 6. Percepción de la cultura asociada al nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.	103
Tabla 7. Percepción de la cultura asociada al acceso a la información de educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.....	106
Tabla 8. Percepción de la cultura asociada a la sensación de eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.....	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Institución educativa promotora de la salud	27
Figura 2: Promoción de la salud	29
Figura 3: Componentes para la educación en salud sexual y reproductiva.....	43
Figura 4: Red semántica de la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva.	100
Figura 5: Categorías y subcategorías que emergen del análisis cualitativo	102

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABP	: Aprendizaje basado en problemas
DeCS/MeSH	: Descriptores en Ciencias de la Salud / Medical Subject Headings
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
DIU	: Dispositivo Intrauterino
EIS	: Educación Integral en Sexualidad
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
HRDC	: Hospital Regional Docente de Cajamarca
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
ITS	: Infecciones de Transmisión Sexual
MINEDU	: Ministerio de Educación del Perú
MINSA	: Ministerio de Salud del Perú
OECD	: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OEI	: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación de la Ciencia y la Cultura
OMS / WHO	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PEA	: Población Económicamente Activa
PP	: Políticas Públicas
PPFF	: Planificación Familiar
PROCETSS	: Programa de control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA
PROMSA	: Promoción de la Salud
RSU	: Responsabilidad Social Universitaria
SIDA	: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SIS	: Sistema Integral de Salud

SIU	: Sistema Intrauterino
SSR	: Salud sexual y reproductiva
UCI	: Unidad de Cuidados Intensivos
UNESCO	: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIR	: Universidad Internacional de la Rioja
UPSS	: Unidad Productora de Servicios de Salud
USAID	: Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VAB	: Valor Agregado Bruto
VIH	: Virus de Inmuno Deficiencia Humana
VPH	: Virus del Papiloma Humano

GLOSARIO

Andragogía: Disciplina que estudia los procesos de enseñanza–aprendizaje dirigidos a personas adultas, basada en la autonomía, la experiencia previa y la aplicación práctica del conocimiento (Knowles et al., 2025)

Atención humanizada: Enfoque de atención en salud centrado en la dignidad, el respeto, la empatía y los derechos de la persona usuaria, promoviendo decisiones informadas y libres de coerción (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2022a).

Autonomía: Capacidad de una persona para tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo, salud y vida reproductiva (d’Ussel et al., 2024).

Barreras socioculturales: Factores sociales, económicos, religiosos y culturales que limitan el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva (Organización Panamericana de la Salud -OPS, 2022).

Capacidades: Aptitudes y habilidades que permiten a una persona desarrollar competencias y desempeñarse eficazmente en un ámbito específico (Comisión Internacional sobre los Futuros de la educación, 2021).

Competencias: Conjunto integrado de conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para desempeñar una función profesional específica (Comisión Internacional sobre los Futuros de la educación, 2021).

Comunicación empática: Proceso comunicativo basado en la escucha activa, comprensión emocional y respeto por la experiencia del otro (Moles, 2025).

Creencias: Concepciones, valores o ideas compartidas que orientan la interpretación del mundo y el comportamiento individual o colectivo (Weller, 2024).

Cultura: Conjunto de valores, creencias, normas, costumbres y prácticas que caracterizan a un grupo social y moldean sus comportamientos (UNESCO, 2025).

Derechos sexuales y reproductivos: Derechos que garantizan la libertad de decidir, acceder a información y recibir servicios de salud sexual sin discriminación (Guevara, 2020).

Educación: Proceso formativo mediante el cual una persona adquiere conocimientos, habilidades y valores para su desarrollo integral (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2024).

Educación en salud sexual y reproductiva: Proceso educativo orientado a promover conocimientos, actitudes y prácticas seguras sobre sexualidad, derechos reproductivos, anticoncepción e ITS (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2023).

Eficacia: Capacidad de una intervención para producir los resultados esperados en condiciones reales (UNIR, 2025).

Embarazo saludable: Proceso gestacional en el que se garantiza el bienestar físico, emocional y social de la gestante mediante controles, educación y prácticas preventivas (Health Services of North Texas, 2020).

Empoderamiento: Proceso mediante el cual las personas fortalecen su autonomía, capacidad de decisión y control sobre su vida, especialmente en temas de salud y sexualidad (Novo, 2025).

Equidad: Principio que implica garantizar oportunidades justas según las necesidades particulares de cada persona o grupo (Bezuidenhout, 2025).

Ética: Conjunto de principios que orientan la conducta profesional y personal hacia el respeto, la justicia y la integridad (Calvo, 2022).

Inclusión: Proceso que garantiza la participación plena y equitativa de todas las personas, sin discriminación por género, etnia, religión o condición socioeconómica (Dávila et al., 2025).

Integral: Enfoque que considera a la persona como un ser multidimensional (biológico, psicológico, social, cultural) para brindar atención completa y coherente (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, 2025).

Interculturalidad: Interacción horizontal y respetuosa entre culturas diversas, reconociendo sus saberes, prácticas y formas de vida en igualdad de condiciones (Quiroz, 2023).

Machismo: Sistema sociocultural basado en la desigualdad de género que privilegia a los hombres y limita la autonomía y derechos de las mujeres (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2024).

Modelo biomédico: Enfoque de atención en salud centrado en la enfermedad, la evidencia biológica y el tratamiento médico, con limitada consideración de los factores sociales o culturales (González, 2019).

Modelo educativo: Estructura teórica y metodológica que guía los procesos de enseñanza y aprendizaje según principios pedagógicos definidos (Universidad Científica del Perú, 2023).

Nivel de conocimientos: Grado de comprensión y dominio que una persona posee sobre determinada temática, producto de su educación formal, informal o experiencia (Sánchez, 2024).

Percepción de la cultura: Interpretación que las personas construyen sobre fenómenos sociales y sanitarios a partir de su cultura, creencias y experiencias (Albritton et al., 2023).

Pertinencia: Adecuación de un programa o contenido educativo a las características, necesidades y contexto cultural de la población destinataria (Pérez López, 2023).

Planificación familiar: Conjunto de prácticas y servicios que permiten decidir de manera informada el número de hijos, el espaciamiento y el momento oportuno para tenerlos (Ministerio de Salud del Perú - MINSA, 2020).

Prácticas culturales: Acciones, rituales y comportamientos que forman parte del estilo de vida de un grupo y que se transmiten intergeneracionalmente (Itchart & Donati, 2014).

Promoción de la salud: Proceso que permite a las personas mejorar el control sobre su salud mediante educación, políticas públicas y fortalecimiento comunitario (Ministerio De Salud - MINSA, 2011).

Sexualidad: Dimensión integral del ser humano que comprende aspectos biológicos, afectivos, sociales, culturales y éticos relacionados con el placer, el vínculo y la reproducción (Amuchástegui & Rodríguez, 2020).

Suficiencia: Evaluación del grado en que la información o intervención cubre adecuadamente las necesidades de la persona usuaria (Hartmann, 2024).

Tabú: Prohibición social o cultural hacia ciertos temas considerados inapropiados, que limita la comunicación abierta sobre sexualidad o anticoncepción (Ordoñez et al., 2022).

Triangulación: Método de validación que combina distintas fuentes, técnicas o perspectivas para fortalecer la credibilidad de los resultados (Meydan & Akkaş, 2024).

RESUMEN

La presente tesis, tuvo como objetivo analizar la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025. Planteó un enfoque mixto, cuanti-cualitativo, tipo correlacional y diseño no experimental realizado en 150 usuarias del consultorio, mientras que, para el análisis cualitativo se utilizó un muestreo en bola de nieve con 13 usuarias. Se emplearon tres encuestas y una entrevista semiestructurada validadas, procesando los datos con estadística descriptiva e inferencial (Chi cuadrado, $p < 0.05$) y análisis temático con codificación axial. Los resultados mostraron que las dimensiones sociodemográficas y culturales de la percepción de la cultura como edad ($p = 0.032$), nivel de instrucción ($p < 0.001$), procedencia ($p < 0.001$), dificultades económicas ($p = 0,043$), apoyo familiar ($p = 0,007$) y comunitario ($p = 0,004$) se relacionaron significativamente con haber recibido educación en SSR; asimismo, el nivel educativo ($p = 0.009$), ingreso mensual ($p = 0.038$), dificultades económicas ($p = 0.003$) y el apoyo comunitario ($p = 0.003$) se relacionan con la comprensión y percepción de eficacia de la información recibida; y la edad ($p = 0.029$), nivel educativo ($p = 0.003$), procedencia ($p = 0.008$), apoyo familiar ($p = 0.030$) y comunitario ($p = 0.001$) determinaron la pertinencia y eficacia de la educación según la etapa de vida. En el análisis cualitativo, las usuarias refirieron que las creencias tradicionales y tabúes limitan la apertura hacia la educación sexual, en cambio, el entorno familiar y comunitario son factores de apoyo; concluyendo que la percepción de la cultura influye significativamente en la eficacia y pertinencia de la educación en SSR.

Palabras clave: cultura, educación sexual, salud reproductiva, percepción, educación superior.

ABSTRACT

This thesis, aimed to analyze the influence of the cultural perception on sexual and reproductive health education of Family Planning users at the Cajamarca Regional Teaching Hospital, 2025. A mixed approach was proposed, quantitative-qualitative, correlational type and non-experimental design carried out in 150 users of the clinic, while for the qualitative analysis a snowball sampling was used with 13 users. Three validated surveys and a semi-structured interview were used, processing the data with descriptive and inferential statistics (Chi-square, $p < 0.05$) and thematic analysis with axial coding. The results showed that the sociodemographic and cultural dimensions of the perception of culture such as age ($p = 0.032$), level of education ($p < 0.001$), origin ($p < 0.001$), economic difficulties ($p = 0.043$), family support ($p = 0.007$) and community ($p = 0.004$) were significantly related to having received SRH education; likewise, educational level ($p = 0.009$), monthly income ($p = 0.038$), economic difficulties ($p = 0.003$) and community support ($p = 0.003$) influence the understanding and perception of the effectiveness of the information received; On the other hand, age ($p = 0.029$), educational level ($p = 0.003$), origin ($p = 0.008$), family ($p = 0.030$) and community ($p = 0.001$) support determined the relevance and effectiveness of education according to life stage. In the qualitative analysis, the users reported that traditional beliefs and taboos limit openness to sex education and the family and community environment are supporting factors; concluding that the perception of culture significantly influences the effectiveness and relevance of SRH education.

Keywords: culture, sexual education, reproductive health, perception, higher education.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) constituye un componente esencial del bienestar humano y del ejercicio pleno de los derechos fundamentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) define la SSR como un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y no únicamente la ausencia de enfermedad. En este marco, la educación en salud sexual y reproductiva emerge como una herramienta estratégica para el desarrollo humano, la equidad de género y la prevención de riesgos, al permitir que las personas tomen decisiones informadas y responsables sobre su cuerpo y su sexualidad (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2023c).

Sin embargo, múltiples estudios, como los de Barriuso et al., 2022 y Jacinto & Ruiz, 2021, evidencian que la eficacia de la educación en SSR no depende solo de la transmisión de contenidos científicos, sino de la interacción entre factores culturales, sociales y educativos que configuran la manera en que las personas reciben, interpretan y aplican la información.

En el contexto latinoamericano, persisten barreras socioculturales que obstaculizan la educación sexual integral, tales como el predominio de discursos morales y religiosos restrictivos, los tabúes en torno a la sexualidad femenina y las desigualdades de género y territorio (Castro et al., 2016). En Perú, aunque las políticas nacionales promueven la educación sexual desde la escuela y los servicios de salud, su implementación aún enfrenta resistencias culturales, especialmente en regiones rurales como Cajamarca, donde las creencias tradicionales y los roles de género influyen significativamente en la percepción y práctica de la salud sexual (UNESCO, 2023a).

Desde la perspectiva de la educación superior, esta problemática plantea un reto para la formación de los profesionales de salud; las universidades tienen la responsabilidad de desarrollar en sus estudiantes no solo competencias clínicas, sino también competencias pedagógicas, comunicativas y culturales, que les permitan brindar una atención educativa

inclusiva, ética y pertinente a las realidades de las comunidades (Figuroa, 2022). La obstetra, como profesional de primer contacto en la promoción de la SSR, requiere una formación integral que articule el conocimiento científico con la comprensión de los factores socioculturales que condicionan la conducta reproductiva y la recepción del mensaje educativo.

En este sentido, la presente investigación titulada “Influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en usuarias del Hospital Regional Docente de Cajamarca: una propuesta educativa, 2025” surge de la necesidad de comprender cómo la percepción de las mujeres sobre su cultura se asocia con la educación en SSR, y de qué manera ésta impacta en la eficacia de las acciones educativas desarrolladas en el ámbito sanitario.

El estudio adopta un enfoque mixto, cuanti-cualitativo, que permite analizar tanto las tendencias cuantificables de las percepciones culturales y educativas, como las narrativas subjetivas que revelan los significados y valores atribuidos a la salud sexual y reproductiva. A partir de este análisis, se busca fundamentar una propuesta educativa contextualizada, orientada a fortalecer las competencias culturales y pedagógicas del personal de salud y a mejorar la pertinencia de la educación en SSR ofrecida a las usuarias del hospital y de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención.

Este trabajo se justifica no solo desde la dimensión académica, sino también desde el compromiso ético y social de la obstetricia y la educación superior, tanto como disciplina promotora de los derechos sexuales y reproductivos, así como la formación de profesionales integrales. Reconocer la asociación de la cultura en los procesos educativos en salud permite avanzar hacia un modelo de educación sanitaria más humano, inclusivo y transformador, capaz de responder a la diversidad y complejidad de los desafíos de la salud pública en el Perú.

De esta forma, se presenta la tesis estructurada en cinco capítulos, además de los apartados preliminares y complementarios, siendo estos el Capítulo I: El problema de

investigación, Capítulo II, Marco teórico, Capítulo III, Marco metodológico, Capítulo IV, Resultados y discusión y el Capítulo V, Propuesta de mejora; para que finalmente, se incluyen las conclusiones y recomendaciones, seguidas de la lista de referencias bibliográficas actualizadas conforme a las normas APA 7.^a edición, y los apéndices, que contienen los instrumentos, matrices y documentos de respaldo del proceso investigativo.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema

Tanto a nivel educativo como en el ámbito de la salud, es necesario enfatizar en el respeto por la diversidad cultural, entendiéndola como un conjunto de valores, creencias, costumbres, conocimientos y prácticas que se transmiten de generación en generación dentro de un grupo o comunidad, para promover diálogos y procesos inclusivos y reflexivos (UNESCO, 2024).

Para ello, se debe tener en cuenta que la cultura no solo abarca manifestaciones tangibles como el idioma o las tradiciones, sino también estructuras de pensamiento, formas de organización social y maneras de interpretar la realidad o los diferentes procesos de educación, salud o interacciones en general con el contexto. De esta forma, la cultura influenciará en los grupos sociales en su forma de concebir la salud, el bienestar o la enfermedad (Marvin, 2018).

Algunos estudios han demostrado que cada cultura tiene conocimientos y prácticas de cuidados en salud propios, tal como, una investigación realizada en Ecuador que señala que a raíz de las creencias y prácticas aprendidas y heredadas de la comunidad la concepción de la salud / enfermedad en los diversos grupos sociales se relaciona directamente con la cosmovisión indígena, basadas en un equilibrio entre las personas con su entorno natural y social (Quiroz, 2023).

El Perú es un claro ejemplo de la diversidad cultural en sus diversas regiones, costa, sierra y selva, lo que representa un gran reto para el sistema de salud por los múltiples problemas que representa para el Estado en relación a las dificultades de atención y accesibilidad a políticas públicas que mejoren sus oportunidades de desarrollo, sobre todo por la dificultad de integrar a su población para el reconocimiento de sus derechos y culturas,

muchas veces postergados. Al respecto, Huamaní & Villapolo (2016), así como, la Defensoría del pueblo (2015) señalan que se continúa con el afán de construir un enfoque de interculturalidad, rompiendo arquetipos basados en la imposición y el no diálogo que se implanta en algunos modelos de atención en salud, principalmente el biomédico, lo cual, continúa siendo una ardua tarea.

Esta incompatibilidad que existe entre la cultura y la educación en salud se ha visto reflejada en diferentes aspectos, mostrando como ejemplo aquellos estudios donde determinadas comunidades demuestran rechazo a estrategias como las vacunas, debido a la imposición de modelos biomédicos sin la práctica de un diálogo intercultural previo (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2021). La educación y promoción de la salud se debe fundamentar en procesos comunicativos que utilicen un lenguaje y valores culturales que logren la integración de todos estos factores, facilitando la interpretación de la información en salud de manera comprensible para ser asimilada, evitando ignorar el contexto cultural y buscando alcanzar un proceso de enseñanza-aprendizaje más efectivo, siendo todas éstas, habilidades de instrucción que debe ser asimilado por el personal de salud y los encargados de administrarla.

La educación en salud sexual y reproductiva (SSR) es un pilar fundamental para el bienestar de la población, especialmente en mujeres en edad fértil. Sin embargo, en contextos donde la cultura juega un papel determinante en la percepción de la salud y la sexualidad, dicha educación puede verse limitada o influenciada por factores socioculturales que representan desafíos para la transmisión y apropiación de información relacionados al cuidado de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que gozar de buena salud sexual y reproductiva corresponde a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solo la ausencia de enfermedades, disfunción o incapacidad, basándose

en un enfoque positivo y respetuoso y de la posibilidad de tener relaciones sexuales seguras y placenteras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2018, 2022).

No obstante, para que la población alcance una buena salud sexual y reproductiva y la mantenga es necesario que todas las personas conozcan sus derechos sexuales, para que sean respetados y protegidos para su ejercicio a plenitud (Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018); es ahí donde la educación juega un papel importante en la salud sexual y reproductiva, puesto que, la población no podrá ejercer algo que no conoce o no le enseñaron.

A través de la educación y promoción de la salud las personas reconocen sus derechos a recibir orientación y a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizándoles acceso al uso de anticonceptivos modernos, seguros y confiables, o a atención en salud materna, reforzando el derecho a la vida y la libertad, a decidir y planificar su familia, adquiriendo mayores oportunidades de trabajo, educación, autonomía, así como un crecimiento demográfico balanceado y desarrollo económico sostenible (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2022b).

A nivel nacional, el MINSA señala que el proceso de educación en salud sexual y reproductiva busca garantizar el acceso a la información, orientación y servicios que le permitan tomar decisiones libres e informadas sobre la sexualidad y reproducción en las mujeres y sus familias; promoviendo una vida sexual segura y satisfactoria, con capacidad de decisión respecto a la planificación de su familia, es decir, cuándo y cuántos hijos desean tener (Ministerio de Salud del Perú, 2004).

Sin embargo, a pesar de la legislación internacional, nacional y de los avances en tecnología y globalización que se vive actualmente, aún existe mucha gente que no conoce ni ejerce sus derechos en salud sexual y reproductiva, siendo una de las principales causas de esta problemática la falta de educación o de estrategias que permitan asimilar el conocimiento y

orientación brindado por el personal de salud para la aprehensión y adopción de prácticas saludables que promuevan su bienestar.

Al respecto, investigaciones como las de Subedi et al., 2019, señala que la educación en salud viene siendo concebida como un proceso básico de transmisión y adquisición de conocimientos, dejando de lado los aspectos críticos, cuestionadores y transformadores de la realidad, aduciendo que no todas las corrientes educativas en salud promueven la participación social genuina, predominando un enfoque vertical de los procesos de enseñanza-aprendizaje, comandadas por un modelo biomédico cerrado (Bernaola, 2021).

El sistema de salud ha planteado diversas estrategias de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva, centradas en la orientación y consejería a las mujeres usuarias de los servicios de salud, tratándose de una intervención de transmisión de información breve, sin continuidad, ni seguimiento concientizado, lo cual, provoca que la población no adopte reflexivamente hábitos y comportamientos para el bienestar de su salud sexual y reproductiva.

El logro de cambios conductuales requiere de estrategias de educación y comunicación que promueva el bienestar de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, lo cual, demanda de plazos largos y actividades constantes para lograr su efectividad y la aceptación de la población, sin vulnerar su arraigo cultural (Bernaola, 2021).

La educación en salud sexual y reproductiva constituye un pilar esencial para el empoderamiento de las personas y la prevención de embarazos no planificados. No obstante, su efectividad está fuertemente condicionada por el contexto sociocultural en el que se implementa. Es así, que a nivel local, específicamente en el Hospital Regional Docente de Cajamarca se atiende a una población diversa, proveniente mayoritariamente de zonas rurales y urbano-marginales, con fuertes arraigos culturales que determinan sus concepciones sobre su salud sexual y reproductiva, los trabajadores de salud han realizado grandes esfuerzos

institucionales por promover la educación en este ámbito; sin embargo, se observa una persistente desinformación, resistencia al uso de métodos anticonceptivos modernos, embarazos no planificados y una limitada comunicación sobre temas sexuales en el entorno familiar y comunitario.

La aceptación de métodos anticonceptivos tras las sesiones de orientación y consejería es un indicador clave de la eficacia de los programas de planificación familiar. Organismos internacionales como la OMS, UNFPA y USAID señalan que una tasa de aceptación óptima oscila entre el 60 % y el 80 %, pudiendo alcanzar hasta un 85 % cuando se ofrece una consejería individualizada de calidad y acceso inmediato a una gama completa de métodos. Sin embargo, diversos factores pueden incidir negativamente en estas cifras, tales como la edad de las usuarias, la calidad de la atención, la disponibilidad de métodos, el apoyo familiar y, en particular, las creencias culturales (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2018c). En este contexto, el HRDC reportó tasas de aceptación significativamente bajas tras las sesiones educativas: 15,8 % en 2022, 18,5 % en 2023 y 37,7 % en 2024, cifras aún muy por debajo de los estándares internacionales.

Además, estudios recientes en el ámbito local han identificado barreras culturales significativas, así como la influencia de la pareja en la toma de decisiones, lo que ha contribuido a tasas de abandono de hasta el 19,8 % en el uso de métodos hormonales (Felipa, 2023). Esta situación pone en evidencia la necesidad urgente de comprender, desde un enfoque intercultural, cómo perciben las usuarias del servicio de Planificación Familiar la educación en salud sexual y reproductiva. Por ello, el presente estudio se justifica en la necesidad de analizar cómo las mujeres asimilan y aplican las consejerías recibidas, con la finalidad de fortalecer las estrategias pedagógicas utilizadas y mejorar la efectividad de las intervenciones sanitarias,

promoviendo el uso informado y sostenido de métodos anticonceptivos en contextos de diversidad cultural.

En base a lo mencionado anteriormente, es que el presente estudio buscó comprender la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de las usuarias del servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, para entender la forma que asimilan y aplican las consejerías que reciben en los servicios de salud, con el fin de mejorar las estrategias pedagógicas en este ámbito, con la finalidad de fortalecer las intervenciones realizadas.

2. Formulación del problema

2.1. Problema principal

¿Cuál es la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025?

2.2. Problemas derivados

- ¿Cuáles son las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca?
- ¿Cuál es la percepción de la cultura de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, y su influencia en sus creencias, prácticas y barreras socio-culturales?
- ¿Cómo es el contexto de la educación en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos, acceso a la información y la percepción de eficacia en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca?

- ¿Qué elementos se debe considerar para diseñar una propuesta curricular sobre educación en salud sexual y reproductiva para fortalecer el perfil de egresado del profesional obstetra?

3. Justificación de la investigación

3.1. Justificación Teórica

La presente investigación fue relevante porque remarca la importancia de la cultura como un factor que se relaciona con la percepción, comprensión y aplicación del conocimiento en los diferentes aspectos y procesos de la vida cotidiana, entre ellos la salud sexual y reproductiva, principalmente de las mujeres en edad fértil; puesto que, la forma de asimilar información sobre salud en las personas se ve condicionada por sus creencias, valores y costumbres; de tal forma, que para garantizar la efectividad y aceptación de la educación en salud sexual y reproductiva es necesario considerar el contexto cultural de las usuarias (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Es importante comprender que existen algunas barreras socioculturales, las cuales limitan la comprensión y el acceso a la educación en salud sexual y reproductiva de la población, repercutiendo en el aprendizaje y la toma de decisiones informadas, ya sea por desconocimiento o por asimilar prácticas erróneas que pueden afectar su bienestar.

3.2. Justificación Práctica

El presente estudio permitió formular una propuesta educativa en salud sexual y reproductiva, desde un enfoque basado en las características socioculturales de la población en estudio, adaptándolo a las necesidades y creencias de las usuarias, con la finalidad de mejorar su efectividad para la aceptación y aplicación de los conocimientos adquiridos.

En ese sentido, los profesionales de obstetricia juegan un papel clave en la educación en salud sexual y reproductiva, por lo que, es necesario fortalecer su formación dotándoles de

herramientas y capacidades pedagógicas para ejercer su rol de educador y facilitador en las comunidades, teniendo en cuenta la propuesta curricular enfocada en la diversidad cultural, para brindar una atención más integral y efectiva.

La presente investigación sirve como base para la formulación de programas educativos que fortalezca la educación y atención en salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural eficiente, que garantice la inclusión, la equidad, la continuidad y la atención humanizada en salud.

3.3. Justificación Metodológica

La investigación se basó en un enfoque cuanti-cualitativo, de tipo etnometodológico, basado en el paradigma interpretativo-constructivista, con la finalidad de comprender la percepción de las usuarias de la educación sexual y reproductiva que han recibido dentro de su contexto cultural; de tal forma que, la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos facilitó la recolección de datos objetivos y subjetivos, para obtener una visión integral de los resultados, teniendo en cuenta que el constructivismo resalta la construcción social del conocimiento en base a los significados e interpretaciones que la población atribuye a sus experiencias.

Las técnicas utilizadas en la recolección de datos como las entrevistas a profundidad, encuestas y la observación correspondientes al enfoque cuantitativo y cualitativo ha facilitado realizar una triangulación de datos para obtener un análisis más profundo del fenómeno estudiado, permitiendo la identificación de factores culturales relacionados a la salud sexual y reproductiva; pudiendo analizar la necesidad de políticas públicas que acojan aspectos de salud y educación, beneficiando a la población en general, con la finalidad de mejorar sus conocimientos y calidad de vida.

Esta investigación fue relevante porque aporta conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos a nivel de dos pilares importantes en el desarrollo humano, como es el sector salud y educación, los cuales, deben complementarse mutuamente para implementar estilos de vida saludables, sobre todo en el área de salud sexual y reproductiva, que continúa siendo un tabú dentro de la diversidad cultural, por lo que, se promueve una atención más inclusiva, empática y efectiva.

4. Delimitación de la investigación

4.1. Epistemológica

La investigación se ajustó a las bases epistemológicas del paradigma interpretativo-constructivista, fundamentadas en las teorías socioculturales sobre la salud y la educación; debido a que en el estudio se asumió que el conocimiento no es una realidad objetiva e inmutable, sino que se construye a partir de la interacción social y el contexto cultural de la población; además, se tuvo en cuenta que el interpretativismo enfatiza la comprensión de los significados que las personas le otorgan a sus experiencias, mientras que, el constructivismo sostiene que el conocimiento se construye activamente mediante la interacción con el contorno sociocultural (Creswell & Creswell, 2018).

En ese sentido, la educación en salud sexual y reproductiva fue analizada en base a cómo las usuarias interpretan y asimilan su significado, dentro de su contexto sociocultural, utilizando una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos que facilitan la exploración de sus percepciones, creencias y prácticas, con la finalidad de identificar oportunidades de mejora en los programas educativos y formación del personal de salud, contribuyendo a la generación de conocimiento y socialmente relevante (Denzin et al., 2023).

4.2. Espacial

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, un establecimiento nivel II-2, el cual, es de referencia en la región, es decir, atiende personas

provenientes de las diferentes provincias de Cajamarca, sobre todo para casos de salud sexual y reproductiva. La investigación se aplicó a las usuarias de planificación familiar, la cual, es un servicio que forma parte el Departamento de Gineco – Obstetricia.

Cajamarca es una región que cuenta con una gran diversidad cultural, caracterizada por la coexistencia de prácticas tradicionales y conocimientos biomédicos, lo que convierte en un contexto propicio para el estudio.

4.3. Temporal

El periodo de la investigación comprendió el año 2025.

4.4. Línea de investigación

El estudio denominado “Influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en usuarias del Hospital Regional Docente de Cajamarca: una propuesta educativa, 2025” se enmarcó en la línea de investigación de Comunicación, Liderazgo e Interculturalidad, en el eje temático Factores que influyen en los procesos de comunicación: psicológicos, sociales, económico y culturales.

5. Objetivos de la investigación

5.1. Objetivo general

Analizar la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

- Describir la percepción de la cultura de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, y su influencia en sus creencias, prácticas y barreras socio-culturales.
- Analizar el contexto de la educación en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos, acceso a la información y la percepción de eficacia de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.
- Diseñar una propuesta curricular sobre educación en salud sexual y reproductiva para fortalecer el perfil de egresado del profesional obstetra.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes de la investigación

1.1. Antecedentes internacionales

Lurgain et al., (2024), publicaron un artículo científico en la revista *International Journal for Equity in Health* titulado “*Explorando las barreras de competencia cultural en los centros de salud sexual y reproductiva de atención primaria en Cataluña, España: perspectivas de mujeres inmigrantes y profesionales sanitarios*”, en Barcelona, de tipo cualitativo exploratorio-descriptivo. Entre sus resultados señalaron que las diferencias culturales y lingüísticas representan barreras en la salud, dificultando la interacción eficaz entre las mujeres y los profesionales de salud; además, existe disponibilidad limitada de mediadores interculturales e inadecuadas oportunidades de formación de competencias culturales en el personal de salud. Entre los tabúes culturales señalaron que algunas mujeres no aceptan ser evaluadas durante la menstruación, o frente a varones (esposos, hijos, etc), además consideran ofensivo ofrecerles servicios de anticoncepción u otros, sobre todo en relación a sus prácticas religiosas y culturales, por ejemplo, el tamizaje de cáncer de cérvix no debe realizarse en determinados momentos como el Ramadán; por otro lado, algunas mujeres desconocen o tienen vergüenza al preguntar sobre su sexualidad o anatomía genital; demostrando la inequidad en el acceso a servicios de salud de algunos grupos poblacionales debido a barreras culturales.

Rivenes et al., (2024), realizaron un estudio cualitativo en Nepal, indizado en la revista internacional *Reproductive Health*, denominado “*Explorando experiencias y barreras integrales en educación sexual entre estudiantes, profesores y directores en Nepal: un estudio cualitativo*”, encontrando como resultados cuatro temas principales: Resistencia a la enseñanza y el aprendizaje de la educación sexual integral, sobre todo en mujeres, debido a la falta de experiencia y competencia emocional, así como, las reservas de los adolescentes; otro tema son

las estrategias de preparación emocional, que facilita un ambiente cómodo y propicio para el aprendizaje, siendo necesario la interacción y participación continua de los padres; por otro lado, están los tabúes sociales que constituyen una barrera importante debido a las normas culturales profundamente arraigadas, siendo común que las mismas familias brinden mala información a los estudiantes para evadir el tema, colocando en riesgo su salud sexual y reproductiva; también se evidencia barreras estructurales como los desafíos educativos y administrativos, mostrando las deficiencias en el currículo y los recursos didácticos para la educación sexual; siendo pertinente dichos resultados para comparar con las costumbres de la población en estudio.

Quiroz (2023) realizó una tesis doctoral cualitativa de tipo etnográfica, titulada *“Consideración de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno infantil en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilán, Cotopaxi-Ecuador”*. Entre sus resultados encontró que las percepciones del saber indígena se sustentan en representaciones sociales basadas en prejuicios y terminan viendo las prácticas y saberes en salud como erróneos e incomprensibles; mientras que el personal de salud indígena realiza múltiples actividades ejerciendo un rol dentro del equipo de atención como mediador en la atención, entre la comunidad y el sistema biomédico; por lo que, concluye que las acciones del personal buscan cuidar y mantener la salud a través de diversas formas de atención, deconstruyendo el modelo médico hegemónico, para alcanzar “el buen vivir”, recomendando hacer uso de medicina ancestral y biomédica según cada caso. De esta forma, apoya a la investigación al resaltar la importancia de respetar y considerar la importancia de los diversos saberes culturales de la población.

Achen et al., (2021), publicaron un artículo científico en la revista internacional *Pastoralism* llamado *“El papel de la cultura en la influencia de la salud sexual y reproductiva*

de las adolescentes pastoras en la subregión de Karamoja en Uganda“, de tipo etnográfico, encontró como resultados que priorizan la percepción de la riqueza a través de la cantidad de ganado que poseen, influyendo en la sexualidad, como es el caso de familias que casan a temprana edad a sus hijas con personas con bastante ganado, incluso sin importar si los hombres tienen varias esposas o son VIH positivo, resultando en embarazos jóvenes y transmisión de ITS, siendo las hijas de familias pobres las más propensas; otra costumbre identificada es la captura de la novia para la práctica del “sexo de compromiso”, es decir el raptó a la mujer que le gusta para tener relaciones y marcarla como su esposa, siendo una tradición socialmente aceptada si la pareja cumple con la entrega de las vacas solicitadas por la familia de la joven; también identificaron que brindan apoyo social a víctimas de agresión sexual.

Por otro lado, Achen et al., (2021) encontraron en su estudio que los padres de las adolescentes pastoras realizaban prácticas como la mutilación genital femenina (circuncisión) debido a que creen que así podrán encontrar pareja fácilmente, las vuelve limpias y no despiden mal olor, creyendo además que siempre serán fieles a sus maridos, las niñas se enorgullecen de haber sido circuncidadas porque representa que son valientes, sexualmente aceptables y atractivas a los hombres, pero suele asociarse a complicaciones graves durante el parto. Otra práctica frecuente fue la poligamia, debido a la necesidad de los hombres de continuar las relaciones sexuales durante la lactancia, la infertilidad de la pareja o necesidad de ampliar la familia, incluso las mujeres lo aceptan y son conscientes de que es una práctica riesgosa que se asocia a ITS como el VIH, sin embargo, no pueden negarse ante su cultura, llegando a competir entre esposas en cuanto al número de hijos que tendrán. De esta forma, concluyen que las creencias y prácticas sobre la sexualidad influyen en una deficiente salud sexual y reproductiva de las mujeres, exponiéndola a agresiones sexuales, ITS y complicaciones en el parto, siendo necesario la concientización continua sobre las prácticas culturales nocivas en la comunidad

(Achen et al., 2021), siendo relevante para el presente estudio al detalla las diferentes costumbres culturales.

Bhatt et al., (2021), indizaron un artículo científico en la revista internacional *PLoS One* llamado “*Percepciones sobre los servicios de planificación familiar y sus principales barreras entre adolescentes y jóvenes en el este de Nepal: un estudio cualitativo*”, cuyos resultados expusieron que 72% tenían más de 24 años, 60% eran casadas, 40% tenían instrucción secundaria, 32% superior, 20% primaria y 8% eran analfabetas. En cuanto a las percepciones y conocimientos sobre planificación familiar, había participantes que desconocían de qué se trataba, mientras que algunos señalaron recibir información del personal de salud, la radio, la televisión; también algunos refirieron percibir que el tema solo les concierne a las mujeres, otras señalaron que prefieren utilizar métodos tradicionales como el coitus interruptus o el ritmo, algunas han utilizado métodos modernos pero los abandonaron por los efectos secundarios o por la dificultad para conseguirlos, además, fueron pocos los varones que mencionaron haber acudido a los servicios de planificación familiar; de esta forma, se evidencia la percepción que tienen las usuarias sobre sexualidad, específicamente planificación familiar, siendo relevante para el estudio.

Otras barreras que Bhatt et al., (2021) encontraron en el estudio fue que para el uso de métodos de planificación familiar fue la religión y etnia, indicando que los hijos son bendición de Dios y por ende rechazaban los métodos porque va contra las leyes de la naturaleza, la religión y la cultura. Algunos esposos prohibían a las mujeres cuidarse porque les permitía volverse promiscuas cuando ellos viajaban; en cuanto a la educación sexual, algunos prefieren evitar el tema, los docentes tienen vergüenza hablar sobre ello con los alumnos, porque estos se reía dificultando la conversación; sin embargo, algunos jóvenes consideran que es necesario un enfoque de educación entre pares para concientizar a la comunidad sobre el uso de

planificación familiar (Bhatt et al., 2021); de esta forma se evidencia como algunas costumbres podrían no considerar su bienestar reproductivo, ocasionando daño a su propia salud sexual y reproductiva.

Coast et al., (2019), publicaron un artículo científico en la Revista *Reproductive Health in Sub-Saharan Africa-Original Research* sobre un estudio realizado en Etiopía y Ruanda de diseño cualitativo, denominado “*Salud sexual y reproductiva adolescente en Etiopía y Ruanda: Una exploración cualitativa del papel de las normas sociales*”. Entre sus resultados encontraron que existe diferencias en relación a la percepción de la sexualidad en base al género, desde el matrimonio, hasta la maternidad, la pureza sexual y prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina y elongación de los labios, existiendo mayor monitoreo de la sexualidad en mujeres y pocas oportunidades para la comunicación intergeneracional (adulto – adolescente); el control de la sexualidad en mujeres se enfoca en el consejo para cuidarse o prevenir situaciones de violencia, hasta las amenazas vinculadas a la maternidad fuera el matrimonio, u orientado al matrimonio infantil; en cambio, en los hombres se percibe menos problemático el control de la sexualidad, excepto por el avance tecnológico que puede promover el inicio temprano de la pubertad, en particular por la exposición a la pornografía. En el presente antecedente también se puede evidenciar las prácticas culturales y percepciones que involucran su sexualidad, siendo útil para el estudio.

1.2. Antecedentes nacionales

McGuire et al., (2024), realizaron una investigación cualitativa, titulada “*Buscando información y servicios relacionados con la salud reproductiva entre jóvenes peruanos rurales: investigación cualitativa exploratoria desde Amazonas, Perú*”, publicada en la revista internacional *Reprod Health*, cuyos resultados señalados fueron mayor riesgo percibido para la salud sexual y reproductiva fue el embarazo no deseado y el flujo anormal, habiendo poca

preocupación por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual en sus discursos; además, existe una baja calidad de información con discrepancias entre géneros, existiendo diversas fuentes como internet, curanderos tradicionales y atención especializada, resaltando la necesidad de tener confianza con la fuente de información con la disponibilidad de aceptación de los servicios y la información tanto para hombres como para mujeres, sin embargo, son los hombres quienes reportan mayor vergüenza para solicitarla, mientras que las mujeres enfrentan más barreras físicas. Dicho estudio es pertinente a la investigación porque explora los conocimientos y prácticas en la prevención de ITS como parte de la sexualidad, así como, la importancia de la fuente de información en temas de sexualidad.

Silvera, (2024), realizó su investigación llamada “*Conocimiento y actitud sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes del Colegio Belén de Osma y Pardo Andahuaylas*”, encontrando entre sus resultados que 57,4% tiene conocimiento medio, 23,5% alto y 19,1% bajo; respecto a la actitud, 87,5% es favorable y 12,5% desfavorable; donde, 49,3% está totalmente de acuerdo en que la educación sexual ayuda a tomar decisiones correctas sobre la sexualidad para evitar comportamientos negativos, 50% considera que no es importante la responsabilidad y cuidado en las relaciones sexuales; 29,4% piensa que tiene la capacidad de decidir cuándo tener relaciones sexuales, qué método anticonceptivo usar y cuando tener un embarazo sin la intervención de otras personas y 37,5% de personas reconoce que tiene derecho y libertad de decidir sobre su sexualidad y responsabilizarse de las posibles consecuencias. Por lo que, este estudio es relevante para la investigación porque describe el nivel de conocimiento sobre sexualidad, así como la percepción que tienen los entrevistados ante los derechos sexuales.

Arrago & Egües, (2021), presentaron su investigación como un estudio de tipo descriptivo, denominado “*Enfoque socio cultural y cognitivo de la salud sexual y reproductiva*

en los adolescentes de una comunidad cristiana de la corporación alianza cristiana y misionera, en el Distrito de Comas, Lima 2021”; encontraron como resultados que 82% tenían nivel cognitivo alto de la salud sexual y reproductiva, 13,3% medio y 4,7% bajo. En cuanto al enfoque cultural, del 72,7% era favorable y el 27,3% desfavorable, abarcando subdimensiones como la sexualidad y el amor, sexualidad como algo positivo y la responsabilidad y prevención del riesgo sexual; por lo que es de importancia para el presente estudio al escribir el nivel de conocimientos sobre sexualidad.

1.3. Antecedentes locales

Felipa, (2023), realizó su tesis de maestría titulada *"Percepciones culturales sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de I ciclo de la facultad de ciencias económicas de una Universidad de Cajamarca –Perú, 2021"*. Entre sus resultados señaló que existe influencia de las percepciones culturales sobre sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes, resaltando a las creencias culturales como el mayor responsable de las decisiones relacionadas con la salud sexual; siendo importante para el estudio por demostrar la influencia de la percepción de la cultura en la educación sexual y reproductiva de la población.

Bernaola (2021), presentó su tesis de maestría llamada *“Educación para la salud y su relación con el empoderamiento individual de los pobladores para la prevención y control del dengue, Jaén-Perú”*, cuyos resultados fueron que 66,5% de su población tiene entre 30 a 59 años, 73,9% son de sexo femenino, 43,7% tenían instrucción secundaria; por otro lado, predomina el modelo activo-conductual en la educación para la salud en 65,7% de la población, frente al 34,3% con el método tradicional; además, 49,4% de la población alcanza un nivel medio de conocimientos sobre determinada enfermedad y las medidas de prevención, seguido del 44,9% con nivel bajo; además, 70,1% de personas tiene prácticas inadecuadas para prevenir

enfermedades, y solo del 29,9% son adecuadas; por lo que, concluye que existe relación entre las variables mencionadas. Este estudio es relevante porque describe parte de las características sociodemográficas de la población de la región, así como sus conocimientos y algunas costumbres sobre su sexualidad.

2. Marco teórico – científico de la investigación

2.1. Teorías que fundamentan la variable percepción de la cultura

La variable percepción de la cultura hace referencia al mecanismo que realiza cada individuo al recibir, comprender e interpretar los mensajes que le proporciona su entorno, resignificándolos en base a su captación sensorial y proceso cognitivo propio (Alonso, 2021); para ello, es oportuno mencionar la teoría del constructivismo socio-cultural originada desde los trabajos de Lev Vygotsky (1980).

Vygotsky (1980) señaló que el aprendizaje es un proceso esencialmente social que se origina en la interacción con otras personas y con el contexto cultural, antes de consolidarse en el plano individual; es decir, existe un principio de la ley de doble formación, interpsicológica (entre personas) y luego intrapsicológica (dentro del sujeto). Dicho de otra forma, el conocimiento no se transmite de forma directa ni se copia de la realidad, sino se construye mediante procesos de mediación simbólica como el lenguaje, la cual es la principal herramienta para la formación del pensamiento.

Es por ello, que el factor social juega un papel importante en la construcción del conocimiento, a través de un modelo bidireccional de transmisión cultural, donde todos los participantes transforman activamente los mensajes, provocando una internalización de dicho conocimiento a través de los “otros sociales” (Ronquillo et al., 2023). En ese sentido, el constructivismo socio – cultural plantea a una persona que construye significados bajo un contexto estructurado e interactuando con otras personas intencionadamente (Serrano & Pons, 2011).

En el marco de la presente investigación, la teoría constructivista se aplica ante un enfoque pedagógico para el diseño de una propuesta educativa culturalmente pertinente, donde las personas construyen activamente su conocimiento sobre salud sexual y reproductiva a partir del reconocimiento de sus creencias, prácticas y experiencias previas, siendo a través del diálogo, el trabajo colaborativo y la reflexión crítica como se promueve un aprendizaje significativo respetando su contexto cultural y facilitando la toma de decisiones informadas sobre su salud.

Así también, es importante mencionar la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger (1995), quien sostuvo que el cuidado de las personas es realmente efectivo cuando es culturalmente congruente, es decir, cuando se ajusta a los valores, creencias, prácticas y estilos de vida de las personas; ya que, señaló que la cultura determina la manera en que los individuos perciben la salud, la enfermedad, la sexualidad y el cuidado, por lo que la atención sanitaria no puede ser uniforme ni estandarizada sin considerar el contexto sociocultural.

A través del Modelo del Sol Naciente, Leininger identifica factores como la religión, la economía, la educación, la estructura familiar y la tecnología como elementos que influyen en la forma en que las personas perciben y aceptan los cuidados en salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva; por ello, es necesario que la atención y educación en salud se adapte a las características culturales de los pacientes para optimizar los resultados y la terapéutica, promoviendo el respeto intercultural (Mairal et al., 2021).

Al respecto, Arias, (2022) menciona que el espacio entre los profesionales de salud y los indígenas marcan una historia cuyo discurso aún continúa vigente, repercutiendo en las relaciones instituidas a nivel de la atención en salud, siendo influenciadas por las relaciones de

poder y el discurso colonial de los conocimientos médicos, en detrimento de los tradicionales, considerándolos menos valiosos o una barrera para el desarrollo.

De esta forma, la Teoría de la Diversidad Cultural y Universalidad permite abordar el cuidado y la educación en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva transcultural, teniendo como base la comprensión de creencias, valores, costumbres y prácticas de cada mujer, para identificar las diferencias (diversidad) o los elementos comunes (universalidad) que se asocian con la aceptación o rechazo de los contenidos educativos en sexualidad; todo esto permite diseñar una propuesta educativa y cultural, que respeta las costumbres locales, a través del diálogo intercultural, brindando una atención más humanizada y efectiva.

2.1.1. Definiciones de la percepción de la cultura

En general, la cultura puede definirse como el conjunto de valores, creencias, normas, costumbres, prácticas y conocimientos compartidos por un grupo social, que orientan su forma de interpretar el mundo, actuar en sociedad y tomar decisiones, incluyendo aquellas relacionadas con la salud, la sexualidad y la reproducción (UNESCO, 2021).

Desde una perspectiva socioeducativa, la cultura no es estática ni uniforme, sino dinámica, contextual y diversa. Sus expresiones se basan en la religión, el lenguaje, los roles de género, las prácticas ancestrales y la forma de relacionarse con la sociedad, atributos que se relacionan directamente en la percepción y comprensión de temas como la salud sexual y reproductiva (Castro & Espinosa, 2020).

En el campo de la salud pública, la cultura adquiere un papel central porque determina cómo las personas entienden el cuerpo, la salud, la enfermedad, la sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos o la educación y atención en servicios de planificación familiar. Por ello, los programas educativos y sanitarios deben tener en cuenta los contextos culturales para evitar imposiciones y favorecer la apropiación significativa del conocimiento (OPS, 2023).

En cuanto al término percepción, etimológicamente proviene del latín “*percipere*” cuyo significado es apoderarse de algo, recibir, percibir, sentir (Casares, 1959). Al respecto, Casares (1959) definió la percepción como la sensación correspondiente a la impresión material de los sentidos; Rosales (2015) la identificó como un mecanismo esencial en la experiencia, pues, determina al objeto, lo ubica en el entorno, en la realidad y establece un referente.

Actualmente, Alonso (2021) señala a la percepción como el mecanismo personal que realiza cada individuo con la finalidad de recibir, interpretar y comprender las señales del exterior, asignándoles un significado a partir de lo captado por los sentidos y de un proceso cognitivo cotidiano.

En ese sentido, se puede señalar que la percepción es un proceso psicológico en el que los individuos interpretan y organizan la información sensorial para comprender el entorno, la cual, comienza con la captación de estímulos sensoriales, las cuales son automáticamente seleccionados y filtrados del entorno, seguida por el reconocimiento, donde se procesa e interpretan estos estímulos en base a experiencias y conocimientos previos (Broadbent, 2023).

Por lo tanto, la percepción de la cultura constituye una construcción social determinada por las creencias, costumbres, prácticas y normas que cada individuo adquiere en su entorno familiar y comunitario o social, la cual, va a condicionar la forma en que las personas interpretan sus experiencias, moldeando aspectos como el arte, lenguaje, religión, educación, incluyendo la salud, entre otros aspectos, influyendo en sus decisiones y comportamientos (Albritton et al., 2023).

Es así que, la percepción de la cultura juega un papel importante y de influencia en la educación y el cuidado de la salud de las personas, ya que, interviene en la manera en que se diseñan o implementan prácticas saludables y los resultados que se obtiene; siendo

imprescindible considerarla durante los mecanismos y procesos de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva para mejorar su eficacia (Tulane University, 2021).

En ese sentido, para la investigación, se puede definir la percepción de la cultura como aquel proceso en el que las personas, influenciadas por su contexto, creencias, normas, valores y tradiciones, interpretan y comprenden la información en relación al cuidado de su salud sexual y reproductiva (Cipta et al., 2024).

2.1.2. Dimensiones

2.1.2.1. Dimensión socio-demográfica:

Hace referencia a los factores sociodemográficos que determinan la forma como los individuos perciben, interpretan y comprenden la educación recibida en salud sexual y reproductiva (Molina et al., 2011), estos pueden ser características como la edad, el género, el nivel educativo, el estatus socioeconómico, la religión, entre otros, la cual interferirán en la forma en cómo comprenden su sexualidad y su salud (DeCS/MeSH, 2022).

2.1.2.2. Dimensión creencias y prácticas culturales:

La dimensión de creencias y prácticas culturales se refiere a los dogmas, valores y tradiciones culturales que se asocian con las actitudes, decisiones y comportamientos relacionados a la salud sexual y reproductiva (Amnistía Internacional, 2015); en otras palabras, son aquellas ideas, creencias y tradiciones que moldean la percepción sobre su educación sexual y que se enfocan en temas como roles de género, uso de métodos anticonceptivos, expectativas hacia la maternidad, prevención de ITS, entre otros. Aquí se puede reflejar las ideas que comparten en la comunidad, tanto religiosas como sociales, como las acciones concretas que evidencia dichas creencias, a través de rituales, tabúes o conductas diversas relacionadas a su sexualidad (Gutiérrez et al., 2022).

2.1.2.3. Dimensión barreras socio-culturales:

Las barreras socio-culturales son aquellos factores que dificultan o limitan el acceso a la educación e información en salud sexual y reproductiva, afectando la percepción y el comportamiento relacionado a su sexualidad. Estas barreras pueden ser por limitaciones en el acceso geográfico, económico, falta de apoyo familiar o comunitario, o por normas culturales profundamente arraigadas que impiden que las personas tomen decisiones informadas y libres. (Álvarez & Aveiga, 2023).

Ante todo lo mencionado en relación a la percepción de la cultura, es imprescindible recalcar la teoría de la interculturalidad, puesto que, implica el proceso de conocer y reconocer todos los saberes, ya que, guardan una relación social basada en el diálogo horizontal y el respeto mutuo, superando la simple coexistencia de culturas para lograr una interacción activa, crítica y transformadora.

Cabe mencionar, que la teoría de la interculturalidad surge a raíz de las desigualdades y exclusiones que históricamente afectan a comunidades o poblaciones vulnerables o con menos recursos (Walsh, 2010). Al respecto, Tubino (2005) señaló que se debe plantear la interculturalidad como un proyecto ético – político, cuya finalidad es descolonizar las relaciones de poder entre culturas; en ese sentido, no solo se trata de incluir lo diverso, sino de reconocer los saberes, prácticas y formas de vida de los demás como válidos y legítimos, generando una transformación tanto en la educación, en la atención en salud y en las políticas públicas.

2.2. Teorías que fundamentan la variable educación en salud sexual y reproductiva

La educación es un proceso dinámico, intencional y sistemático mediante el cual las personas obtienen conocimientos, valores, habilidades y actitudes que les permiten desarrollarse integralmente como individuos y miembros activos de una sociedad, implicando

la adquisición de conceptos, el desarrollo de habilidades y la formación de valores y actitudes que permiten a los individuos crecer personal y socialmente (Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación de la Ciencia y la Cultura - OEI, 2022). Este proceso no se limita al ámbito formal, sino que también ocurre en contextos informales y no formales, influyendo en la construcción de significados personales y colectivos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2024).

Desde una perspectiva sociocultural, según lo planteado por Vygotsky, la educación se entiende como una práctica social mediada por el lenguaje, la cultura y el entorno, que permite la transmisión y transformación del conocimiento a lo largo del tiempo (Regaer, 2015). En contextos de salud, la educación desempeña un rol crucial al empoderar a las personas para tomar decisiones informadas sobre su bienestar, adaptando los contenidos a las realidades culturales, sociales y emocionales de los destinatarios.

2.2.1. Educación para la salud

La educación para la salud es un proceso planificado de enseñanza – aprendizaje que busca mejorar la salud de las personas y comunidades, a través de la transmisión de conocimientos, desarrollo de habilidades y modificación de conductas relacionadas con la salud; con la finalidad de empoderar a la población en la toma de decisiones informadas para el cuidado de su salud y bienestar, adoptando estilos de vida saludables y mejorando el bienestar físico y mental (UNICEF, 2024).

La Organización Mundial de la Salud señala que comprende oportunidades de aprendizaje diseñadas para mejorar la alfabetización en salud, incluyendo el desarrollo de conocimientos y habilidades que conduzcan a la salud individual y comunitaria (J. Hernández et al., 2020).

UNICEF también menciona que es un proceso clave para la prevención de problemas de salud y el desarrollo de actitudes responsables que contribuyan a garantizar este derecho desde la infancia; combinando experiencias de aprendizaje que ayudan tanto a las personas como a las comunidades a mejorar su salud, brindándoles conocimientos, competencias y actitudes para una vida saludable (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, 2021).

Según las alianzas estratégicas realizadas entre el Ministerio de Salud - MINSA (2025) y el Ministerio de Educación del Perú - MINEDU (2013), la dirección de educación para la salud está a cargo de las siguientes funciones generales:

- Proponer, implementar y evaluar las Políticas Públicas (PP) para contribuir al desarrollo de intervenciones educativas para la Promoción de la salud (PROMSA), de aplicación en el ámbito nacional.
- Desarrollar alianzas estratégicas intra e intersectoriales con instituciones y organizaciones sociales que permitan el desarrollo de la educación para la salud.
- Diseñar, monitorizar y evaluar planes, programas y proyectos intra e intersectoriales para el desarrollo de la educación para la salud.
- Conducir la elaboración, implementación y evaluación de contenidos, medios, materiales, estrategias e instrumentos educativos y comunicacionales para las intervenciones en promoción de la salud, priorizando el fortalecimiento de valores y la construcción de la cultura de la salud.
- Proponer la normatividad de aplicación nacional sobre metodologías, técnicas y procedimientos del proceso de educación para la salud.
- Coordinar, participar y difundir en estudios de investigación y evaluación del impacto de la educación para la salud en las personas, familia y comunidad.

- Coordinar con el MINEDU la incorporación en el currículo educativo de contenidos de salud, a través de convenios de cooperación (MINSA, 2010).

La educación para la salud debe tender a buscar el desarrollo de capacidades de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, en el marco de los derechos, con énfasis en el ámbito escolar. Según Cabrera et al., (2013), se debe utilizar diversos métodos de aprendizaje, tanto dentro como fuera del espacio físico de las instituciones educativas, para promover la adquisición y práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y capacidades, necesarias para el control, la promoción y la protección de la propia salud, de la familia y la comunidad.

Figura 1:
Institución educativa promotora de la salud



Nota: La figura muestra las características, áreas, coordinación y ejes temáticos de las instituciones educativas como promotoras de la salud. Fuente: (Remuzgo, 2013)

La educación para la salud, como programa, es implementada por el MINSA, de donde se desprenden los enfoques: equidad en salud, equidad de género, interculturalidad, ciudadanía, participación y empoderamiento social; teniendo en cuenta que, la escuela es uno de los

principales espacios de formación y generación de aprendizajes en las personas, trascendiendo a otros espacios en la comunidad; es por ello, la necesidad de fortalecer las estrategias que permitan la adopción de estilos de vida saludables desde la escuela, dirigidas inicialmente a sus familias.

En tal sentido el desarrollo de la promoción de la salud en el entorno educativo está dirigido a promover en los miembros de las escuelas la vivencia de una cultura de la salud, con responsabilidad y solidaridad; promoviendo las posibilidades de desarrollo de la persona en su familia y comunidad.

2.2.2. Promoción de la salud

La promoción de la salud se define como el proceso político y social que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Esta definición, establecida en la Carta de Ottawa de 1986, enfatiza la importancia de dotar a los individuos y comunidades de los medios necesarios para el cuidado de su salud, y también, para que ejerza mayor control sobre los determinantes de la salud, tomando acciones para modificar o mitigar estas condiciones sociales, ambientales y económicas para un impacto positivo en la salud individual y colectiva (OPS, 2023b).

Investigaciones recientes refuerzan que la promoción de la salud no solo se centra en acciones individuales, sino también en modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que se relacionan con la salud pública e individual (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020). De esta forma, se destaca la importancia de empoderar a las personas y comunidades, no solo mediante el fortalecimiento de habilidades individuales, sino también a través de la transformación de los determinantes sociales de la salud, con el objetivo de alcanzar una equidad en salud y mejorar la calidad de vida de la población.

Figura 2:
Promoción de la salud



Nota: La figura muestra como la promoción de la salud influye en el desarrollo de la niñez y de la salud integral, diferenciándose de la prevención de enfermedades, pero relacionándose con los determinantes sociales de la salud, en diferentes escenarios, a través de diversos enfoques, áreas y actores que intervienen en cada nivel. Fuente: (Remuzgo, 2013)

2.2.2.1. Objetivos de la promoción de la salud

La promoción de la salud busca principalmente el bienestar general de la sociedad, además, de otros objetivos plasmados en la Carta de Ottawa:

- Mejorar las condiciones y calidad de vida de la población, minimizando los riesgos.
- Alcanzar la equidad sanitaria buscando que todas las personas tengan las mismas condiciones, sin importar su posición, para combatir la desigualdad asistencial.

- Fomentar la toma de decisiones sobre salud en la sociedad, promoviendo la acción comunitaria, evaluando problemas y brindando soluciones en el ámbito sanitario.
- Garantizar una política sanitaria preocupada por la salud.
- Implementar medidas preventivas para crear sociedades saludables y fomentar una educación sanitaria (UNIR, 2024).

2.2.3. Modelos Educativos

Los modelos educativos son estructuras teóricas que orientan o guían el diseño, la implementación y evaluación de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Actúan como guías pedagógicas que integran principios filosóficos, psicológicos, sociológicos y metodológicos para responder a las necesidades formativas de una población en un contexto determinado; buscan promover el desarrollo del estudiante y responder sus necesidades sociales, culturales, tecnológicas y económicas (Carbonell et al., 2023). Por otro lado, cada modelo debe ser flexible, inclusivo y orientado al desarrollo de competencias, con enfoque interdisciplinario, intercultural y crítico que promueva una formación transformadora y significativo (Mariñez, 2023).

Cada modelo educativo define roles para los actores del proceso educativo (docente, estudiante, entorno), estrategias didácticas, formas de evaluación y objetivos de aprendizaje. Entre los modelos más relevantes se puede mencionar:

2.2.3.1. Modelo tradicional: Centrado en la transmisión de conocimientos por parte del docente; útil en contextos de educación estructurada pero limitado en enfoques participativos; se basa en la transmisión unilateral de conocimientos, donde el alumno adopta un rol pasivo, basado en la memorización y repetición de contenidos: la figura central es el docente, representando la autoridad (Cusme, 2023).

2.2.3.2. Modelo constructivista: Promueve el aprendizaje activo y significativo mediante la interacción con el entorno y la cultura del estudiante. Es clave en procesos de educación intercultural y de salud. Este modelo señala que el conocimiento se construye activamente en base a la experiencia e interacción social, donde el docente es mediador del aprendizaje, promueve la exploración, el diálogo y la reflexión (Ronquillo et al., 2023).

2.2.3.3. Modelo socio-crítico: Fue planteado por Paulo Freire quién cuestionó las estructuras tradicionales de enseñanza, para promover una educación que responda a las realidades sociales, no solo a través de la transmisión de conocimientos, sino buscando la transformación de la sociedad, empoderando a los estudiantes para que sean sujetos críticos, que cuestionen las injusticias sociales, económicas y políticas, para reducir brechas e impulsar la equidad (Martínez et al., 2025).

2.2.3.4. Modelo por competencias: Enfocado en desarrollar capacidades prácticas para resolver problemas reales; busca desarrollar habilidades prácticas y competencias específicas, asegura que los estudiantes obtengan habilidades que le sean útiles para resolver los problemas a los que se enfrentará en su vida cotidiana, de manera efectiva; en este modelo se destaca la calidad del proceso docente educativo, la participación activa, la conducción de los estudiantes en el proceso y la adquisición de destrezas (Alarcón et al., 2025).

2.2.3.5. Modelo intercultural: Integra saberes y prácticas culturales diversas; fundamental en contextos de pluralidad étnica y cultural para evitar la imposición de una sola visión del mundo; suele ser utilizada también en el ámbito de la salud, con la finalidad de involucrar a los estudiantes en actividades de atención primaria de salud en la comunidad, para enfocar y enfrentar los determinantes sociales de la salud (Hidalgo et al., 2025).

Rochin et al., (2025) señala que la implementación del modelo intercultural es efectiva para crear ambientes inclusivos que favorezcan la integración y participación activa de los

estudiantes, a través de diversas estrategias como la interpretación y organización de la diversidad, promoción de actitudes positivas hacia las diferencias culturales, educación para el respeto y diálogo, formando ciudadanos globales y competentes en un mundo diverso.

2.2.3.6. Modelo humanista: Este enfoque se basa en una visión integradora del mundo, para ser interpretado y transformado; se fundamenta en el carácter social del proceso educativo, que demuestra que estos procesos no pueden aislarse de los problemas del hombre, de su sentir, forma de ser, de su contexto cultural, económico y político; de esta forma, también se dirigen a la exigencia de responder a las necesidades sociales, a través de la formación integral de las personas, considerando sus sentimientos, valores y ligados indefectiblemente a los conocimientos y habilidades (Universidad Central «Marta Abreu» de las Villas, 2025).

2.2.4. Modelos Educativos aplicados en Salud

En el ámbito de la salud, la educación forma parte del trabajo que se realiza en la comunidad cuya finalidad busca promover cambios sostenibles en el comportamiento, la toma de decisiones y el entorno, a través de la participación activa de la comunidad (Rosas, 2025). Para ello, se suelen emplear generalmente el modelo constructivista, socio-crítico, intercultural y por competencias; para lo cual, es necesario también potenciar el modelo humanista como parte de la promoción de la salud (Ronquillo et al., 2023).

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la educación no solo implica la transmisión de información biomédica, sino también la incorporación de componentes éticos, afectivos y culturales que favorezcan el desarrollo de una sexualidad saludable, responsable y libre de discriminación (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, 2025).

2.2.4.1. Modelo constructivista en educación para la salud

El modelo constructivista utiliza talleres participativos, grupos focales y metodologías activas para facilitar la aprobación del conocimiento en salud por parte de la comunidad,

pretendiendo que sean ellos mismos quienes construyan su conocimiento de forma activa y significativa en base a sus experiencias previas, promoviendo un aprendizaje colaborativo, reflexivo y contextualizado, siendo muy útil en la educación para la salud (Agama & Crespo, 2016).

2.2.4.2. Modelo socio-crítico en educación para la salud

El modelo socio crítico que planteó Paulo Freire es apropiado para promover el empoderamiento, la organización comunitaria y la acción colectiva para alcanzar buenas prácticas en el cuidado de la salud de la población, sobre todo, en comunidades vulnerables o menos favorecidas a causa de los determinantes sociales de la salud; puesto que, parte de que el aprendizaje y cambio social ocurre por la participación activa, el diálogo y la conciencia crítica de la comunidad, siendo protagonista de su propio proceso de aprendizaje, dejando de ser solo un receptor pasivo (Villa, 2020).

2.2.4.3. Modelo intercultural para la educación en salud

El modelo intercultural ha sido menospreciado por años por la comunidad científica, sin embargo, actualmente se sabe que la interculturalidad es fundamental en la educación para la salud, sobre todo en contextos indígenas o rurales, donde se complementan las prácticas tradicionales con intervenciones modernas, siendo fundamental el respeto de los valores y creencias de la comunidad. De esta forma, se reconoce la diversidad cultural a través de un valor educativo, promoviendo el diálogo de saberes entre la medicina occidental y los conocimientos ancestrales, entendiendo la salud a través de múltiples cosmovisiones (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2023a).

2.2.4.4. Modelo por competencias para la educación en salud

El modelo por competencias es utilizado en la formación de líderes comunitarios y promotores de salud, con la finalidad de brindar habilidades para la resolución de problemas

reales, ya que, a través de este se busca el desarrollo de capacidades prácticas, cognitivas y actitudinales que permitan a las personas y comunidades tomar decisiones autónomas, responsables e informadas para el cuidado de su salud (Fernández et al., 2017).

Así también, en la presente época contemporánea, el modelo por competencias es un enfoque muy utilizado en la formación de profesionales, sobre todo del área de la salud, ya que, contribuye a la formación integral del universitario, buscando una armonía en la esfera cognitiva instrumental, afectiva – volitiva y conductual de la personalidad. Este proceso de enseñanza – aprendizaje busca exponer a los futuros profesionales a ámbitos en la práctica, principalmente en la comunidad, para que desarrollen competencias de promoción de la salud y trabajo intersectorial, con enfoque bio-psico-social en el proceso de salud – enfermedad (Velásquez et al., 2023).

2.2.4.5. Modelo humanista para la educación en salud

El modelo humanista es ideal para procesos de acompañamiento en la educación en salud, así como, para promover el autocuidado de la salud física y mental, fortaleciendo el sentido de la comunidad; teniendo en cuenta, que se centra en la persona, valora la libertad, la empatía, la autorrealización y el respeto por la dignidad humana, buscando la autonomía en el cuidado de la salud (Medina et al., 2020).

2.2.5. Educación en salud sexual y reproductiva

La educación en salud sexual y reproductiva es un proceso educativo intencionado que utiliza diferentes métodos de enseñanza – aprendizaje, orientado a mejorar la salud de las personas y comunidades a través del conocimiento, actitudes y prácticas que promueven decisiones informadas, saludables, libres y responsables en torno a la sexualidad, reproducción, prevención de ITS, autocuidado y respeto a los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud del Perú - MINSA, 2020).

2.2.6. Dimensiones de la educación en salud sexual y reproductiva

2.2.6.1. Nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva

2.2.6.1.1. Salud sexual

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud" (OMS, 2015).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad" (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2022b)

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia" (Vargas et al., 2013).

2.2.6.1.2. Salud reproductiva

Salud reproductiva es, según la Organización Mundial de la Salud - OMS, (2018), "el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida". No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Tanto el hombre como la

mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos (Vargas et al., 2013).

2.2.6.1.3. Salud sexual y reproductiva

Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación. A pesar de las grandes diferencias existentes, debe resaltar se las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generar libertinaje y no libertad; que aumentará las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. El fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político. En tal sentido, se aprecia la necesidad de crear espacios de discusión sobre el tema, siendo una cuestión (Vargas et al., 2013).

2.2.6.1.4. Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos: derecho a la vida y a la libertad, derecho a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas, derecho a la libertad de opinión y de expresión; derecho a la educación, a la salud, al trabajo, entre otros muchos (Guevara, 2020).

Los derechos sexuales comprenden el derecho básico de toda pareja y de toda persona de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; esto es, libre de enfermedad, lesiones, coerción o violencia, e independientemente de la situación reproductiva de cada uno.

A tener acceso a una educación en sexualidad, que sea oportuna, integral, gradual, científica y con enfoque de género, y el respeto de las personas a su preferencia sexual; y a contar con información y servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana VIH-SIDA (Tavara, 2017).

Los derechos reproductivos comprenden el derecho básico de toda pareja y de toda persona de decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos/as y de tener la información y los medios de hacerlo, así como acceder plenamente a los métodos para regular la fecundidad. Asimismo, comprenden contar con servicios de calidad para el cuidado de las gestantes y recibir atención de emergencia y contar con todos los insumos para garantizar la maternidad saludable y segura (Tavara, 2017).

En el Perú los Derechos Sexuales y Reproductivos están protegidos como en el ámbito internacional: desde los derechos humanos que están reconocidos en la Constitución y también en diferentes normas que abordan los diferentes contenidos protegidos, como la Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y la Resolución Ministerial N° 668 -2004 /MINSA, que aprueba las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, entre otras normas legales (Ministerio de Salud del Perú - MINSA, 2020).

En conclusión, los derechos sexuales y reproductivos garantizan la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, entre adultos y menores, lográndose que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad y respetando la dignidad de las personas, permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad sana, responsable, segura y con el menor riesgo posible (Guevara, 2020).

2.2.6.1.5. Conocimientos en planificación familiar

La planificación familiar se refiere a la capacidad de las personas y parejas para decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y el momento para tenerlos, así como para acceder a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y accesibles (MINSA, 2020).

La evidencia indica que las mujeres con mayores niveles de conocimiento sobre anticoncepción tienen más probabilidades de usar métodos modernos y de planificar su reproducción de manera efectiva (A. Pérez & Sánchez, 2020).

Entre los objetivos de la planificación familiar se encuentra prevenir los embarazos no planificados o de alto riesgo, promover embarazos saludables mediante una adecuada preparación física y emocional, reducir la mortalidad materna e infantil, prevenir las infecciones de transmisión sexual, fomentar el bienestar familiar, desarrollo personal y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos (MINSA, 2020).

Entre los métodos anticonceptivos de planificación familiar se encuentran los tradicionales y modernos; dentro de los tradicionales están el método del ritmo, la temperatura basal y el moco cervical; mientras que, los modernos abarcan a:

- De barrera: condón masculino, femenino y diafragma
- Hormonales: píldoras, parches, inyecciones, implantes
- Intrauterinos: T de cobre, sistema intrauterino hormonal (SIU)
- Quirúrgicos: Ligadura de trompas, Vasectomía
- De emergencia: Anticonceptivo oral de emergencia

Cada método tiene niveles de efectividad, ventajas y consideraciones distintas según el perfil clínico, social y cultural del usuario. La consejería personalizada es clave para garantizar la elección libre e informada (Ministerio de Salud del Perú - MINSA, 2020).

La planificación familiar está profundamente vinculada con los derechos sexuales y reproductivos, tales como:

Derecho a la información científica y comprensible.

Derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.

Derecho a acceder a métodos sin coerción, discriminación ni violencia.

En contextos multiculturales como el peruano, es fundamental aplicar un enfoque intercultural, respetando las creencias, saberes y prácticas tradicionales relacionadas con la reproducción, sin dejar de garantizar el acceso universal a los servicios de salud (OMS, 2018).

La educación en planificación familiar debe iniciar desde edades tempranas y adaptarse a las etapas del ciclo vital. Según la (UNESCO, 2023), la Educación Integral en Sexualidad (EIS) que incluye contenidos sobre anticoncepción y salud reproductiva es una estrategia efectiva para reducir embarazos no planificados en adolescentes y mejorar la salud pública.

2.2.6.1.6. Conocimientos en embarazo saludable

Un embarazo saludable es aquel que transcurre con bienestar físico, emocional y social tanto para la madre como para el feto, desde la concepción hasta el nacimiento. Implica un proceso fisiológico acompañado de cuidados preventivos, atención médica oportuna, alimentación adecuada, apoyo emocional y entornos seguros, que favorezcan un desarrollo fetal óptimo y reduzcan los riesgos para la salud materna y neonatal (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID, 2018).

Según el enfoque de vida, la salud materna se ve influenciada por diversos factores acumulativos como la salud preconcepcional, la educación sexual, la nutrición, el entorno social y acceso equitativo a los servicios de salud (Cabanillas, 2020).

Entre los principales componentes del embarazo saludable resaltan los siguientes:

Atenciones prenatales oportunas:

Las atenciones prenatales son un conjunto de actividades y procedimientos cuya finalidad es identificar y prevenir riesgos o enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y el bienestar del feto (Narváez, 2023). Son fundamentales para detectar y prevenir patologías como la anemia, infecciones, preeclampsia o alteraciones en el crecimiento fetal; estos deben cumplir características básicas para garantizar su efectividad, como:

- Precocidad: Es decir, que se deben iniciar lo antes posible, inmediatamente se haya confirmado el embarazo, siendo ideal antes de las 14 semanas (Ipia et al., 2019).
- Cobertura: Se refiere a que las mujeres gestantes tienen el derecho de acceder gratuitamente a los controles prenatales, sin importar condición alguna; siendo necesario alcanzar seis atenciones como mínimo para garantizar el paquete de atención integral e identificar riesgos o patologías obstétricas (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2018b).
- Periodicidad: Esta característica se refiere a la continuidad con la que se debe realizar los controles prenatales acorde a la edad gestacional; como mínimo se espera que el primer control sea antes de las 14 semanas, el segundo entre las 14 y 21 semanas, el tercero entre las 22 y 24 semanas, el cuarto entre las 25 y 32 semana, el quinto entre las 33 y 36 semana y el sexto entre las 37 y 40 semanas (Ipia et al., 2019; Ministerio de Salud del Perú, 2013).
- Completitud: Esto indica que los controles prenatales no solo se deben ceñir a realizar exámenes físicos y de laboratorio, sino cumplir con todo el paquete integral de gestante en cada control prenatal y fuera de este, cumpliendo con los requerimientos según la edad gestacional; esto incluye baterías de análisis en determinados momentos, monitoreos electrónicos fetales, sesiones de psicoprofilaxis, interconsultas con otros servicios de

salud, ecografías, planes de parto, educación en salud completa y oportuna, entre otros (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

La importancia del control prenatal radica en el cuidado de la salud del embarazo; los profesionales de salud despliegan actividades para mantener un adecuado desarrollo del bebé y la madre, así como, prevenir o detectar precozmente posibles complicaciones (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development - NIH, 2020).

Por otro lado, es necesario que los controles prenatales inicien precozmente, ya que, de esta manera se facilitará la identificación de pacientes con mayor riesgo obstétrico para tomar medidas saludables a lo largo del embarazo, ya que, incluye temas de educación, soporte emocional y preparación para el parto (The American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG, 2024).

Sin embargo, una de las principales barreras para alcanzar una adecuada salud sexual y reproductiva es la falta de educación y concienciación en la importancia de llevar una correcta vigilancia del embarazo; el desconocimiento, las creencias erradas, la falta de estrategias educativas para llegar a la población por parte del sistema de salud para concientizar en la importancia del cuidado de la salud materna (Rivera et al., 2018).

Alimentación balanceada y suplementación:

Las gestantes tienen derecho a ser informadas sobre cómo recibir una alimentación balanceada para cubrir los requerimientos nutricionales que demanda el embarazo; así también, es necesario la suplementación de algunos nutrientes como el ácido fólico, hierro, calcio, proteínas y vitaminas que completaran dichos requerimientos (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2020).

Por otro lado, también es necesario que eviten sustancias como el alcohol, el tabaco, drogas y alimentos ultra procesados (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2020).

Salud mental y apoyo emocional:

Un embarazo saludable incluye también el cuidado de la salud mental; siendo necesario detectar y manejar situaciones de estrés, ansiedad o depresión, así como, casos de violencia basada en género o exclusión social que afecte la salud de la gestante o el desarrollo del embarazo y el feto (Wedel, 2018).

2.2.6.1.7. Conocimientos en prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual son aquellas que se transmiten predominantemente por el contacto sexual sin protección, sin embargo, algunas se pueden propagar por otras vías como la hematológica, el parto y la lactancia; las más frecuentes suelen ser el VIH, sífilis, gonorrea, clamidia, herpes genital, virus del papiloma humano, tricomoniasis, entre otras (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2024).

La prevención de infecciones de transmisión sexual es una tarea de la salud pública, tanto a nivel de la adolescencia, como de jóvenes y adultos, así como, en trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, poblaciones rurales e indígenas con acceso limitado a los servicios de salud (PROCETSS, 2009).

La principal forma de prevenir las ITS es a través de la educación en salud sexual y reproductiva, ya que, promueve los derechos sexuales de las personas, conocimientos y actitudes para prevenir las ITS; esto incluye educación en anatomía sexual y función reproductiva, métodos de prevención, comunicación y toma de decisiones y derechos en salud sexual y reproductiva (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2024).

También se previene las ITS a través del uso correcto del preservativos masculino o femenino, siendo el método más efectivo, accesible, económico y fácil de usar (Losa & González, 2018).

Su diagnóstico se realiza a través de pruebas diagnósticas rápidas y confidenciales que permite la detección temprana y tratamiento adecuado. Por otro lado, también se puede prevenir promoviendo la vacunación contra el VPH y la profilaxis preexposición para VIH (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2024).

En contextos rurales o indígenas, también es importante considerar los saberes ancestrales, tabúes, prácticas tradicionales y el idioma materno; siendo necesario que la promoción de la salud se realice en coordinación con los promotores y líderes comunitarios, parteras tradicionales, entre otros, con la finalidad de fomentar el diálogo intercultural (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2022a).

Figura 3:

Componentes para la educación en salud sexual y reproductiva



Nota: La figura muestra los componentes a tener en cuenta para una adecuada educación en salud sexual y reproductiva. Fuente: (Remuzgo, 2013)

2.2.6.2. Dimensión acceso a la información en salud sexual y reproductiva:

La dimensión acceso a la educación e información se refiere a aquellos factores que determinan cómo las personas obtienen y comprenden la información sobre salud sexual y reproductivo, en su contexto socio – cultural, esto es importante, ya que, en base a ello las personas tomaran decisiones sobre su comportamiento para el cuidado de su salud (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2023).

En esta dimensión se incluye la fuente de información más común sobre salud sexual y reproductiva, la disponibilidad de programas educativos y la calidad de información proporcionada, las cuales se ven afectadas en relación al nivel de pobreza y desigualdad que enfrenta la población (Pacovilca et al., 2024).

2.2.6.2.1. Fuente de información

El acceso a la información en salud sexual y reproductiva se refiere a la posibilidad que tienen las personas de obtener conocimientos confiables, comprensibles, completos y culturalmente apropiados sobre sus derechos sexuales, el cuerpo, las relaciones afectivas, la prevención de ITS, el embarazo, los métodos anticonceptivos y los servicios de salud disponibles en su jurisdicción. Este acceso no solo depende de la disponibilidad de información, sino también de factores como el nivel educativo, el contexto sociocultural, el idioma, la conectividad digital y las estrategias comunicacionales adoptadas por las instituciones de salud y educación (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2025).

Las fuentes de información son aquellos canales, personas o medios que permiten que las personas accedan a conocimientos adecuados y reciban orientación sexual y reproductiva, estas pueden ser formales, es decir, a través de profesionales de la salud, instituciones

educativas o en programas gubernamentales, o informales, como amistades, redes sociales o medios de comunicación (Silvera, 2024).

2.2.6.2. Disponibilidad de programas educativos

Para tener acceso a la información confiable, oportuna y pertinente, es necesario la disponibilidad de programas educativos en salud sexual y reproductiva, ya que, se trata de un derecho fundamental de todas las personas para que alcancen de forma autónoma su bienestar y tengan la capacidad de tomar decisiones informadas.

La disponibilidad de programas educativos en salud sexual y reproductiva se refiere a la existencia, alcance y cobertura de iniciativas institucionales, formales o comunitarias que brinden esta información, orientación y consejería dirigido a niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres en edad fértil (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2024). Estos programas deben ser promovidos por diferentes sectores o instituciones que ofrezcan información confiable, como pueden ser: las instituciones educativas, ya sea, escuelas o universidades; establecimientos de salud y servicios comunitarios, organismos gubernamentales, agentes comunitarios, promotores de salud y líderes sociales capacitados; de esta forma, se garantiza la sostenibilidad del derecho a recibir información ética, científica, accesible, integral y culturalmente apropiada (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2023).

En el Perú se cuentan con algunas estrategias que pretende cubrir con el derecho de las personas a tener disponibilidad de programas educativos en salud sexual y reproductiva accesibles a la población, como son los servicios ofertados por el MINSA en sus diferentes establecimientos de salud a través de consultas externas o visitas domiciliarias, siendo estas de manera diferenciada, es decir, para adolescentes y adultos, y con pertinencia intercultural, siendo regulada a través de Normas Técnicas como la de Planificación Familiar (Ministerio de

Salud del Perú - MINSA, 2020), orientación y consejería en salud reproductiva (Ministerio de Salud del Perú, 2008), etc.; así también, realiza diferentes campañas de manera periódica para promover el empoderamiento en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, entre otros (Ministerio de Salud del Perú - MINSA, 2018).

Por otro lado, a través de alianzas estratégicas entre el Ministerio de Salud del Perú - MINSA, (2025) se promueve la inclusión en el currículo de la educación sexual integral, brindando guías y diferentes parámetros para que los alumnos reciban la información necesaria para el cuidado de su salud sexual y reproductiva, a través de la toma de decisiones informadas.

Aun así, se ha observado brechas en la cobertura e implementación debido a limitaciones presupuestarias, resistencia social y religiosa, escasa capacitación docente y falta de continuidad y adecuación intercultural de los programas, sobre todo, en zonas rurales o alejadas; siendo necesario la implementación de educación en diferentes idiomas, saberes tradicionales y la inclusión de lidereas comunales o parteras tradicionales.

2.2.6.3. Percepción de la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva:

La percepción de la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva recibida a lo largo de la vida de la población hace referencia al valor que le asignan, interpretan y evalúan retrospectivamente los conocimientos adquiridos sobre el tema hasta el momento de la entrevista, considerando su grado de comprensión, utilidad percibida de la información y la calidad del proceso educativo recibido, teniendo en cuenta sus etapas de desarrollo (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2023).

Se debe tener en cuenta que esta percepción de la eficacia de la educación sexual recibida se configura en base a sus experiencias vividas, tanto a nivel familiar, escolar, comunitario, social y sanitario, así como, a la cultura e idiosincrasia en la que se desenvuelve cada persona;

condicionando el nivel de empoderamiento, autonomía sexual y capacidad de toma de decisiones informadas (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, 2023).

2.2.6.3.1. Percepción de la comprensión

Este indicador busca medir la forma en cómo autoevalúa la población su nivel de entendimiento de los conocimientos y mensajes recibidos sobre educación sexual a lo largo de su vida; teniendo en cuenta que la comprensión es un proceso cognitivo que depende no solo de la claridad del mensaje, sino de otros parámetros a considerar como el lenguaje utilizado, el contexto cultural, el nivel educativo de la persona y los recursos pedagógicos empleados (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, 2023).

Es por ello, que debe haber una adecuación intercultural al momento de brindar educación en salud sexual y reproductiva para que ésta sea eficaz, de lo contrario, el individuo no logrará asimilar los conceptos clave y mucho menos aplicarlos a su vida cotidiana; para ello, es necesario que la información no se transmita de forma técnica, tampoco se debe utilizar lenguaje médico, sino debe ser a manera de diálogo o conversatorio que brinde confianza, respeto y con el uso de ejemplos de la vida real (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, 2023).

Se sabe que, algunos estudios como lo de Ccoillo, 2021 y Ordoñez et al., 2022, señalan que, algunas mujeres de zona rural reconocen no comprender la información recibida sobre sexualidad, a pesar de admitir que si la recibieron; sobre todo por no haber entendido las palabras utilizadas o la falta de ejemplos

2.2.6.3.2. Percepción de la cantidad y calidad de información

La percepción de la cantidad y calidad de la información sobre salud sexual y reproductiva recibida es una valoración subjetiva que autoevalúan las usuarias como suficiente/insuficiente o adecuada/inadecuada; esta percepción se verá determinada por los conocimientos

adquiridos a lo largo de su vida, la oportunidad de acceder a los programas educativos o servicios de salud sexual y reproductiva, si la información recibida es sesgada o con carga moralizante o escasa interacción o diálogo durante los procesos educativos, ya sea, por falta de empatía, desactualización científica o por incapacidad de aplicar la adecuación intercultural (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2023).

Al respecto, existe evidencia científica donde determinadas poblaciones en Perú manifiestan que la educación es escasa y limitada a temas biológicos o preventivos, dejando de lado componentes relacionales y emocionales (Yáñez, 2023).

2.2.6.3.4. Pertinencia según etapa de vida

En relación al indicador pertinencia según etapa de vida busca analizar si las personas perciben que la educación recibida en salud sexual y reproductiva fue oportuna y adaptada a la etapa vital en la que se encontraban, así como, si la educación actual es acertada para sus necesidades actuales.

Al respecto, el UNFPA, (2025) señala que la educación sexual debe comenzar en la niñez temprana y continuar a lo largo de la vida, adaptándose a los cambios en el crecimiento y desarrollo biopsicosocial; al no existir educación sexual oportuna y pertinente se genera desinformación, rechazo o riesgos en la salud sexual. Algunos ejemplos cotidianos son el brindar información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual si ya se ha tenido actividad sexual sin protección, no haber recibido educación sobre consentimiento o violencia sexual en la adolescencia, no reconocer desde la niñez los derechos sexuales y reproductivos o falta de información sobre menopausia, fertilidad o salud reproductiva en mujeres.

De esta forma, se puede mencionar que la educación sexual y reproductiva es pertinente para la etapa de vida cuando implica contenidos que se alinean a los intereses de los usuarios,

sus necesidades y posibilidades, adaptándose no solo a los ciclos de vida, sino a la cosmovisión cultural para la aceptación y efectividad de los programas.

3. Marco legal que protege la cultura, la educación y la salud

La presente investigación se sustenta en un conjunto de normas legales nacionales e internacionales que garantizan los derechos relacionados a la cultura, educación y salud, especialmente en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, estas son:

- En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, la cual, incluye el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y sin discriminación (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2025).
- La UNESCO promueve la educación sexual integral basada en evidencia científica, derechos humanos y enfoque cultural (UNESCO, 2023b).
- La Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclama los principios de la identidad, diversidad y pluralismo, señalando que la diversidad cultural es un patrimonio común de la humanidad, y toma diversas formas a través del tiempo y el espacio, caracterizando a los grupos y sociedades que la componen (Organización de las Naciones Unidas - ONU, 2001).
- En el ámbito nacional, la Constitución Política del Perú garantiza el derecho a la salud, educación y la identidad cultural (Gobierno del Perú, 1993).
- La Ley General de Salud N.º 26842, actualizada el 2024 por la Ley N° 32033, señala que la salud es un derecho fundamental e irrenunciable de toda persona, siendo el Estado el responsable de garantizar su protección, promoción y acceso equitativo.

- La Ley General de Educación N° 28044, actualizada el 2024, también indica que la educación es un derecho fundamental que se debe garantizar en forma integral, inclusiva y de calidad, respetando la diversidad cultural y social del país.
- La Ley Universitaria, Ley N.° 30220, que regula la educación superior en el Perú y establece que la formación universitaria debe ser integral, basada en investigación científica, responsabilidad social y respeto a la diversidad cultural (Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria, 2016).
- El Decreto Supremo N.° 016-2016-SA, aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural con la finalidad de regular acciones de salud intercultural y lograr la atención en salud como un derecho humano que favorezca la inclusión e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (*Decreto Supremo N.° 016-2016-SA - Política Sectorial de Salud Intercultural*, 2016).
- La Resolución Viceministerial N.° 169-2021-MINEDU, establece los Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica, con la finalidad de garantizar el desarrollo integral de los estudiantes, promoviendo respeto, equidad y la toma de decisiones informadas (MINEDU, 2021).
- La Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención – Directiva Administrativa N° 261 – MINSA / 2019 / DGIESP, tiene como finalidad ejercer el derecho a la salud, reduciendo las brechas de acceso a los servicios en establecimientos de salud, principalmente de poblaciones indígenas u originarias (*Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención – Directiva Administrativa N° 261 – MINSA / 2019 / DGIESP*, 2019).

4. Definición de términos básicos

- Percepción cultural: Es el proceso mediante el cual las personas interpretan la realidad y la información a partir de su contexto sociocultural, incluyendo creencias, valores y experiencias previas (UNESCO, 2025).
- Educación para la salud: Proceso planificado que busca mejorar la salud de las personas mediante el desarrollo de conocimientos, habilidades y conductas saludables (J. Hernández et al., 2020).
- Educación en salud sexual y reproductiva: Proceso educativo orientado a proporcionar información y desarrollar competencias que permitan tomar decisiones informadas, responsables y libres sobre la sexualidad y reproducción (Jacinto & Ruiz, 2021).
- Derechos sexuales y reproductivos: Son aquellos derechos humanos que garantizan la libertad de decidir sobre la sexualidad y reproducción, acceso a la información, servicios de salud y una vida libre de violencia (Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018).
- Interculturalidad: Proceso de interacción entre culturas basado en el respeto, el diálogo y el reconocimiento de la libertad cultural (*Decreto Supremo N.º 016-2016-SA - Política Sectorial de Salud Intercultural*, 2016).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. Caracterización y contextualización de la investigación

1.1. Descripción del perfil de la institución

La presente investigación fue ejecutada en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, la cual es de nivel II-2, ubicado en la Av. Larry Jhonson (cuadra 7), cruce con Av. Mártires de Uchurucay, en el Barrio Mollepampa, a una distancia aproximada de 7 Km de la Plaza de Armas, con un tiempo de 20 minutos en movilidad terrestre; se encuentra en el distrito, provincia y Departamento de Cajamarca, al norte del Perú, a 2750 m.s.n.m. (Hospital Regional Docente de Cajamarca - HRDC, 2023)

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, limita por el Norte, con la provincia de Hualgayoc; por el Este, con las provincias de Celendín, San Marcos y Cajabamba; por el Sur, con el departamento de La Libertad; y por el Oeste, con las provincias de Contumazá y de San Pablo.

El hospital es considerado una institución referencial de mayor complejidad de la Región de Cajamarca de categoría II-2. No cuenta con población asignada, ya que, atiende a todos los ciudadanos referidos de las 13 provincias del departamento de Cajamarca, lo que equivale a una población referencial de 1529,755 habitantes, así mismo, atiende pacientes que son referidas de otras regiones como la Libertad, Amazonas (Balsas, Pataz, Chachapoyas) y otros departamentos del Perú (Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020).

Entre su área de influencia directa se encuentra la ciudad de Cajamarca y las áreas circundantes, así también, atiende a usuarios procedentes de las trece (13) provincias de la región Cajamarca, siendo un establecimiento referencial particularmente para las provincias del sur y centro del departamento, tales como: Celendín, Cajabamba, Contumazá, San Marcos,

San Miguel, San Pablo, Bambamarca y Chota; también, atiende referencias provenientes del norte (Jaén y San Ignacio), por razones de diagnóstico, emergencias, disponibilidad de UCI o consulta externa. Además, se puede mencionar que atiende principalmente a aquellos usuarios referidos que se encuentran asegurados al SIS, aunque también atienden en menor proporción a usuarios con otro tipo de seguro de salud.

Respecto al área de influencia indirecta, el Hospital Regional Docente de Cajamarca atiende a usuarios referidos o no de otros departamentos del Perú, siendo los más frecuentes procedentes de La Libertad, Amazonas, Lima, Loreto, Lambayeque y Piura; en menor proporción se encuentran quienes son de Ancash, Pasco, Junín, San Martín, Tumbes y otros. Por otro lado, también atiende población que cuentan con otros tipos de seguro como EsSalud o privados y deciden atenderse en la institución (Hospital Regional Docente de Cajamarca - HRDC, 2023).

El Hospital Regional Docente de Cajamarca consta de un área total de 46,955.80 m²; la construcción consta de 5 niveles o pisos, además de diferentes espacios para áreas verdes y parqueo.

En el primer piso, se encuentran ubicadas las oficinas administrativas, tales como la Dirección General, Administración, Oficina de Personal, Planeamiento Estratégico, Asesoría Jurídica, Epidemiología y Salud Ambiental, Logística y Servicios Generales. Además, de algunos Servicios de Apoyo al Tratamiento y Asistenciales como Patología, Nutrición, Patología, el servicio de Medicina Física y Rehabilitación y parte de los Consultorios Externos. En otra zona del área, por la puerta “C” del HRDC, están ubicados los ambientes de Oncología, Nefrología e incluso talleres de carpintería y mantenimiento, entre otros.

En el segundo piso, al cual, se ingresa por la puerta “A”; se encuentra el área de Admisión, Informes al usuario, Trámite Documentario, Oficinas de Gestión de la Calidad,

oficina de Seguros, Referencias y Contrarreferencias, el Auditorio; así como, Laboratorio Central, Banco de Sangre, Diagnóstico por Imágenes, Archivo, la Oficina de Estadística e Informática y Consultorios Externos. Así también, toda la UPSS Emergencia también se encuentra en este nivel, al cual se ingresa directamente por la puerta “B”.

En el tercer piso, se ubican las UPSS de Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Servicio de Neonatología, con sus áreas Alojamiento Conjunto, Hospitalización y UCI neonatal.

En el cuarto piso, se encuentran las oficinas de las Jefaturas del Cuerpo Médico, así como, áreas de Hospitalización de Cirugía, Traumatología y Salud Mental. Finalmente, en el quinto piso, se ubica el área de Hospitalización de Medicina, Gineco-Obstetricia, Cirugía, Pediatría y Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios (Hospital Regional Docente de Cajamarca - HRDC, 2023).

1.2. Breve reseña histórica de la institución

El Hospital Regional Docente de Cajamarca se fundó en el año 1960, inaugurándose el 28 de junio de 1963, con inicio de actividades en la Av. Mario Urteaga N° 500, inicia el funcionamiento de la entidad sanitaria bajo el nombre de “Hospital Centro de Salud Cajamarca”, durante el Gobierno del Presidente de la República el General Nicolás Lindley López y Ministro de Salud el General Víctor Solano Castro, médico cajamarquino asimilado al Ejército Peruano; contando con especialidades básicas de Cirugía General, Pediatría, Medicina y Gineco-Obstetricia, bajo la dependencia de la Dirección Nor-Oriental de Piura.

Fue hasta el año 1993, cuando se logra categorizar como Hospital General Base, posteriormente, se denomina Hospital de Apoyo N° 2 de Cajamarca; y, mediante Resolución Directoral Sub Regional N° 156-94-SRS-IV-P se le otorga la categoría de Hospital de Apoyo

Departamental; mientras que, en 1995, se autoriza al Director Regional realizar los trámites para convertirse en Hospital Regional, bajo la dirección del Dr. Diómedes Malca Hernández.

Por la demanda poblacional, se tenía que contar con un establecimiento sanitario que contase con mayor infraestructura, así como, la ampliación de servicios médicos especializados que cubrieran las necesidades sanitarias de la población, es por ello que, para el año 2008 el presidente regional, Sr. Felipe Pita Gastolomendi, mediante Ordenanza Regional declara la nueva denominación de Hospital Regional Docente de Cajamarca, haciéndose realidad la edificación de una nueva infraestructura para el año 2010 ubicado en Jr. Larry Jhonson - Barrio Mollepampa Baja.

Es así que, el día 12 de enero del año 2012 fecha conmemorable, inicia el funcionamiento como un establecimiento de alta complejidad sanitaria contando con una nueva infraestructura, equipamiento de alta gama y la incorporación de nuevas especialidades médicas al servicio de la población (Hospital Regional Docente de Cajamarca - HRDC, 2024).

1.3. Características demográficas y socioeconómicas

El censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, (2018) señala que el departamento de Cajamarca cuenta con una población de 1,615,090 habitantes, siendo la provincia de Cajamarca la que con tiene mayor población, correspondiendo a 412,702 habitantes.

Según información del INEI (2022), el departamento de Cajamarca contribuyó con el 2,1% del Valor Agregado Bruto nacional (VAB) y se ubicó en el décimo lugar según el orden de importancia. El departamento destaca en algunos sectores por su mayor contribución al resultado nacional, principalmente en construcción (4,6%), agropecuario (4,4%) y administración pública y defensa (3,6%).

En los últimos 10 años, la actividad económica departamental registró una tasa de crecimiento promedio anual de 0,6 por ciento, por debajo de lo registrado por el país (2,8%). Entre los sectores más dinámicos se encuentran: Telecomunicaciones (8,0%), construcción (5,1%), electricidad y agua (4,8%), administración pública y defensa (4,5%), otros servicios (3,8%), entre otros.

De otro lado, según la Encuesta Nacional de Hogares de 2022 aplicada por el INEI, (2022), la Población Económicamente Activa (PEA) del departamento ascendió a 899,4 mil personas, de las cuales el 95,8% está ocupada, mientras que el 4,2%, desocupada. De la PEA ocupada (861,2 mil personas), el 50,7% labora en el sector agropecuario y pesca; el 18,9%, en servicios; el 11,9%, en el sector comercio; el 6,8%, en el sector manufactura; el 6,3%, en construcción; el 4,5%, en transporte y comunicaciones; y el 0,9%, en minería.

1.4. Características culturales y ambientales

Cajamarca, ubicada en la sierra norte del Perú, se caracteriza por una rica diversidad cultural que se refleja en sus costumbres ancestrales, profundamente arraigadas en la vida cotidiana de sus comunidades. Las festividades religiosas, como la Semana Santa o el tradicional Carnaval cajamarquino, integran expresiones de fe católica con elementos simbólicos andinos, evidenciando un sincretismo que perdura a lo largo del tiempo. Las plantas medicinales y la participación de parteras en el cuidado materno continúan siendo aspectos relevantes, especialmente en zonas rurales, donde muchas familias priorizan el conocimiento ancestral antes que los servicios biomédicos. La estructura familiar suele ser comunitaria y multigeneracional, con roles tradicionales definidos, lo cual determina la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva.

Desde el punto de vista ambiental, Cajamarca presenta un entorno geográfico predominantemente montañoso, con ecosistemas de jalcas, bosques húmedos y zonas de valle

interandino que influyen en el estilo de vida de sus habitantes. Las prácticas agrícolas y ganaderas son fundamentales para la subsistencia de la mayoría de las comunidades, lo que genera una relación estrecha con la tierra y los ciclos naturales. Esta conexión con la naturaleza también determina patrones de movilidad, acceso a servicios de salud, y hábitos de higiene o alimentación. Además, factores como la altitud, el clima templado-frío, y la dispersión geográfica de las viviendas se relacionan directamente con el acceso a la información, la escolaridad y las oportunidades educativas, lo que plantea desafíos adicionales para implementar programas de educación en salud que sean efectivos y culturalmente pertinentes. La presente investigación fue ejecutada en el Hospital Regional Docente de Cajamarca,

2. Hipótesis de investigación

2.1. Hipótesis general

La percepción de la cultura influye significativamente con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

2.2. Hipótesis derivadas

- Las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias son la edad, nivel educativo, ingreso mensual y religión.
- La percepción de la cultura de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, influye en sus creencias, prácticas y barreras socioculturales.
- El contexto de la educación en salud sexual y reproductiva limita el acceso a la información y la percepción de eficacia en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

- El diseño de elementos e implementación de una propuesta curricular en educación en salud sexual y reproductiva fortalecerá el perfil de egresado del profesional obstetra.

3. Variables de investigación

- Variable 1: Percepción de la cultura
- Variable 2: Educación en salud sexual y reproductiva

4. Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores / Categorías	Técnicas / Instrumentos
Variable 1: Percepción de la cultura	La percepción de la cultura constituye una construcción social determinada por las creencias, costumbres, prácticas y normas que cada individuo adquiere en su entorno familiar o social, la cual, va a condicionar la forma en que las personas interpretan sus experiencias, moldeando aspectos como el lenguaje, religión, creencias, educación, el cuidado de su salud, etc., sus decisiones y comportamientos (Albritton et al., 2023).	La percepción de la cultura es la construcción social determinada por factores sociodemográficos, creencias, prácticas y barreras socioculturales.	Dimensión socio-demográfica	- Edad - Nivel educativo - Ingreso mensual - Religión	Técnicas: Encuesta y entrevista a profundidad Instrumentos: -Cuestionario de recolección de datos sobre “Percepción de la cultura” -Guía de entrevista en profundidad sobre creencias y prácticas culturales relacionadas a la educación en salud sexual y reproductiva
			Dimensión creencias y prácticas culturales	- Creencias y tabúes - Barreras socioculturales - Autonomía y toma de decisión - Percepción del personal de salud	
			Dimensión barreras socio-culturales	- Procedencia - Dificultades económicas - Apoyo familiar - Apoyo comunitario	
Variable 2:	La educación en salud sexual y reproductiva es un proceso intencionado que utiliza diferentes métodos de enseñanza – aprendizaje, la cual, busca mejorar	La educación en salud sexual y reproductiva es un proceso	Nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva	- Concepto y derechos sexuales y reproductivos - Planificación familiar - Embarazo saludable - Prevención de ITS	Técnicas: Encuesta y entrevista a profundidad Instrumentos: -Cuestionario de recolección de datos

Educación en salud sexual y reproductiva	la salud de las personas y comunidades a través del fortalecimiento del conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas a su sexualidad y reproducción, promoviendo la toma de decisiones informadas, saludables, libres, responsables, oportunas y de fácil acceso, basadas en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, 2025).	que involucra el nivel de conocimientos, el acceso a la información y percepción de su eficacia y suficiencia a lo largo de su vida.	Acceso a la información	<ul style="list-style-type: none"> - Recibió información a lo largo de su vida - Fuente de información - Disponibilidad de programas educativos 	sobre “Salud sexual y reproductiva”- -Guía de entrevista en profundidad sobre creencias y prácticas culturales relacionadas a la educación en salud sexual y reproductiva
			Percepción de la eficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de comprensión - Percepción de cantidad y calidad de información recibida - Pertinencia según etapa de vida 	

5. Población y muestra

La población estuvo conformada por las usuarias del consultorio de planificación familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante los meses de enero a marzo del 2025; correspondiendo a un total de 465 usuarias.

La muestra fue calculada haciendo uso de la fórmula de estimación de proporciones con poblacionales finitas o de tamaño conocido, teniendo en cuenta una confiabilidad de 95% ($Z = 1.96$) y un error máximo del 5% ($E=0,05$), de este modo, se hizo uso de la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{(465)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(465-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n \geq 210.61$$

Dónde:

N: 465 usuarias de consultorio de planificación familiar del HRDC

Z: Nivel de confianza (95% = 1,96).

n: Tamaño mínimo de muestra.

P = 0.5

Q = 0.5

E = 0.05: Error máximo tolerable.

Sin embargo, con el fin de viabilizar la investigación se realizó una corrección de la muestra obtenida, debido a que la razón entre la muestra (n) y la población (N) es mayor a 5% (0.05) (García et al., 2013; Huamán & Tarazona, 2013), criterio ampliamente reconocido en la literatura estadística para aplicar factor de corrección por población finita, ya que, cuando la

muestra representa una proporción significativa de la población, los supuestos de independencia y población infinita no se cumplen, lo que genera una sobreestimación de la varianza; por ello, es necesario ajustar el tamaño muestral para obtener estimaciones precisas y representativas (Ge et al., 2023):

$\frac{n}{N} = \frac{210.61}{465} = 0.4529$, es mayor a 0.05, se corrige la muestra con la siguiente fórmula:

$$n_f = \frac{n}{\left(1 + \frac{n}{N}\right)}$$

$$n_f = \frac{210.61}{\left(1 + \frac{210.61}{465}\right)}$$

$$n_f = 144.96$$

Por lo que, para el análisis cuantitativo se optó por trabajar con una muestra conformada por 150 usuarias de planificación familiar del HRDC Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2025, con la finalidad de garantizar representatividad y prevenir posibles pérdidas durante la recolección de datos; por lo que, fueron seleccionadas a través de muestreo consecutivo por la naturaleza de llegada de las pacientes al consultorio (Arrogante, 2022); mientras que para el análisis cualitativo, se utilizó un muestreo en bola de nieve con 13 usuarias (Escudero & Cortez, 2018), en las cuales se evaluó la segunda dimensión de la variable “Percepción de la Cultura”, denominada “Creencias y prácticas culturales”.

6. Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente estudio estuvo conformada por cada usuaria del Consultorio de Planificación familiar que fue atendida en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2025; además, se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de edad.

- Mujeres que recibieron por lo menos una consulta o atención por el servicio de planificación familiar.
- Mujeres que aceptaron participar voluntariamente de la investigación y firmaron el consentimiento informado (Apéndice 1).

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de edad.
- Mujeres con alguna alteración o discapacidad mental diagnosticada.
- Mujeres que no deseen participar de la investigación.

7. Métodos de investigación

La investigación se planteó bajo un enfoque mixto, es decir, cuanti-cualitativo, por lo que, se utilizó como métodos de investigación el hipotético – deductivo y el inductivo, en dos etapas, de la siguiente manera:

- **Primera etapa:** El método hipotético deductivo se utilizó en la primera etapa de la investigación para el análisis cuantitativo; partiendo desde el planteamiento de una hipótesis de acción y sometiéndola a prueba a través de instrumentos como las encuestas, confirmándolas finalmente a través de datos y análisis estadísticos; para ello se utilizó el análisis descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas y la prueba estadística chi cuadrado para determinar percepción sobre la influencia de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva, con un p valor menor a 0.05.

- **Segunda etapa:** El método inductivo fue realizado en la segunda etapa de la investigación para el análisis cualitativo; partiendo de las entrevistas a profundidad que recogieron los discursos de las usuarias sobre sus costumbres y creencias relacionadas a la educación sexual y reproductiva; permitiendo la construcción de una red semántica en base a las interpretaciones y categorías obtenidas a través del software Atlas.ti, que forma parte de la propuesta curricular para fortalecer el perfil del egresado de la carrera de obstetricia.

8. Enfoque y tipo de investigación

El enfoque de la investigación fue mixto, es decir, se integró técnicas de análisis de datos cuantitativos y cualitativos para obtener una visión más completa del fenómeno en estudio. Al respecto, Creswell & Creswell, (2018) señala que este enfoque es pertinente cuando cada uno por sí solo no permite entender la complejidad del problema; por lo que, es necesario la integración de métodos para enriquecer el análisis.

Respecto al tipo de investigación, se trata de una investigación básica porque tiene como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento teórico sobre la percepción cultural y su influencia en la educación sexual y reproductiva, sin buscar una ampliación inmediata de los resultados, sino contribuir al desarrollo científico del área (R. Hernández & Mendoza, 2018).

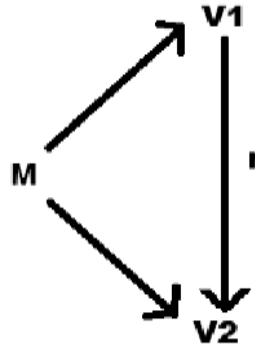
Por otro lado, el componente cuantitativo de la investigación es de tipo correlacional porque buscó determinar la influencia de la variable percepción de la cultural en la educación en salud sexual y reproductiva (Hernández & Mendoza, 2018).

Mientras que, en el enfoque cualitativo se enmarca en el tipo de estudio etnográfico, ya que, busca explorar cómo los individuos interpretan su realidad, brindando significado a sus propias voces, discursos, creencias, interpretaciones y prácticas cotidianas, lo que permite abordar la perspectiva intercultural (Hammersley & Atkinson, 1994). De esta forma, con esta aproximación metodológica se tuvo acceso a los códigos culturales para comprender su percepción, creencias, costumbres y normas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva, incluyendo el papel de la familia, religión, comunidad y experiencias previas con el sistema de salud.

9. Diseño de la investigación

El diseño de investigación fue no experimental, caracterizado por no realizar la manipulación de ninguna variable, sino solamente observarlas, describirlas y analizarlas en base a la ocurrencia del fenómeno tal y como ocurre en su estado natural (Hernández &

Mendoza, 2018). De esta forma, el presente estudio recolectó datos sin realizar algún tipo de intervención directa sobre las variables, favoreciendo analizar la influencia de la percepción de la cultura de las usuarias en su educación en salud sexual y reproductiva, en base a su experiencia y entorno.



M = Usuaria de PPF del Hospital Regional Docente de Cajamarca

V1 = Variable percepción de la cultura

V2 = Educación en salud sexual y reproductiva

r = Asociación/influencia

10. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

10.1. Técnicas para la recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos fueron la encuesta y la entrevista a profundidad:

- **Encuesta:** Se trata de una técnica que se aplicó en una muestra representativa con la finalidad de recoger información objetiva, cuantificable y estandarizada de variables específicas como algunas de las dimensiones de la percepción de la cultura y la educación en salud sexual y reproductiva (R. Hernández & Mendoza, 2018), tuvo una duración aproximada de alrededor de 20 minutos.
- **Entrevista a profundidad:** Se utilizó esta técnica para la segunda etapa de la investigación relacionada con el enfoque cualitativo del estudio; consiste en una técnica

cualitativa que permitió explorar a través de un conversatorio flexible y abierto, las percepciones, experiencias, creencias, barreras y significados culturales que las usuarias atribuyen a temas relacionados sobre su educación en salud sexual y reproductiva (Escudero & Cortez, 2018; Taylor & Bogdan, 1987).

Pérez, (2000) señaló que esta técnica es ideal para desentrañar información subjetiva, contextual y culturalmente situada, facilitando que las usuarias expresen sus ideas en sus propios términos, permitiendo obtener información de niveles psicológicos más profundos y haciendo surgir a la superficie actitudes y sentimientos hacia los temas en estudio.

Es por ello, que la entrevista a profundidad realizada a las usuarias fue grabada en formato auditivo (mp4), habiendo obtenido la autorización previa en el consentimiento informado para realizar dicha acción, ya que, de esta forma se pudo captar todo lo expresado por la entrevistada, sin tener que interrumpir o retrasar su relato, por lo que, tuvieron la libertad de manifestar sus emociones y discursos de manera espontánea; además, durante dicha entrevista se realizaron algunas anotaciones sobre el lenguaje corporal de las usuarias, las cuales, también brindan significados valiosos para la entrevista; la cual, tuvo una duración aproximada de 20 a 30 minutos.

10.2. Instrumentos para el registro de datos

Los instrumentos utilizados para el registro de datos fueron:

- **Cuestionario de recolección de datos sobre “Percepción de la cultura” (Apéndice N° 2):** Dicho instrumento estuvo compuesto por 8 preguntas que recopiló información sobre las dimensiones sociodemográfica y barreras socio – culturales de la percepción de la cultura.
- **Cuestionario de recolección de datos sobre “Salud sexual y reproductiva” (Apéndice N° 3):** Este instrumento constó de 20 preguntas, correspondiendo las diez primeras a la dimensión nivel de conocimientos; las siguientes 5 preguntas a acceso a la información; y

las últimas 5 preguntas a la percepción de la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva recibida a lo largo de su vida.

Cabe recalcar que el nivel de conocimientos se evaluó bajo los siguientes criterios:

- Nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva alto: 9 o 10 respuestas correctas.
 - Nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva medio: De 6 a 8 respuestas correctas.
 - Nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva bajo: Menos de 6 respuestas correctas.
- **Guía de entrevista en profundidad sobre creencias y prácticas culturales que influyen en la educación en salud sexual y reproductiva (Apéndice N° 4):** Este instrumento constó de 8 preguntas abiertas relacionadas a los temas rol de género, planificación familiar, embarazo saludable y prevención de ITS como parte de la educación sexual y reproductiva. Debe constar que las preguntas solo sirvieron como guía para entablar un conversatorio con la usuaria, siendo modificadas según los requerimientos del momento para alcanzar una conversación enriquecedora sobre su percepción de la cultura y la influencia que ejerce en su sexualidad y temas relacionados a las barreras o limitaciones de acceso a la información.

11. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

El procesamiento y análisis de la información se realizó en dos etapas, siendo la primera para el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos cuantitativos y la segunda para el análisis cualitativo, de la siguiente manera:

11.1. Tratamiento de datos cuantitativos: Los datos cuantitativos se procesaron a través del software estadístico SPSS Statics v.29, organizando los datos en tablas simples y de contingencia para la descripción de cada variable y sus dimensiones a través de frecuencias

absolutas y relativas; mientras que, para la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado para identificar la asociación entre variables, considerando un nivel de confianza de 95% y un error máximo tolerable de 5%.

11.2. Tratamiento de datos cualitativos: Considerando los alcances de Heidegger, citado por Guerrero et al., (2019), y Shatzman & Strauss, (1973), se realizó la construcción de relaciones y estructuras novedosas (red semántica) en base a la información que emergió de los discursos de las usuarias entrevistadas. Cada entrevista fue transcrita en el software Atlas.ti 22, donde se resaltó los códigos más relevantes de cada discurso y sus principales interrelaciones, siendo el programa el que facilitó la comprensión y creación de categorías en torno a la influencia de la percepción de la cultura basada en la dimensión creencias y prácticas asociadas a la educación en salud sexual y reproductiva recibida a lo largo de su vida, posteriormente, se aplicó la técnica cualitativa denominada triangulación de datos, la cual permitió combinar las distintas técnicas cualitativas y cuantitativas para fortalecer el análisis de resultados (Meydan & Akkaş, 2024).

12. Validez y confiabilidad

Los tres (03) instrumentos de recolección de datos fueron elaborados por la investigadora y se sometieron a la validación de 04 expertos, quienes dieron sus observaciones y sugerencias para la mejora de dichos documentos.

No fue necesario realizar prueba piloto para determinar la confiabilidad de los instrumentos, ya que, dos de los instrumentos recolectaron datos en forma de encuesta estructurada para obtener información cuantitativa básica, sin utilizar algún tipo de escala; mientras que el tercer instrumento recogió la percepción de la cultura de las usuarias de manera subjetiva para abordar el análisis cualitativo. Al no pretender la construcción de un test psicométrico estandarizado, ni constructos latentes mediante escalas, no fue obligatorio realizar

un análisis de fiabilidad, siendo suficiente con la validación por expertos (Noble & Smith, 2025).

En consecuencia, teniendo en cuenta lo señalado por Maldonado & Santoyo (2024) y Noble & Smith, (2025), la confiabilidad y validez del estudio se sustentó en la revisión teórica y contextual que respalda la elaboración de los ítems, la validación por juicio de expertos en educación y salud y la coherencia metodológica entre los objetivos planteados y el diseño de los instrumentos; de este modo, se aseguró que la información obtenida fue adecuada y suficiente para responder a los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Resultados cuantitativos por dimensiones de las variables de estudio

1.1. Objetivo 1: Identificación de las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Características sociodemográficas	n (150)	% (100,0)
Edad		
De 19 a 30 años	64	42,7
De 31 a 40 años	53	35,3
De 41 a 50 año	33	22,0
Nivel educativo		
Sin instrucción	2	1,3
Primaria	37	24,7
Secundaria	53	35,3
Superior técnico	32	21,3
Superior universitario	26	17,3
Ingreso mensual		
Menos de S/ 500	22	14,7
De S/ 501 a S/ 1000	77	51,3
De S/ 1001 a S/ 1500	23	15,3
De S/ 1501 a S/ 2000	12	8,0
De S/ 2001 a más	16	10,7
Religión		
Católica	107	71,3
No católica	43	28,7

Nota: Información obtenida de los instrumentos de recolección de datos

Análisis y discusión

En la tabla 1 se observa las características sociodemográficas de las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el 2025,

encontrando que predominan las mujeres jóvenes adultas, siendo un total de 42,7% pertenecientes al grupo etario de 19 a 30 años, seguido del 35,3% con 31 a 40 años.

Resultados similares muestran Echenique et al., (2024) en su estudio donde encuentra que 41,2% de mujeres tenía menos de 30 años, señalando que la edad es un factor determinante en el nivel de conocimientos y actitudes relacionadas a las ITS principalmente, siendo favorable para las mujeres mayores de 35 años.

Se evidencia entonces que la percepción de la cultura de las mujeres se asocia con la búsqueda de servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva sobre todo en usuarias que se encuentran en etapas reproductivas activas, principalmente jóvenes; esto también es significativo en relación al proceso de transición sociocultural evidenciando que el grupo etario de 19 a 30 años corresponde a mujeres que empiezan a ejercer su propia autonomía en relación a su cuerpo y fertilidad, siendo fortalecidas e influenciadas a través de la exposición a programas educativos, medios digitales y personal de salud, a pesar de las barreras que puedan existir.

En relación al nivel educativo, la mayoría poblacional cuenta con estudios secundarios, con 35,3%, seguido del 24,7% con primaria y 21,3% con estudios superiores técnicos; en menor proporción se encuentran quienes tienen estudios universitarios (17,3%) y las que no tienen instrucción (1,3%).

Andiwijaya et al., (2022), señalaron que el nivel educativo es un predictor directo de la comprensión y apropiación de contenidos sanitarios, mientras que la pobreza y baja escolaridad amplifican las brechas de salud, es decir, quienes cuentan con niveles educativos más altos tienen más probabilidades de entender, retener y aplicar la información brindada en comparación a los que no tienen estudios o sus niveles son menores.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, el nivel educativo que predomina en las usuarias que participaron es secundario, siendo un perfil típico de la población cajamarquina, el cual, de alguna manera, les limita oportunidades de acceder a información científica y actualizada, así como a los mismos servicios de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, existen porcentajes considerables de quienes cuentan con estudios superiores, ya sea universitaria o técnica, reflejando que el contar con un nivel educativo superior promueve mayor acercamiento a los establecimientos de salud y a hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto al ingreso mensual de las usuarias, la mayoría tienen un rango bajo, correspondiendo a 51,3% que cuentan con ingresos entre S/501–1000 y, aún menor, en el 14,7% con ingresos menores a S/500. Al respecto, Echenique et al. (2024) menciona que los índices de riqueza en el Perú se asocian con el nivel de conocimiento adecuado sobre ITS como el VIH y otros temas relacionados a la salud sexual, siendo los pobres y más pobres los que demuestran menor conocimiento.

Tal como se observa en los resultados, la mayor parte de usuarias tienen condiciones socioeconómicas bajas por sus escasos ingresos, siendo este un determinante en la posibilidad de acudir periódicamente a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como, en la adquisición de métodos anticonceptivos modernos y otras prácticas de autocuidado (Apodaca et al., 2023). Esta situación se ve agravada en los diferentes contextos del Perú cuando confluyen otros determinantes que también funcionan como barreras sociales, como es el caso de entornos rurales, con restricciones geográficas, de transporte o disponibilidad de personal de salud (OECD, 2025).

Finalmente, en cuanto a la religión, 71,3% profesa el catolicismo y 28,7% otras religiones. Este factor es importante analizar porque Lurgain et al., (2024) señalaron que

algunas actividades religiosas y culturales consideran ofensivos determinados temas como es el caso de la salud sexual y reproductiva, teniendo implicancias significativas en la percepción y prácticas relacionadas en las usuarias entrevistadas.

Si bien la doctrina católica promueve la responsabilidad y el respeto hacia la vida, también tiende a limitar la aceptación de métodos anticonceptivos modernos, reforzando tabúes frente a la educación sexual integral, especialmente cuando esta se percibe como contraria a los valores morales del hogar o la fe. Esto coincide con las percepciones observadas en los discursos cualitativos, donde las participantes mencionan la vergüenza o el silencio familiar ante temas vinculados a la sexualidad, considerándolas incluso como “pecado”, reflejando el influjo de la religión en la comunicación intergeneracional.

Lo mismo sucede en otras religiones que pueden tener un patrón similar de restricciones afectando las posibilidades de que las usuarias acudan a los servicios de salud a buscar orientación y educación en salud sexual y reproductiva, puesto que, cada doctrina cuenta con diferentes normas o reglas que se convierten en ocasiones en barreras culturales.

De esta forma, se observa que este perfil general de las usuarias de planificación familiar puede condicionar su exposición previa a la educación sexual, como su capacidad de acceso a servicios y materiales informativos, ya sea, en las escuelas, congregaciones, internet u otros medios o instituciones. Las disparidades educativas e ingresos bajos sugieren una vulnerabilidad frente a la desinformación y a barreras logísticas y socioculturales para acceder a educación en salud sexual y reproductiva.

Estas características sociodemográficas, entendiéndolas como condicionantes que influyen en la percepción de la cultura de las usuarias, sirven como contexto estructural que puede explicar diferencias en conocimientos y en respuesta a las intervenciones educativas que se realizan en la comunidad. Bajo este análisis, la educación en salud sexual y reproductiva,

así como la formación de profesionales de salud en el área, exige la necesidad de enfocar factores como alfabetización y limitaciones económicas, promoviendo que los materiales educativos sean comprensibles, accesibles, utilizando un lenguaje simple, formatos audiovisuales adecuados y otras metodologías interculturales.

Los profesionales de salud deben ser formados con el deber ético de compartir y traducir el conocimiento técnico a un lenguaje comprensible y culturalmente adaptando, por lo que, su preparación curricular debe incluir habilidades blandas que le permiten ejercer una comunicación efectiva y equitativa, teniendo en cuenta las desigualdades sociales.

1.2. Objetivo 2: Descripción de la percepción de la cultura de las usuarias y su influencia en sus creencias, prácticas y barreras socio-culturales

Teniendo en cuenta que la variable percepción de la cultura tiene componentes cuantitativos y cualitativos, en la presente sección se desarrolló el aspecto cuantitativo relacionado a la dimensión Barreras socioculturales; mientras que, la dimensión creencias y prácticas culturales se presenta posteriormente, en el análisis cualitativo.

Tabla 2

Barreras socioculturales que influyen en la educación sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Barreras socioculturales	n (150)	% (100,0)
Procedencia		
Urbana	93	62,0
Rural	57	38,0
Dificultades económicas		
Sí	126	84,0
No	24	16,0
Apoyo familiar		
Sí	117	78,0
No	33	22,0
Apoyo comunitario		
Sí	107	71,3
No	43	28,7

Nota: Información obtenida de los instrumentos de recolección de datos

Análisis y discusión

En la tabla 2 se observa algunas de las barreras socioculturales que influyen en la educación sexual y reproductiva de las usuarias de planificación familiar como la procedencia, donde 62% fueron de zona urbana y 38% de zona rural.

La procedencia se convierte en una barrera sociocultural porque las estadísticas señalan a aquellas mujeres procedentes de zona rural como aquellas que tienen menor oportunidades

de acceder a educación en salud sexual y reproductiva, al uso de métodos anticonceptivos modernos, a atención prenatal calificada, así como otros servicios de salud relacionados; tal es así, que INEI (2024) menciona en la ENDES, que por ejemplo, el inicio de relaciones sexuales es más temprano en el área rural, siendo a los 17,5 años, en comparación al área urbana (18,5 años) reflejando la necesidad de dirigir la promoción de la salud a estas zonas de mayor vulnerabilidad.

Entre estos resultados es importante recalcar que la mayor parte de usuarias provienen de zonas urbanas, pero es considerable que más de la tercera parte es de zona rural, siendo relevante este hallazgo, ya que la información debe estar adecuada interculturalmente para que sea entendida, aceptada e interiorizada, debiendo establecer estrategias para que toda la población, sobre todo quienes más barreras tienen, accedan a una educación en salud sexual y reproductiva de calidad.

Cabe recalcar, que la ruralidad se ha convertido en una barrera debido a la distancia que representa a los establecimientos de salud y las preferencias que puedan tener al acceder a los servicios de salud, despojándolos del ejercicio de sus derechos y el acceso igualitario a una atención de calidad.

Así también, entre los resultados se observa que 84% de usuarias manifestaron tener dificultades económicas, 78% señalan tener apoyo familiar y 71,3% apoyo comunitario de manera general; sin embargo, los resultados revelan que a pesar el apoyo social que pueda haber, las barreras materiales pueden interferir en el acceso efectivo a la educación en salud sexual y reproductiva.

Al respecto, Pacovilca et al. (2024) explica que las dificultades económicas y la pobreza que presentan las familias explican las desigualdades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en las diferentes regiones del Perú. Es así, que los resultados demuestran

que la gran mayoría (84%) perciben esta pobreza convirtiéndose en un determinante estructural que se asocia a la posibilidad de acceder, comprender y aplicar las orientaciones en educación sexual y reproductiva. Es evidente que si las usuarias presentan dificultades económicas buscarán priorizar sus gastos, existiendo dificultades en cubrir gastos directos e indirectos en el acceso a estos servicios, como traslado, pérdida de jornada laboral e ingresos, etc.

Por otro lado, si bien los resultados muestran a una amplia mayoría de usuarias que manifiestan apoyo familiar y comunitario, difieren de lo encontrado por Lurgain et al., (2024), quienes señalaron en su estudio que existe disponibilidad limitada de mediadores interculturales, demostrando la necesidad de empoderar también a las familias y comunidades en el cuidado de la salud.

Analizar el apoyo familiar y comunitario que perciben las usuarias es importante como parte de su proceso de aprendizaje en salud sexual y reproductiva, tal como se mencionó en la teoría de Vygotsky, (1980) sobre el aprendizaje sociocultural, puesto que, tanto la familia como la comunidad actúan como mediadores en el acceso, interpretación y validación de la información obtenida sobre salud sexual y reproductiva.

Así también, es importante tener en cuenta que el apoyo familiar y comunitario no es suficiente cuando existen prácticas culturales dentro de la comunidad que también colocan en riesgo la salud sexual y reproductiva de las mujeres, por ejemplo Achen et al., (2021) señalaron que existen algunas costumbres como el “sexo de compromiso”, donde capturan a las novias para obligarlas a tener relaciones y marcarlas como sus esposas, siendo tradicionalmente aceptado cuando la pareja cumple con la entrega del ganado solicitado por la familia de la novia; siendo estas costumbres las que afectan los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, tanto la procedencia como las dificultades económicas también constituyen barreras estructurales que interfieren en el proceso de educación en la población; no obstante, cabe recalcar que a pesar de esas barreras, las usuarias perciben en su mayoría apoyo familiar y comunitario en relación a la educación sexual y reproductiva, por lo que, se infiere que el capital social está disponible, pero que aún no se encuentran los métodos que permitan llegar a la población y mantener una comunicación abierta y accesible a la oferta de estos servicios de salud.

Estas características socioculturales de las usuarias se convierten en barreras de acceso, tal como que, cerca del 40% de la población provenga de zonas rurales, reforzando la importancia del contexto territorial y cultural; de esta manera, se considera la distancia, el costo del transporte y la disponibilidad de tiempo como factores que limitan el acceso a la educación en salud sexual y reproductiva, algo que también se percibe en los discursos de las usuarias cuando mencionan *“a veces no hay cupo, y camino una hora hasta el hospital”*.

Esta tabla evidencia que la percepción de la cultura no actúa de manera aislada, sino que se ve influenciada por la economía, la geografía, la estructura social, sin embargo, el apoyo familiar y comunitario puede enmascarar relaciones de género desiguales, incluso la necesidad de tomar decisiones compartidas o coaccionadas; por lo que, la educación en salud sexual y reproductiva también debe incluir el abordaje de patrones sociales y derechos, en un modelo que tome en cuenta las desigualdades. Así también, las intervenciones educativas que realiza el personal de salud deben ser gestionados teniendo en cuenta la reducción de este tipo de barreras, tanto a nivel de acceso, horarios y acercamiento comunitario, involucrando a la familia que permita reforzar los mensajes que fortalezcan la salud sexual y reproductiva.

1.3. Objetivo 3: Análisis del contexto de la educación en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos, acceso a la información y la percepción de eficacia de las usuarias.

Tabla 3

Nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Nivel de conocimientos	n (150)	% (100,0)
Global		
Nivel bajo	28	18,7
Nivel medio	83	55,3
Nivel alto	39	26,0
En concepto y derechos sexuales y reproductivos		
Ninguna respuesta correcta	56	37,3
Una respuesta correcta	63	42,0
Todas las respuestas correctas (2)	31	20,7
En planificación familiar		
Ninguna respuesta correcta	4	2,7
Una respuesta correcta	27	18,0
Dos respuestas correctas	43	28,7
Todas las respuestas correctas (3)	76	50,7
En embarazo saludable		
Ninguna respuesta correcta	2	1,3
Una respuesta correcta	13	8,7
Dos respuestas correctas	56	37,3
Todas las respuestas correctas (3)	79	52,7
En prevención de ITS		
Ninguna respuesta correcta	6	4,0
Una respuesta correcta	39	26,0
Todas las respuestas correctas (2)	105	70,0

Nota: Información obtenida de los instrumentos de recolección de datos

Análisis y discusión

En cuanto a la variable educación en salud sexual y reproductiva, se presenta en la tabla 3 como primera dimensión el nivel de conocimiento de las usuarias, encontrando que la mayor parte tiene un nivel medio (55,3%), seguido del 26% con nivel alto y 18,7% con nivel bajo.

Resultados similares mostró Silvera, (2024) en su estudio al reportar que 57,4% de su muestra tienen conocimiento medio, 23,5% alto y 19,1% bajo. Sin embargo, Arrago & Egües, (2021) difieren al exponer que 82% de su población tenían nivel cognitivo alto en salud sexual y reproductiva, 13,3% medio y 4,7% bajo.

De esta forma, se observa una tendencia intermedia en el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva, lo que significa que las usuarias tienen una comprensión parcial de la información que brindan en el servicio o que posiblemente se fundamenta en la educación formal recibida a lo largo de su vida, ergo esto no significa que exista una adquisición de competencias para la toma de decisiones de manera sostenida e informada en relación a su propia salud.

En cuanto al concepto y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, un porcentaje considerable no respondió ninguna de las dos preguntas correctas, mientras que 42% tuvo una respuesta correcta y solo 20,7% respondieron ambas correctamente. En relación a los conocimientos en planificación familiar, 50,7% respondieron las tres preguntas formuladas correctamente, la cual es un porcentaje considerable al señalar a un poco más de la mitad de la población; 28,7% de usuarias respondieron solo dos preguntas de forma correcta, 18% solo una y 2,7% ninguna.

Estos resultados difieren de Bhatt et al., (2021) quienes encontraron en su estudio que la mayor parte de la población desconocía de qué se trataba la planificación familiar, mientras

que otras señalaron utilizar métodos tradicionales como el coitus interruptus o el ritmo, desconociendo su alta tasa de falla.

Respecto a los conocimientos asociados a mantener un embarazo saludable también correspondieron a más de la mitad de usuarias encuestadas (52,7%) quienes respondieron correctamente las tres preguntas formuladas, 37,3% tuvieron dos respuestas correctas, 8,7% solo una y 1,3% ninguna. Mientras que, en las preguntas asociadas a prevención de las infecciones de transmisión sexual, 70% respondieron correctamente las dos preguntas, 26% solo una y 4% ninguna.

Resultados similares mostraron McGuire et al., (2024) cuando encontró que algunas personas de la región Amazonas no conocen, y por lo tanto, no perciben riesgo de contagio por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual, sintiendo peligro solo por los embarazos no deseados. En cambio, Bernaola (2021) difiere en los porcentajes al señalar que 49,4% de la muestra de su investigación tuvo nivel medio de conocimientos en algunas enfermedades de transmisión sexual y 44,9% bajo.

Es así que, se evidencia que las usuarias tienen mayor nivel de conocimientos en temas relacionados con la planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual, probablemente porque se abordan con mayor frecuencia en los servicios que brinda el Hospital. El problema radica principalmente en el desconocimiento observado en las usuarias sobre sus derechos sexuales y reproductivos, demostrando que la orientación y educación que reciben se enfoca en un paradigma biomédico, es decir, no integra la dimensión psicosocial de la salud sexual y reproductiva, lo cual implica el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones informadas.

Teniendo en cuenta que la mayoría de usuarias tiene un conocimiento medio, se evidencia una fragmentación del saber que se enfoca en el riesgo biológico como evitar las

infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, pero se ha dejado de lado temas importantes como la autonomía y el empoderamiento, esto evidencia que la educación en salud sexual y reproductiva que brindan los profesionales de salud priorizan la dimensión médica y no consideran el aspecto cultural y subjetivo.

Para ello, se debe tener en cuenta la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger (1995), que involucra el tener en cuenta factores como la religión, la economía, la estructura familiar, la educación, entre otros, que se relacionan a la autonomía de las mujeres, considerando no solo su nivel de conocimientos sino otros aspectos culturales que promueven que el cuidado de la salud sexual y reproductiva sea eficaz, y que deberían ser considerados por el personal de salud durante sus actividades de consejería y promoción de la salud.

Desde la educación superior, estos resultados evidencian una brecha informativa en relación al abundante conocimiento técnico que reciben los profesionales de salud, pero bajo desarrollo pedagógico, comunicativo o enfoque de derechos; bajo esta perspectiva, los currículos universitarios deben integrar el concepto de sexualidad como una construcción y mediación cultural y ética, y no solo, netamente biológica, promoviendo la reorientación de la educación en salud sexual y reproductiva hacia modelos dialógicos e interculturales con metodologías participativas y contextualizadas.

Tabla 4

Acceso a la información en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Acceso a la información	n (150)	% (100,0)
Recibió educación sobre salud sexual y reproductiva en algún momento de su vida		
Sí	113	75,3
No	37	24,7
Medios más frecuentes para informarse sobre salud sexual y reproductiva		
Radio	1	0,7
TV	7	4,7
Internet	38	25,3
Personal de salud	104	69,3
Existe o es fácil acceder a programas educativos sobre salud sexual y reproductiva en la localidad		
No existe	25	16,7
Sí existen, pero no es fácil acceder	78	52,0
Sí existen y se accede fácilmente	47	31,3
Frecuencia con la que conversa con el personal de salud sobre salud sexual y reproductiva		
Frecuentemente	18	12,0
Ocasional	110	73,3
Nunca	22	14,7
Sintió libertad de preguntar o expresar dudas al personal de salud		
Siempre	45	30,0
A veces	79	52,7
Nunca	26	17,3

Nota: Información obtenida de los instrumentos de recolección de datos

Análisis y discusión

Otro aspecto importante de la educación en salud sexual y reproductiva es el acceso a la información, lo cual se observa en la tabla 4, si bien es cierto la mayoría refiere haber recibido

en algún momento de su vida (75,3%), es considerable que la cuarta parte (24,7%) señala que nunca recibió.

Al respecto, el INEI (2024) señala en la ENDES que la población que no recibe educación en salud sexual y reproductiva pertenecen a ciertos estratos desfavorecidos, como quienes provienen de zona rural o tienen menor nivel educativo, señalando un 50% de estos casos, lo que significa que el 24,7% encontrado en el estudio está ligeramente por debajo de lo que se espera, no obstante no deja de ser una brecha significativa que requiere atención.

Así también, hablar de acceso a la información implica tener en cuenta cuáles son los medios más frecuentes que las usuarias utilizan para informarse sobre salud sexual y reproductiva, encontrando que la mayoría acude al personal de salud (69,3%); no obstante, 25,3% opta por buscar información en internet, donde no siempre se encuentra conocimiento correcto o seguro, 4,7% ha escuchado algo en la televisión y 0,7% en la radio.

Al respecto, Bhatt et al., (2021) reportó en su estudio que las usuarias buscan información en el personal de salud, en la radio y en la televisión; mientras que, McGuire et al., (2024) señalaron que las fuentes de información más comunes son el internet, curanderos tradicionales y a veces la atención especializada.

Estos resultados reflejan que es el personal de salud quien tiene mayor legitimidad para brindar información a las usuarias, siendo la principal fuente de información; no obstante, un porcentaje considerable (25,3%) recurre al internet, la cual, es una fuente con la que se debe tener cuidado, ya que, tiene bastante información que no siempre es segura; si bien el avance tecnológico es favorable y necesario, se debe tener en cuenta el riesgo frente a la falta de alfabetización mediática y sanitaria para discriminar contenidos veraces y falaces.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (2021) señala que es importante y positivo el uso de internet en la educación sexual, siempre y cuando esté acompañada de la

orientación de profesionales especialistas para promover el uso correcto de tecnologías de información, de tal forma, que se evite la consulta en sitios web que no tienen respaldo científico o que promuevan conductas de riesgo. Por otro lado, es significativo tener en cuenta los medios de comunicación masiva tradicionales como la televisión y la radio, que aunque en algunos sectores como la zona urbana empiezan a dejar de usarse, en otros lugares son los únicos medios de comunicación que se podrían aprovechar para fortalecer este tipo de campañas educativas.

Actualmente, se sigue observando que la teoría del constructivismo socio-cultural de Lev Vygotsky (1980), continúa efectivizándose en diferente escala, puesto que, en las últimas décadas, se viene atravesando un fenómeno de globalización que provoca que el aprendizaje social se realice a través de redes de internet e informática, observando que los medios de comunicación masiva, el periodismo, las redes sociales, entre otros, contribuyen de manera más rápida con el principio de la ley de doble formación, es decir, interpsicológica e intrapsicológica; no obstante, esto no garantiza que el aprendizaje obtenido se idóneo si no se sabe hacer un buen uso del internet.

También se consultó sobre si existe o es fácil acceder a programas educativos sobre salud sexual y reproductiva, 52% señalaron que, si existen, pero que no se puede acceder de forma sencilla a estos programas, mientras que 31,3% indican que sí acceden fácilmente a estos programas; así también, un grupo considerable de 16,7% mencionó que no existen este tipo de programas educativos.

Se puede evidenciar con los resultados que no todas las usuarias conocen que los servicios de salud tienen programas educativos en salud sexual y reproductiva, y quienes lo conocen no tienen fácil acceso; esto coincide con lo señalado por Remuzgo, (2013) quien concluyó en su estudio que dichos programas no son suficientemente eficaces debido a algunos

factores desfavorables en su implementación como las barreras sociales, culturales, educativas y religiosas.

De esta forma se evidencia que existe una brecha entre la existencia formal de programas educativos en salud sexual y reproductiva y su accesibilidad real, probablemente porque no solo depende de la existencia física, sino de otros factores como el horario de atención, ubicación geográfica, trato del personal, estigmas culturales, nivel educativo, entre otros que se asocian con la posibilidad de acceso de las usuarias.

También señalaron que la frecuencia con la que las usuarias conversan con el personal sobre salud sexual y reproductiva, donde 73,3% señalaron que lo hacen esporádicamente, 14,7% nunca y solo 12% frecuentemente.

McGuire et al. (2024) indicaron que la comunicación entre usuarias y profesionales sobre salud sexual y reproductiva es irregular, ya que, depende de la disponibilidad de los servicios, de la calidad de la información y de la confianza que puede generar o no el personal, optando de manera alternativa por el internet cuando no sienten la confianza necesaria. Gianella et al. (2024) mencionan que las dificultades que presenta el personal de salud para establecer una conversación efectiva con las usuarias son el tiempo, la carga laboral y los cambios de prioridad que reducen la posibilidad de una comunicación profunda.

Al encontrar entre los resultados que 73,3% de usuarias conversan esporádicamente con el personal de salud representa que las consultas solo se centran en la atención puntual como entrega de método, control de embarazo u otros, dejando de lado la educación continua, siendo oportunidades perdidas que permitiría a las usuarias afianzar sus conocimientos y actitudes en relación a su salud sexual y reproductiva. Si bien existe confianza con el personal de salud, existen factores inherentes al sistema de salud que no permiten que se establezca una

conversación provechosa y de adquisición de conocimientos continua, siendo necesario considerar esto para el desarrollo de políticas y la formación de profesionales.

Finalmente, al consultar sobre si las usuarias sintieron libertad al preguntar o expresar sus dudas al personal de salud, 52,7% indicó que a veces, seguido del 30% que dijo siempre y 17,3% nunca; observando en estos datos que aún no se cuenta con la confianza suficiente entre usuarios y personal de salud para generar preguntas que satisfagan sus dudas y necesidades.

McGuire et al. (2024) señalaron que las principales razones que les impide a las usuarias preguntar o profundizar en los temas de consulta sobre salud sexual y reproductiva son la vergüenza, los tabúes y el miedo a ser juzgada; en cambio, Romer et al. (2024) mencionaron que son los mismos profesionales quienes reconocen carencia en formación comunicativa al presentar incomodidad para abordar temas de sexualidad o sesgos morales.

De esta forma, se refleja la comodidad o incomodidad que pueden percibir las usuarias al consultar sobre su salud sexual y reproductiva, evidenciando la eventualidad de la comunicación y la baja libertad que perciben para preguntar, lo que implica que existe limitaciones en la interacción clínica con el personal provocando baja confianza, que a su vez, repercute en la calidad de educación o conocimientos que obtiene la usuaria; estas limitaciones pueden ser variadas, ya sea por escasez de tiempo en la consulta, actitudes del personal, el lenguaje que utiliza u otras barreras culturales.

Se entiende que el personal de salud es la fuente principal de información, pero la interacción es ocasional, incluso muchas usuarias refieren no tener libertad de preguntar, la información que circula no se realiza bajo una comunicación efectiva, puesto que se ve interrumpida por desconfianza, tiempo limitado, sobrecarga asistencial o falta de habilidades comunicativas. Esto también se refleja en los discursos cuando las usuarias mencionan la

diferencia entre “quienes explican con paciencia” y “quienes no tienen tiempo o no se detienen a aclarar dudas”.

Al respecto, se puede inferir una brecha en relación al aspecto pedagógico de la educación en salud sexual y reproductiva, así como, de la formación de profesionales del área, ya que ésta no depende solo de lo que se enseña, sino de cómo y con qué actitud se transmite; en este sentido, las universidades deben fomentar prácticas formativas que integren comunicación empática, lenguaje claro y escucha activa como competencias básicas de sus egresados de carreras en salud.

Tabla 5

Percepción de la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Percepción de la eficacia	n (150)	% (100,0)
Comprendió la información que le dieron sobre salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida		
Siempre	35	23,3
A veces	106	70,7
Nunca	9	6,0
Fue suficiente la información que le dieron sobre salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida		
Muy suficiente	5	3,3
Suficiente	50	33,3
Insuficiente	95	63,3
Fue correcta y de utilidad la información que le dieron sobre salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida		
No fue correcta, ni útil	16	10,7
Sí fue correcta pero no supe utilizarla	94	62,7
Sí fue correcta y útil	40	26,7
Fue adecuada a su edad o etapa de vida la información que le dieron sobre salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida		
Sí	28	18,7
Parcialmente	76	50,7
Nunca	46	30,6
Confía en la información que le brindan actualmente sobre salud sexual y reproductiva		
Sí	128	85,3
No	22	14,7

Nota: Información obtenida de los instrumentos de recolección de datos

Análisis y discusión

En la Tabla 5 se observa otra dimensión de la educación en salud sexual y reproductiva, la cual señala la percepción de la usuaria respecto a la eficacia de dicha información; encontrando que 70,7% a veces comprende la información, seguido del 23,3% que siempre lo hace y 6% nunca, evidenciando una gran diferencia en estos porcentajes.

Con estos resultados se evidencia que no se cumple con el objetivo real de educación en salud sexual y reproductiva, ya que solo 23,3% es quien alcanza a entender la información brindada, esto se corrobora con lo señalado por Gianella et al. (2024) quien identifica que los servicios de salud reproductiva del norte del Perú brindan información estandarizada que no se adapta al contexto sociocultural de las mujeres, siendo difícil su comprensión. Lurgain et al., (2024), mencionan que existen diferencias culturales y lingüísticas que representan barreras en la salud, esto incluye la forma y palabras con las que el personal de salud explica, siendo percibidas como incomprensibles en ocasiones, lo que dificulta la interacción eficaz entre ambos.

Al respecto, durante las entrevistas se obtuvieron comentarios como “algunos no tienen paciencia” o que el personal “no explica adecuadamente”, señalando un problema en relación a la dificultad que presentan las usuarias para comprender y aplicar la información, a pesar de ser brindada frecuentemente por el personal de salud, denotando un problema entre el proveedor como fuente y la calidad de la comunicación, aspectos que se debe fortalecer durante la formación profesional para el desarrollo de habilidades blandas que permitan aterrizar en una adecuada comunicación, estrategias de consejería efectiva para una educación en salud sexual y reproductiva eficaz.

Por lo tanto, la eficacia que representa la educación en salud sexual y reproductiva en términos de comprensión de la información no depende solamente del contenido transmitido,

sino del modo, momento y medio de comunicación, por lo que, es importante incorporar enfoques pedagógicos inclusivos e interculturales con la finalidad de innovar con metodologías participativas, recursos visuales y ejemplo prácticos centrados en la experiencia, éstas deben ser incorporadas en los profesionales a través de la generación de competencias comunicativas y didácticas, junto con la sensibilización en enfoques de género e interculturalidad, con la finalidad de transformar la educación informativa a una significativa, empoderadora y transformadora.

Así también, en términos de suficiencia, es preocupante señalar que 63,3% de usuarias perciben como insuficiente la información que recibió sobre salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida, seguido del 33,3% que señaló ser suficiente y 3,3% muy suficiente.

Los resultados coinciden con McGuire et al. (2024) al señalar que muchas mujeres en el Amazonas no se sienten suficientemente informadas para tomar decisiones en su salud sexual y reproductiva. Estos resultados demuestran que la percepción de insuficiencia en las usuarias se debe a que la información que reciben es a través de mensajes fragmentados, charlas puntuales y de corta duración, en lugar de brindar educación continua y adaptable a las necesidades y entendimiento de la población.

Las usuarias también manifiestan que perciben que la información recibida sobre salud sexual y reproductiva fue correcta pero no saben cómo aplicarla (62,7%), mientras que 26,7% indica que fue correcta y útil, siendo solo 10,7% quienes señalan que no es correcta ni útil; así también, 50,7% señalaron que fue parcialmente adecuada para su etapa de vida actual, mientras que 14,7% considera que no es adecuada.

Ambos datos, reflejan una trayectoria educativa deficiente, acumulada desde etapas tempranas, poca educación sexual escolar, tabúes familiares, mitos comunitarios y falta de

orientación sostenida que repercuten en la autonomía de las usuarias y su capacidad de decisión en relación a su propia salud sexual y reproductiva.

Finalmente, cuando se pregunta sobre si la información que ha recibido actualmente en salud sexual y reproductiva le genera confianza, 85,3% refiere que sí y 14,7% no; esto representa un avance del servicio de planificación familiar en relación a su consolidación como fuente creíble y legítima, aunque no siempre esto signifique comprensión plena y aplicación práctica.

Estos resultados reflejan que, si bien en el pasado las usuarias consideraron que la información recibida sobre salud sexual y reproductiva fue insuficiente y poco aplicable, se cuenta con una fortaleza actualmente al observar que la gran mayoría aún tiene confianza en la información recibida durante su última atención en el servicio de planificación familiar, lo que implica que existe una oportunidad de mejora en relación a la educación que se brinda a la población en este aspecto.

Al denotar la mejora de la credibilidad, queda reforzar los aspectos de pedagogía y contextualización cultural de la información, con la finalidad que exista confianza y mediación educativa que transforme el conocimiento en acción; en ese sentido, la literatura reciente resalta que la comprensión accionable es el verdadero indicador de calidad educativa en salud, de ahí la urgencia de capacitar a los profesionales con métodos participativos y materiales culturalmente pertinentes (Romer et al., 2024).

Rivenes et al., (2024) mencionaron algunos aspectos relacionados a la forma de educación que brindan los profesionales de salud, donde señalan que se convierte en barrera estructural los desafíos educativos y administrativos por las deficiencias en los currículos y recursos didácticos que utilizan para la educación sexual, comprobando algunos de los resultados de la presente investigación. Es por ello, que es necesario fortalecer la pedagogía y

pertinencia cultural de la información brindada por el personal de salud para que se reflejen en cambios prácticos y aplicables en el beneficio de cada usuaria, siendo necesario que la educación en salud sexual y reproductiva sea continua y coherente a lo largo de la vida, debiendo tener en cuenta que es vital fortalecer la formación profesional en relación al diseño instruccional, pedagogía adulta, credibilidad de la fuente y utilidad práctica para las usuarias.

Asimismo, estas consideraciones también involucran la teoría de la interculturalidad señalada por Walsh, (2010) y otros autores, pues, recalcan la necesidad de que los profesionales de la salud egresados reconozcan la coexistencia de diferentes culturas e idiosincrasias, así como, la existencia de desigualdades y exclusiones que provocan que no siempre se pueda desarrollar un dialogo horizontal y de respeto mutuo con la población o comunidad. Esta situación exige a las universidades a generar profesionales con capacidades y habilidades que pongan en práctica la interculturalidad durante su atención al usuario.

2. Resultados cualitativos de la dimensión creencias y prácticas culturales de la variable percepción de la cultura (Componente cualitativo del segundo objetivo)

2.1. Análisis temático de los discursos

El análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a las usuarias del servicio de Planificación Familiar permitió identificar categorías emergentes vinculadas a la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva (SSR). A través del proceso de codificación abierta, axial y selectiva, se establecieron tres ejes temáticos principales: creencias y tabúes, barreras socioculturales y autonomía femenina, los cuales se articulan con la percepción del personal de salud y las propuestas de mejora planteadas por las propias usuarias.

En la mayoría de los discursos, las mujeres expresan que la educación sexual continúa siendo un tema restringido por tabúes familiares y religiosos, lo que limita la comunicación sobre el uso de métodos anticonceptivos. Frases como *“no se habla de eso porque es libertinaje”* (Entrevista 10) o *“Dios nos hizo para ser madres”* (Entrevista 12) evidencian la persistencia de un modelo tradicional que condiciona la autonomía reproductiva. Esto coincide con estudios recientes que señalan que los mitos y las normas culturales y religiosas continúan moldeando las percepciones de género y sexualidad, especialmente en comunidades rurales latinoamericanas (Alcántara, 2023), asociándose además con la teoría de Vygotsky (1980), confirmando el aprendizaje modelado y constructivo sociocultural.

Quiroz (2023) también señala que algunos tabúes y costumbres en la comunidad pueden basarse en representaciones sociales y prejuicios que culminan señalando a las prácticas y saberes en salud como erróneos e incomprensibles. Este tipo de creencias y mitos que existen en las familias o sus costumbres religiosas provocan limitaciones al momento de brindar educación en salud sexual y reproductiva, sobre todo en contextos tradicionales,

evidenciándose en los discursos de las usuarias como se transmiten en cada generación que hablar de estos temas es vergonzoso e inapropiado, sin embargo, a pesar de ello, algunas mujeres continúan su búsqueda de información por su cuenta, pero no solo en fuentes confiables, sino en aquellas que pueden generar conductas riesgosas.

Asimismo, la categoría barrera socioculturales emergen como factores determinantes que dificultan el acceso efectivo a los servicios de SSR. La distancia geográfica, la carga laboral y la falta de tiempo fueron mencionadas como obstáculos frecuentes: *“Camino casi una hora al centro de salud”*, *“a veces no hay tiempo o uno trabaja”* (Entrevista 7). Otras subcategorías que representan barreras son el machismo, la vergüenza y la falta de apoyo familiar que se evidencia en algunos discursos: *“Porque a veces uno se va, no le atienden, y también... ya irse mucho da vergüenza. Y también por parte del esposo, a veces no nos deja ir”* (Entrevista 13), *“Creo que sí [hay tabúes], por la vergüenza, por el temor... son enfermedades muy complicadas que aún no existen curas”* (Entrevista 1), *“Mis papás nunca me hablaron de lo que es tener relaciones, cómo cuidarme... los jóvenes tendemos a equivocarnos”* (Entrevista 4).

Según la evidencia, estos factores de género constituyen una de las principales causas de desigualdad en el acceso a la salud sexual y reproductiva, así como otros factores de riqueza y nivel educativo (Moreira et al., 2023). Además, en algunas comunidades provoca o facilita la poligamia, siendo los hombres quienes tienen la necesidad de mantener relaciones sexuales cuando su mujer está en etapa de lactancia, es infértil o necesita ampliar la familia, Achen et al., (2021) señalan que muchas mujeres incluso pueden conocer y consentir estas circunstancias y son conscientes de que son prácticas riesgosas que se asocian a ITS como el VIH, sin embargo, no pueden tomar otro tipo de decisiones porque deben estar con sus maridos.

Lurgain et al., (2024) mencionaron que existe tabúes culturales en algunas mujeres, siendo la causa de su rechazo a ser evaluadas en determinadas situaciones, como estar con la

menstruación, o que sea un varón quien la examine, dándoles vergüenza por la falta de conocimiento en relación a su salud sexual y reproductiva.

De esta forma, los discursos demuestran un patrón de silencio social sostenido por el miedo al juicio, “el pecado”, la falta de comunicación y empatía familiar y comunitario en temas sobre sexualidad, el desconocimiento y el machismo se convierte en un obstáculo estructural para ejercer su autonomía y derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, el componente positivo del análisis radica en la búsqueda de autonomía femenina y el reconocimiento del derecho a decidir sobre el cuerpo. Varias usuarias manifestaron convicciones de autodeterminación: *“Ya somos libres de decidir qué es lo que vamos a realizar con nuestra vida, si tener una familia o no”* (Entrevista 10), *“Creo que la mujer tiene un papel principal sobre sus decisiones, sobre su salud sexual; creo que ella es lo principal”* (Entrevista 6). Este hallazgo representa un cambio generacional y educativo, que refleja una transición hacia una cultura de empoderamiento de las mujeres sobre su propia salud sexual y reproductiva; es así, que la UNICEF (2024) promueve programas dirigidas a las niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe para fortalecer la autonomía y la toma de decisiones informadas.

Silvera (2024) muestra resultados similares al mencionar que gran parte de su población señala que su autonomía y el tomar decisiones correctas para evitar comportamientos negativos se basa en el nivel de educación sexual y reproductiva recibida, de esta forma se explica que cerca de la tercera parte de usuarias que en algún momento ha recibido esta educación piensan que sí tienen la capacidad de decidir, ejercer sus derechos y asumir las posibles responsabilidades o consecuencias de esas decisiones, aunque a lo largo de los discursos se evidencia que en la práctica aún les es complicado hacerlo.

Sin embargo, resultados diferentes presenta Rivenes et al., (2024) en su estudio quien señala que su población presentó una resistencia a la enseñanza y el aprendizaje de la educación de la salud sexual integral, debido a la falta de experiencia y competencia emocional. Por otro lado, en otras comunidades se observa también que las mujeres no cuentan con autonomía, ya que las familias priorizan costumbres como la mutilación genital femenina o circuncisión como parte de sus creencias para que encuentre pareja fácilmente, ya que, les da una imagen de limpias, que no emiten mal olor y señalándolas como que siempre les serán fieles a sus maridos (Achen et al., 2021), este tipo de prácticas afecta a las mujeres imposibilitándolas a ejercer su autonomía.

No obstante, teniendo en cuenta los resultados de la investigación y los discursos es muy relevante el surgimiento de esta categoría, autonomía femenina y derecho a decidir sobre el cuerpo, donde las usuarias reflejan un cambio profundo en la idiosincrasia de las mujeres en torno a su salud sexual y reproductiva, que, aunque no es una transformación absoluta, puesto que, aunque aún existe un contexto de negociación con la pareja, creencias religiosas y costumbres familiares que condiciona su libertad, se alcanza a percibir una ruptura progresiva con los modelos de subordinación y dependencia masculina, logrando que las mujeres reconozcan algunos de sus derechos y capacidad de decisión.

En síntesis, la autonomía femenina identificada en este estudio no es aún una realidad consolidada, sino un proceso emergente de transformación social y educativa, donde las mujeres comienzan a reconfigurar sus creencias sobre el cuerpo y la maternidad como decisiones personales y no como imposiciones culturales. Este hallazgo resalta la necesidad de que los programas de educación en salud sexual y reproductiva adopten un enfoque intercultural, inclusivo y de empoderamiento, que fomente no solo el conocimiento, sino también la capacidad de decidir libremente.

Una categoría que se relaciona transversalmente con las anteriores es la percepción de las usuarias sobre el personal de salud, evidenciando discursos ambivalentes al respecto. Si bien muchas mujeres valoran la claridad y empatía del personal (*“Nos explican bien con ejemplos”*, Entrevista 8), otras refieren deficiencias comunicativas o falta de empatía (*“A veces no tienen paciencia”*, Entrevista 11).

Esto se corrobora en el estudio de Lurgain et al., (2024) donde menciona que los profesionales de salud tienen inadecuadas oportunidades de formación de competencias culturales. Mientras que, Quiroz (2023) menciona que en algunas comunidades el personal de salud indígena realiza múltiples actividades para ejercer un rol dentro del equipo de atención y funge como mediador en la atención entre los integrantes de la comunidad y el sistema biomédico, así también, recomiendan hacer uso de la medicina ancestral según sea pertinente en cada caso, corroborando la necesidad de tener en cuenta en todo proceso educativo y comunitario la Teoría de la interculturalidad, mencionada por Walsh (2010) y Tubino (2005).

Tener en cuenta la percepción que tienen las usuarias sobre el personal de salud constituye el punto de partida para establecer confianza entre ambos, y por ende, el fortalecimiento de la educación en salud sexual y reproductiva en la comunidad, ya que orientará a buscar estrategias para mejorar el encuentro entre el conocimiento técnico y la vivencia cultural de las usuarias. Al respecto se observa como algunas mujeres reconocen la disposición, empatía y claridad del personal sanitario, mientras que otras señalan frustración, escasa paciencia, dificultad de comprensión e incluso deshumanización, siendo necesario fortalecer estos aspectos durante su formación profesional.

Es importante tener en cuenta los resultados de la presente investigación y de otros estudios como los de Felipa (2023) que demuestran la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva, ya que, son las creencias culturales las que se

asocian a la toma de decisiones de las usuarias; de esta forma, se debe promover el considerar estos factores de manera real y efectiva al momento de fortalecer las competencias del personal de salud, y que no solo quede el registro en papel.

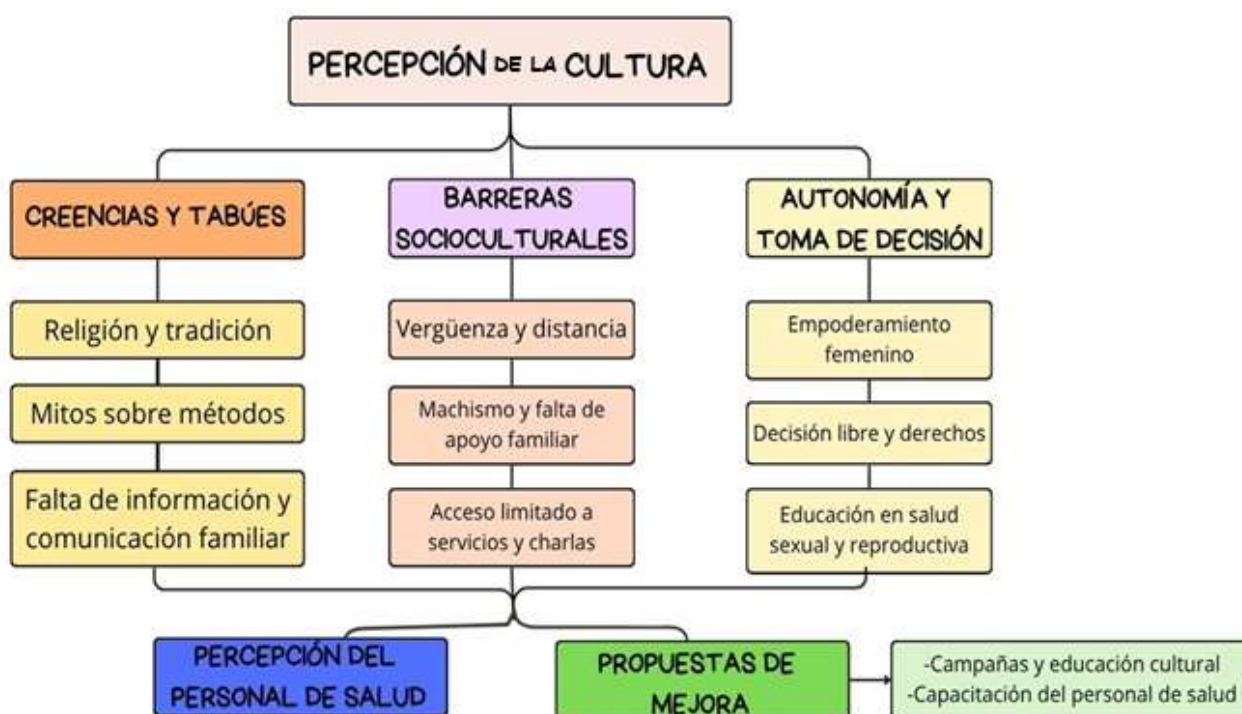
Finalmente, en las propuestas de mejora, las participantes sugieren estrategias concretas como campañas educativas comunitarias, visitas a zonas rurales, capacitaciones permanentes y un trato más humano y respetuoso. Frases como *“que lleguen más a las niñas, a los adolescentes”* (Entrevista 11), *“Que vayan más seguido a los caseríos, que no se olviden de nosotras”* (Entrevista 9), *“Que nos hablen con respeto, no con vergüenza, porque no todas sabemos”* (Entrevista 12), *“Que el personal sea más paciente, que no se canse de enseñar”* (Entrevista 13), entre otras, reflejan una clara demanda de educación accesible y culturalmente pertinente.

Estas percepciones reafirman la demanda de las usuarias, no solo de presencia activa y continua del personal de salud, sino de trato humanizado, empático, libre de juicios, adaptado a su cultura y capacidad de entendimiento, con la finalidad de superar las barreras socioculturales y emocionales que afectan la comunicación entre ambos; pero ello sólo se alcanzará si desde la formación profesional se plantea ejes transversales para fortalecer las capacidades del futuro personal de salud en el desarrollo de principios éticos, habilidades de comunicación, participación comunitaria, enfoque intercultural y equitativo, etc., para garantizar presencia territorial, sensibilidad cultural y pedagogía transformadora para una atención más efectiva y sostenible.

2.2. Red semántica: influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva

Las categorías emergentes que surgen a raíz de los discursos de las usuarias permiten analizar la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias, de las cuales se obtuvo la siguiente red semántica:

Figura 4:
Red semántica de la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva.



Nota: Fuente, elaboración propia a través de Software Atlas.ti.

Interpretación:

La red semántica muestra la influencia de la percepción de la cultura actuando como un eje transversal que condiciona tanto las barreras como las oportunidades para el aprendizaje en SSR; las creencias tradicionales generan resistencia, mientras que la educación con enfoque de derechos y género potencia la autonomía femenina y la apropiación del conocimiento; la

eficacia de la educación en SSR depende, por tanto, del equilibrio entre el contexto cultural, equidad de género y pertinencia educativa. Estos resultados coinciden con lo señalado por Felipa (2023) en su estudio, donde señala que la percepción de la cultura se asocia significativamente con la educación en salud sexual y reproductiva de las personas, tanto en sus decisiones como en sus comportamientos.

En ese sentido, la percepción de la cultura de las usuarias no debe entenderse únicamente como una barrera, sino como un marco que influye y moldea las prácticas, conductas, valores y decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva, pudiendo restringir o facilitar los procesos educativos, puesto que, las creencias tradicionales que se asocian a roles de género rígidos, tabúes, religión o silencios familiares van a limitar el diálogo y la búsqueda de información; mientras que, cuando está presente la educación en salud sexual y reproductiva desarrollada desde un enfoque intercultural, se transforma en una herramienta liberadora, empoderadora de la autonomía femenina, la toma de decisiones informadas y el fortalecimiento comunitario.

Por lo tanto, se debe buscar un equilibrio entre el respeto cultural y la promoción de los derechos en salud, como una oportunidad para el trabajo obstétrico y de educación en salud, puesto que, como se observa en la red semántica, al integrar nuevos conocimientos sin sentir conflicto con su identidad cultural se desarrolla mejor la apropiación del aprendizaje; por lo que, se debe entender que la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva no depende solo del contenido, sino de la pertinencia cultural y emocional, buscando un impacto sostenido en las decisiones y conductas reproductivas.

2.3. Tabla de categorías y subcategorías finales

Las categorías y subcategorías finales surgen a raíz de los discursos de las usuarias, siendo seis las principales categorías que se definen a continuación:

Figura 5:

Categorías y subcategorías que emergen del análisis cualitativo

Categoría principal	Subcategorías	Definición operativa	Ejemplo de cita textual	Interpretación analítica
Percepción de la cultura	Creencias, costumbres, religiosidad	Representaciones y normas culturales que orientan la forma en que las mujeres conciben la sexualidad y la maternidad.	“Dios nos hizo para ser madres” (E12)	La cultura delimita lo permitido y lo prohibido, generando resistencia a la educación sexual.
Creencias y tabúes	Mitos sobre métodos, pudor, moral	Concepciones tradicionales que restringen el diálogo abierto sobre SSR.	“Eso es libertinaje, no se habla de eso” (E10)	El silencio reproduce desigualdad y desinformación.
Barreras socioculturales	Machismo, distancia, falta de tiempo, pobreza	Condiciones sociales que dificultan el acceso a información o servicios de SSR.	“Camino una hora al centro de salud” (E7)	Las barreras materiales y simbólicas se interceptan, reforzando desigualdad.
Autonomía femenina	Empoderamiento, decisión libre, diálogo en pareja	Capacidad de decidir sobre su cuerpo y reproducción.	“Es mi cuerpo y nadie puede decidir por mí” (E11)	Se observa un cambio hacia la autodeterminación en generaciones jóvenes.
Percepción del personal de salud	Empatía, comunicación, confianza	Evaluación de la atención recibida en servicios de SSR.	“A veces no tienen paciencia” (E11)	Las habilidades comunicativas del personal determinan la eficacia educativa.
Propuestas de mejora	Campañas, capacitación, inclusión de varones	Estrategias sugeridas para fortalecer la educación y reducir las brechas culturales.	“Que lleguen a los lugares alejados” (E11)	Las usuarias demandan intervenciones comunitarias sostenibles.

Nota: Fuente, elaboración propia.

2.4. Conclusión de análisis cualitativo

Los resultados cualitativos demuestran que la percepción cultura se asocia de manera decisiva en el acceso y eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva, ya que, persisten creencias, tradiciones y barreras estructurales que dificultan la apropiación de conocimientos, pero también emergen indicios de cambio, mayor autonomía y apertura generacional. Las usuarias valoran la orientación del personal de salud, aunque reclaman mayor empatía, disponibilidad y educación adaptada a su realidad cultural. En ese sentido, estos hallazgos sustentan la necesidad de incorporar un enfoque intercultural y de género en la formación del profesional del obstetra y de quienes brindan educación en salud sexual y reproductiva.

3. Prueba de hipótesis y resultados globales de las variables de estudio

3.1. Prueba de hipótesis: La percepción de la cultura influye significativamente con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 6

Percepción de la cultura asociada al nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Percepción de la cultura	Dimensión nivel de conocimientos en educación en salud sexual y reproductiva	
	x ²	P
Dimensión sociodemográfica		
Edad	24,85	< 0,001*
Nivel de instrucción	21,85	0,005*
Ingreso mensual	10,71	0,219
Religión	14,96	0,001*
Dimensión barreras socioculturales		
Procedencia	1,32	0,518
Dificultades económicas	2,31	0,315
Apoyo familiar	2,83	0,242
Apoyo comunitario	2,61	0,272

Nota: * Existe asociación estadísticamente significativa según prueba chi cuadrado ($p < 0,05$).

Análisis y discusión

En cuanto a la prueba de hipótesis que permite cumplir el objetivo general de analizar la relación entre las diferentes dimensiones de la percepción de la cultura con la educación en salud sexual y reproductiva se aplicó el estadístico chi cuadrado encontrando resultados interesantes.

Se puede observar en la Tabla 6 que algunos de los indicadores de la dimensión sociodemográfica de la variable percepción de la cultura tiene asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva de las usuarias según

la prueba estadística chi cuadrado, como es la edad ($p < 0,001$), nivel de instrucción ($p = 0,005$) y religión ($p = 0,001$); sin embargo, no hay asociación con el ingreso mensual ($p > 0,05$).

La edad marca una diferencia generacional en el acceso al conocimiento, las mujeres jóvenes adultas, generalmente más expuestas a medios de comunicación y programas educativos, tienden a tener un mayor nivel de información, mientras que las de mayor edad conservan percepciones más tradicionales y limitadas sobre la sexualidad. También se puede evidenciar asociación concreta con la escolaridad y factores culturales, los cuales explican la variación del conocimiento en educación en salud sexual y reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud WHO (2024) señala al respecto que es más consistente la alfabetización en salud cuando existen niveles educativos altos, facilitando que el conocimiento sanitario, incluido la educación en salud sexual y reproductiva sea más aprovechable, puesto que, la educación promueve las habilidades cognitivas como leer, procesar, juzgar, discriminar información, el acceso a la información formal a través de escuelas o universidades y redes que promuevan el aprendizaje en salud.

Teniendo en cuenta los presentes resultados, encontrar en la población estudiada a más de un tercio con educación secundaria y otro tercio con formación técnica y superior denota brechas de comprensión y retención de conocimiento en salud sexual y reproductiva; no obstante, quienes no gozan de estas características reportan más dificultades para entender y utilizar la información que le brindan; por lo tanto, la escolaridad amplía el acceso a fuentes confiables y fortalece las habilidades cognitivas necesarias para procesar información compleja,

También es importante mencionar la asociación significativa encontrada entre el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y la religión, relación que mencionan Bhatt et al., (2021) en su investigación puesto que las mujeres consideran dentro de su percepción de

la cultura que los hijos son una bendición de Dios y por eso deben rechazar los métodos anticonceptivos porque va en contra de las leyes de la naturaleza y la religión.

En cuanto a la dimensión barreras socioculturales, tanto la procedencia ($p>0,05$), las dificultades económicas ($p>0,05$), el apoyo familiar ($p>0,05$) y comunitario ($p>0,05$) no guardan relación estadística significativa con el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva en las usuarias.

Al respecto, un estudio cualitativo en América Latina señala que dentro de las barreras socioculturales también se encuentra los prejuicios culturales, desafíos institucionales y los mismos sistemas de atención que limitan la educación en salud sexual y reproductiva puesto que no consideran estos factores de procedencia, dificultades económicas y apoyo familiar y comunitario dentro de la atención, brindando políticas generales sin tener en cuenta dichas condiciones (J. P. Alonso et al., 2024).

Se debe tener en cuenta que el no encontrar asociación estadística entre estas barreras socioculturales y el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva no necesariamente los excluye, puesto que también existe otro tipo de factores que intervienen en dicho proceso. Esto sugiere que las intervenciones que se realizan deben ir más allá de simplemente eliminar barreras, sino de potenciar los factores que facilitan el aprendizaje y el conocimiento, para mejorar la calidad, relevancia y accesibilidad de la educación sexual.

Tabla 7

Percepción de la cultura asociada al acceso a la información de educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Percepción de la cultura	Recibió educación en salud sexual y reproductiva	
	x ²	P
Dimensión sociodemográfica		
Edad	6,90	0,032*
Nivel de instrucción	28,04	< 0,001*
Ingreso mensual	1,91	0,753
Religión	1,19	0,275
Dimensión barreras socioculturales		
Procedencia	12,171	< 0,001*
Dificultades económicas	4,10	0,043*
Apoyo familiar	7,18	0,007*
Apoyo comunitario	8,11	0,004*

Nota: * Existe asociación estadísticamente significativa según prueba chi cuadrado ($p < 0,05$)

Análisis y discusión

En la tabla se observa la asociación de la percepción de la cultura con acceder a recibir educación en salud sexual y reproductiva, de los cuales, entre los indicadores de la dimensión sociodemográfica sola la edad y el nivel de instrucción mostraron asociación estadísticamente significativa según la prueba chi cuadrado ($p < 0,05$), no siendo el caso del ingreso mensual y la religión ($p > 0,05$).

La asociación de la edad de las usuarias en relación a acceder a recibir educación en salud sexual y reproductiva es un factor interesante, ya que se tiene un grupo etario amplio de 19 a 40 años; sin embargo, se puede mencionar que las personas más jóvenes tienen posibilidades de recibir educación más actualizada o estar expuestas a medios informáticos, lo que no suele suceder con las mujeres mayores, sin embargo, a través de los años acumulan experiencia de vida y prácticas aprendidas (Estrela et al., 2023; Kwon & Kwon, 2025); por lo

que, tanto las mujeres con edades jóvenes y avanzadas tienen diferentes perspectivas asociadas a la educación en salud sexual y reproductiva, pudiendo señalar que se asocian a las oportunidades que han tenido a lo largo de su vida para tener contacto con dichos servicios.

Como ya se ha mencionado, el nivel educativo es uno de los predictores de educación en salud, sobre todo en salud sexual y reproductiva, puesto que, facilita habilidades cognitivas que permiten acceder y comprender la información World Health Organization (2024), en ese sentido, se sabe que la escolaridad superior se asocia a mayor posibilidad de comprensión, evaluación y uso de la información en salud recibida, lo que significa no solo conocer, sino apropiarse de ese saber y aplicarlo (Berete et al., 2024).

De esta forma, las usuarias de planificación familiar que cuenten con estudios más avanzados, por lo menos secundaria completa, o idealmente superior, tendrán mayor ventaja cognitiva para comprender los materiales clínicos, comprender las explicaciones y aplicar las recomendaciones, consejerías e indicaciones terapéuticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva. Esto a la vez sugiere que los materiales educativos utilizados por el personal de salud deben estar adaptados al nivel de escolaridad y comprensión de las usuarias.

En cambio, no se encuentra asociación con el ingreso mensual ($p > 0,05$) ya que esta variable tiene inferencia en muchos aspectos socioculturales y demográficos en las personas que no han sido considerados dentro de la investigación, tal es así, como la distribución de dicho ingreso entre el número de integrantes de la familia, según sus necesidades y prioridades, de esa forma, el ingreso mensual pierde capacidad explicativa sobre el acceso o las oportunidades que tuvo la usuaria de recibir educación en salud sexual y reproductiva.

Del mismo modo, los resultados demuestran que la religión tampoco se asocia significativamente con haber recibido educación en salud sexual y reproductiva, no necesariamente porque no tenga algún tipo de asociación, sino porque específicamente en la

muestra estudiada no existe mucha variabilidad, ya que la mayoría manifestó profesar religión católica (más del 70%). Por otro lado, también se puede señalar que en el actual contexto, la educación en salud sexual y reproductiva ya no es condicionada necesariamente por la pertenencia religiosa (Glazer et al., 2023), a pesar de conocer que algunas religiones limitan la toma de decisiones con libertad responsable de las usuarias, sin embargo, al ser la mayoría católicas, se prioriza la institucionalización de políticas públicas de salud y educación.

En la dimensión barreras socioculturales de la percepción de la cultura, todos los indicadores tuvieron asociación estadísticamente significativa con haber recibido educación en salud sexual y reproductiva ($p < 0,05$), como procedencia, dificultades económicas, apoyo familiar, apoyo comunitario.

En relación a la procedencia, la mayor parte de usuarias pertenecen a zonas urbanas (62%), denotando que la asociación estadística hace referencia a que pueden tener mayor acceso y probabilidad de haber recibido charlas educativas sobre sexualidad.

De esta forma, considerando la Teoría de la Interculturalidad mencionada por (Walsh, 2010) y Tubino (2005), se debe tener en cuenta que quienes provienen de zona rural deben ser abordadas con una estrategia educativa dirigida, ya que no solo va a representar dificultades en el acceso geográfico, sino en las brechas simbólicas que pueden representar la manera de comprender la sexualidad y el rol del cuerpo humano; así también lo señala Tenazoa, (2025), cuyo estudio realizado en comunidades alto andinas exponen que las mujeres rurales perciben la educación sexual como “información ajena o incómoda” y que los servicios de salud son vistos con distancia cultural.

Las dificultades económicas que manifiestan las usuarias también actúan como condicionante de la participación en educación en salud sexual y reproductiva, a pesar de que los servicios de salud sexual son gratuitos en los establecimientos de salud públicos, sin

embargo, no dejan de representar gastos indirectos como pasajes, tiempo laboral perdido (o descontado) o cuidado de los hijos, reduciendo el tiempo de asistencia o permanencia en las actividades educativas que pueda brindar el personal de salud.

En el contexto cajamarquino, donde la mayoría de las participantes reporta ingresos mensuales bajos, las dificultades económicas deben entenderse no solo como falta de recursos, sino como expresión de exclusión estructural que condiciona la autonomía de las mujeres para decidir sobre su salud sexual. De esta manera, la educación en SSR se convierte en un derecho diferido, disponible en teoría, pero no plenamente accesible en la práctica.

En cuanto al apoyo familiar ($p=0,007$) y comunitario ($p=0,004$) asociado a haber recibido educación en salud sexual y reproductiva, se puede observar el peso significativo del entorno en la construcción del aprendizaje incluso en estos temas de salud. Rivenes et al., (2024) mencionan en sus estudios que es importante que en el hogar se genere estrategias de preparación emocional, siendo necesario la interacción y participación continua de los padres para facilitar un ambiente cómodo y propicio para el aprendizaje; no obstante, también señalan que en su comunidad existen padres que optan por brindar mala información para evadir el tema.

No obstante, Bhatt et al., (2021) encuentra resultados un tanto diferentes en relación al apoyo familiar, puesto que, señalaron que algunos esposos de las mujeres de su estudio prohibían a las mujeres cuidarse por la creencia de que se vuelven promiscuas cuando ellos viajan. Por otro lado, Coast et al., (2019) mencionaron que en las familias existe pocas oportunidades de comunicación intergeneracional, es decir entre adultos y adolescentes, lo que se convierte en un riesgo para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Es así, que las mujeres que cuenten con apoyo familiar tienen mayor probabilidad de haber recibido información sobre su salud sexual y reproductiva, siendo la familia un espacio

mediador entre el aspecto sanitario y educativo. De igual forma a nivel comunitario, puesto que, se convierte en capital social que difunde conocimiento en salud, a través del apoyo de los grupos sociales, vecinas y demás integrantes de la comunidad que propagan diferente tipo de información. A nivel local, se observa aún una estructura comunitaria fuerte, el cual, debe ser interpretado como un factor protector, al convertirse en un entorno de aprendizaje, a través de cultura y tradiciones, así como de sus propias ideas.

No obstante, es importante analizar todo el contexto social, ya que, en ocasiones también puede convertirse en una barrera, sobre todo si las normas que la rigen refuerzan estigmas o juicios morales sobre sexualidad femenina o a lo largo de la niñez y adolescencia. Lo mismo aseguran Rivenes et al., (2024) quien encontró en su estudio algunos tabúes sociales que constituyen barreras importantes, ya que se trata de normas culturales profundamente arraigadas.

Por tanto, los resultados de esta investigación reafirman que la interculturalidad en salud sigue siendo una deuda pendiente: no basta con garantizar el acceso físico a los servicios, sino que es necesario adaptar los contenidos educativos al marco cultural, lingüístico y vivencial de las comunidades.

Tabla 8

Percepción de la cultura asociada a la sensación de eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Percepción de la cultura	Comprendió la información que le dieron sobre salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida	
	x ²	p
Dimensión sociodemográfica		
Edad	2,451	0,653
Nivel de instrucción	20,361	0,009*
Ingreso mensual	16,284	0,038*
Religión	1,18	0,553
Dimensión barreras socioculturales		
Procedencia	4,46	0,108
Dificultades económicas	11,36	0,003*
Apoyo familiar	2,04	0,360
Apoyo comunitario	11,56	0,003*
Percepción de la cultura	Fue adecuada a su edad o etapa de vida la información que le dieron sobre salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida	
	x ²	p
Dimensión sociodemográfica		
Edad	10,76	0,029*
Nivel de instrucción	23,26	0,003*
Ingreso mensual	12,22	0,142
Religión	0,89	0,641
Dimensión barreras socioculturales		
Procedencia	9,54	0,008*
Dificultades económicas	2,77	0,250
Apoyo familiar	7,03	0,030*
Apoyo comunitario	13,03	0,001*

Nota: * Existe asociación estadísticamente significativa según prueba chi cuadrado ($p < 0,05$)

Análisis y discusión

En la tabla se observa algunas dimensiones sociodemográficas de la cultura asociadas a la percepción de eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva, como el haber comprendido la información recibida a lo largo de su vida, siendo significativo el nivel de instrucción ($p=0,009$) y el ingreso mensual (0,038), según la prueba estadística chi cuadrado.

Esta asociación evidencia la relación significativa que representa en la población el nivel educativo y económico, sobre todo en aspectos de como interpretan, valoran y aplican la información que reciben del personal de salud o de su entorno, lo que implica es que la educación en salud sexual y reproductiva no es recibida por todas las usuarias de la misma manera, por lo que, se debe considerar en todo proceso educativo estos factores culturales.

Las mujeres con niveles de instrucción más altos mostraron una mejor percepción de haber comprendido la información recibida sobre SSR, lo que coincide con la literatura reciente sobre health literacy y educación sanitaria (World Health Organization, 2024). Según Berete et al. (2024), la educación formal desarrolla habilidades cognitivas necesarias para procesar, evaluar y aplicar la información de salud; estas habilidades no solo facilitan la memorización, sino también la traducción del conocimiento técnico a experiencias personales y decisiones informadas, lo cual define la eficacia percibida de una intervención educativa.

En el contexto de este estudio, la mayoría de las participantes poseen educación secundaria, y una minoría ha cursado estudios técnicos o superiores. Esto sugiere que la eficacia de la educación en SSR ha sido asimétrica, es decir, las usuarias con mayor nivel educativo se apropian más del mensaje, mientras que aquellas con menor formación pueden entenderlo parcialmente o requerir acompañamiento personalizado

Las participantes con ingresos más altos tienden a reportar una mejor comprensión de los mensajes educativos, lo que puede explicarse a través del acceso complementario que

poseen a información y medios, ya que, las mujeres con mayor capacidad económica pueden acceder a fuentes adicionales (internet, consultas privadas, material impreso), lo que refuerza y clarifica la información recibida en el sistema público. Así también, las condiciones de vida menos precarias, la estabilidad económica reduce el estrés y la carga de trabajo, permitiendo una mayor disposición para escuchar, preguntar y asimilar. Además, tienen mayor capital cultural y social, que amplifica la interpretación crítica y el intercambio informativo dentro de redes personales o comunitarias.

Estos mecanismos están ampliamente documentados en estudios recientes que vinculan alfabetización en salud, nivel socioeconómico y eficacia educativa WHO (2024). Por ejemplo, Andiwijaya et al., (2022) demostraron que la educación en salud logra mayor impacto cuando se combina con intervenciones que reducen barreras económicas y fortalecen la confianza en los servicios.

En el caso de Cajamarca, donde una gran proporción de usuarias tiene ingresos bajos, la eficacia percibida puede verse limitada por factores estructurales como el tiempo disponible, la conectividad digital o el costo del transporte. Así, el nivel económico no solo actúa como variable material, sino también como mediador cultural del acceso y la comprensión.

En cuanto a las barreras socioculturales, las dificultades económicas ($p=0,003$) y el apoyo comunitario ($p=0,003$) mostró asociación con la comprensión de la información que recibieron sobre salud sexual y reproductiva, demostrando su eficacia.

Estos datos son importantes porque evidencian que la calidad de la educación en salud no depende únicamente del proveedor, sino que se involucran otros factores externos, conocidos como determinantes estructurales que enmarcan cada experiencia educativa. Tal es así, que en el caso de aquellas mujeres que manifiestan tener dificultades económicas, enfrentan

barreras a cada momento, desde el acceso a los servicios de salud, así como para procesar, retener y aplicar la información.

Achen et al., (2021) mencionaron que dentro de estas barreras socioculturales están las costumbres, donde en algunas comunidades las familias casan a temprana edad a sus hijas con personas que tienen bastante ganado, ya que, es un símbolo de riqueza, incluso sin importar si ya tienen otras esposas o están con VIH, lo que provoca embarazos jóvenes y transmisión de ITS.

Dichas dificultades económicas también pueden conllevar a que las mujeres se excluyan de los grupos de apoyo bajo la sensación de que la “información no es para ellas” o que no tienen derecho a decidir por sí mismas”, en ese sentido, es necesario que la educación que brindan el profesional de salud considere aspectos de justicia social que facilite su atención.

En cuanto al apoyo comunitario, se resalta el valor de la comunidad en relación a la educación en salud sexual y reproductiva, puesto que, facilita la eficacia educativa, ya que, al percibir apoyo del entorno, puede generar comunicación e intercambio de ideas los que permitirá la consolidación de la información. Cuando el mensaje educativo se comparte, comenta o refuerza dentro de un grupo de confianza, la comprensión se multiplica: la comunidad actúa como espacio de traducción simbólica, adaptando los conceptos técnicos a experiencias cotidianas.

En contextos rurales, donde la comunicación oral y la experiencia compartida son formas predominantes de transmisión del saber, la comunidad se convierte en un agente pedagógico colectivo. El personal de salud que logra vincularse con estas redes —mediante agentes comunitarios, promotoras o asociaciones locales— potencia el alcance y la eficacia de la educación en SSR, no solo porque amplía la cobertura, sino porque culturaliza el mensaje, haciéndolo más cercano y comprensible.

Además, el apoyo comunitario refuerza la autoeficacia percibida de las mujeres, al sentirse acompañadas y validadas, confían más en la información, la comentan, la reproducen y la aplican. Este componente emocional y social es esencial en la educación en salud, pues la comprensión plena no es solo cognitiva, sino también relacional y afectiva; de esta manera se refleja la conjunción de dos grandes teorías, como la del aprendizaje sociocultural de Vygotsky (1980) , y de la interculturalidad (Walsh, 2010)

No obstante, es importante recalcar el hallazgo de Bhatt et al., (2021) en su estudio, donde menciona que parte del apoyo comunitario proviene de las escuelas, sin embargo, son los mismos docentes quienes pueden mostrar vergüenza al hablar de sexualidad con sus alumnos perdiendo esa oportunidad de enseñanza.

En relación a las dimensiones sociodemográficas de la cultura que se asocian a la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva respecto a si fue adecuada la información recibida a su edad o etapa de vida, se evidencia asociación estadística con la edad ($p=0,029$) y con el nivel de instrucción ($0,003$).

La edad también debe ser considerada al brindar educación en salud sexual y reproductiva, ya que, es importante que desde la infancia tengan acceso a información oportuna, si la información llega demasiado tarde, pierde su poder preventivo, por lo que va a marcar hitos en las mujeres a que estén más abiertas a la información según sus necesidades.

Desde un punto de vista cultural, esto también refleja las normas sociales sobre cuándo se considera “apropiado” hablar de sexualidad, especialmente en contextos tradicionales como Cajamarca, donde la conversación sobre el cuerpo y la reproducción todavía se regula por la edad, el género y el estado civil. El hecho de que la edad se asocie con la percepción de adecuación sugiere que muchas mujeres recibieron educación sexual desfasada respecto a su momento vital, o que las etapas de aprendizaje no se alinearon con sus necesidades reales.

De igual forma se relaciona con el nivel de instrucción, teniendo en cuenta el contexto de este estudio, las participantes con formación técnica o universitaria tienen más recursos para conectar la información recibida con su experiencia de vida y reconocer cuándo fue insuficiente o inoportuna. Por el contrario, aquellas con menor nivel educativo pueden haber recibido mensajes fragmentados o poco contextualizados, sin herramientas para discernir su pertinencia temporal.

Desde una perspectiva cultural, esto significa que el nivel de instrucción actúa como mediador de la conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos: mientras más educación se posee, mayor es la capacidad para exigir información acorde con la edad, el género y las necesidades personales.

La edad no debería ser una barrera, sino una guía: cada etapa vital merece un diálogo distinto sobre el cuerpo, el deseo y la salud; asimismo, el nivel educativo no solo marca el acceso a la información, sino el derecho a comprenderla y a decidir desde la autonomía. Cuando una mujer con baja instrucción siente que la información no fue adecuada a su edad, no está hablando solo de tiempo, sino de exclusión simbólica: el sistema no la vio, no le habló a su lenguaje, no consideró su historia.

Mientras que, en la dimensión barreras socioculturales se observa que la procedencia ($p=0,008$), el apoyo familiar ($p=0,030$) y comunitario ($p=0,001$) también se asocian con la adecuación a la etapa de vida en la que se encontraban cuando recibieron información sobre salud sexual y reproductiva.

La información obtenida señala cómo la procedencia se asocia con la percepción de adecuación temporal y cultural de la educación sexual que recibieron las usuarias en planificación familiar, donde se puede señalar que las mujeres de zonas urbanas suelen haber

recibido información en etapas más tempranas (adolescencia o juventud), mientras que las de zonas rurales manifiestan haberla recibido tardíamente o de forma fragmentada

Esto responde, en parte, a la persistencia de desigualdades territoriales en el acceso a la educación sexual y los servicios de salud (Cabanillas, 2020). En contextos rurales, la educación en SSR suele llegar mediada por programas de salud itinerantes o charlas esporádicas, que no siempre se adaptan al lenguaje, edad ni cosmovisión local.

A ello se suma una cultura del silencio frente a la sexualidad, reforzada por normas religiosas o de género, que condiciona cuándo y cómo se considera “apropiado” hablar de estos temas, sobre todo en zonas rurales. Por tanto, la procedencia no solo marca una diferencia geográfica, sino también simbólica: el territorio determina los tiempos culturales del aprendizaje sexual. Mientras las mujeres urbanas viven procesos de información más continuos y tempranos, las rurales acceden a la educación sexual de manera reactiva, generalmente después de experiencias reproductivas; este desfase pedagógico explica que muchas de ellas perciban la información como “útil, pero tardía”.

La significancia del apoyo familiar ($p = 0.030$) evidencia que la familia continúa siendo un mediador clave del aprendizaje y la comprensión en salud sexual y reproductiva; esto facilita a las mujeres para que sienten respaldo o apertura de sus familias, brindándoles mayores probabilidades de considerar que la información recibida fue adecuada a su edad o etapa de vida.

Esto sugiere que el clima comunicativo familiar determina la capacidad de asimilar la educación sexual formal: cuando el hogar legitima el diálogo sobre sexualidad, los contenidos externos (escuela, centro de salud) se integran con mayor facilidad a la experiencia personal. En cambio, en entornos familiares restrictivos o moralistas, la información puede llegar, pero no ser procesada ni aplicada, porque la vergüenza o el temor bloquean su interiorización.

El apoyo comunitario, que presenta la asociación más fuerte ($p = 0.001$), confirma el papel central del capital social en la apropiación y evaluación de la información sobre SSR; esto se explica porque la comunidad actúa como espacio de legitimación y resonancia: cuando la información circula en entornos de confianza, se vuelve más comprensible y relevante.

El aprendizaje se refuerza en la conversación cotidiana, en los talleres comunales, en las experiencias compartidas entre pares; la comunidad, por tanto, no solo reproduce mensajes, sino que traduce el conocimiento biomédico a códigos culturales locales, lo que incrementa la percepción de adecuación temporal y contextual. En contextos rurales andinos como Cajamarca, el apoyo comunitario cumple una función de mediador intercultural, capaz de adaptar los contenidos educativos a las narrativas de la vida cotidiana.

La procedencia rural o urbana, el respaldo familiar y la fuerza de la comunidad determinan cuándo y cómo se abre la posibilidad de aprender sobre el propio cuerpo; el reconocimiento de este papel comunitario debería orientar las estrategias educativas hacia modelos participativos y dialógicos, donde la comunidad no sea solo receptora, sino coproductora del conocimiento en salud sexual y reproductiva.

En este sentido, la familia y la comunidad no solo transmite valores, sino también habilidades de escucha, diálogo y reflexión, indispensables para que la educación sexual tenga sentido en cada individuo. Por lo tanto, la comprensión de la sexualidad y salud reproductiva no nace solo en aulas o consultas médicas, sino del entramado afectivo y social que sostiene a las mujeres en su vida diaria; es decir, una mujer puede tener acceso a la información, pero si su familia o comunidad la silencia o juzga, se pierde ese conocimiento por miedo o culpa; en cambio, cuando la comunidad conversa, acompaña y valida, la educación se convierte en experiencia compartida y transformación cultural positiva. Educar para la autonomía implica fortalecer las redes que traducen la información en conciencia, y ésta se convierta en poder de

decisión, por lo que, enseñar sobre salud sexual no es solo informar, es acompañar los procesos vitales de las personas en su diversidad cultural, educativa y emocional.

3.2. Triangulación de datos cuantitativos y cualitativos para el logro del objetivo general

La triangulación de datos evidencia una coherencia significativa entre los hallazgos estadísticos y los testimonios cualitativos. La edad, el nivel educativo y la procedencia geográfica emergen como factores estructurales que condicionan el acceso y la eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva, sin embargo, los discursos revelan que el peso simbólico de la cultura, las creencias religiosas, roles de género y tabúes familiares ejercen una influencia más profunda que las variables socioeconómicas aisladas. De este modo, mientras los análisis cuantitativos demuestran asociaciones entre educación y comprensión de la información en SSR, la evidencia cualitativa muestra que la percepción de la cultura influye en la disposición al aprendizaje de la mujer, pero si su entorno familiar o religioso la deslegitima, el proceso educativo pierde eficacia.

Los resultados coinciden con Dávila et al. (2025) quienes indicaron que las normas culturales y de género en América Latina modulan la toma de decisiones en relación a su salud sexual y reproductiva, limitando la autonomía de las mujeres. Así también, McGuire et al. (2024) menciona que las mujeres de comunidades rurales están condicionadas a un aprendizaje que dependerá de la mediación cultural y el apoyo comunitario, incluso más que del contenido y disponibilidad de recursos. De igual forma, Cookson et al. (2023) señalaron que los marcos culturales patriarcales siguen limitando la autonomía femenina y el diálogo familiar sobre sexualidad, perdiendo estos espacios donde se puede generar y orientar conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

En relación a ello, Arias (2022) señala que existe una brecha entre los profesionales de salud y los indígenas, que marca una historia conflictiva con relaciones instituidas en base a la atención, pero también, al poder y el discurso biomédico, menospreciando lo tradicional o considerándolo una barrera. En consecuencia, la educación sexual efectiva requiere no solo de

estrategias didácticas, sino de una intervención socioeducativa integral que aborde las dimensiones culturales, emocionales y relacionales.

Este hallazgo refuerza la propuesta de fortalecer la formación del profesional obstetra haciendo uso del constructivismo socio-cultural de Vygotsky (Regaer, 2015) con enfoque intercultural, comunicativo y ético, capaz de generar procesos educativos participativos y respetuosos de la diversidad cultural de Cajamarca y del país. Así también, la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados de Madeleine Leininger señala la necesidad de incluir factores como la religión, la economía, el nivel de instrucción, la estructura familiar, las costumbres, entre otros, en la educación en salud sexual y reproductiva, con la finalidad de adaptar la información a las características socioculturales de las pacientes (Mairal et al., 2021).

En síntesis, los resultados resaltan la necesidad de mejorar la educación en salud sexual y reproductiva hacia la población, no solo en relación a la cobertura informativa, sino en relación al enfoque intercultural, humanitario y de empoderamiento, con la finalidad de reconocer a la mujer como agente y no solo como receptora de conocimientos. En las usuarias de planificación familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca se observa la combinación de factores como la edad, el nivel educativo, el tipo de religión, la validación familiar y comunitaria, entre otras que se asocian con la accesibilidad, apropiación y pertinencia del conocimiento, para que el saber técnico se traduzca a códigos culturalmente comprensibles y respetuosos.

Para ello, es importante priorizar la incorporación en la formación del profesional de obstetricia competencias comunicativas, interculturales y de facilitación comunitaria, no solo contenidos biomédicos, con la finalidad de negociar saberes, validar la toma de decisiones autónoma y plantear metodologías educativas adaptables a la comunidad; pero también es importante resaltar el diseño de éstas intervenciones para que se configuren bajo los principios

de equidad, respeto, con mecanismos de retroalimentación para ajustar el contenido al contexto sociocultural, lenguaje claro y canales apropiados; para que la educación en SSR se transforme de un acto informativo a una práctica emancipadora que promueva el empoderamiento y reduzca las brechas estructurales en beneficio de su salud y calidad de vida.

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE MEJORA

4.1. Diagnóstico del currículo general de la carrera de Obstetricia y otras carreras de la salud

4.1.1. Deconstrucción pedagógica

Identificación del problema y diagnóstico

La deconstrucción pedagógica es un proceso de reflexión crítica sobre algunos conocimientos y prácticas educativas, cuestiona los sistemas tradicionales y los transforma en búsqueda de promover una educación más flexible y relevante (Rondón et al., 2009).

Rondón et al., (2009) señala que el primer paso para la deconstrucción pedagógica es cuestionar la tradición en la enseñanza con la finalidad de identificar y diagnosticar el problema, analizando las posibles formas de mejora que se adapten a las nuevas realidades sociales y educativas.

En ese sentido, es necesario identificar y reconocer el problema que representa para los profesionales de salud y educación el poder brindar educación en salud sexual y reproductiva a la población en general, sobre todo teniendo en cuenta un enfoque intercultural.

Aplicando el modelo de deconstrucción, se puede diagnosticar que la formación universitaria del profesional de Obstetricia, y de las carreras de salud en general, aún mantienen una visión predominantemente biologista, tecnocrática y universalizante (Quiroga & Noceti, 2021), lo cual, limita su capacidad para comprender, dialogar y actuar en diferentes contextos socioculturales, generando una brecha académica entre el currículo y las realidades socioculturales de la población.

Es por ello, que surge la necesidad de hacer un análisis crítico del currículo actual del egresado de obstetricia, con la finalidad de buscar oportunidades de mejora en relación a la

educación intercultural hacia la comunidad, una de las competencias que se debe fortalecer en los profesionales, teniendo los siguientes aspectos:

- Al analizar el enfoque educativo, se reconoce que predomina el enfoque biomédico y normativo, debiendo implementarse un enfoque dialógico, crítico y sociocultural.
- En el currículo oficial, se evidencia baja presencia de contenidos interculturales o formaciones que aborden las creencias, prácticas y valores culturales de la población, por el contrario, priorizan actividades administrativas que también son parte de la atención comunitaria, pero no promueven una atención bio-psico-socio-cultural integral.
- En cuanto al perfil del egresado, se menciona competencias en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero no se enfatiza en el desarrollo de habilidades interculturales ni de escucha activa.
- En la relación teoría – práctica, las prácticas clínicas priorizan la aplicación técnica de normas, pero no fomentan la reflexión sobre el contexto socio-cultural de las pacientes.
- Respecto a la formación docente, muchos tutores no han sido sensibilizados ni capacitados en pedagogía crítica o intercultural, trabajando únicamente con estrategias didácticas obsoletas.
- Finalmente, no se considera la percepción, ni las demandas, miedos o costumbres de las usuarias, ni de los actores sociales o instituciones que tienen estrecha relación con la problemática de la población.

4.1.2. Reconstrucción de la práctica pedagógica

Propuesta de acción

En cuanto a la reconstrucción de la práctica pedagógica, se plantean las siguientes propuestas de acción:

- Promover un cambio de paradigma, que vaya desde el enfoque técnico – biólogo a uno crítico, dialógico e intercultural.
- Es necesario incluir la voz de la comunidad, integrando la percepción bio-psico-socio-cultural de las usuarias en el diseño curricular y prácticas formativas.
- El currículo debe ser flexible y contextualizado, que abarque las realidades socio-culturales en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, creencias y prácticas locales sobre sexualidad, menstruación, parto y puerperio y diversos métodos de planificación familiar.
- También es necesario promover desde las instituciones universitarias, la formación docente intercultural, a través de capacitaciones y sensibilizaciones continuas en pedagogía crítica, diálogo de saberes y comunicación culturalmente sensible.
- También es necesario que se promuevan prácticas inmersivas y etnográfica, a través de pasantías o prácticas comunitarias en contextos rurales e indígenas, evitando abarcarlas con trámites administrativos; situaciones que también dificultan la atención intercultural durante el desarrollo de las funciones del profesional de obstetricia.

Puesta en marcha de la acción

La puesta en marcha de las propuestas de acción implica una transformación gradual y articulada del currículo de Obstetricia, el cual, debe iniciar con una revisión crítica de los planes de estudio a través de espacios participativos con docentes, estudiantes y representantes de las comunidades usuarias.

Teniendo en cuenta el diálogo consensuado de los actores involucrados, se propondrá la inclusión de contenidos sobre salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural; así como, la adopción de metodologías activas, dialógicas y basadas en la experiencia, que promueva el respeto de los saberes de las diversas culturas y comunidades. No obstante, esto

también debe ser socializado con las autoridades sanitarias para una correcta implementación en el ejercicio de funciones, y que no quede como simples prácticas preprofesionales que no se vuelven a aplicar.

Los docentes también deben ser parte de esta reconstrucción pedagógica, a través de la promoción y participación de capacitaciones de sensibilización que permitan complementar su enfoque de enseñanza y atención en salud sexual y reproductiva, de forma intercultural y modernizada, disponible para cada contexto.

Así también, todas las acciones deben ser acompañadas por un sistema de evaluación continua que recoja la percepción de todos los involucrados, asegurando una retroalimentación para consolidar una propuesta curricular justa, contextualizada y transformadora.

4.1.3. Evaluación de la práctica pedagógica

Reflexión o evaluación del proceso

La evaluación del proceso es una acción reflexiva, continua y transformadora, la cual, debe desarrollarse de manera participativa entre todos los involucrados o actores sociales, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la planificación curricular, pertinencia de contenidos, relación docente – alumno y la capacidad del currículo para lidiar con la realidad socio-cultural.

4.2. Propuesta curricular: “Módulo formativo en Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva para la Formación del Profesional Obstetra”

Teniendo en cuenta el cuarto objetivo, sobre plantear una propuesta curricular sobre la educación en salud sexual y reproductiva para fortalecer el perfil de egresado del profesional obstetra, se presenta la siguiente propuesta con la finalidad de promover la inclusión del desarrollo de competencias, destrezas y habilidades en las actividades educativas que los profesionales de salud brindan a la población.

1. Fundamentación

Los resultados del estudio evidencian que las barreras socioculturales, el nivel educativo y el apoyo comunitario se relaciona significativamente en la percepción y eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva (SSR). A través de los resultados estadísticos y el análisis de los discursos de las usuarias se identificó que valoran la empatía, el lenguaje claro y el respeto cultural del personal de salud, así como la necesidad de recibir información continua y contextualizada.

Frente a ello, se plantea fortalecer la formación del profesional obstetra mediante un módulo que integre la competencia intercultural, comunicativa y ética, para responder a las demandas socioculturales del contexto cajamarquino y nacional.

2. Objetivo general

- Fortalecer el perfil del egresado del programa de Obstetricia mediante la incorporación de competencias interculturales y pedagógicas que mejoren la eficacia educativa y comunicativa en salud sexual y reproductiva, respetando las creencias, valores y prácticas culturales de las comunidades usuarias.

3. Objetivos específicos

- Integrar el enfoque intercultural en la enseñanza de la educación sexual y reproductiva.
- Desarrollar en los estudiantes habilidades comunicativas empáticas y culturalmente pertinentes.
- Fomentar el pensamiento crítico, la reflexión ética y la sensibilidad social en la atención obstétrica.
- Promover el diseño y ejecución de estrategias educativas participativas adaptadas a contextos culturales diversos.

4. Responsables

- **Responsable general:**

Dirección de Escuela Profesional de Obstetricia – Universidad Nacional de Cajamarca.

- **Responsables específicos:**

Directora de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia

Coordinador Académico del Área de Salud Pública.

Docentes de las asignaturas de Educación en Salud Sexual y Reproductiva.

Unidad de Responsabilidad Social Universitaria (RSU).

Comité de Ética y Calidad Educativa.

5. Generalidades del plan curricular

Universidad: Universidad Nacional de Cajamarca

Facultad: Ciencias de la Salud

Escuela Profesional: Obstetricia

Denominación del módulo: “Módulo Formativo en Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva para la Formación del Profesional Obstetra”

Duración: Un semestre académico (16 semanas)

Carácter: Obligatorio / Formativo profesional

Ubicación curricular: V ciclo (área de formación profesional específica)

Créditos: 3

Horas semanales: 2 teóricas – 3 prácticas

Competencia general del módulo

Desarrolla acciones educativas y de atención integral en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva intercultural, ética, humanizada y social, promoviendo la autonomía, equidad de género y respeto a las creencias y valores de las comunidades.

Competencias específicas del módulo

- Reconoce la diversidad cultural y sus implicancias en la salud sexual y reproductiva.
- Aplica estrategias educativas participativas y culturalmente pertinentes en SSR.
- Comunica información sobre salud sexual y reproductiva con empatía, ética y respeto cultural.
- Evalúa las necesidades educativas de las usuarias y adapta sus intervenciones a los contextos socioculturales.

Capacidades / Resultados de aprendizaje

Competencia específica	Capacidades / Resultados de aprendizaje
1. Reconoce la diversidad cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Analiza los factores culturales que se asocian con las decisiones reproductivas. - Identifica creencias y prácticas tradicionales relacionadas con la salud sexual.
2. Aplica estrategias educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Diseña sesiones educativas participativas adaptadas al contexto cultural. - Emplea materiales visuales y lenguaje inclusivo.
3. Comunica con empatía y ética	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza habilidades comunicativas para orientar a usuarias en SSR. - Demuestra respeto y confidencialidad en la interacción educativa.
4. Evalúa necesidades educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza diagnósticos participativos. - Propone mejoras en programas de educación sexual según resultados obtenidos.

Contenidos

Unidad I: Cultura y salud sexual y reproductiva (SSR)

- Concepción intercultural de la salud.
- Creencias, mitos y tabúes sobre SSR.

- Influencia de la religión y la familia.
- Determinantes sociales y culturales de la salud sexual.

Unidad II: Comunicación y educación intercultural

- Comunicación efectiva en contextos diversos.
- Escucha activa y empatía en la orientación de jóvenes y adultos (pedagogía y andragogía).
- Diseño de estrategias educativas inclusivas con metodología especial para adultos (andragogía).
- Técnicas participativas y diálogo cultural.

Unidad III: Intervención educativa en SSR con enfoque intercultural

- Planificación y ejecución de sesiones educativas.
- Uso de materiales contextualizados (lenguaje, imágenes, símbolos).
- Educación sexual basada en derechos humanos y género.
- Evaluación participativa de aprendizajes y percepciones.

Estrategias metodológicas

- Aprendizaje basado en problemas (ABP).
- Metodología investigación - acción
- Estudio de casos reales y análisis cultural.
- Simulaciones clínicas y dramatizaciones.
- Talleres vivenciales con usuarias y líderes comunitarios.
- Reflexión crítica y autoevaluación ética.

Evaluación

Criterios:

- Participación activa y reflexiva.

- Diseño de material educativo culturalmente adaptado.
- Ejecución de talleres o micro clases.
- Ensayo reflexivo sobre el rol del obstetra en contextos interculturales.

Instrumentos:

- Lista de cotejo.
- Rúbricas de desempeño.
- Diario reflexivo.
- Evaluación de pares y autoevaluación.
- Aprendizaje basado en problemas (ABP).

Recursos didácticos

- Guías de aprendizaje y fichas de trabajo.
- Material audiovisual (videos, infografías, podcast).
- Casos clínicos simulados.
- Recursos TIC (plataformas educativas, foros virtuales).
- Material elaborado por los propios estudiantes adaptado a contextos locales.

6. Resultados esperados

Teniendo en cuenta lo señalado por Leininger (McFarland & Wehbe, 2015) en la Teoría de la Diversidad Cultural y Universalidad, la educación en salud sexual y reproductiva debe ser adaptada a las creencias, valores y prácticas culturales de las personas, la cual, es multifacética, pero así también, existen similitudes universales; es por ello, que los resultados que se espera del *“Módulo Formativo en Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva para la Formación del Profesional Obstetra”* es generar aceptación y mejora en el proceso de educación en salud sexual y reproductiva a la población cajamarquina, así como, a los futuros profesionales de obstetricia, esperando que ellos cuenten con las siguientes características:

- Estudiantes con pensamiento crítico y sensibilidad cultural.

- Capacidad para desarrollar intervenciones educativas efectivas en SSR.
- Contribución a la equidad y respeto cultural en los servicios obstétricos.
- Generación de proyectos de extensión y educación comunitaria con enfoque intercultural.
- Inclusión formal del módulo “Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva” en el plan curricular.
- Mejora del nivel de competencias comunicativas e interculturales en los estudiantes de Obstetricia.
- Mayor satisfacción de las usuarias respecto a la orientación recibida en salud sexual y reproductiva.
- Creación de materiales educativos contextualizados y socioculturalmente adaptados.
- Implementación de prácticas preprofesionales con enfoque de respeto cultural y equidad de género.

7. Matriz de acciones estratégicas

Objetivo específico	Acción estratégica	Indicadores de logro	Responsable	Recursos
Integrar el enfoque intercultural en el currículo	Revisión curricular e incorporación del módulo formativo	Módulo validado e incluido en el plan de estudios	Comité curricular, Dirección académica	Asesoría pedagógica, recursos bibliográficos
Desarrollar competencias comunicativas culturalmente pertinentes	Talleres de comunicación empática e intercultural	% de estudiantes que demuestran competencia en simulaciones clínicas	Docentes, facilitadores externos	Material audiovisual, guías de práctica
Fomentar la reflexión ética y social	Seminarios y foros de bioética y cultura	Nº de eventos realizados/participación estudiantil	Coordinador de RSU, Comité de Ética	Salones, ponentes invitados
Promover estrategias educativas adaptadas al contexto	Diseño de guías educativas y materiales en lenguaje local	Material validado por comunidad y docentes	Estudiantes, docentes asesores	Software, imprenta universitaria

Dicha matriz se basa en las propuestas de mejora mencionadas en los discursos de las usuarias y en lo señalado por Walsh (2010) quien propone la necesidad de implementar la educación en salud sexual y reproductiva haciendo uso de la teoría de la interculturalidad, a través de una interacción crítica, respeto mutuo, isologo horizontal y transformador.

8. Evaluación del plan

Criterios:

- Nivel de satisfacción de estudiantes y usuarias ($\geq 80\%$).
- Cumplimiento de resultados de aprendizaje.
- Retroalimentación positiva de supervisores clínicos.
- Producción de materiales educativos culturalmente pertinentes.

Instrumentos:

- Encuestas de satisfacción.
- Fichas de observación de desempeño.
- Evaluación docente-estudiante.
- Informes cualitativos de campo.

9. Sostenibilidad

El “*Módulo formativo en Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva para la Formación del Profesional Obstetra*” se integrará permanentemente al currículo, con actualización bienal según avances científicos y cambios socioculturales. Se promoverá la alianza entre universidad, establecimientos de salud, DIRESA, MINSA y comunidades locales para fortalecer la pertinencia social de la formación obstétrica.

9. Conclusión

El “*Módulo formativo en Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva para la Formación del Profesional Obstetra*” es una propuesta que busca transformar la formación

obstétrica hacia un enfoque más humano, inclusivo e intercultural, que permita brindar educación en salud sexual y reproductiva basada en la comprensión del contexto cultural y en la promoción de la autonomía femenina. El desarrollo de competencias comunicativas, éticas y sociales garantizará una atención de mayor calidad, equidad y pertinencia cultural por parte de los futuros profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas predominantes en las usuarias son edad entre 19 a 30 años, con nivel educativo secundario, ingresos mensuales menor a S/1000 y religión católica, las cuales, se relacionan directamente con el proceso de educación en salud sexual y reproductiva.
- La percepción de la cultura de las usuarias se ve influenciada, teniendo en cuenta el componente cuantitativo, por la presencia de barreras socioculturales vinculadas principalmente a la procedencia y las dificultades económicas, a pesar que la mayoría refiere contar con apoyo familiar y comunitario; mientras que en el componente cualitativo, se configura como un eje transversal que condiciona tanto las barreras como las oportunidades de aprendizaje, ya que, en algunos casos genera resistencia a través de creencias tradicionales y tabúes, mientras que, en otras ocasiones el enfoque de género ha potenciado la autonomía y apropiación del conocimiento, facilitando o restringiendo los procesos educativos.
- El contexto de la educación en salud sexual y reproductiva se caracteriza por un nivel de conocimientos medio en las usuarias, siendo el personal de salud la principal fuente de información; sin embargo, no es fácil acceder a dichos programas, así como, la interacción comunicativa, puesto que, las usuarias solo en ocasiones sienten libertad para preguntar o expresar sus dudas. Así también, en cuanto a la percepción de eficacia de la educación en salud sexual y reproductiva, la mayoría de usuarias señalaron que a veces comprenden la información brindada, percibida en ocasiones como insuficiente, difícil de utilizar o aplicar, siendo a veces pertinente para su etapa de vida y confiando en la información que le brindan.

- Considerando que diversas dimensiones de la percepción de la cultura, tanto cuantitativas como cualitativas, se relacionan significativamente con la educación en salud sexual y reproductiva, se elaboró la propuesta curricular denominada “Módulo formativo en Educación Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva para la Formación del Profesional Obstetra” orientada a fortalecer el perfil del egresado del profesional obstetra mediante el desarrollo de competencias con pertinencia cultural en los servicios de salud sexual y reproductiva.

RECOMEDACIONES Y/O SUGERENCIAS

En base a los resultados encontrados, se brinda las siguientes recomendaciones:

A las universidades y escuelas de formación en obstetricia

- Incorporar en el currículo módulos sobre educación intercultural en salud sexual y reproductiva (SSR) que fortalezcan las competencias pedagógicas, comunicativas y éticas del futuro profesional obstetra, con énfasis en estrategias didácticas para contextos rurales y de bajo nivel educativo.
- Promover en la formación superior prácticas comunitarias para el desarrollo de habilidades para el abordaje culturalmente sensible, el trabajo con comunidades diversas y la educación basada en derechos sexuales y reproductivos.
- Fomentar espacios de investigación aplicada y extensión universitaria que vinculen a los estudiantes con la realidad sociocultural de las comunidades, trabajando con mujeres con diversas socio condiciones, fortaleciendo la práctica educativa y el aprendizaje significativo.

Al personal y profesionales de salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca

- Implementar estrategias educativas diferenciadas según edad, nivel educativo, procedencia y contexto cultural de las usuarias, empleando lenguaje claro y recursos visuales accesibles.
- Favorecer un trato empático y respetuoso, basado en la confianza y la escucha activa, que facilite el diálogo sobre sexualidad y derechos reproductivos.
- Fortalecer la capacitación continua del personal en comunicación efectiva y enfoque intercultural, priorizando la simplificación del lenguaje técnico y el uso de materiales visuales y ejemplos cotidianos.

A la Dirección Regional de Salud de Cajamarca (DIRESA) y autoridades sanitarias

- Diseñar e implementar políticas y programas de educación sexual intercultural, sostenibles y adaptados a la diversidad territorial y sociocultural de Cajamarca.
- Garantizar la capacitación continua del personal de salud en temas de comunicación efectiva, enfoque de derechos, igualdad de género e interculturalidad.
- Fomentar alianzas con instituciones educativas, gobiernos locales y organizaciones sociales para fortalecer redes comunitarias que acompañen los procesos educativos en SSR.
- Dotar a los centros de salud de material educativo contextualizado, traducido a variantes lingüísticas locales (por ejemplo, quechua cajamarquino) y adaptado al nivel de comprensión de la población.
- Financiar campañas itinerantes de promoción y consejería en SSR en comunidades rurales, articuladas con promotoras y agentes comunales de salud.

A las usuarias y comunidad en general

- Incentivar la participación activa de las familias y comunidades en las actividades educativas sobre salud sexual, planificación familiar y derechos reproductivos, promoviendo espacios seguros y libres de prejuicios.
- Impulsar la formación de promotoras comunitarias que actúen como mediadoras culturales entre los servicios de salud y las mujeres, especialmente en zonas rurales.
- Incentivar la creación de redes de apoyo femenino donde las mujeres compartan experiencias, información y estrategias de autocuidado reproductivo.

A futuros investigadores

- Profundizar en estudios cualitativos y longitudinales que analicen la evolución de las percepciones culturales sobre salud sexual y reproductiva en diferentes contextos.

- Evaluar el impacto de programas educativos interculturales en la mejora del conocimiento y la autonomía de las mujeres.
- Explorar la integración de metodologías participativas y digitales en la educación sexual para aumentar el alcance y la accesibilidad de la información.
- Evaluar el impacto de la participación familiar y comunitaria en la mejora del conocimiento y la confianza hacia los servicios de salud.

REFERENCIAS

- Achen, S. Atekyereza, P. & Rwabukwali, C. (2021). The role of culture in influencing sexual and reproductive health of pastoral adolescent girls in Karamoja sub-region in Uganda. *Pastoralism*, 11(25). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13570-020-00188-9>
- Agama, A. & Crespo, S. (2016). Modelo constructivista y tradicional: influencia sobre el aprendizaje, estructuración del conocimiento y motivación en alumnos de enfermería. *Index de Enfermería*, 25(1-2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100025
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID. (2018). *Todo lo que ud desea saber acerca del momento oportuno y espaciamiento saludable del embarazo*.
- Alarcón, A. Alarcón, M. Alarcón, et al. (2025). Evaluación por competencias: un cambio de paradigma en la educación. *Revista Científica de Innovación Educativa y Sociedad Actual - ALCON*, 5(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.62305/alcon.v5i2.501>
- Albritton, M. Arnold, G. & Pisano, G. (2023). Percepción cultural: Definición, influencias y ejemplos. *Study*. <https://study.com/academy/lesson/cultural-perception-definition-examples.html>
- Alcántara, M. (2023). Mitos asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en multigestas en un puesto de salud peruano, 2023. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 8(3), 01-6. <https://doi.org/10.47784/RISMF.2023.8.3.285>
- Alonso, D. (2021). Percepción. En *Repositorio Universidad Autónoma de Hidalgo* (p. 32). [https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/19771/percepcion.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:\\$~\\$:text=La](https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/19771/percepcion.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:$~$:text=La)
- Alonso, J. Cejas, C. Berrueta, M. et al. (2024). Barriers to advancing the sexual and reproductive health agenda in Latin America: a qualitative study of key informants'

- perspectives. *Reproductive Health* 2024 21:1, 21(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/S12978-024-01927-6>
- Álvarez, A. & Aveiga, V. (2023). Abordaje de la educación sexual integral en los Departamentos de Consejería Estudiantil del Distrito de Educación Chone-Flavio Alfaro. *Revista Andina de Educación*, 6(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.32719/26312816.2022.6.2.4>
- Amnistía Internacional. (2015). *Cultura y normas culturales*.
<https://www.midecision.org/modulo/cultura-normas-culturales/>
- Amuchástegui, A. & Rodríguez, Y. (2020). La sexualidad: ¿invención histórica? *IC mujeres*.
https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/S_01_05_La-Sexualidad.pdf
- Andiwijaya, F. Kadriyan, H. & Syamsun, A. (2022). Education Level as a Predictor for Health Literacy Levels in a Rural Community Health Centre. *Proceedings of the 2nd Global Health and Innovation in conjunction with 6th ORL Head and Neck Oncology Conference (ORLHN 2021)*, 46, 273-277. <https://doi.org/10.2991/AHSR.K.220206.051>
- Apodaca, G. Calvario, J. & Gómez, G. (2023). Barreras estructurales para el acceso a una educación sexual integral desde el cuidado de la salud de jornaleras agrícolas Yoreme-Mayo. *Yachay - Revista Científico Cultural*, 12(1), 31-40.
<https://doi.org/10.36881/YACHAY.V12I1.671>
- Arias, S. (2022). Análisis en clave decolonial de la interculturalidad en el modelo integral de atención en salud en Guainía, Colombia. *Cultura de los Cuidados*, 26(62).
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.12>
- Arrago, M. & Egües, S. (2021). *Enfoque socio cultural y cognitivo de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de una comunidad cristiana de la corporación alianza*

cristiana y misionera, en el Distrito de Comas, Lima 2021 [Universidad Privada del Norte]. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUPN_d0f4340c0e8aa8a9612efd7e6e3bf8bc

Arrogante, O. (2022). Técnicas de muestreo y cálculo del tamaño muestral: Cómo y cuántos participantes debo seleccionar para mi investigación. *Enfermería Intensiva*, 33(1). <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>

Barriuso, S. Heras, D. & Fernández, M. (2022). Analysis of Sex-Education Programs for Teenagers in Spain and Other Countries. *Revista Electronica Educare*, 26(2). <https://doi.org/10.15359/REE.26-2.18>

Berete, F. Gisle, L. Demarest, S. et al. (2024). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health related outcomes in the Belgian adult population? *BMC Public Health*, 24(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/S12889-024-18676-7/TABLES/7>

Bernaola, J. (2021). *Educación para la salud y su relación con el empoderamiento individual de los pobladores para la prevención y control del dengue, Jaén-Perú* [Universidad Nacional de Cajamarca]. <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4296/Tesis>

Bezuidenhout, L. (2025). Critically Unpacking the Concept of Equity for Open Science. *Social Epistemology*. <https://doi.org/10.1080/02691728.2025.2475460;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER>

Bhatt, N. Bhatt, B. Neupane, B. Karki, A. Batha, T. Tahpa, J. Bahaur, L. & Sunar, S. (2021). Perceptions of family planning services and its key barriers among adolescents and young people in Eastern Nepal: A qualitative study. *PLoS One*, 16(5), e0252184. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8153486/>

- Broadbent, D. (2023). Modelo de filtro rígido de Broadbent: explicación. *Mentes abiertas psicología S.L.* <https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/modelo-de-filtro-rigido-de-broadbent-explicacion>
- Cabanillas, G. (2020). *Determinantes sociales relacionados con el embarazo en adolescentes, Centro Poblado Chiriaco, Distrito Imaza, Bagua - Amazonas, 2019* [Universidad Nacional de Cajamarca]. [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4492/Tesis Georgina Cabanillas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4492/Tesis_Georgina_Cabanillas.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cabrera, A. Ramos, S. Palú, M. et al. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Calvo, P. (2022). Una ética de la investigación en el marco de las éticas aplicadas. *Veritas*, 52. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732022000200029>
- Carbonell, R. Romeu, T. Guitert, M. & Baztán, P. (2023). La transformación digital en la educación superior: el caso de la UOC. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 26(1). <https://www.redalyc.org/journal/3314/331473090009/331473090009.pdf>
- Casares, J. (1959). Diccionario ideológico de la lengua española. En *Gustavo Gili*.
- Castro, Ó. Salas, Í. Acosta, F. et al. (2016). Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. En *Pediatría* (Vol. 49, Número 1). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/J.RCPE.2016.02.002>
- Ccoillo, M. (2021). Nuestra salud sexual no existe: el reclamo de las mujeres indígenas. *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/nuestra-salud-sexual-no-existe-el-reclamo-de-las-mujeres-indigenas/>
- Cipta, D. Andoko, D. Theja, A. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: a focus

- on health behavior modification in low and middle-income nations—insights from Indonesia. *Front. Med.*, 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353037>
- Coast, E. Jones, N. Francoise, U. et al. (2019). Adolescent Sexual and Reproductive Health in Ethiopia and Rwanda: A Qualitative Exploration of the Role of Social Norms. *SAGE Open*, 1-16. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244019833587>
- Comisión Internacional sobre los Futuros de la educación. (2021). Reimagining our futures together: a new social contract for education. *UNESCO: Biblioteca Digital*. <https://doi.org/10.54675/ASRB4722>
- Cookson, T. Fuentes, L. Kuss, M. & Bitterly, J. (2023). Social Norms, Gender and Development: A review of research and practice. *UN-Women*, 42. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-10/discussion-paper-social-norms-gender-and-development-a-review-of-research-and-practice-en.pdf>
- Creswell, J. & Creswell, D. (2018). *Research design* (5.^a ed.). Los Angeles: SAGE. https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf
- Cusme, L. (2023). Análisis de la Educación tradicional en el siglo XXI. *Tecnopedagogía e innovación*, 2(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.62465/rti.v2n1.2023.33>
- D’Ussel, M. Sacco, E. Moreau, N. et al. (2024). Assessment of decision-making autonomy in chronic pain patients: a pilot study. *BMC Medical Ethics*, 25(1), 97. <https://doi.org/10.1186/S12910-024-01096-Y>
- Dávila, F. Cala, F. & Gómez, L. (2025). Determinants of Access to Sexual and Reproductive Health for Adolescent Girls in Vulnerable Situations in Latin America. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2025, Vol. 22, Page 248, 22(2), 248. <https://doi.org/10.3390/IJERPH22020248>

- De la Guardia, M. & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081
- DeCS/MeSH. (2022). *Factores sociodemográficos*.
[https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890#:\\$~\\$:text=Indicadores](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890#:$~$:text=Indicadores)
- Denzin, N. Lincoln, Y. Giardina, M. & Cannella, G. (2023). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (6.ª ed.). SAGE Publications, Inc. https://www.amazon.com/SAGE-Handbook-Qualitative-Research-dp-1071836749/dp/1071836749/ref=dp_ob_image_bk
- Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2018). Derechos sexuales y reproductivos. En *México*. [https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/#:\\$~\\$:text=Los](https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/#:$~$:text=Los)
- Echenique, I. Chanduvi, W. Ramos, W. et al. (2024). Sociodemographic factors associated with knowledge and adequate attitudes about HIV in women of reproductive age from Peru. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 376.
https://doi.org/10.4103/JEHP.JEHP_2001_23
- Escudero, C. & Cortez, L. (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación cualitativa* (1.ª ed.). UTMACH.
- Estrela, M. Semedo, G. Roque, F. et al. (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics*, 177, 105124. <https://doi.org/10.1016/J.IJMEDINF.2023.105124>
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development - NIH. (2020). *¿Qué son los cuidados prenatales y por qué son importantes?*
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/prenatales>

- Felipa, J. (2023). *Percepciones culturales sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de I ciclo de la facultad de ciencias económicas de una Universidad de Cajamarca –Perú, 2021*. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Fernández, G. Villate, S. & Perto, D. (2017). Educación basada en competencias para estudiantes de medicina sobre la prevención y detección temprana del cáncer. *Educación médica*, 18(4), 270-275. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-educacion-basada-competencias-estudiantes-medicina-S1575181316301619>
- Figuroa, E. (2022). La universidad y su rol en el fomento a la cultura y sus diversas expresiones. *Polo del conocimiento*, 7(8), 3214-3230. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9042867.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. (2021). *Educación en salud*. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/educa/unicef-educa-salud-educacion-habitos-saludables-actividades-recursos.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. (2024). Educar para la salud. *UNICEF*. <https://www.unicef.es/educa/salud>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. (2023). *Guía para implementar la estrategia de educación sexual integral fuera de la escuela en contextos no formales*. https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guiaeducacionsexualintegral-unfpa-promsex-f_1.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. (2025). *Educación sexual e integral*. <https://www.unfpa.org/es/educación-sexual-integral>
- García, J. Reding, A. & López, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 217-224. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)

- Ge, L. Zhang, Y. Waller, L. & Lyles, R. (2023). Enhanced Inference for Finite Population Sampling-Based Prevalence Estimation with Misclassification Errors. *The American statistician*, 78(2), 192. <https://doi.org/10.1080/00031305.2023.2250401>
- Gianella, C. Cortez, L. Beran, D. & Pesantes, M. (2024). Ensuring sexual and reproductive healthcare services amidst a pandemic: Experiences from health workers in Lima, Peru. *PLOS Global Public Health*, 4(6), e0003187. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PGPH.0003187>
- Glazer, E. Valdez, E. DeBlauw, J. & Ives S. (2023). An Analysis of the Impact of Religious Affiliation and Strength of Religiosity on Sexual Health Practices of Sexually Active Female College Students. *International journal of environmental research and public health*, 20(22). <https://doi.org/10.3390/IJERPH20227075>
- Gobierno del Perú. (1993). *Constitución Política del Perú*. https://www.oas.org/juridico/spanish/per_res17.pdf
- González, R. (2019). *Modelo biomédico. Modelo biopsicosocial*. <https://es.scribd.com/presentation/425270181/MODELO-BIOMEDICO-BIOPSICOSOCIAL-pptx>
- Guerrero, R. De Oliva, T. & Lenise, M. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. En *Escola Anna Nery* (Vol. 23, Número 4). Universidade Federal do Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0059>
- Guevara, E. (2020). Derechos sexuales y reproductivos. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 9(1), 7-8. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/15/15>

- Gutiérrez, M. Jiménez, A. León, G. et al. (2022). Conocimientos y creencias sobre aspecto de salud sexual en adolescentes de una comunidad de Querétaro, México. *Horiz Enferm*, 33(2), 142-154. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392373/5.pdf>
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métoos de Invstigación. *Paidós*. <https://tecnicasmasseroni.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/hammersley-y-atkinson-que-es-la-etnografia.pdf>
- Hartmann, E. (2024). Sufficiency as relations of enoughness. *Sustainable Development*, 32(6), 7201-7214. <https://doi.org/10.1002/SD.3090;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER>
- Health Services of North Texas. (2020). *La importancia de la atención prenatal para un embarazo saludable*. <https://es.healthservicesntx.org/blog/the-importance-of-prenatal-care-for-a-healthy-pregnancy>
- Hernández, J. Jaramillo, L. Villegas, J. et al. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Universidad de Manizales*, 20(2), 490-504. [https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770021/html/#:\\$~\\$:text=Según](https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770021/html/#:$~$:text=Según)
- Hernández, R.,& Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1.^a ed.). Mc Graw Hill Education. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf
- Hidalgo, I. Solis, U. Hidalgo, B. & Huaraca, B. (2025). Ventajas del modelo educativo basado en competencias para la calidad de la educación médica superior. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 53(4), e02406001. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/60011/2745>
- Hospital Regional Docente de Cajamarca. (2020). *Análisis de situación de salud año 2019*. http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_AÑO_201

9.pdf?r=1606503282

Hospital Regional Docente de Cajamarca - HRDC. (2023). *Análisis de Situación de Salud año 2022*. <https://www.hrc.gob.pe/portal/docs/det/46956>

Hospital Regional Docente de Cajamarca - HRDC. (2024). Reseña histórica. En *HRDC*. <https://www.hrc.gob.pe/portal/mn/452>

Huamán, E. & Tarazona, E. (2013). *Muestreo y distribuciones muestrales*. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/292963/CE55-57_Separata_201301.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Huamaní, G. & Villapolo, L. (2016). Manual de mediación intercultural. Aportes desde la experiencia de los intérpretes y traductores oficiales en lenguas indígenas. *Coordinación Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas y GIZ*. <https://jesuitas.lat/archivo/component/sjdarchivo/?view=file&id=1243:manual-de-mediacion-intercultural-aportes-desde-la-experiencia-de-los-interpretes-y-traductores-oficiales-en-lenguas-indigenas&catid=19&filename=778.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2022). *Compendio Estadístico, Cajamarca 2022*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4435588/Compendio>

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2024). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, Nacional y Departamental*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2018). *Estructura Poblacional Regional Cajamarca - DIRESA 2007-2017*.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2024). *El machismo como una causa de la violencia en la sociedad - Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias*

- Forenses*. <https://www.medicinalegal.gov.co/blog/-/blogs/el-machismo-como-una-causa-de-la-violencia-en-la-sociedad>
- Ipia, N. Ortega, D. Acosta, P. et al. (2019). Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(3). <https://www.redalyc.org/journal/5763/576366816019/>
- Itchart, L. & Donati, J. (2014). *Prácticas culturales* (3.^a ed.). Universidad Nacional Arturo Jauretche. https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2017/02/Practicas_culturales_2014.pdf
- Jacinto, R. & Ruiz, M. (2021). Efectividad de los programas de educación sexual y reproductiva en los adolescentes. *Horizonte Sanitario*, 21(1). <https://doi.org/10.19136/HS.A21N1.4025>
- Knowles, M. Robinson, P., & Caraccioli, C. (2025). *The adult Learner* (Taylor & Francis (ed.); 10.^a ed.). Taylor & Francis. <https://www.routledge.com/The-Adult-Learner/Knowles-Robinson-Caraccioli/p/book/9781032481562>
- Kwon, D. & Kwon, Y. (2025). Patterns of health literacy and influencing factors differ by age: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25(1), 1556. <https://doi.org/10.1186/S12889-025-22838-6>
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practices* (2.^a ed.). McGraw-Hill.
- Losa, R. & González, M. (2018). *Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México*.
- Lurgain, J. Ouarrab, H. Mellouki, K. et al. (2024). Exploring cultural competence barriers in the primary care sexual and reproductive health centres in Catalonia, Spain: perspectives from immigrant women and healthcare providers. *International Journal for Equity in*

- Health*, 23(206). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12939-024-02290-5>
- Mairal, M. Palomares, V. el Barrio, N. et al, (2021). Madeleine leininger, artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055604>
- Maldonado, N. & Santoyo, F. (2024). Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 17(2). <https://doi.org/10.1344/REIRE.46238>
- Mariñez, J. (2023). La evaluación por competencias en la educación superior de la República Dominicana 2023. *Revista de Investigación y Evaluación Educativa*, 11(2), 66-87. <https://revie.gob.do/index.php/revie/article/view/192/369>
- Martínez, A. Ocaña, J. & Parreño, A. (2025). Pedagogía crítica y transformadora de la realidad social y educativa de los estudiantes de tercer nivel. *Revista Invecom*, 5(3). <https://www.revistainvecom.org/index.php/invecom/article/view/3464/639>
- Marvin, H. (2018). “La antropología y el estudio de la cultura”, de Harris, Marvin en Antropología Cultural. En *Antropología cultural* (p. 211). <https://teoriasantropologicasucr.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/04/harris-1983-antropologia-cultural.pdf>
- McFarland, M. & Wehbe, H. (2015). *Leininger's Culture Care Diversity and University* (3.^a ed.). Jones & Bartlett Learning. https://www.researchgate.net/publication/263542934_Culture_Care_Diversity_and_Universality_A_Worldwide_Nursing_Theory
- McGuire, M. Ortega, E. Patel, R. et al. (2024). Seeking information and services associated with reproductive health among rural Peruvian young adults: exploratory qualitative research from Amazonas, Peru. *Reprod Health*, 21(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12978->

024-01769-2

Mecanismo de Mediación Intercultural - Defensoría del pueblo. (2015). *Adjuntía para la Prevención de Conflictos y Gobernabilidad de la Defensoría del Pueblo*.

Medina, R. García, Y. Cervantes, A. et al. (2020). Programa educativo para la formación humanista de estudiantes de tecnología de la salud. *Educación Médica Superior*, 34(3), e1957. <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2020/cem203n.pdf>

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2021). *Aportes para la construcción de una salud intercultural en el ámbito Amazónico*. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-03-04/salud-intercultural-compressed-compressed.pdf>

Meydan, C. & Akkaş, H. (2024). The role of triangulation in qualitative research: Converging perspectives. *Principles of Conducting Qualitative Research in Multicultural Settings*, 98-129. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-3306-8.CH006>

Ley General de Educación N° 28044, actualizada el 2024, (2024) (testimony of Ministerio de Educación del Perú). https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ley_de_educacion_y_sus_reglamentaciones.pdf

Ministerio de Educación del Perú - MINEDU. (2013). *Tutoría y Orientación Educativa. Propuesta para la formación de docentes en Educación Sexual Integral*. <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/5623/Propuesta>

Ministerio de Educación del Perú - MINEDU. (2021). *Resolución Viceministerial N.º 169-2021-MINEDU*. MINEDU. <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/1952628-169-2021-minedu>

Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención – Directiva Administrativa N° 261 – MINSA / 2019 /

DGIESP, (2019) (testimony of Ministerio de Salud).

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981684/rm_n_228-2019-minsa.pdf

Ministerio De Salud - MINSA. (2011). *Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible*. <http://www.minsa.gob.pe/dgps>

Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. <https://crolimacallao.org.pe/documentos/guia/NACIONAL>

Ministerio de Salud del Perú. (2008). *Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*.

<https://crolimacallao.org.pe/documentos/guia/ADECUACION>

Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna*. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM827_2013_MINSA.pdf

Decreto Supremo N.° 016-2016-SA - Política Sectorial de Salud Intercultural, (2016) (testimony of Ministerio de Salud del Perú).

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192483-016-2016-sa>

Ley General de Salud N.° 26842 - Actualizada el 2024, (2024) (testimony of Ministerio de Salud del Perú). <https://lpderecho.pe/ley-general-salud-ley-26842/>

Ministerio de Salud del Perú - MINSA. (2010). *Minsa y Minedu lanzaron campaña para fortalecer educación sexual integral en colegios*.

[https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/36652-minsa-y-minedu-lanzaron-](https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/36652-minsa-y-minedu-lanzaron-campana-para-fortalecer-educacion-sexual-integral-en-colegios)

[campana-para-fortalecer-educacion-sexual-integral-en-colegios](https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/36652-minsa-y-minedu-lanzaron-campana-para-fortalecer-educacion-sexual-integral-en-colegios)

Ministerio de Salud del Perú - MINSA. (2018). Minsa impulsa campaña “Tú decides, todo a su tiempo” para prevenir embarazo adolescente. En *MINSA*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/19488-minsa-impulsa-campana-tudecides-todo-a-su-tiempo-para-prevenir-embarazo-adolescente>

Ministerio de Salud del Perú - MINSA. (2020). *Planificación Familiar*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/campanas/510-planificacion-familiar>

Ministerio de Salud del Perú - MINSA. (2025). *Guía Metodológica para el desarrollo de talleres educativos de salud sexual dirigidos a adolescentes en espacios comunitarios*.

<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7651.pdf>

Moles, M. (2025). *Comunicación empática: el arte de escuchar para conectar mejor - Zentrum*

Coaching. Zentrum Coaching. <https://zentrumcoaching.com/comunicacion-empatica-el-arte-de-escuchar-para-conectar-mejor/>

Molina, D. Torrivilla, I. & Yolimar, G. (2011). Significado de la educación sexual en un

contexto de diversidad de Venezuela. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 415-444. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293122834019.pdf>

Moreira, L. Blumenberg, C. Caicedo, B. et al. (2023). The role of gender inequality and health

expenditure on the coverage of demand for family planning satisfied by modern contraceptives: a multilevel analysis of cross-sectional studies in 14 LAC countries. *The Lancet Regional Health - Americas*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100435>

Narváez, E. (2023). *Evaluación de adherencia de un programa de control prenatal y su*

relación con la morbilidad materna extrema en Cartagena durante el 2019 y 2020

[Universidad del Norte].

<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/11575/1047379474.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Noble, H. & Smith, J. (2025). Ensuring validity and reliability in qualitative research.

Evidence-Based Nursing, 28(4), e104232. <https://doi.org/10.1136/EBNURS-2024->

104232

- Novo, C. (2025). Empoderamiento como recurso: comunidades virtuales y autonomía de la mujer. *Revista Científica Cultura, Comunicación y Desarrollo*, 10(e731).
<https://doi.org/10.1111/JAN.15613>
- OECD - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025*. <https://doi.org/10.1787/262a739e-es>
- OMS, O. M. de la S.-. (2018). *Planificación familiar*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>
- Ordoñez, R., Chevez, N., & Gordillo, M. (2022). Los tabúes y prejuicios de la sexualidad en la población urbana y rural. *Cumbres*, 8(11), 9-20.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8635036.pdf>
- Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación de la Ciencia y la Cultura - OEI. (2022). Explorando la Educación para el Desarrollo Sostenible y la Ciudadanía Mundial en Iberoamérica. *OEI*. <https://oei.int/wp-content/uploads/2023/03/explorando-la-educacion-para-el-desarrollo-sostenible-y-la-ciudadania-mudial-en-ib.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas - ONU. (2001). *Declaración universal sobre la diversidad cultural*. ONU. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/universal-declaration-cultural-diversity>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2020). *Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez*.
<http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0a.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO. (2023). Educación integral en sexualidad: Para educandos sanos, informados y empoderados. *UNESCO*. <https://www.unesco.org/es/health-education/cse>

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura - UNESCO. (2024). El derecho a la educación. *UNESCO*. <https://www.unesco.org/es/right-education#:~:text=La>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2015). *Salud sexual*. World Health Organization. https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2018a). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. *OMS*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2018b). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2018c). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=012339860DB5C64EFFFFA33E1F6F4F558?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2022a). *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2022b). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2023). *Educación sexual integral*. *OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education#:~:text=Las pruebas muestran que este,las necesidades de los jóvenes.>

- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2024). Infecciones de transmisión sexual (ITS). En *WHO*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2025). Salud sexual. En *OMS*. <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2022a). *La atención humanizada en salud: oportunidades para fortalecer la respuesta a las violencias de género y los procesos de resiliencia en las mujeres migrantes.* - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/24-11-2022-atencion-humanizada-salud-oportunidades-para-fortalecer-respuesta-violencias>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2022b). *Salud sexual y reproductiva.* <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2023a). *La OPS promueve su abordaje sobre salud y Pueblos Indígenas a otras regiones.* <https://www.paho.org/es/noticias/21-7-2023-ops-promueve-su-abordaje-sobre-salud-pueblos-indigenas-otras-regiones>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2023b). *Promoción de la salud.* <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2023c). *Salud Sexual y Reproductiva* . OPS. <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2024). *Infecciones de Transmisión Sexual.* <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>
- Organización Panamericana de la Salud -OPS. (2022). *Determinantes sociales de la salud.* OPS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

- Pacovilca, G. Zea, C. Pacovilca, O. et al. (2024). Pobreza y desigualdad en el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres peruanas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 70. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v70i2595>
- Pérez, A. & Sánchez, E. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508>
- Pérez, E. (2023). Pertinencia, Calidad e Innovación en Educación Superior. *InterSedes*, 24(49), 255-275. <https://doi.org/10.15517/ISUCR.V24I49.50180>
- Pérez, M. (2000). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural* (3.ª ed.). Narcea. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=44>
- Programa de control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA - (PROCETSS). (2009). *Campaña nacional de prevención de ETS/VIH/SIDA para gente joven del Perú*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2709.PDF>
- Quiroga, A. & Noceti, M. (2021). Salud-enfermedad ¿abordaje biologicista o integral? Etnografía de la educación médica. *Cuad Méd Soc*, 61(3), 127-136. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9510092.pdf>
- Quiroz, A. (2023). Consideración de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno infantil en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilán, Cotopaxi-Ecuador [Universitat de Barcelona]. En *Universitat de Barcelona*. <https://diposit.ub.edu/items/f1cc11d7-9f71-48e8-a597-8fedfea168f9>
- Regaer, B. (2015). La Teoría Sociocultural de Lev Vygotsky. *Portal Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-sociocultural-lev-vygotsky>
- Remuzgo, S. (2013). *Programa de Promoción de salud sexual reproductiva y el nivel de conocimientos, actitudes y percepciones en estudiantes y docentes de Instituciones*

Educativas de Lima [Universidad San Martín de Porres].

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/623/remuzgo_se.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Rivenes, S. Jones, F. & Lama, N. (2024). Exploring comprehensive sexuality education experiences and barriers among students, teachers and principals in Nepal: a qualitative study. *Reproductive Health*, 21(131). <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-024-01876-0>
- Rivera, L. Burgos, N. Gómez, J. & Moquillaza, V. (2018). Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>
- Rochin, F. Gutiérrez, F. & Cabral, F. (2025). Identificación y Análisis de Estrategias de Educación Intercultural como base para el Desarrollo Académico y Social en México. *Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica*, 5(1). <https://estudiosyperspectivas.org/index.php/EstudiosyPerspectivas/article/view/978/1627>
- Romer, S. Blum, J. Borrero, S. et al. (2024). Providing Quality Family Planning Services in the United States: Recommendations of the U.S. Office of Population Affairs (Revised 2024). *American Journal of Preventive Medicine*, 67(6), S41-S86. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2024.09.007>
- Rondón, E. Padrón, E. Salas, M. & Chirinos, N. (2009). Investigación-acción para la deconstrucción de la practica docente. *Revista arbitrada venezolana del Núcleo LUZ-Costa Oriental del Lago*, 4(1), 56-71. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/impacto/article/download/32928/34503/#:~:text=De>

- Ronquillo, G. De Mora, E. Bohórquez, A. & Padilla, J. (2023). Modelo constructivista y su aplicación en el proceso de aprendizaje de los estudiantes. *Journal of science and research*, 18. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.10420471>
- Rosales, J. (2015). Percepción y experiencia. *Episteme*, 35(2). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002
- Rosas, J. (2025). *Promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 15 a 19 años del colegio rural Cacique Tumbalá de la Parroquia Zumbahua, Pujilí, durante los meses de diciembre 2024 y enero 2025* [Universidad de las Américas]. <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/17390/1/UDLA-EC-TMSP-2025-06.pdf>
- Sánchez, E. (2024). *Intervención educativa mediante redes sociales y su efecto en el nivel de conocimientos y actitudes preventivas de Cáncer de Cérvix dirigida a adolescentes - 2021* [Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/12242/Sanchez>
- Serrano, J. & Pons, R. (2011). El Constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. *Revista electrónica de investigación educativa*, 13(1). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412011000100001#:~:text=El
- Shatzman, L. & Strauss, A. (1973). *Field Research: Strategies for a Natural Sociology*. Prentice Hall.
- Silvera, N. (2024). *Conocimiento y actitud sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes del Colegio Belén de Osma y Pardo Andahuaylas, 2024* [Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/10040/253T20241725_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Subedi, S. Kumar, S. Karki, K. et al. (2019). Conocimientos y prácticas preventivas sobre el dengue entre los habitantes de barrios marginales en edad adulta media en el distrito de Jhapa en Nepal. *Ministerio de Salud Publica de Nepal*, 8(4).
- Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria. (2016). *Ley Universitaria, Ley N°30220*.
- Tavara, L. (2017). Contribución de la revista peruana de ginecología y obstetricia al desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos en Perú. *Rev Peru Ginecol Obst*, 63(3), 393-408. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000300011&script=sci_abstract
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigación-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- Tenazoa, J. (2025). *Factores socioculturales y actitud hacia la sexualidad en estudiantes del nivel secundaria de la Institución Educativa N° 60024, San Juan Bautista 2021* [Universidad Nacional de la Amazonía Peruana]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/4063061>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. (2024). *Routine Tests During Pregnancy*. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/routine-tests-during-pregnancy>
- Tubino, F. (2005). *Las prácticas discursivas sobre la interculturalidad en el Perú de hoy. Propuesta de lineamientos para su tratamiento en el sistema educativo peruano. Consultoría encargada por la Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural*. <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Las>

- Tulane University. (2021). *How to Improve Cultural Competence in Health Care*.
<https://publichealth.tulane.edu/blog/cultural-competence-in-health-care/>
- UNESCO. (2023a). *Educación integral en sexualidad*. Perú - UNESCO. <https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/peru/~educacion-integral-en-sexualidad-0>
- UNESCO. (2023b). *International technical guidance on sexuality education*. UNESCO.
<https://www.unesco.org/en/health-education>
- UNESCO. (2024). *Encuentro sobre Políticas Culturales 2025-2030: Reflexión sobre el Futuro de la Cultura en Uruguay*. <https://www.unesco.org/es/articles/encuentro-sobre-politicas-culturales-2025-2030-reflexion-sobre-el-futuro-de-la-cultura-en-uruguay>
- UNESCO. (2025). *Cultura* . <https://www.unesco.org/en/culture>
- UNIR. (2025). *Eficiencia y eficacia: qué significan, diferencias y ejemplos prácticos*. La Universia en Internet. <https://peru.unir.net/revista/ciencias-economicas/eficiencia-eficacia/>
- United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF. (2024). *El UNFPA y UNICEF intensifican sus esfuerzos para promover el desarrollo integral, la protección y el empoderamiento de las niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/lac/en/press-releases/unfpa-unicef-strengthen-efforts-promote-empowerment-girls-adolescents>
- Universidad Central «Marta Abreu» de las Villas. (2025). El enfoque humanista en los nuevo escenarios educativos. *Revista Varela*. <https://revistavarela.uclv.edu.cu/index.php/rv/cnv>
- Universidad Científica del Perú. (2023). *Modelo educativo*. <https://ucp.edu.pe/wp-content/uploads/2024/10/MODELO-EDUCATIVO-UCP-131.pdf>
- Universidad Internacional de la Rioja - UNIR. (2024). *¿Qué es la promoción de la salud? Objetivos y ejemplos*. <https://www.unir.net/revista/salud/promocion->

salud/#:\$~\$:text=Objetivos

- Vargas, H. Bornáz, J. Solórzano, L. et al. (2013). El nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y su influencia en el rendimiento académico de los alumnos adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitarios (CEPU) 2013-I de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. *Ciencia y Desarrollo*, 16. <https://doi.org/https://doi.org/10.33326/26176033.2013.16.360>
- Velásquez, G. Alonso, L. Leyva, P. et al. (2023). Perfil de la competencia de promoción y prevención de la salud en estudiantes de Medicina. *Correo Científico Médico (CCM)*, 27(3). <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4889/2371>
- Villa, L. (2020). Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: Una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. *Temas Livres*, 25(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.19052018>
- Vygotsky, L. (1980). *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes* (M. Cole, J. Vera, S. Scribner, & E. Souberman (eds.)). Harvard University Press.
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo Interculturalidad Crítica*, 75-96. <https://www.humanas.unal.edu.co/repositoriocatedraunesco/files/3515/2702/9795/RAE-398.pdf>
- Wedel, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar. En *REVISTA MEDICA SINERGIA* (Vol. 3, Número 1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>
- Weller, S. C. (2024). Cultural Consensus Model. *Encyclopedia of Social Measurement, Three-Volume Set, 1*, V1-579-V1-585. <https://doi.org/10.1016/B0-12-369398-5/00410-2>

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. 60.

<https://www.who.int/docs/default->

[source/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf)

World Health Organization (WHO). (2024). *Health literacy*. WHO.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

Yáñez, C. (2023). El problema de la educación sexual: un panorama general y su implicancia

en el Sistema Escolar Chileno. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 22(49),

250-268. <https://www.redalyc.org/journal/2431/243175539012/html/>



APÉNDICES

APÉNDICE N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

**INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA EN LA EDUCACIÓN EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE CAJAMARCA: UNA PROPUESTA EDUCATIVA, 2025**
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE CONFIDENCIALIDAD

Título de la investigación:

“INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA EN LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA: UNA PROPUESTA EDUCATIVA, 2025”

Investigadora:

Obsta. Maritza Cecilia Quiroz Mendoza

Introducción y Objetivo del Estudio:

Se le invita a participar en el presente estudio, el cual tiene por objetivo analizar la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025; para lo cual se le realizará una encuesta y entrevistas a profundidad que serán grabadas en formato mp4 (solo audio), con la finalidad de recoger la información necesaria, previa su autorización.

Participantes:

Las participantes de la presente investigación son todas las mujeres usuarias de planificación familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2025.

Confidencialidad:

La información obtenida a través de los instrumentos de recolección de datos, así como de las audio-entrevistas grabadas en formato mp4 será mantenida bajo estricta confidencialidad, garantizándole mantener en reserva su participación y los datos que brinden al entrevistador. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su

consentimiento, puesto que se trata de información personal, médico – legal. Posterior a la culminación del estudio, los audios serán eliminados.

Por otro lado, se le solicita marcar con una “X” si permite que durante la investigación se la llame a través de un pseudónimo o de su primer nombre.

() Deseo un pseudónimo_____ () Deseo ser llamada por mi primer nombre

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este proyecto de investigación.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se prevé que los resultados de la investigación servirán para analizar la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva para mejorar el enfoque de humanización en la educación superior de algunas carreras de salud.

Derecho de retirarse del estudio:

También es importante darle a conocer que usted tiene derecho a retirarse de la investigación, si así lo deseará, en cualquier momento, sin que esto provoque alguna consecuencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:
 identificada con N° DNI.....y edad....., estoy de acuerdo para participar en la investigación titulada “INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA EN LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA: UNA PROPUESTA EDUCATIVA, 2025”; para lo cual manifiesto que se me ha explicado la finalidad y la metodología de recolección de datos que se utilizará durante su ejecución.

Mi participación es voluntaria y, para qué así conste, firmo y plasmo mi huella en este consentimiento informado autorizando mi participación y la grabación de la entrevista en formato mp4.

A los___ días del mes de _____ del año 2025.

Firma: _____ DNI: _____

Huella:_____



**APÉNDICE N°2: CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS SOBRE “PERCEPCIÓN DE LA CULTURA”
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**



ESCUELA DE POSGRADO

**CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE “PERCEPCIÓN DE LA
CULTURA”**

Instrucciones: Buenos días estimada usuaria. Se le pide de la manera más atenta y respetuosa posible completar el presente Cuestionario de Recolección de datos sobre “Percepción de la cultura”, con la finalidad de obtener información relevante para la investigación denominada **“INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA EN LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA: UNA PROPUESTA EDUCATIVA, 2025”**. De antemano se le agradece su colaboración, no sin antes recordarle nuevamente que toda la información solicitada se mantendrá bajo estricta confidencialidad.

Marcar donde corresponde y/o llenar los espacios en blanco.

N° de Ficha: _____

I. DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad	
2. Grado de instrucción	() Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Sup. Técnica () Sup. universitaria
3. Ingreso mensual	() <S/500 () S/501-1000 () S/1001-1500 () S/1501-2000 () >S/2000
4. Religión	() Católica () No católica: Especifique: _____

II. DIMENSIÓN BARRERAS SOCIO-CULTURALES

5. Procedencia	() Urbana () Rural
6. ¿Percibe Ud. tener dificultades económicas?	() Sí () No
7. ¿Percibe Ud. tener apoyo familiar y respeto en sus decisiones personales sobre su sexualidad y reproducción?	() Sí () No
8. ¿Percibe Ud. tener apoyo comunitario y respeto en sus decisiones personales sobre su sexualidad y reproducción?	() Sí () No

OBSERVACIONES: _____

Fuente: Elaboración propia



**APÉNDICE N°3: CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS SOBRE “SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA



ESCUELA DE POSGRADO

**CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE “EDUCACIÓN EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”**

Instrucciones: Buenos días estimada usuaria. Se le pide de la manera más atenta y respetuosa posible completar el presente Cuestionario de Recolección de datos sobre “Educación en Salud Sexual y Reproductiva”, con la finalidad de obtener información relevante para la investigación denominada **“INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA EN LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA: UNA PROPUESTA EDUCATIVA, 2025”**. De antemano se le agradece su colaboración, no sin antes recordarle nuevamente que toda la información solicitada se mantendrá bajo estricta confidencialidad.

Marcar donde corresponde y/o llenar los espacios en blanco.

N° de Ficha: _____

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

a. Estado civil: _____ b. ¿Con qué género se identifica? _____

II. DIMENSIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En Salud sexual y reproductiva	
1. ¿Qué se entiende por salud sexual y reproductiva?	<input type="checkbox"/> El control de la natalidad <input type="checkbox"/> El tener hijos fuertes y saludables <input type="checkbox"/> El estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad y reproducción <input type="checkbox"/> El conjunto de servicios ginecológicos
2. ¿Cuál de los siguientes derechos forma parte de la salud sexual y reproductiva?	<input type="checkbox"/> Elegir métodos anticonceptivos libremente <input type="checkbox"/> Acceder a educación y servicios de salud sexual integral <input type="checkbox"/> Recibir atención gratuita solo durante el embarazo <input type="checkbox"/> No hablar de sexualidad en público

En planificación familiar	
3. ¿Qué es la planificación familiar?	<input type="checkbox"/> Es el uso adecuado de métodos anticonceptivos <input type="checkbox"/> Es tomar la decisión de no tener hijos <input type="checkbox"/> Es el conjunto de prácticas que permite decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y en qué momento. <input type="checkbox"/> Es el uso de métodos anticonceptivos después del primer hijo
4. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es de larga duración?	<input type="checkbox"/> Pastilla anticonceptiva diaria <input type="checkbox"/> Implante subdérmico <input type="checkbox"/> Coito interrumpido <input type="checkbox"/> La píldora del día siguiente
5. ¿Qué método protege del embarazo y de ITS al mismo tiempo?	<input type="checkbox"/> Las píldoras anticonceptivas diarias <input type="checkbox"/> La T de cobre <input type="checkbox"/> Los preservativos o condones <input type="checkbox"/> Las inyecciones anticonceptivas
En embarazo saludable	
6. ¿Cuántos controles prenatales como mínimo debería tener para mantener un embarazo saludable?	<input type="checkbox"/> Dos controles prenatales <input type="checkbox"/> Uno por trimestre <input type="checkbox"/> Cinco controles prenatales <input type="checkbox"/> Por lo menos 6 controles prenatales
7. ¿Cuáles son los signos de alarma durante el embarazo que requiere atención inmediata?	<input type="checkbox"/> Aumento de peso y movimientos fetales frecuentes <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal o fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido de oídos o dolor en la boca del estómago <input type="checkbox"/> Solo la segunda opción <input type="checkbox"/> La segunda y tercera opción <input type="checkbox"/> Todas las alternativas
8. ¿Qué nutrientes son esenciales durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Carbohidratos y sodio <input type="checkbox"/> Proteínas y azúcar <input type="checkbox"/> Ácido fólico, hierro y calcio <input type="checkbox"/> Magnesio y zinc
En prevención de ITS	
9. ¿Cuál es la forma más efectiva de prevenir infecciones de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Evitando el uso compartido de toallas <input type="checkbox"/> Realizando lavado de los genitales constantemente <input type="checkbox"/> Uso correcto del condón en todas las relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Evitar besar la boca

19. ¿Considera que la información recibida a lo largo de su vida sobre salud sexual y reproductiva fue adaptada a su edad o momento de vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> No
20. ¿Confía Ud. en la información que recibe actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OBSERVACIONES: _____

Fuente: Elaboración propia



APÉNDICE N°4: GUÍA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



GUÍA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SOBRE CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES RELACIONADAS A LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Instrucciones: La entrevistadora inicialmente explicará a la usuaria los objetivos y la metodología de la investigación, luego le preguntará si desea y acepta participar en la investigación, recalcándole que serán grabadas en formato mp4; para lo cual, si está de acuerdo, le leerá el consentimiento informado para firmarlo y colocar su huella dactilar, así como registrar su pseudónimo. Posterior a ello, se iniciará con la grabación y la entrevistadora leerá el siguiente texto:

*Buenos días. El día de hoy (fecha) nos encontramos con una usuaria del servicio de planificación familiar del HRDC, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado; para lo cual, **se le consulta** si ¿está de acuerdo en participar de la investigación y que las entrevistas sean grabadas en forma de audio mp4?*

Se espera su respuesta: _____

*Se le vuelve a preguntar si ¿desea ser llamada por **alguno de sus nombres** o algún pseudónimo?*

Se espera su respuesta: _____

*Quedando claro el consentimiento de (**pseudónimo**) para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio, teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía.:*

1. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?
2. ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificar la familia? ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?
3. ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos? ¿Se cree usted capaz de decidir y que respeten su decisión de tener o no hijos? ¿Por qué?
4. ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH/SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?, ¿Existen tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre ITS o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación? ¿Por qué?
5. ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva? ¿Qué le hubiera gustado saber antes?

6. ¿Cree que el personal de salud sabe explicarle sobre educación en salud sexual y reproductiva? ¿Entiende sus necesidades? ¿Por qué?
7. ¿Qué barreras o factores considera que le ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?
8. ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva, considerando la cultura en su comunidad?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Fuente: Elaboración propia



APÉNDICE N° 5: VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO POR CRITERIO DE JUECES:



FICHA DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

(JUICIO DE EXPERTOS)

Apellidos y nombres del evaluador: MORENO HUAMÁN CARLOS ENRIQUE

Grado académico: DOCTOR EN ADMINISTRACION DE LA EDUCACION

Título de la investigación: Percepción sobre la influencia de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en usuarias del Hospital Regional Docente de Cajamarca: una propuesta educativa, 2025

Autora: OBSTA. MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN								
N° ítem	Pertinencia con el problema, objetivos e hipótesis		Pertinencia con la variable y dimensiones		Pertinencia con las dimensiones/indicadores		Pertinencia con la redacción científica (propiedad y coherencia)	
	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado
I. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "PERCEPCIÓN CULTURAL"								
DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
DIMENSIÓN BARRERAS SOCIOCULTURALES								
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
II. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA"								
DIMENSIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
9	X		X		X		X	
10	X		X		X		X	
DIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN								
11	X		X		X		X	
12	X		X		X		X	
13	X		X		X		X	
14	X		X		x		x	

15	X		X		X		X	
DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL RECIBIDA								
16	X		X		X		X	
17	X		X		X		X	
18	X		X		X		X	
19	X		X		X		X	
20	X		X		X		X	
III. GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD SOBRE CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES RELACIONADAS A LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	

EVALUACIÓN: No válido, Mejorar ()

Válido, Aplicar (X)

Nota: La validez exige el cumplimiento del 100%

FECHA: 29 DE MAYO DEL 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
 FACULTAD DE EDUCACIÓN

 DR. CARLOS E. MORENO HUAMAN
 DOCENTE DAM

FICHA DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO
(JUICIO DE EXPERTOS)

Apellidos y nombres del evaluador: ABANTO BRIONES JESSENIA LISETH

Grado académico: MAESTRO EN CIENCIAS: MENCIÓN SALUD PÚBLICA

Título de la investigación: Percepción sobre la influencia de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en usuarias del Hospital Regional Docente de Cajamarca: una propuesta educativa, 2025

Autora: OBST. MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN								
N° item	Pertinencia con el problema, objetivos e hipótesis		Pertinencia con la variable y dimensiones		Pertinencia con las dimensiones/indicadores		Pertinencia con la redacción científica (propiedad y coherencia)	
	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado
I. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "PERCEPCIÓN CULTURAL"								
DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
DIMENSIÓN BARRERAS SOCIOCULTURALES								
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
II. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA"								
DIMENSIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
9	X		X		X		X	
10	X		X		X		X	
DIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN								
11	X		X		X		X	
12	X		X		X		X	
13	X		X		X		X	
14	X		X		X		X	

15	X		X		X		X	
DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL RECIBIDA								
16	X		X		X		X	
17	X		X		X		X	
18	X		X		X		X	
19	X		X		X		X	
20	X		X		X		X	
III. GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD SOBRE CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES RELACIONADAS A LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	

EVALUACIÓN: No válido, Mejorar ()

Válido, Aplicar (X)

Nota: La validez exige el cumplimiento del 100%

FECHA: 22 DE MAYO DEL 2025



JESSENIA LISETH ABANTO BRIONES
 DNI N° 73112331

FICHA DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

(JUICIO DE EXPERTOS)

Apellidos y nombres del evaluador: NECIOSUP ARRIBASPLATA SARA TERESA

Grado académico: MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Título de la investigación: Percepción sobre la influencia de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en usuarias del Hospital Regional Docente de Cajamarca: una propuesta educativa, 2025

Autora: OBST. MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN								
N° ítem	Pertinencia con el problema, objetivos e hipótesis		Pertinencia con la variable y dimensiones		Pertinencia con las dimensiones/indicadores		Pertinencia con la redacción científica (propiedad y coherencia)	
	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado
I. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "PERCEPCIÓN CULTURAL"								
DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
DIMENSIÓN BARRERAS SOCIOCULTURALES								
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
II. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA"								
DIMENSIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
9	X		X		X		X	
10	X		X		X		X	
DIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN								
11	X		X		X		X	
12	X		X		X		X	
13	X		X		X		X	
14	X		X		X		X	

15	X		X		X		X
DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL RECIBIDA							
16	X		X		X		X
17	X		X		X		X
18	X		X		X		X
19	X		X		X		X
20	X		X		X		X
III. GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD SOBRE CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES RELACIONADAS A LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA							
1	X		X		X		X
2	X		X		X		X
3	X		X		X		X
4	X		X		X		X
5	X		X		X		X
6	X		X		X		X
7	X		X		X		X
8	X		X		X		X

EVALUACIÓN: No válido, Mejorar ()

Válido, Aplicar (X)

Nota: La validez exige el cumplimiento del 100%

FECHA: 22 DE MAYO DEL 2025


 SARA TERESA NECIOSUP ARRIBASPLATA
 OBSTETRA
 COP 34081

SARA TERESA NECIOSUP ARRIBASPLATA
 DNI N° 72371021

FICHA DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO
(JUICIO DE EXPERTOS)

Apellidos y nombres del evaluador: MALAVER ARANA YNÉS

Grado académico: MAESTRO EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Título de la investigación: Percepción sobre la influencia de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en usuarias del Hospital Regional Docente de Cajamarca: una propuesta educativa, 2025

Autora: BACH. MARITZA CECILIA QUIROZ MENDOZA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN								
Nº ítem	Pertinencia con el problema, objetivos e hipótesis		Pertinencia con la variable y dimensiones		Pertinencia con las dimensiones/indicadores		Pertinencia con la redacción científica (propiedad y coherencia)	
	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado	Apropiado	Inapropiado
I. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "PERCEPCIÓN CULTURAL"								
DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
DIMENSIÓN BARRERAS SOCIOCULTURALES								
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
II. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA"								
DIMENSIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
9	X		X		X		X	
10	X		X		X		X	
DIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN								
11	X		X		X		X	
12	X		X		X		X	
13	X		X		X		X	
14	X		X		x		x	
15	X		X		X		X	

DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL RECIBIDA								
16	X		X		X		X	
17	X		X		X		X	
18	X		X		X		X	
19	X		X		X		X	
20	X		X		X		X	
III. GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD SOBRE CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES RELACIONADAS A LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	

EVALUACIÓN: No válido, Mejorar ()

Válido, Aplicar (X)

Nota: La validez exige el cumplimiento del 100%

FECHA: 22 DE MAYO DEL 2025

Ynés Malaver Arana
 Ynés Malaver Arana
 COP 11022

YNÉS MALAVER ARANA
 DNI N° 26704516

APÉNDICE N° 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	METODOLOGÍA
PRINCIPAL ¿Cuál es la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025?	GENERAL Analizar la influencia de la percepción de la cultura en la educación en salud sexual y reproductiva en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.	GENERAL La percepción de la cultura influye significativamente con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.	Variable 1: Percepción de la cultura	Dimensión socio-demográfica	- Edad - Nivel educativo - Ingreso mensual - Religión	Los instrumentos utilizados fueron: -Cuestionario de recolección de datos sobre “Percepción de la cultura” -Cuestionario de recolección de datos sobre “Salud sexual y reproductiva”- -Guía de entrevista en profundidad sobre creencias y prácticas culturales relacionadas a la educación en salud sexual y reproductiva	El diseño de investigación fue no experimental, con enfoque mixto (cuanti-cualitativo), de tipo correlacional (cuantitativo) y etnográfico (cualitativo) La muestra estuvo constituida por 150 usuarias, teniendo en cuenta una confiabilidad de 95% ($Z = 1.96$) y error máximo del 5% ($E=0,05$) y fueron 12 las usuarias entrevistadas para el enfoque cualitativo con muestreo en bola de nieve.
				Dimensión creencias y prácticas culturales	- Creencias y tabúes -Barreras socioculturales - Autonomía y toma de decisión - Percepción del personal de salud		
				Dimensión barreras socio-culturales	- Procedencia -Dificultades económicas - Apoyo familiar -Apoyo comunitario		
ESPECÍFICOS ¿Cuáles son las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva de la usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca?	ESPECÍFICOS Identificar las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva de la usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca.	DERIVADAS Las características socio demográficas que se relacionan con la educación en salud sexual y reproductiva de las usuarias son la edad, nivel educativo, ingreso mensual y religión.	Variable 2: Educación en salud sexual y reproductiva	Nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva	-Concepto y derechos sexuales y reproductivos -Planificación familiar -Embarazo saludable -Prevención de ITS		

<p>¿Cuál es la percepción de la cultura de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el marco de sus creencias, prácticas y barreras socio-culturales?</p>	<p>Describir la percepción de la cultura de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, y su influencia en sus creencias, prácticas y barreras socio-culturales.</p>	<p>La percepción de la cultura de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, influye en sus creencias, prácticas y barreras socioculturales.</p>		<p>Acceso a la información</p>	<p>-Recibió información a lo largo de su vida -Fuente de información - Disponibilidad de programas educativos</p>		
<p>¿Cómo es el contexto de la educación en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos, acceso a la información y la percepción de eficacia en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca?</p>	<p>Analizar el contexto de la educación en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos, acceso a la información y la percepción de eficacia de las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca.</p>	<p>El contexto de la educación en salud sexual y reproductiva limita el acceso a la información y la percepción de eficacia en las usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca.</p>		<p>Percepción de la eficacia</p>	<p>- Percepción de comprensión - Percepción de cantidad y calidad de información recibida - Pertinencia según etapa de vida</p>		
<p>¿Qué elementos se debe considerar para diseñar una propuesta curricular sobre educación en salud</p>	<p>Diseñar una propuesta curricular sobre educación en salud sexual y reproductiva para</p>	<p>El diseño de elementos e implementación de una propuesta curricular en</p>					

sexual y reproductiva para fortalecer el perfil de egresado del profesional obstetra?	fortalecer el perfil de egresado del profesional obstetra.	educación en salud sexual y reproductiva fortalecerá el perfil de egresado del profesional obstetra.					
---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

APÉNDICE N° 7: Entrevistas transcritas**Entrevista 1**

Cecilia: Buenos días. El día de hoy, el 13 de septiembre de 2025, nos encontramos con un usuario del servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Docente de Cajamarca, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado para el cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que la entrevista sea grabada en forma de audio mp4.

Usuaría: Sí, de acuerdo.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Por mi nombre.

Cecilia: Muy bien, se llama señora Adita. Quedando claro el consentimiento informado para participar de la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Creo que cada mujer es libre de decidir con si estar o no con esa persona.

Cecilia: ¿Qué se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: Creo que todavía no existen algunos mitos sobre si subieron de peso, dolores de cuerpo, pero creo que también depende de cada organismo porque si también nuestro cuerpo reacciona de diferentes maneras a los métodos.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en la comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: Creo que ahora ya son menos porque antes sí como que era un tabú eso de usar algún método.

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Ehhhhh, creo que algunos como dicen, cita en tus hijos, en otros como que a uno y claro te van a algunos de manera pues positiva diciéndote que estudies todavía para que puedas darle una mejor educación a tus hijos.

Cecilia: ¿Cree usted ser capaz de decidir y que respeten su decisión de tener o no hijos?

Usuaría: Sí, porque al final ya es una decisión pues que se toma ya en pareja.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Que son muy peligrosas y últimamente creo que se están propagando en Cajamarca mayormente.

Cecilia: ¿Existen tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar y solicitar una evaluación? ¿Por qué?

Usuaria: Creo que sí, por la vergüenza, por el temor que son enfermedades muy complicadas que aún no existen curas, no sólo tratamientos.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva?

Usuaria: Creo que sí, ahora ya mayormente sí se habla de eso, no es como antes que creo que no se hacía.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes?

Usuaria: Sobre los a los cuantos años te va a venir la regla o los métodos anticonceptivos, los que son más seguros.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicar sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usuaria: Sí y algunos pues no creo que no tienen la paciencia de explicarte y otros que sí son muy buenos al explicarte y al educarte en ese tema.

Cecilia: ¿Entienden sus necesidades?

Usuaria: Sí, muchas veces creo que sí.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores considera que le ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaria: Creo que mayormente por los tabús, no por la gente, lo que lo que dice sobre eso que antes pues no se hablaba de eso, ahora yo creo que es más liberal y se habla más de eso.

Cecilia: ¿Qué sugerencias haría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva considerando la cultura en nuestra comunidad?

Usuaria: Que se hagan como que más campañas, no para explicar los usos de los anticonceptivos y los daños que pueden causar esas enfermedades de transmisión sexual.

Cecilia: Ok, muy bien. Gracias señora Adita, muy amable por su participación y espero que su sugerencia nos sirva para culminar este estudio. Gracias.

Entrevista 2

Cecilia: Buenas tardes. El día de hoy, 3 de julio del 2025, nos encontramos con una usuaria del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado para la cual se le consulta si está de acuerdo en participar en la investigación y que las entrevistas sean grabadas en forma de audio mp4.

Usuaría: Sí, acepto

Cecilia: Si le vuelven a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo

Usuaría: Sí mi nombre

Cecilia: quedando claro el consentimiento de utilizar su nombre para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio, teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía. ¿Qué papel cree usted que la mujer tiene en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Tomar libre la decisión cada uno.

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de método anticonceptivo o planificación familiar? ¿Qué se dice?

Usuaría: Que hay que cuidarnos para planificar cuántos hijos podemos tener.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos, mitos o cuentos o alguna referencia en su comunidad que influyen el uso o rechazo de métodos anticonceptivos? ¿Qué comentarios ha escuchado usted en su comunidad de los métodos?

Usuaría: Bueno, los antiguos dicen que es malo.

Cecilia: ¿Por qué?

Usuaría: Porque no es tan seguro que mejor es cuidarse siendo más natural.

Cecilia: ¿Qué más ha escuchado?

Usuaría: Eso nomás.

Cecilia ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Que tienen que cuidarse.

Cecilia: Pero ¿qué ha escuchado sobre estas enfermedades? ¿Qué conoce? ¿Cómo se transmiten? ¿Cómo se contagian?

Usuaría: se transmiten mediante relaciones sexuales

Cecilia: Muy bien. ¿Existen tabús o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual? ¿Suelen hablar en su comunidad, en su familia sobre las enfermedades de transmisión sexual?

Usuaría: A veces.

Cecilia: Mmm, en qué caso hablan

Usuaría: Cuando no están los niños

Cecilia: ¿En qué más?

Usuaría: Eso nomás.

Cecilia: Y cuando alguien está con algún síntoma, con alguna molestia, ¿se acercan a preguntar o solicitar evaluación por personal de salud?

Usuaría: Sí, se van al personal de salud.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre la educación sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí.

Cecilia: Sí es adecuada. Muy bien. ¿Y qué le hubiera gustado saber antes? Por ejemplo, ahorita que ha tenido su bebé, ¿qué le hubiera gustado saber antes de su salud sexual y reproductiva? Antes, no ahora. Ahora ya sabe algunas cosas, pero ¿qué le hubiera gustado saber? Por ejemplo, ahora sabe que un embarazo o un parto puede complicarse, ¿verdad? Puede haber hemorragia, puede haber... ¿Eso le hubiera gustado saber antes de que se embarace para que tome la prevención?

Usuaría: Sí, sí. (Respuestas dubitativas)

Cecilia: ¿Qué más le hubiera gustado saber aparte de eso?

Usuaría: Que nos expliquen a veces cuándo el bebé está por nacer, qué puede pasar o también, por ejemplo, también en qué posición, cómo debes hacer fuerza para saber qué más que el bebé. No nos han explicado.

Cecilia: Eso no lo han explicado, no lo han orientado. Muy bien. ¿Cree que el personal de salud sabe explicarles sobre educación en su salud sexual y reproductiva? ¿Entiende sus necesidades?

Usuaría: No tanto.

Cecilia: La muestra es esta. ¿Por qué? ¿Por qué motivo?

Usuaría: Porque a veces no nos explican conforme, adecuadamente.

Cecilia: Muy bien. ¿Qué barreras y factores consideran que ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuario: ¿Cómo dijo?

Cecilia: O sea, ¿qué barreras, qué impedimentos? ¿Por qué usted cree que no le brindan toda la información adecuada que se necesita en los servicios de salud?

Usuaría: Es que a veces también los que trabajan ahí en el puesto, a veces no tienen el tiempo necesario o no tienen la paciencia.

Cecilia: ¿Qué más? O quizás también no tienen el conocimiento.

Usuaría: No están capacitados. Muy bien.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en su salud sexual y reproductiva, considerando su cultura y su comunidad?

Usuaría: Que asistan a charlas.

Cecilia: Que les hablen en un lenguaje fácil también.

Usuaría: Que les expliquen adecuadamente lo que saben en la zona.

Cecilia: Muy bien. Muy bien, señora Neyvid. Muchas gracias. Se le agradece. Bendiciones.
Que se recupere pronto y que todo vaya bien. Buenas tardes.

Entrevista 3

Cecilia: Buenos días, el día de hoy, 3 de julio del 2025, nos encontramos con una usuaria del Servicio de Planificación Familiar de la HRDC, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado para la cual se le consulta si está de acuerdo en participar en la investigación y que las entrevistas sean grabadas en forma de audio mp4.

Usuaría: Sí estoy de acuerdo.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea hacer llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Por mi nombre

Cecilia: Quedando claro el consentimiento de utilizar su nombre para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Bueno, sobre el papel de la toma de decisiones, tenemos cómo planificarnos, cómo cuidarnos como mujer nosotros.

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: Bueno, ¿cómo se habla?

Cecilia: ¿A qué se dice de planificación familiar? ¿Estamos de acuerdo?

Usuaría: Sí, estamos de acuerdo para todas las mujeres que desean planificar, vamos a tener hijos, quizás en hartos, no es como antes, ahora pues ya bueno, los hijos vienen planificados. Bueno, en nosotros, en lo moderno, pues venían los antiguos ya que tenían hijos por tener. (Respuestas dubitativas y redundantes)

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: ¿Cuál es el rechazo que hacen? ¿Cómo así en creencias? Claro, hay muchas personas por las ampollas, por ejemplo, dicen que no es bueno para la mujer, porque nos da cáncer al útero, muchas excusas no, pero debemos hacernos Papanicolau, entonces quizás nos ponemos las ampollas y ahí debemos chearnos, ¿no?

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o la familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Disculpe, la pregunta ¿cuál era?

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o la familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Esperar para tenerlos

Cecilia: ¿Cree usted que es capaz de decidir y que respeten su decisión de tener hijos? ¿Por qué?

Usuaria: Claro, sí respetan. Respetan las decisiones que cada uno tomamos como personas, como vecinos.

Cecilia: No les dicen nada, los felicitan

Usuaria: No claro, te felicitan mucho menos cuando vienen planificados, muy bien.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, sida u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaria: Sobre esas enfermedades, bueno es ir a un puesto de salud, no hacer un chequeo médico.

Cecilia: ¿Qué ha escuchado usted en su comunidad o su familia hablar sobre estos temas o no hablan sobre esos temas?

Usuaria: Debemos cuidarnos, claro protegernos como mujer, como cada persona que... bueno como toda mujer que empezamos relaciones quizás con las parejas, tener cuidado.

Cecilia: ¿Existen tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud?

Usuaria: Ehmhhh, jeejeje ammmm.

Cecilia: Le repito la pregunta. ¿Existen algunos tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre enfermedades de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud a preguntar o solicitar una evaluación?

Usuaria: Bueno, ocurrimos al puesto de salud a preguntar sobre esas enfermedades que vienen pasando.

Cecilia: Entonces si acuden ustedes, su familia o la comunidad no se opone a ello.

Usuaria: Claro, no.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre salud sexual y reproductiva?

Usuaria: Sí.

Cecilia: ¿Ha sido oportuna?

Usuaria: Sí.

Cecilia: ¿O qué le hubiera gustado saber antes de, por ejemplo, de su embarazo o antes de usar algún método anticonceptivo? ¿Qué le hubiera gustado saber?

Usuaria: No, ya mayormente en nuestras edades. Bueno, en mi época, por ejemplo, viene desde el colegio. Sabemos cómo cuidarnos. Quizás los profesores nos dicen y tener los hijos a tiempo, quizás al momento que estamos preparados.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicarles sobre educación en salud sexual y reproductiva? ¿Entiende el personal sus necesidades?

A partir de aquí se escucha llanto de bebé, que persuade a desconexión de concentración de la usuaria y empieza a tener respuestas monosilábicas, sin tanta explicación de lo que se busca desarrollar por la investigadora.

Usuaria: Sí, claro. Bueno, cuando nosotros confiamos quizás en esa Obstetrix o así, le contamos qué enfermedad tenemos o qué está pasando con nuestro cuerpo, ocurriendo y nos dan las necesidades.

Cecilia: ¿Responden a lo que ustedes necesitan?

Usuaria: Sí.

Cecilia: ¿Por qué? Se les explica, se les informa, se les da tratamiento, qué cosas lo que hacen.

Usuaria: Primero nos da información, después ya nos... depende si tenemos, por ejemplo, algún descenso o flujo vaginal, mucho y nos dan una salida.

Cecilia: ¿Qué barrera o factores considera que ha limitado en recibir la educación y atención en los servicios de salud reproductiva?

Usuaria: ¿Cómo dijo? Disculpe.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores, o sea, ¿qué le impide llegar a que tengan una buena información, una buena educación y una buena atención en su salud sexual y reproductiva? ¿Ha habido algún impedimento para que usted sea atendida, por ejemplo?

Usuaria: No.

Cecilia: ¿Qué sugerencia sería para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva, considerando la cultura de su comunidad?

Usuaria: ¿Cómo dijo?

Cecilia: ¿Qué sugerencia, o sea, ¿qué podría usted recomendar al personal de salud para que mejore de repente la educación en su comunidad, en donde usted vive, por donde usted vive? ¿Qué se puede hacer para mejorar?

Usuaria: ¿Qué se puede para mejorar? Decir lo que nos explique bien. Que explique bien, que explique fácil. Claro, que explique de una manera que nosotros lo podemos entender, que se puedan entender todos.

Cecilia: Muy bien, gracias señora María por su paciencia y por haber respondido a la presente encuesta. Gracias, buenos días. Ya llegó también el esposo.

Entrevista 4

Cecilia: Buenos días, el día de hoy, 11 de agosto del 2025, nos encontramos con una usuaria del servicio de planificación familiar a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación. Es el elegido consentimiento informado para el cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que entrevistas sean grabadas en formato de MP4.

Usuaría: Sí estoy de acuerdo.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea hacer llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Por un seudónimo. (Respuesta segura y contundente)

Cecilia: Quedando claro el consentimiento de un seudónimo para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se le da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía.

Juanita, ¿qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Yo creo que somos capaces de poder decir no, si es que no queremos tener alguna relación con alguna persona y poder decidir hasta qué límite llegar. Eso es lo que yo creo.

Yo tengo dos hijos y bueno, yo decidí con mi esposo tener dos hijos desde un inicio que nos comprometimos y bueno, esto es lo que nos hemos proyectado y planificado.

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad de familias sobre el uso de método anticonceptivo o planificación familiar?

Usuaría: Bueno, es algo que no se habla mucho. Usualmente los papás, creo que, bueno, mis papás nunca me hablaron de lo que es tener relaciones, cómo cuidarme, las consecuencias que trae tener relaciones. (Voz tenue y limitante. Aconseja al final)

Entonces, creo que es un tabú en la comunidad de algo que no se habla mucho. Entonces, los jóvenes tendemos a equivocarnos al hacer algo que quizás no se habla o no estamos tan informados.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias y mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: Por ejemplo, yo recuerdo que le dicen mucho que podemos subir de peso cuando tomamos píldoras o cuando nos ponemos inyecciones. Entonces, tenemos ese miedo, ¿no? Tenemos ese miedo de que este cause algún efecto negativo en nuestro cuerpo, ¿no? Cuando es todo lo contrario. Quizás estar evitando un embarazo no deseado.

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Repítelo, por favor (No logra entender la pregunta en primera instancia)

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o la familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Bueno, yo creo que es una decisión propia o en pareja. Ya cuando tienes una pareja establecida con la que crees que vas a vivir y es algo que tienes que dialogar con ella, algo que vas a tener que hablarlo, llegar a un consenso. Como, por ejemplo, en mi casa, yo he hablado con mi esposo desde el inicio que queríamos tener dos hijos. ¿En qué momento los íbamos a tener? Yo quería tener hijos antes de cumplir 30. Y eso es lo que he proyectado mayormente. No de lo que diga mi familia, ¿no? Porque yo ya soy de una mujer casada y las decisiones las tomamos en parejas.

Cecilia: ¿Se cree usted capaz de decidir y que respeten su decisión de tener hijos?

Usuaría: Sí, sí. Como le comentaba, mi decisión era tener dos hijos y ya no quiero tener más hijos, ¿no?

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Es algo que no mucho se habla porque la gente tiene miedo, miedo a lo que, a las consecuencias. En verdad, hablas de VIH y la gente se asusta, prefiere evitarlo, ¿no?

Cecilia: ¿Existen tabúes o vergüenzas en su comunidad o familia para hablar sobre ITS o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva, preguntar o solicitar una evaluación?

Usuaría: Sí, siempre hay este temor de lo que dirán o de lo que puedan opinar de tipos, ¿no? Mayormente porque las jóvenes tendemos a quizás tener no solo una pareja sexual, sino a veces varias, ¿no? Porque no estamos conscientes o no tenemos todavía, este, somos completamente maduros, creo, de poder o con el conocimiento de, este, ya establecerse con alguien, ¿no?

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente o adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre salud sexual y reproductiva o que le hubiera gustado saber antes?

Usuaría: Yo creo que no, quizás no le tomé la importancia de vida en su momento cuando se me habló en el colegio o en algunas charlas que se nos brindan, ¿no? De los hospitales, este, no le tomé la importancia necesaria, pero este es algo que el Estado creo debería manejar con, este, más, este, llegar, llegar métodos o ver métodos de cómo llegar más a los jóvenes. Quizás también más por los, por los padres, que son los padres que deberían instruirnos y no tener miedo de hablarnos, ¿no? Porque muchas veces me acuerdo que a mi mamá le da vergüenza decirnos las cosas de frente, ¿no? Porque es un, creo que es, prefieren no decirnos, pero, este, creo que es peor no decirnos a que equivocarnos.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicarles sobre educación en salud sexual y reproductiva? ¿Entiende sus necesidades? ¿Por qué?

Usuaría: Creo que en muchos casos sí, por ejemplo, en mi primer embarazo también recibí una charla sobre educación, si quería planificación familiar. Me explicaron de qué forma cuidarme y todo ese tema, pero antes de no, entonces, este, quizás no todos estamos muy bien informados y, o no buscamos la información en una persona correcta, u oportuna.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores considera que ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usaria: El no ir, creo, ¿no? Porque a veces el Estado solamente no sale a las calles, quizás, a tratar esos temas o a las instituciones, o muy poco, ¿no? Creo que el Estado debería invertir más en ese tema y dar más mejores charlas, más consecutivas, o quizás a través de la televisión, redes sociales, que ahorita todo el mundo tiene un celular y puede acceder a ello.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva, considerando la cultura de la comunidad?

Usaria: Yo creo, como les decía, brindando charlas, o quizás realizando videos, ver la forma de llegar a la juventud, más que todo, porque las personas mayores ya vivieron, ya no... O quizás también para que informen a sus hijos, ¿no?, cómo llevar su vida sexual, porque yo recuerdo que mi mamá nunca me habló de ese tema. Entonces, siempre los jóvenes tenemos que equivocarnos o buscar información en amigos que no saben o están igual que nosotros, ¿no? Entonces, este, yo creo que, como le digo, el Estado debería influir más haciendo videos, charlas, trabajar con la comunidad bastante para poder informarnos con mayor precisión, ¿no?, y ver cómo llegar al joven, porque a veces el joven no le toma la importancia debida.

Cecilia: ¿Y qué le gustaría? ¿Qué sugerencias le daría al personal de salud? ¿Qué le gustaría? ¿Cómo ellos le explicaran aspectos sobre la salud sexual?

Usaria: Me gustaría, este, como decía, con videos podría ser, o claros ejemplos, ¿no? Por ejemplo, mostrar casos de la vida real, que sería muy bueno, ¿no?, que salieran personas y dijeran sus experiencias, sus conocimientos para llegar más a los jóvenes.

Cecilia: Muchas gracias, señora Juanita. Le agradezco ver participar. Esperemos que sus sugerencias y su apoyo, pues, nos llegue a cumplir el objetivo que es mejorar una propuesta para mejorar el perfil del egresado de la Universidad. Gracias.

Entrevista 5

Cecilia: Buenos días. El día de hoy, 3 de julio del 2025, nos encontramos con una usuaria de planificación familiar de la HRDC a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado, para lo cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que las entrevistas sean grabadas en formato de audio mp4.

Usuaría: Sí. Sí estoy dispuesta.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Por mi nombre

Cecilia: Quedando claro el consentimiento del nombre para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio, siendo en cuenta las siguientes preguntas como guía. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre las sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Tiene un papel muy importante porque hoy en día creo que ya tanto hombres como mujeres estamos calificados de una misma manera.

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad y familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: Por medio de una orientación primero y de ahí nos comunicamos entre nosotros y así a veces ya cuando deciden iniciar alguna planificación ya tienen o tenemos alguna información.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: No puedo repetir la pregunta. Por favor.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de algunos métodos anticonceptivos?

Usuaría: En algunos empiezan a temprana edad y a veces esto por las personas de nuestros antepasados, eso es rechazado por lo que piensan que eso está mal.

Cecilia: ¿Cómo influye la comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar por tenerlos?

Usuaría: Creo que la familia no tendría nada que ver, sino uno mismo y conversando con su pareja, más que todo en su debido momento.

Cecilia: ¿Se cree usted capaz de decidir y que respeten su decisión de tener hijos?

Usuaría: Sí, porque creo que cada uno es responsable y planea tener esto, la cantidad de cada persona crea conveniente.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Aunque esto es una enfermedad muy seria y de acuerdo a eso, también debemos recibir charlas y más que todo acudir al centro de salud para un descarte.

Cecilia: ¿Existe tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación? ¿Por qué?

Usaria: No creo que exista esta vergüenza, sino más que todo preocuparse por la salud de uno mismo.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficientemente y adecuadamente la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre salud sexual y reproductiva?

Usaria: Sí.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes de...?

Usaria: Mas que todo me hubiera gustado recibir más información de los métodos anticonceptivos, porque en el momento que fui mamá no recibí muchas charlas sobre eso, no, ni conocimiento.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicarles sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usaria: En donde estoy ahora, sí, porque a mi hija la mayor le están explicando sobre eso.

Cecilia: ¿Entiende sus necesidades el personal de salud?

Usaria: Sí, porque nos explican ya con mayor calma. Sí, ahora ya sí.

Cecilia: ¿Qué barrera o factores considera que le ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usaria: En ese momento por ser menor de edad, eh, los doctores trataban de no darme esa información por la edad mayormente que yo tenía.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva, considerando la cultura en su comunidad?

Usaria: Más que todo informarse, buscar información. Ya hoy en día hay varios lugares, los centros de salud también, o personas que tengan conocimiento sobre eso y de acuerdo a eso, planear bien su familia y más que todo en su comunidad, también creo que si tienen información nadie va a ser rechazado, por lo que tanto hombres como mujeres, como lo repito, ya tienen los mismos derechos.

Cecilia: Muy bien, muchísimas gracias señora, valió su aporte.

Entrevista 6

Cecilia: Buenos días. El día de hoy, 13 de septiembre del 2025, nos encontramos con una usuaria del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado, para lo cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que la entrevista sea grabada en formato de audio mp4.

Usuaría: Sí.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría. Seudónimo. Florcita.

Cecilia: Quedando claro el consentimiento para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Creo que la mujer tiene un papel principal sobre sus decisiones, sobre su salud sexual y su reproductividad. Creo que ella es lo principal.

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: Respecto a mi entorno familiar, se habla mucho de eso. Mucho de eso y no es realmente un tabú para eso. Sí hay planificación y métodos anticonceptivos.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: Las creencias. Mmm a ver, uso y rechazo de métodos. Por ejemplo, favorables y no favorables, por ejemplo, de acuerdo al método lunar que dicen, por ejemplo, son creencias también o no. O cosas como, por ejemplo, que me dijeron después del embarazo que no podías, por ejemplo, quedar embarazada después de dar a luz, pero es algo como mito que no, que no, que no es cierto, pues no. Pero bueno, en eso.

Cecilia: ¿Cómo influye la comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Bueno, en mi comunidad, sobre respecto a los hijos, siempre ha sido en planificación. En planificación y en la decisión de tener nuestros hijos, bueno, sin ningún problema o discusión alguna.

Cecilia: ¿Cree usted capaz de decidir y que respeten su decisión de tener o no tener hijos? ¿Por qué?

Usuaría: Sí, sí, sí respetan mi decisión. Más que todo porque, o sea, no compete con el resto más que a mí y a tu propia y a tu propia pareja.

Cecilia: ¿Qué se comenta en la comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaria: Bueno, respeto esos temas. No, no, sí sabemos de qué trata y todo, pero no mucho se habla porque no hay mucho, mucho o algún tipo de familiar contagiado o cosas así. Es algo que no, no mucho se habla, pero de todos modos siempre, siempre sacamos en cuenta si tenemos algunas infecciones o algo, pues no más por nuestro propio cuidado.

Cecilia: ¿Existe tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación?

Usuaria: Quizás tabú no, pero quizás vergüenza sí, pues no. De todos modos, a veces da un poco de vergüenza, quizás preguntar, o sea, o está a veces mal visto que tenga infección o algo, cosas así, pero después de tabú, de tabú que no se hable, no.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva?

Usuaria: Sí.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes?

Usuaria: A ver, creo que, respecto a la planificación y educación sexual, más por, hemos sabido más por, bueno, nuestros estudios, más que todo, porque, bueno, por mi familia materna ha sido un poco tabú, pero después siempre he tenido el conocimiento de la educación y la planificación.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores que le han limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaria: ¿Me puede repetir?

Cecilia: ¿Qué barreras o factores considera que le ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaria: Bueno, a veces como barreras del personal, o sea, en educación sexual, a veces, por ejemplo, la demora, quizás la demora, o a veces, este, que no casi sepan, o sea, explicarlo, pero, o sea, expresarse, o sea, más rápido, bueno, o sea, que te digan, o sea, no te envuelven con tanta palabra, no, que tengan un método más práctico de explicarte, bueno, para qué método es cada qué.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicar sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usuaria: Sí, sí, sí.

Cecilia: ¿Entiende sus necesidades?

Usuaria: Sí, también.

Cecilia: ¿Por qué?

Usuaria: Más que todo porque ellos son los que te dan la pauta de la, después de cada, bueno, después de cada embarazo, cosas así, te dan siempre una planificación, una planificación familiar, pues, ¿no? Cada, te dan tu método anticonceptivo y lo bueno es que es gratis, pues, ¿no? Sólo que ya depende de cada, de cada uno.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva considerando la cultura en su comunidad?

Usuaria: Bueno, creo que sería más, este, ser más prácticos en hablar y no, o sea, más prácticos y metódicos para saber decir, pues, no, cada método para qué, o cada, o saber y explicarles más, ¿no? Sobre la planificación y eso más que todo porque después todo se le, se le entiende.

Cecilia: Ok, muchas gracias por su participación, muy amable.

Entrevista 7

Cecilia: Ya, buenos días. El día de hoy, 13 de septiembre del 2025, nos encontramos con una usuaria de servicios de planificación familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado para lo cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que la entrevista sea grabada en forma de audio mp4.

Usuaría: Sí.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea hacer llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Algún seudónimo.

Cecilia: ¿Qué le gustaría que le diga? Margarita. Muy bien, vamos a utilizar el seudónimo de Margarita. Para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas, las siguientes preguntas, teniendo en cuenta esta guía. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Bueno, yo le diría que, o sea, que tener unas decisiones nosotras y tomar unas decisiones nosotras mismas que nadie nos obligue.

Cecilia: ¿Cómo se habla en la comunidad o familiar sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: O sea, eso se le llama, o sea, más común es protegerse, protegerse y para no estar a veces con, a veces hay malos bebés.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: No, la mayoría de mujeres, de las que no quieren, a veces necesitan, o sea, más que todo creo que ellos necesitan tener más hijitos, pero algunos tienen uno o dos y ellos se protegen. (Respuestas dubitativas)

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: A ver, bueno, tener emmmmm.

Cecilia: ¿Qué opina su comunidad cuando ustedes tienen hijitos?

Usuaría: Bueno, algunos dirán, pues está bien, pero algunos faltan, dicen, mucho tienen, porque a veces con la situación que uno está, a veces ya no es de tener más de tres o cuatro.

Cecilia: ¿Cree usted ser capaz de decidir y que respeten su decisión de tener o no hijos?

Usuaría: Claro, deben respetar o conversar con la pareja si estamos decididos a tener más o quedarse con lo que hay.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Bueno, creo que a veces en familia no hay todavía, pues a veces escuchamos, sí, pero en caso mío familiar no todavía escuchamos eso.

Cecilia: ¿Existe tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios que brindan educación sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación?

Usuaría: Es como ir a un centro de salud. Sí, a veces ellos sí acuden a un centro de salud y nos hablan sobre el protegerse.

Cecilia: ¿Hay algunos mitos, creencias que generen vergüenza en la comunidad? ¿Hablar sobre las infecciones? Nos podría decir qué mitos, qué creen, por qué no van cuando hay infecciones de transmisión sexual.

Usuaría: Es que a veces ellos se callen, sobre todo las personas más mayores. Ellos creo que a veces sí sufren de enfermedad, pero ellos ahí están como si no quieren hablar. Ellos se callan.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva? ¿Le repito? ¿Cree que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí.

Cecilia: ¿Ha sido suficiente?

Usuaría: Sí, ahorita que usted nos está dando el alcance también.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes de tener su familia de repente?

Usuaría: Por ejemplo, antes al menos alguien nos hubiera aconsejado, quizás estudian o algo. No es tiempo todavía para que tengas familia o tengas tus hijos, porque a tierna edad es de suficiente.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber?

Usuaría: Antes, por ejemplo, me hubiera gustado que alguien me hable, que me diga alguien, no sé si todavía no estás para que seas madre o tengas familia.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicar sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí.

Cecilia: ¿Entiende sus necesidades del personal? ¿Por qué? ¿Entiende las necesidades del personal de salud?

Usuaría: Sí, cuando lo contamos a ver si nos entiende, si nos da consejos.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores que le han limitado en recibir educación sexual y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Qué barreras, qué cosas han impedido que usted vaya a recibir educación sexual y reproductiva?

Usuaría: Mmm. Ah bueno, jejeje (Mucha duda o vergüenza por desconocimiento de palabras.)

Cecilia: ¿Está cerca su puesto de salud o está lejos?

Usuaría: A ver, caminando está casi una hora.

Cecilia: ¿Y para usted es fácil esa hora?

Usuaría: Sí, porque eso es la costumbre. De a veces cuando no hay carro, caminar.

Cecilia: ¿Alguna otra barrera? ¿Alguna otra dificultad?

Usuaria: A veces cuando no hay tiempo o uno trabaja. Pero ya uno hace modos de ir.

Cecilia: ¿Alguna otra dificultad?

Usuaria: O cuando ya uno a veces ya lo decide, ya quiere ir.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva considerando la cultura en la comunidad? ¿Qué nos sugeriría el personal de salud cuando hacemos la educación? ¿Cómo le gustaría que sea?

Usuaria: Bueno, o sea que, más bien dicho que como personal que es uno que nos aconseje o algo nos digan que uno no sabemos.

Cecilia: ¿De qué manera le gustaría que llegue la información?

Usuaria: A ver, por ejemplo, en este caso que uno se planifique, o sea cuidarse, a veces no. A veces no asistimos al centro de salud y a veces resultamos ya con alguna infección o algo.

Cecilia: Ok. Eso es todo. Gracias, gracias.

Entrevista 8

Cecilia: Buenos días, el día de hoy 5 de septiembre del 2025 nos encontramos con una usuaria del servicio de planificación familiar del Hospital Regional de los Centros de Cajamarca a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación, y se le ha leído el consentimiento informado para lo cual se le consulta si desea estar de acuerdo de participar en la investigación y que la entrevista sea grabada en formato de audio mp4.

Usuaría: Sí, acepto.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: María

Cecilia: Quedando claro el consentimiento de utilizar su nombre para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía.

Cecilia: ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Es muy importante ya que cada mujer tiene derecho a elegir ya sea el método contraceptivo por el cual quiera cuidarse y todo lo relacionado a su salud sexual. (Voz dubitativa)

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: No se habla mucho en la comunidad ya que algunas personas mayores pues son como conservativas y no les gusta mucho hablar de eso, mientras que pues en el puesto de salud si nos habla mucho y en mi familia también son así muy liberales de poder hablar y de tener la decisión de elegir el método que queremos hacer.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: Nos dicen que algunos métodos contraceptivos pueden esto generar cáncer así y da miedo utilizarlos. (Voz de dudosa)

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: En mi familia mi padre siempre dice que debemos tenerlos, pero cuando ya tenemos economía estable antes no.

Cecilia: ¿Cree usted ser capaz de decidir y que respeten la decisión de tener o no hijos? ¿Por qué?

Usuaría: Sí creo ser capaz porque creo que la decisión de tener un bebé es propia de nosotros mismos sin importar lo que digan los demás.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Pues que eso es muy peligroso y que debemos cuidarnos con los métodos anticonceptivos que pues como el condón es el más utilizado y el más seguro.

Cecilia: ¿Existen tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación? ¿Por qué?

Usuaría: En mi comunidad sí ya que mayormente la gente cree que si tú tienes una infección o algo pues puede ser porque tú ya estuviste con varias personas, ¿no? Entonces pues da miedo comentar sobre eso.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí, considero que sí ha sido suficiente.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes?

Usuaría: Antes quizás más sobre los métodos anticonceptivos o sobre hacernos los estudios para saber si tenemos alguna infección.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicar sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí.

Cecilia: ¿Entiende sus necesidades el personal?

Usuaría: Sí, entiende.

Cecilia: ¿Por qué?

Usuaría: Porque cuando tú le haces alguna pregunta ellos siempre te dan esto, alguna respuesta y te indican qué es lo que debes hacer para tu problema o para lo que tengas.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores considera que le ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Yo creo que no, no había ninguna ya que siempre que tengo problemas así yo voy al poste de salud y ahí nos indican qué es lo que debemos hacer.

Cecilia: ¿Qué sugerencia daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva considerando la cultura y la comunidad?

Usuaría: Yo creo que debería eliminarse los tabúes o todas las creencias que ellos tienen, ya sea porque los métodos anticonceptivos que nos dan ahora son más desarrollados y pues ya no son como antes, entonces creo que la comunidad debería considerar eso y pues dejar que cada uno decida sobre lo que quiere hacer.

Cecilia: Muchas gracias. Buen día.

Usuaría: Gracias

Entrevista 9

Cecilia: Buenos días, el día de hoy 3 de julio del 2025 nos encontramos con una usuaria del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación, y se le ha leído el consentimiento informado para la cual se le consulta si está de acuerdo de participar en la investigación y que las entrevistas sean grabadas en un formato de audio mp4.

Usuaría: Sí.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Por mi nombre.

Cecilia: Quedando claro el consentimiento de utilizar su nombre en la presente investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía. Vamos a contestar, señora Luz, las siguientes preguntas. ¿Qué papel cree usted tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Un papel importante sobre una decisión puede ser correcta o incorrecta que afecte mi salud. (Voz dudosa)

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: ¿Cómo se habla la planificación familiar? (No entiende)

Cecilia: ¿en su comunidad?

Usuaría: No, no me dicen

Cecilia: no tiene conocimiento de algo de planificación familiar o salud sexual reproductiva en su comunidad, nadie habla nada sobre el respecto.

Usuaría; Sí

Cecilia; ¿Qué dice?

Usuaría: Este, debemos cuidarse, no debemos tener muchos hijos, suficiente dos o tres hijos, y ya pues recomiendan ligarse y así

Cecilia: ¿Cuáles son sus creencias y mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: Sí nos recomiendan muchos métodos, pero no nos dicen que no debemos cuidarse, sí debemos cuidarse, sí debemos cuidarse.

Cecilia; Y los que dicen que no se cuidan, ¿por qué? Porque les dicen no te cuides, ¿por qué motivo?

Usuaría: Porque nos afecta a nuestra salud, que nos puede salir, nos puede dar... Algunas personas hablan o sea a lo ignorante, dicen no te cuides, eso te puede dar cáncer, tumores, eso es malo.

Cecilia: Muy bien, ¿cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Esperar, si es que hay posibilidades de tener un hijo porque ahora ya está la vida tan cara y pues un hijo no es fácil traer en este tiempo más que todo.

Cecilia: ¿Se cree usted capaz de decidir y que respeten su decisión de tener o no hijos? ¿Por qué?

Usuaría: Mmm, porque la decisión la tomamos nosotros, ya sea para bueno o para malo. Ya decidimos traer un hijo al mundo y pues no hay otra cosa de echarse atrás ya una vez que está hecho, ¿no? Y eso sí, yo a veces pido que respeten mi decisión.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Eso del VIH y SIDA ya se habla cuando es una persona que se dedica a la prostitución y es una chica normal, no creo que lo... aunque sí puede contagiarse cualquier persona, puede ser hasta en tu primera vez de relaciones sexuales, puedes contagiarte de eso, ¿no?

Cecilia: ¿Existen tabús o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud?

Usuaría: Vergüenza, a veces no hay la confianza de hablar de eso, como no nos acostumbraron así antes, todo era diferente, pues no hablamos de eso mucho.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva?

Usuaría: No.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes?

Usuaría: Sobre las infecciones que ocasiona tener pareja, a veces tenemos pareja y no sabemos con cuántas personas él se acostó antes de nosotros, pues eso nos afecta a nosotros. También

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicarle sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí, claro están ellos, su profesión es saber todo de eso y lo que nos hablan es algo todo bueno, ¿no? Este es lo correcto que ellos nos dicen.

Cecilia: ¿Ellos entienden sus necesidades?

Usuaría: No, eso sí no puedo saber si entienden o no, pero...

Cecilia: ¿La entienden? ¿Le ayudan a resolver sus problemas por lo cual cuando usted acude a su establecimiento de salud?

Usuaría: No he acudido sobre este...

Cecilia: ¿Sobre algún problema de salud?

Usuaría: De salud, sí, pero sexo, así de infecciones, no.

Cecilia: ¿Y sobre su embarazo?

Usuaría: Sí, ellos me han tratado de explicar, de orientarme, sí, pues eso sí.

Cecilia: Muy bien. ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva, considerando la cultura en su comunidad?

Usaria: Acudir más a un centro de salud y buscar a un personal de obstetricia o ginecología, para que nos brinden más información, apoyo, o sea mmm, para conocer lo que debemos hacer, informarse más para no meter la pata jajaja (risas). Para cuidar la salud sexual y reproductiva.

Cecilia: Sí, para cuidar la salud, sí, para estar más... Mejorar la calidad de vida. Muy bien, señora Luz, muy agradecida. Bendiciones, siga adelante con el embarazo. Gracias.

Entrevista 10

Cecilia: El día de hoy 28 de junio del 2025, hemos logrado conceder una entrevista a la señora Flor. Ella está de acuerdo en participar en la investigación de la cual ya fue explicada y también en las entrevistas sean grabadas en forma de audio. Se espera su respuesta.

Usuaría: Si estoy de acuerdo.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Por un seudónimo. (Voz entrecortada)

Cecilia: Se espera su respuesta, claro ya nos dijo. Quedando claro el consentimiento de seudónimo para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista. Se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guías. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Ammmmm, un papel importante porque es ella quien decide cómo cuidarse. (Voz quebradiza, se nota dudas e incertidumbre).

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o de planificación familiar?

Usuaría: Es muy poco. Es más, en quizás un centro de salud, pero en familia y alrededores no.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: Mmm, más que todo por costumbres. Costumbres y tabús acerca del tema.

Cecilia: ¿Por ejemplo?

Usuaría: No, no se habla, no se habla de nada sobre el tema. Porque es un tema, bueno, para mi familia muy tradicionalista, por ejemplo, este no debería hablarse de ese tema porque es un tema de mucho libertinaje, digamos, entonces no se habla de eso.

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: Influye porque siempre uno quiere acoplarse al pensamiento que tiene la familia o siempre, este, piensa en lo que dirán los demás y de acuerdo a eso decidimos, ¿no?, formar una familia o no y de qué manera.

Cecilia: ¿Se cree usted capaz de decidir y que respeten su decisión de tener hijos o no? ¿Por qué?

Usuaría: En este momento de mi vida, sí, porque bueno, este, ya dada una edad somos libres de decidir qué es lo que vamos a realizar con nuestra vida, si tenemos una familia o no.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaria: En realidad no se habla mucho del tema, como se dijo anteriormente, son temas a veces tabús que todavía la gente no está acostumbrada a hablar de esos temas y no se habla.

Cecilia: ¿Existe tabús o vergüenza en la comunidad o familia para hablar sobre infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación?

Usuaria: Sí, por el tema familiar sí existe ese tabú o vergüenza porque siempre se espera una forma de actuar correcta en la que no debería ni siquiera mencionarse el tema de enfermedades de transmisión sexual.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva?

Usuaria: A lo largo de mi vida sí, porque busqué quizás más temas, información sobre esos temas y sí fue adecuada la información que me brindaron.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes?

Usuaria: Quizás de las consecuencias o lo que causa algunos síntomas, algunos métodos de planificación, por ejemplo, que a veces nos pueden alterar, en el caso sobre todo de las mujeres, pueden alterar nuestro organismo.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicarle sobre educación sexual y reproductiva o hay algunas deficiencias?

Usuaria: Sí, bueno en mi experiencia que he tenido sí me han orientado de manera correcta.

Cecilia: ¿Entiende sus necesidades el personal? ¿Por qué?

Usuaria: Mmm, en mi caso, como digo, sí me han respondido de acuerdo al momento también en que busqué esa información a mi edad.

Cecilia: ¿Qué barrera o factores considera que ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaria: Un poco el tema familiar de los tabús, que la familia a veces no quiere hablar de esos temas y que uno esté buscando información también de esos temas.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en los servicios de salud y reproductiva considerando la cultura de su comunidad?

Usuaria: Ehhhhh, quizás hacer campañas, así como se hace campañas de vacunación también sobre información de salud sexual y reproductiva.

Cecilia: ¿Por qué? ¿Por qué lo cree usted necesario?

Usuaria: Porque en la actualidad se ve mucho desde temprana edad que ya inician con tener relaciones sexuales sin tener la suficiente información de los cuidados que deben tener.
(Voz entrecortada, sensación de cansancio)

Cecilia: Gracias por tu participación señora Florcita, muy amable.

Usuaria: Gracias.

Entrevista 11

Cecilia: Buenos días, el día de hoy 13 de septiembre del 2025 nos encontramos con una usuaria del servicio de planificación familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado para lo cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que la entrevista sea grabada en forma de audio mp4.

Usuaría: Sí, estoy de acuerdo

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algunos pseudónimos.

Usuaría: Nombre.

Cecilia: Carmen, entonces. Muy bien Carmencita, quedando claro el consentimiento para participar de la investigación y en la grabación de la entrevista se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía. ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Creo que es un papel ser libre, decidir si tener relaciones o no. Es su cuerpo de ella y nadie puede decidir por ella.

Cecilia: ¿Qué se habla en la comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: Que sirven para no contagiarse de alguna enfermedad o los embarazos no deseados.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en la comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: A veces no hace bien mi experiencia, me hace mucho daño, no puedo cuidarme con ningún método. El dolor de cabeza, a veces malestar y eso es que a veces no nos permite utilizarlo y por ese motivo es que a veces tenemos bastantes hijos sin desearlo.

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: A veces te dicen tema, a veces no, pero decisión es de uno mismo si quieres tenerlo, no es decisión de una sola persona.

Cecilia: ¿Cree usted ser capaz de decidir y que respeten su decisión de tener o no hijos?

Usuaría: Sí.

Cecilia: ¿Por qué?

Usuaría: Porque la decisión está en uno mismo, en nuestro cuerpo y nadie puede decidir por él.

Cecilia: ¿Qué se comenta en la comunidad o la familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Que son enfermedades malas, contagiosas y que se puede prevenir.

Cecilia: ¿Existen tabúes o vergüenza en la comunidad o familia para hablar sobre infecciones de transmisión sexual y acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación?

Usuaría: Sí, a veces de repente por la discriminación, a veces por la poca atención de los profesionales del puesto de salud a donde acude.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre salud sexual y reproductiva?

Usuaría: No, mi experiencia mía no sabía cómo cuidarme, cómo protegerme, no sabía que era el sexo porque quizás nunca me hablaron de eso mis padres. Fue muy difícil a veces aprender muchas cosas.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes?

Usuaría: Que mi mamá o de repente me hablen de eso, cómo cuidarme, cómo protegerme y en base de eso aprender muchas cosas y no cometer muchos errores.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicar sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usuaría: A veces sí, a veces no, porque como que hay profesionales buenos y otros también no, que no te saben explicar ni tener la paciencia suficiente para explicarte.

Cecilia: ¿Entienden sus necesidades el personal?

Usuaría: Sí, a veces también como que también no te hacen caso, te ignoran y ya está.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores considera que le han limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaría: A veces de repente la distancia o a veces también por parte del esposo, el machismo no nos deja seguir con eso. Es lo que a veces impide muchas cosas.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva considerando la cultura en nuestra comunidad?

Usuaría: Quizás de repente en los lugares alejados traten de llegar más a la gente, a las niñas, a los adolescentes y tratar de explicarles un poco más cómo funciona todo eso.

Cecilia: Muy bien, muchas gracias señora Carmencita por su participación, se le agradece, muchas bendiciones.

Entrevista 12

Cecilia: Buenos días, señora. El día de hoy, 3 de julio del 2025, nos encontramos con una usuaria del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, a quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado, para lo cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que la entrevista sea grabada en formato mp4.

Usuaría: Sí

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Por mi nombre

Cecilia: Quedando claro que la señora desea ser llamada por su nombre y va a participar en la siguiente investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio, teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía. Señora Luz, ¿qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Ehhhhh. Tomar una decisión libremente. (Dudosa)

Cecilia ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: A través de las enfermeras.

Cecilia: ¿Y en la familia?

Usuaría: En la familia mayormente no se habla.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de métodos anticonceptivos?

Usuaría: ¿Cómo? ¿Puede repetir la pregunta?

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: Bueno, no se habla.

Cecilia: ¿Cuáles son las creencias o mitos en su comunidad que influyen en el uso o rechazo de ciertos métodos anticonceptivos?

Usuaría: Ah que o sea n, es un rechazo total porque según ellos, por su creencia, dicen que Dios por algo nos hizo mujeres para ser madres y padres a la vez. No quieren. No están de acuerdo.

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener hijos o esperar para tenerlos?

Usuaría: No, o sea, de ninguna manera para ellos tener hijos es como si obtuvieras algo, no sé, un premio, una bendición.

Cecilia: ¿Se cree usted capaz de decidir y que respeten su decisión de tener o no hijos?

Usuaría: Sí, bueno, eso depende de cada uno. Ya es una decisión tomada personalmente, ya no incluye a la familia.

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad y familia sobre el VIH, SIDA u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: Ningún comentario, no le prestan interés.

Cecilia: ¿Existen tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las infecciones de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación?

Usuaría: Sí, sí existe la vergüenza.

Cecilia: ¿Por qué cree usted?

Usuario: Por temor al qué dirán, por temor a las opiniones de los demás.

Cecilia: ¿Pero si solamente los ve el personal de salud?

Usuaría: No, por temor a expresarse uno mismo.

Cecilia Vergüenza

Usuaría: Sí

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre educación sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí, porque nos da a conocer la importancia y lo importante que es sobrellevar un trato de nuestras opiniones libres y cómo podemos cuidarnos para no tener abundantes hijos.

Cecilia: ¿Qué le hubiera sabido conocer antes de repente de su embarazo, no antes de iniciar su vida sexual?

Usuaría: A mí me hubiera gustado que mis padres me hablaran de los métodos que hoy en día hay para cuidarse.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicar sobre educación en salud sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí.

Cecilia: ¿Entiende sus necesidades el personal de salud?

Usuaría: Bueno, a veces sí, a veces no, dependiendo.

Cecilia: ¿Por qué a veces sí y por qué a veces no?

Usuaría: Porque es por una forma de expresarnos de cada persona, ¿no? Y a veces lo toman bien, a veces lo toman mal.

Cecilia: ¿No les entiende?

Usuaría: No nos entiende.

Cecilia: ¿Qué barreras o factores considera que le ha limitado en recibir educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaría: ¿Me puede repetir la pregunta?

Cecilia: ¿Qué barreras o qué impedimentos considera que le ha limitado en recibir la educación y atención en los servicios de salud sexual y reproductiva?

Usuaría: El temor, el miedo al expresarse frente a los doctores o frente a una opinión de los enfermeros, de un psicólogo.

Cecilia: ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en salud sexual y reproductiva considerando la cultura de la comunidad?

Usaria: Tratar de llegar más a ellos, entenderlos y ganarse la confianza.

Cecilia: ¿Y cómo cree que ganaríamos la confianza?

Usaria: Hablándole de la importancia que tiene cómo cuidarse cada método, con respeto, a sus conocimientos y creencias de cada familia.

Cecilia: Ok, muy bien, muchas gracias Lucecita, bendiciones, que tenga un futuro brillante con su bebé y a seguir adelante. Gracias.

Entrevista 13

Cecilia: Buenos días, el día de hoy, 3 de julio del 2025, nos encontramos con la usuaria del servicio de prevención familiar del Hospital Regional Docente de Cajamarca, quien ya se le ha explicado el objetivo y la metodología de la investigación y se le ha leído el consentimiento informado, para lo cual se le consulta si está de acuerdo en participar de la investigación y que la entrevista será grabada en formato de audio mp4.

Usuaría: Sí.

Cecilia: Se le vuelve a preguntar si desea ser llamada por alguno de sus nombres o algún seudónimo.

Usuaría: Seudónimo

Cecilia: ¿Cuál es?

Usuaría: María

Cecilia: Quedando claro el consentimiento del seudónimo para participar en la investigación y en la grabación de la entrevista, se da inicio al conversatorio teniendo en cuenta las siguientes preguntas como guía.

Cecilia: ¿Qué papel cree usted que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva?

Usuaría Bueno, en el papel de madre, este, ay, soy yo la que me embarazo (respuesta extensa en pausa), tengo que cuidarme yo, porque si no nadie nos va a cuidar. Tenemos que cuidarse la mujer con conocimiento de uno mismo para así este, cuidarse.

Cecilia: ¿Cómo se habla en su comunidad o familia sobre el uso de métodos anticonceptivos o planificación familiar?

Usuaría: A veces no mucho solamente.

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener o esperar para tener hijos?

Usuaría: ¿Qué dijo?

Cecilia: ¿Cómo influye su comunidad o familia en la decisión de tener o esperar para tener hijos?

Usuaría: Este, a veces no tanto nos explican, nadie nos explica eso, depende de cada uno, nadie nos dice nada.

Cecilia: ¿Se cree usted capaz de decidir y qué respuesta sería su decisión de tener o no hijos y por qué?

Usuaría: Porque a veces, este, bueno, a veces cuando queremos tener hijos y a veces no, a veces empezamos muy tarde, ya cuando ya empezamos tarde, tener hijos ya a veces hay mayor riesgo ya.

(Sonidos de llanto de bebé de fondo.)

Cecilia: ¿Qué se comenta en su comunidad o familia sobre el VIH u otras infecciones de transmisión sexual?

Usuaría: No casi, a veces no, nadie te dice nada.

Cecilia: ¿Existen tabúes o vergüenza en su comunidad o familia para hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual o acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva a preguntar o solicitar una evaluación? ¿Por qué?

Usuaría: Porque a veces uno se va, no le atienden, no nos atienden, tiene que ir otro día, a veces no hay cupo, así pero siempre es así. Y también ya irse mucho ya da vergüenza ya, y no hay tiempo también ya. No es como usted se va un día y le atienden ahí mismo y regresa, ahí sí pero no, pues no atienden rápido.

Cecilia: ¿Considera que ha sido suficiente y adecuada la información que ha recibido a lo largo de su vida sobre la educación sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí.

Cecilia: ¿Qué le hubiera gustado saber antes de lo que sabe ahora?

Usuaría: O sea, me hubiera gustado antes que te digan por ejemplo un momento para que te embaraces, que te expliquen cómo los cuidados, qué es lo que pasa, pero a veces no nos explican nada, no sabemos nada y a veces es difícil eso, que nos expliquen.

Cecilia: ¿Y qué le hubiera gustado saber antes de...?

Usuaría: Cómo cuidarme, cómo cuidarme, qué hacer, cómo alimentarme, todo eso.

Cecilia: ¿Cree que el personal de salud sabe explicarle sobre su educación sexual y reproductiva?

Usuaría: Sí, el personal se sabe, el problema es que a veces uno también no acude o cualquier cosa.

Cecilia: ¿El personal de salud entiende sus necesidades?

Usuaría: Sí, a veces sí también cuando... así a veces nos atienden si resuelven nuestras necesidades.

Cecilia: Muy bien. ¿Qué barreras o factores considera que la han limitado para recibir atención y educación en los servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Alguna vez que se fue, por qué no la pudieron atender?

Usuaría: Porque le digo que siempre a veces dicen no hay cupo o no es el doctor, como son, este, ahí en la provincia no hay casi, siempre que te dicen así, sabes que vienes mañana, no hay cupo.

Cecilia: Esa es la principal dificultad, que a veces el personal no haya o hay alguna otra dificultad, de repente la atienden y dicen no, no tenemos por ejemplo los insumos o siempre encuentran insumos.

Usuaría: No, siempre, o sea cuando uno se va a veces siempre dicen no hay, por ejemplo, una curación de muela, que usted se vaya. Dice viene el día 25, a sacar cita se va, dicen no, ya no hay cupo.

Cecilia: Entonces el principal problema es que no hay personal. ¿Qué sugerencias daría para mejorar la educación en SSyR, considerando la cultura de su comunidad?

Usuaría: Que haya más personal y atiendan mejor, de repente para así ser atendidos todos, toda la gente que se va y atiendan bien y que respeten su cultura.

Cecilia: Muchas gracias por su participación. Gracias.