



Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl.

Programa de intervención para modificar los conocimientos sobre sexualidad en
los adolescentes.

T e s i s

Para obtener el Título de:
Licenciado en Educación para la Salud

Presentan:
Allende Balderrama Joselinne.
Neri Rodríguez Lizhett.

Asesor:
Esteban Jaime Camacho Ruíz.

Nezahualcóyotl, Mayo de 2016

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I. Planteamiento del problema	
Pregunta de la investigación	5
Hipótesis	5
Objetivos	
General	5
Específicos	5
Capítulo II. Marco teórico	
2.1. Definiciones	6
2.1.1. Salud	6
2.1.2. Adolescencia	6
2.1.3. Educación sexual	6
2.1.4. Salud sexual	7
2.1.5. Sexualidad	7
2.1.6. Sexo	8
2.1.7. Género	8
2.1.8. Identidad de género	9
2.1.9. Diversidad sexual	9
2.1.10. Infecciones de transmisión sexual	9
2.1.11. Enfermedades de transmisión sexual	10
2.2. Antecedentes	10
2.2.1. Los estudiosos de la sexualidad	11
2.3. Sexualidad en la adolescencia	13
2.4. Educación sexual en adolescentes	14
2.5. Diferencias en la sexualidad adolescente: afectos y conductas	15
2.5.1. Semejanzas y diferencias en la adolescencia	15
2.6. Factores de riesgo en las relaciones sexuales coitales en adolescentes	16

2.6.1. Factores de riesgo estructurales	16
2.6.2. Factores de riesgo individuales	17
2.6.3. Factores de riesgo institucionales	17
2.7. El uso correcto de métodos anticonceptivos	17
2.7.1. Métodos anticonceptivos hormonales	18
2.7.2. Métodos anticonceptivos orales	21
2.7.3. Métodos anticonceptivos inyectables	21
2.7.4. Métodos anticonceptivos implantes	21
2.8. Embarazos no planificados en la adolescencia	25
2.9. Las infecciones de transmisión sexual (ITS)	28
2.9.1. Gonorrea	29
2.9.1.1. Epidemiología	29
2.9.1.2. Formas de transmisión	30
2.9.1.3. Signos y síntomas	31
2.9.1.4. Diagnóstico	31
2.9.1.5. Tratamiento	32
2.9.1.6. Prevención	32
2.9.2. Sífilis	32
2.9.2.1. Síntomas	33
2.9.2.2. Sífilis primaria	33
2.9.2.3. Sífilis secundaria	33
2.9.2.4. Sífilis latente	34
2.9.2.5. Sífilis terciaria	34
2.9.2.6. Sífilis mucocutánea tardía	34
2.9.2.7. Tratamiento	35
2.9.3. Clamidiasis	35
2.9.3.1 Factores de riesgo para contraer clamidia	36
2.9.3.2. Síntomas	36
2.9.3.3. Diagnóstico	37
2.9.3.4. Tratamiento	37
2.9.3.5. Prevención	38

2.9.4. Herpes genital	39
2.9.4.1. Epidemiología	39
2.9.4.2. Infección y transmisión del herpes genital	40
2.9.4.3. Tratamiento	40
2.14. Factores de riesgo	41
2.15. Factores de protección	47
2.15.1. Factores protectores	52
2.15.1.1. La familia	52
2.15.1.2. Educación e información	52
2.15.1.3. Valores	52
2.16. Programas preventivos	53
2.17. Papel de la Licenciatura en Educación para la salud	61
Capítulo III. Método	
3.1. Tipo de estudio	62
3.2. Diseño de la investigación	62
3.3. Participantes	62
3.4. Instrumento	62
3.5. Programa	63
3.6. Procedimiento	65
Capítulo IV. Resultados	
4.1. Estadísticos descriptivos	66
4.2. Estadísticos inferenciales	67
Capítulo V.	
5.1. Análisis y discusión	72
5.2. Importancia de la implementación de los programas de prevención	76
Capítulo VI.	
6.1. Conclusiones	77

6.2. Referencias	80
Anexo 1 Cuestionarios	
Educación sexual	87
Anexo 2 Carta de asentimiento	96
Anexo 3 Carta de consentimiento	98
Anexo 4 Manual conocimientos de sexualidad en los adolescentes	101

Lista de tablas y figuras

Figura 1. Distribución de la muestra por grupo

Figura 2. Distribución de la muestra por sexo

Figura 3. Distribución de la muestra por edad

Tabla 1. Medidas y desviaciones estándar para la variable

Resumen

En el mundo contemporáneo las condiciones de vida para la gente joven han cambiado y con ello su patrón de conducta sexual, manifestado en una pubertad más temprana, matrimonio más tardío, menor control y más autonomía de su familia. Estos cambios han aumentado y con ello se encuentran más vulnerables a el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual, por lo anterior el objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto del programa con el fin de aumentar los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes para así poder reducir factores de riesgo que puedan afectar su integridad física, psicológica y social, se realizó un estudio longitudinal y cuasi-experimental donde se trabajó con 2 grupos de nivel secundaria, el grupo intervención con 31 alumnos y el grupo control con 34 alumnos con edades de entre 14 y 15 años, se aplicó un instrumento con cuatro temáticas que son: educación sexual, perspectiva de género, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, con un total de 41 ítems y para ambos grupos se aplicó el mismo instrumento de evaluación de conocimientos sobre sexualidad.

El programa se aplicó a lo largo de 3 semanas con 10 sesiones en total, tres sesiones por semana con una duración de 50 minutos para cada sesión, se incluyeron diferentes dinámicas y actividades para que los adolescentes puedan interactuar y comprender mejor los temas.

Los resultados muestran que en el programa se logró un impacto de mediana calidad con una significancia de .40 en los conocimientos de los adolescentes, se logró un incremento significativo en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes se demostró la eficacia de las actividades realizadas, los adolescentes mencionan que la información sobre salud sexual que recibieron fue nueva y significativa para su vida, se consideraría importante que se fomenten actividades de educación para la salud dentro de su plan de estudios para que asimismo apliquen esos conocimientos en su vida sexual.

Palabras clave: conducta sexual, infecciones de transmisión sexual, sexualidad, educación sexual, métodos anticonceptivos, factores de riesgo.

Summary

In the contemporary world living conditions for young people they have changed and thus their pattern of sexual behavior, said in an earlier puberty, later marriage, less control and more autonomy for his family. These changes have increased and thus are more vulnerable to the risk of pregnancy and sexually transmitted infections, therefore above the objective of this study was to evaluate the impact of the program in order to increase knowledge about sexuality in adolescents, to reduce risk factors that may affect their physical, psychological and social integrity, therefore a longitudinal study was conducted and quasi-experimental which worked with 2 groups of high school, the intervention with 31 students and control with 34 students aged 14 to 15 years, an instrument with four themes that were sex education, gender, contraception and sexually transmitted infections, with a total of 41 items, the program sexuality was targeted for high school students with applied 2 sets the intervention and control waitlist group, both the same assessment tool knowledge about sexuality, consisted of three weeks with 10 sessions, three sessions per week lasting 50 minutes each session he is They included different dynamics and activities for teens to interact and better understand the issues.

The results show that the program impact of medium quality with a significance of .40 in the knowledge of adolescents achieved a significant increase in the level of knowledge about adolescent sexuality achieved the effectiveness of the activities demonstrated performed , adolescents mention that sexual health information they received was new and meaningful for your life, it would be considered important education activities for health within their curriculum be promoted to also apply this knowledge in their sex life.

Keywords: sexual behavior, sexually transmitted infections, sexuality, sex education, contraception, risk factors.

Introducción.

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y del adolescente. Desde la infancia el niño experimenta sensaciones de placer (al tocarse, al ser besado o acariciado), además de la observación sobre el comportamiento de los adultos y sus expresiones de afecto que trata de imitar; desde este punto el niño desarrollará la actitud que tendrá sobre su sexualidad.

Al iniciarse la pubertad aumenta el interés por todo lo relacionado con la sexualidad y además durante la adolescencia estos buscan probar nuevas experiencias para aclarar sus dudas sobre su sexualidad. Es aquí donde los jóvenes deben satisfacer su curiosidad y despejar sus temores siendo informados, esto debe realizarse de forma clara, precisa y sobre todo entender que el periodo de la adolescencia es una época de rápidos cambios. El desarrollo físico es solo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una gama de requerimientos psicosociales: independencia de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad e individualidad elemental.

En la presente tesis, se pretende contribuir al mejoramiento de la sexualidad en los adolescentes, por lo anterior el objetivo fue evaluar el impacto del programa con el fin de aumentar los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes.

Así mismo, prevenir situaciones de riesgo como infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados, al mismo tiempo que se aumentan sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Sin embargo este programa de intervención está diseñado para mejorar conocimientos previos en los adolescentes y reducir mitos y tabúes acerca de la sexualidad. De esta manera se logra aumentar el nivel de conocimientos sobre sexualidad e incrementar el desarrollo de actitudes sexuales positivas y saludables en la población estudiantil.

La importancia de hacer un estudio de sexualidad en los adolescentes es para prevenir conductas de riesgo a temprana edad, a que manipulen el tema con mayor precisión y

mayor cuidado, el programa fue diseñado para educar a los adolescentes y mejorar su patrón de conducta sexual saludable.

Para cumplir este objetivo en el capítulo I se describe el planteamiento del problema, hipótesis y los objetivos general y específico.

El capítulo II describe el marco teórico, abordando las definiciones principales que entran dentro del concepto de sexualidad así mismo los antecedentes, tomando en cuenta las características principales e importantes de cada uno temas como lo es sexualidad en la adolescencia, educación sexual, uso correcto de métodos anticonceptivos, los tipos de métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y los tipos de infecciones de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, clamidiasis y herpes.

El capítulo III describe la metodología, la cual consta de la descripción de los participantes, así como la descripción del instrumento mencionando cuantas preguntas lo constituyen, posteriormente describe al programa a quien va dirigido, a qué nivel escolar fue aplicado, el motivo del programa, la duración del mismo y que temas se impartieron, se presentan los resultados dando como muestra gráficas y descripción de las mismas.

En el capítulo cuarto se describe los resultados estadísticos descriptivos que conforman la distribución de muestra por sexo, grupo, edad y en los estadísticos inferenciales se muestra la descripción porcentual de complicaciones somáticas, casos de embarazos y uso de métodos anticonceptivos, así mismo las tablas de medidas y desviaciones estándar para la variable y descripción de incidencia de infecciones de transmisión sexual.

El quinto capítulo describe el análisis y la discusión, donde se mencionan los resultados obtenidos en el programa de intervención, se analizan las fortalezas del estudio y se realiza una comparación con otros estudios realizados.

En el sexto capítulo se menciona el apartado de conclusiones en el cual se explica el logro del programa y la eficacia de las actividades.

Capítulo I. Planteamiento del problema.

Pregunta de investigación

¿La aplicación del programa aumenta los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes?

Hipótesis alterna

La aplicación del programa aumentará los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes.

Hipótesis nula

La aplicación del programa no aumentará los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el impacto del programa con el fin de aumentar los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes.

Objetivos específicos

- Analizar el conocimiento de los adolescentes en sexualidad para modificar sus conductas y prevenir factores de riesgo.
- Identificar factores de riesgo asociados a la sexualidad.
- Realizar una intervención educativa para prevenir factores de riesgo

Capítulo II.

Marco teórico

2.1 Definiciones.

2.1.1. Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006).

2.1.2. Adolescencia.

La adolescencia se ha definido como un período de transición entre la infancia y la adultez. Se considera que comienza alrededor de los 10 años, con la pubertad (proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad), y que termina aproximadamente a finales de los 19 años. Es una de las etapas más vulnerables del ciclo vital debido, a todos los cambios que se experimentan (Martin & Reyes, 2003).

Por otra parte, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), definen la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años y la juventud como el período entre los 15 y los 24 años; utilizan el término “personas adolescentes” para referirse a ambos grupos (Martin & Reyes, 2003).

2.1.3. Educación sexual.

Se confiere especial atención al tema de la educación sexual, vista como parte de la formación general y preparación de la vida de las nuevas generaciones, que empieza desde la niñez y forma parte de la educación integral de la personalidad de cada individuo y la adquisición de conocimientos y habilidades que permita integrarse a su familia y a la sociedad (Díaz, 2013).

Para hacer referencia a la salud sexual y sexualidad en los y las adolescentes es de suma importancia poder rescatar que significa cada uno. La sexualidad en general es considerada como la construcción social a través del tiempo, y es la forma en que cada uno como

individuo refleja sus deseos, emociones y relaciones en la sociedad; donde los aspectos biológicos condicionan en parte esta sexualidad proporcionando la fisiología y morfología del cuerpo humano. La sexualidad de cada persona depende de la construcción social en la cual nos encontramos inmersos y las diferentes variables de como la psicológica, edad, sexo biológico, rol de género. Por lo cual debe existir un profundo respeto de acuerdo a las variables conductas de la sexualidad (Montero, 2011).

2.1.4. Salud sexual

Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1975).

2.1.5. Sexualidad.

El término “sexualidad” se refiere a un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, basada en el sexo, incluye al género, la identidad de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000).

Barragán (1997) citado por Vázquez en 2013 afirma que la sexualidad, se entiende como un proceso lento, gradual y complejo que ha de facilitar la construcción de las diferentes nociones sexuales y que ha de ayudar a comprender los procesos históricos y culturales por los que han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes.

Sin embargo es fundamental abordar temas relacionados a la sexualidad, que sean integrados y adecuados a los adolescentes como lo son: Educación sexual, sexo, sexualidad, género, el uso correcto de métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, embarazo no planeado en la adolescencia e identidad de género.

La comprensión de la sexualidad intenta equipar a la gente joven, de conocimientos y habilidades dando como resultado prevenir situaciones de riesgos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos provocados.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social (Vazquez, Cortes, 2013).

Ya que la sexualidad requiere un acercamiento adecuado para proporcionar información realista, que favorezca a los adolescentes para una mejor toma de decisiones responsables.

2.1.6. Sexo

Se refiere al conjunto de características biológicas que definen a los humanos como hembras o machos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

2.1.7. Género

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos

A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria (OMS, 2014).

2.1.8. Identidad de género

La identidad de género es la autclasificación como hombre y mujer sobre la base de lo que culturalmente se entiende por hombre y mujer. Es el conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona en cuanto a un miembro de una categoría de género (OMS, 2014).

2.1.9. Diversidad sexual.

La diversidad sexual nos habla de las diferencias que encontramos en todas las personas relacionadas con el deseo de relacionarse erótica y sexualmente. La diversidad y el respeto son valores que en los últimos años han sido reconocidos como resultado de la necesidad de una mejor comprensión de las relaciones entre las personas y los grupos (CENSIDA, 2010).

2.1.10. Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral (OMS, 2014).

Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) son causadas por microorganismos que normalmente están presentes en el tracto reproductivo, o que son introducidos desde el exterior durante el contacto sexual o durante procedimientos médicos. Estas categorías de ITR, diferentes aunque superpuestas, se denominan infecciones endógenas, infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones iatrogénicas, y reflejan la forma en que son adquiridas y se propagan (OMS, 2005).

Algunas ITS se pueden propagar por contacto sexual cutáneo. Los organismos causantes de ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos. Muchas ITS, especialmente clamidiasis, gonorrea, sífilis, hepatitis B, VIH y VPH. Se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto (OMS, 2014).

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Por consiguiente, el concepto de “infección de transmisión sexual” es más amplio que el de “enfermedad de transmisión sexual” (ETS). Los síntomas comunes de las ETS incluyen flujo vaginal, secreción uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal (OMS, 2014).

Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento (OMS, 2014).

2.1.11. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), que son causadas por agentes bacterianos, micóticos y protozoarios se curan con antibióticos y agentes quimioterapéuticos apropiados desde hace más de 40 años. No obstante, esas ETS siguen constituyendo un problema de salud pública tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo (OMS, S/A).

2.2. Antecedentes.

La sexualidad ha ido evolucionando junto con la mentalidad del ser humano. En la prehistoria era una simple satisfacción del impulso reproductivo. Es probable que la preocupación por la sexualidad no contara demasiado en las primeras comunidades cavernarias debido a la vida totalmente insegura de los primeros hombres. La persecución de la caza y la búsqueda de frutos obligaban a un constante cambio de refugios (Sorli, 2002).

La sexualidad pasa a ocupar un lugar importante en la civilización con el descubrimiento de la agricultura, pues permitió a las tribus establecerse por períodos prolongados en territorios fijos, con lo que hombres y mujeres pudieron por fin conocer el placer de reproducirse. En ese momento, la humanidad identifica a la mujer (da vida) con la tierra (da frutos). Así nace un culto a la sexualidad femenina que sólo relegarían, las religiones judaica, cristiana e islámica (Sorli, 2002).

En la edad media, la iglesia consolidaba su poder, de modo tal que la teología se equiparaba a la ley civil. En esta época aparecieron los famosos cinturones de castidad, y se hicieron evidentes muchos problemas sexuales, por lo que la iglesia para reafirmarse refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco dando origen así a la Santa Inquisición (Vera-Gamboa, 1998).

Su aparición Sigmund Freud, introdujo el término de “líbido” como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres. Con este concepto escandalizó a la sociedad burguesa de Viena al afirmar que la mayoría de las fobias y miedos tenían relación con las frustraciones sexuales (Vera-Gamboa, 1998).

A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual, conocidas entonces como enfermedades venéreas y que fueron consideradas un castigo celestial por los excesos sexuales (Vera-Gamboa, 1998).

2.2.1. Los Estudiosos de la sexualidad.

Con Alfred Kinsey zoólogo (1948), se inició el estudio sistemático de la sexualidad, que ha permitido ir develando los mitos y tabúes que rodeaban a la sexualidad. Al no encontrar datos confiables sobre el comportamiento sexual que lo apoyaran para su curso, Kinsey y colaboradores se dieron a la tarea de elaborar un programa para investigar las experiencias sexuales. Elaboró un cuestionario que le permitiera recabar información y el cual aplicó primero a sus alumnos. Detectó que la técnica de entrevista le sería más útil para sus propósitos de investigación y con su equipo entrevistaron a más de 18,000 personas para posteriormente plasmar sus resultados en su obra "Sexual Behavior the Human Male". A partir de estos datos descubre que lo "normal" de la conducta sexual es mucho más amplia de lo que se podía pensar. Los resultados de su trabajo conmocionaron su época. Poco más tarde publicó su informe sobre "Sexual Behavior the Human Female"(Portugal, 2003).

Con Masters y Johnson la sexología ha avanzado en sus conocimientos y éstos requieren ser tomados de forma ordenada, no sólo en sus recortes o en la versión de los grandes titulares. El impulso que Masters y Johnson han representado para la sexología en su vertiente clínica ha sido, sin ninguna duda, el más espectacular en el último tercio del siglo

XX. Pero sería importante no perder de vista su cuadro teórico y disciplinar (Amezúa, 2000).

Menciona el autor Efigenio Amezúa que parte de la base de que la terapia sexual creada por Masters y Johnson ha supuesto una revolución sin precedentes en el tratamiento de los problemas sexuales. Igualmente que el objetivo de la misma no ha sido sólo curar sino también, y sobre todo, mostrar un nuevo modelo de ars amandi entre los sexos. Con ello la sexología cubrió su gran carencia relativa a la intervención terapéutica. El fenómeno de la terapia sexual de Masters y Johnson ha generado imitaciones y versiones desde otras disciplinas (Amezúa, 2000).

Durante décadas se ha creído que el orgasmo masculino y el femenino se alcanzaban a través del coito. Shere Hite nos demuestra en su informe sobre la sexualidad femenina que el 70% de las mujeres a las que entrevistó, no están satisfechas con sus relaciones sexuales y no alcanzan el orgasmo a través del coito. El estudio que Shere Hite llevó a cabo, tenía por objetivo conocer cómo ven las mujeres su sexualidad. En el estudio que lleva a cabo en los años 70 revela que: “el 95% de las mujeres a las que he hecho el estudio, han sido educadas en la creencia de que el sexo era malo”. Habla de la educación sexual como uno de los aspectos más importantes que determina la libertad de la mujer. Esta idea también la destaca Shere Hite en otro de sus libros sobre sexualidad publicado en el año 2002, en el que se habla de la revolución sexual femenina que están haciendo las mujeres al encontrar una independencia sexual que está fuera del ambiente matrimonial en el que han vivido aisladas durante mucho tiempo (Puleo, 2013).

Asimismo, los movimientos juveniles de la década de 1960, y la transformación política y económica de esa época, propiciaron la ruptura de la ortodoxia sexual impuesta por la religión a lo largo de los siglos, y se consideró que la sexualidad era una función básica del ser humano, algo natural e inherente a él que debía ser disfrutado sin temor ni sentimientos de culpabilidad (Medina, 2010).

2.3. Sexualidad en la adolescencia.

Según Montero (2011), la sexualidad en general es una construcción social, relacionada con las múltiples y diferentes maneras en la que nuestras emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos. Donde los aspectos biológicos son los encargados de condicionar gran parte de la sexualidad y son quienes se encargan de proporcionar la fisiología y morfología del cuerpo humano. La sexualidad de cada uno de nosotros emerge y existe en un contexto cultural, influenciada por diferentes variables tales como: psicológicas, edad, socio-económicas, sexo biológico, rol de género y etnicidad; por lo que es necesario un amplio reconocimiento y respeto de las variables de formas, creencias y conductas sexuales relacionadas con nuestra sexualidad (Montero, 2011).

Por otra parte Muñoz (2004), nos dice que la sexualidad es un poderoso impulso vital, que se origina en aspectos biológicos e innatos; ya que nacemos hombres o mujeres, así que nacemos sexuados. Pero lo más trascendente es la esencia que va más allá de lo materia, de lo biológico, es la característica que nos diferencia de los demás seres vivos que habitan el planeta; los sentimientos que se construyen más allá de la fuerza que integra la personalidad de cada uno de los individuos (Muñoz, 2004).

Zeidenstein y Moore (1995), profundizan posibles implicaciones teóricas y sintetizan el concepto de sexualidad humana haciendo bajo la óptica de considerarla como una respuesta biológica, traducida por la cultura que cada individuo posea. De este modo plantean que la sexualidad se considera un constructo social (Sanabria, 2013).

Como nos menciona Chirinos, Bardales y Segura (2006), la primera relación sexual; aproximadamente se tuvo con algún amigo o pareja estable. Siendo el preservativo masculino el método de anticoncepción más utilizado para prevenir un embarazo (Chirinos, Bardales, & Segura, 2006).

De esta manera, hay muchas razones para estudiar la sexualidad en la adolescencia; el hecho de que su vida sexual activa comience antes de los 19 años y siendo un porcentaje aproximado de 50% de los adolescentes. En los países desarrollados, la tendencia a la

reducción de la edad puberal y precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, también constituye una muestra de alarma para los gobiernos (Díaz, 2013).

2.4. Educación sexual en adolescentes.

Es importante hablar de que es salud sexual y sexualidad en los adolescentes, como se ha mencionado con anterioridad la sexualidad es un constructo social (Montero, 2011).

Como un impulso vital que se origina con aspectos biológicos innatos, nacemos hombres o mujeres; nacemos sexuados. Pero esto va más allá de la misma parte biológica de cada individuo: los sentimientos, son constructos que ayudan al esclarecimiento de la personalidad. Ya que la sexualidad es un aspecto tan amplio, se considera que debe estar guiado por los padres de familia y profesores en lo que es llamado como educación sexual. Esto ayuda al niño a reconocerse, adaptarse y entender su propio cuerpo. A comprender el mundo social que los rodea y así poder evitar confusiones, sentimientos de culpa o vergüenza con respecto a sus genitales (Muñoz, 2004).

Una buena educación sexual en años posteriores ayuda a que se tenga mejor relación con el sexo opuesto, aminorando las tensiones que se sufren en la pubertad y la adolescencia, especialmente cuando se irrumpe con gran fuerza el impulso sexual; derivado de la maduración que está teniendo el individuo hormonalmente. Esto lleva a que el adolescente tenga una actitud normal ante situaciones que se presentan en su cuerpo y es parte fundamental de la vida (Muñoz, 2004).

Es por esto que la educación sexual debe ser iniciada desde la infancia, y estar encaminada bajo dos aspectos básicos, el primero que comienza en casa y debe estar bajo actitudes, normas y valores acerca del sexo que contribuyan al propio bienestar y al de la sociedad. La información sobre todo lo referido a sexualidad, es propiciada por medios formales e informales, puede proceder de padres, amigos, maestros, libros, medios de comunicación, etc. No se trata de inmunizarlos contra la sexualidad, ya que podría ser contraproducente tratar de privarlos de vivir su propia sexualidad, sino de ayudarlos a armonizar sus necesidades biológicas, psíquicas y sociales (Hernandez & Gonzalez, 2005).

2.5. Diferencias en la sexualidad adolescente: afectos y conductas.

Los seres humanos nos diferenciamos por pertenecer a una especie, ser hombres o mujeres y tener numerosas características personales que nos hacen únicos, de este modo es donde se hacen las diferencias sexuales, las diferentes formas de vivir la sexualidad de los y las adolescentes (López, Carcedo, Fernández-Rouco, Blázquez, Kilani, 2011).

Por supuesto, nadie pone en duda que hay diferencias anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres adolescentes, hoy bien conocidas: diferencias en la forma que el cerebro regula las hormonas y, en el caso de la mujer, el ciclo menstrual, diferencias hormonales, diferencias en la función reproductora y diferencias somáticas bien evidentes (López et al., 2011).

2.5.1. Semejanzas y diferencias en la adolescencia.

La conducta de masturbación la práctica un número mucho mayor de chicos (entre el ochenta y noventa por ciento frente al cincuenta o sesenta por ciento de chicas), haciéndolo, además, con mayor frecuencia (López et al., 2011).

Los varones están más dispuestos al sexo ocasional, es decir, están dispuestos a tener un placer sexual, ya sean en parejas heterosexuales, homosexuales, etc (López et al., 2011).

En relación al tipo de conductas sexuales, las mujeres encuentran mayor placer por la comunicación, las caricias, confianza, es decir buscan placer por medio de sentimientos, sin embargo los varones buscan una conducta coital (López et al., 2011).

Las mujeres, con respecto a los hombres, suelen quejarse del machismo, la falta de delicadeza, el hecho de que vayan demasiado directos y rápidos al coito, ya que a los varones no suelen interesarle los sentimientos, no suelen interesarse en lo afectivo, en la comunicación, lo que los varones buscan es un sexo ocasional (López et al., 2011).

Las mujeres asocian la actividad sexual más a los afectos, la intimidad y el compromiso que los varones, de esto deriva a que las mujeres tienen menos parejas.

2.6. Factores de riesgo en las relaciones sexuales coitales en adolescentes.

Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que implica ser activos sexualmente. Por tal motivo este grupo necesita servicios de salud sexual reproductiva (SSR), para que reciban información sobre las formas de evitar el embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluidos el Virus de Papiloma Humano (VPH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA). Los adolescentes son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no solo porque su cuerpo físicamente sigue en desarrollo, si no por las implicaciones psíquicas y sociales que el proceso de gestación implica, y que no solo afecta a la joven madre si no que tiene consecuencias en el padre adolescente, los hijos, familiares y la sociedad en general (Rodríguez, 2008).

Los medios de comunicación masiva ejercen mucha influencia en los jóvenes, bombardeando su mente de erotismo, sin entregar las herramientas necesarias para que se maneje su sexualidad adecuadamente y con la ausencia absoluta de contenido acerca de las consecuencias negativas. Por lo cual el adolescente no se desarrolla adecuadamente dejando de lado planes a futuro sobre su propia vida (Gonzalez, 2004).

El inicio de la actividad sexual expone a los adolescentes a varios riesgos que comprometen la salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una orientación sexual adecuada y sin el conocimiento pleno de las complicaciones que puede llevar la actividad sexual sin protección alguna. La ignorancia sobre la reproducción humana, la mala comunicación con los padres, ser hijo de padres adolescentes, así como la influencia de los grupos sociales y los medios de comunicación (Doblado, De la Rosa, & Junco, 2010).

2.6.1. Factores de riesgo estructurales

La situación de exclusión social de los adolescentes en relación con el acceso a los servicios de salud, educación y empleo. Es un aspecto determinante de que los adolescentes se embarquen pues no cuentan con la educación necesaria para poder evitarlo. Varios estudios han demostrado que mientras mayor sea la escolaridad que presente la mujer es

más factible que tenga un embarazo planificado así como el número de hijos que pretende tener en su vida adulta (Rodríguez, 2008).

2.6.2. Factores de riesgo individuales

Las creencias y tabúes que tiene cada adolescente así como la cultura en la que se hayan desarrollado es un factor dominante en la forma que las adolescentes se embarazan y a qué edad lo hacen, en algunas sociedades la masculinidad o feminidad es determinada al momento de tener hijos por lo cual se ve afectado su proyecto de vida.

La menarca a una edad temprana otorga madures a la adolescente pero no está predeterminada para detectar los factores de riesgo que podrían afectarla (Rodríguez, 2008).

Nos menciona Torrico en 2004 en un estudio realizado a mujeres estudiantes de nivel secundaria en La Paz, Bolivia. Un factor de riesgo determinante para el inicio de las relaciones sexuales es el consumo de alcohol asociado a la asistencia a discotecas, con la cual las mujeres y hombres al estar bajo los influjos del alcohol incluso de algunas drogas suelen no medir las consecuencias de iniciar alguna relación sexual sin protección e incluso con algún desconocido (Torrico, Salas, Gutierrez, Arce, & Salazar, 2004)

2.6.3. Factores de riesgo institucionales

La deficiencia en el acceso que tienen los adolescentes a los servicios de salud, escuela y consejería en educación sexual, el desconocimiento sobre sus derechos sexuales y los malos horarios que provocan que no tengan accesibilidad a los centros de salud para poder recibir información (Rodríguez, 2008).

2.7. El uso correcto de métodos anticonceptivos.

La planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a todas las personas. El bienestar físico, mental y social de los hombres, las mujeres y los niños suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que pueden prodigar mejores cuidados.

También se ha demostrado que el uso apropiado de la planificación familiar ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil (Frenk, 2000).

Además, las investigaciones han demostrado que cuando se ofrece una combinación de métodos se obtienen tasas de continuidad de uso más elevadas porque la gente tiene más probabilidades de obtener el método que satisface mejor sus necesidades (Frenk, 2000).

No existe un método anticonceptivo único que satisfaga las necesidades de todas las personas. Algunos métodos protegen contra el embarazo mejor que otros. Además, algunos métodos también protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cada método tiene ventajas, desventajas y efectos secundarios distintos, y ciertos métodos tal vez no sean apropiados para algunas mujeres o algunos hombres. Por consiguiente, la selección de un método debe basarse en las necesidades y las preferencias de cada cliente. También es importante que los clientes estén completamente informados acerca de los métodos y que su decisión en cuanto a comenzar a usar o a seguir usando un método en particular sea voluntaria (Frenk, 2000).

Realmente los métodos anticonceptivos no protegen como tal, pero se pueden prevenir los adolescentes para no contraer algún riesgo en cuanto a su salud, también es depende en donde compren los métodos anticonceptivos ya que aparte suelen comprarlos muy baratos y eso puede afectar su salud, porque puede que no sirvan y sean de muy baja calidad y todo salga mal, como embarazos, infecciones etc. Por eso se le recomienda la adolescente que tenga conocimiento del uso de métodos anticonceptivos (Frenk, 2000).

2.7.1. Métodos anticonceptivos hormonales.

Los métodos anticonceptivos hormonales, que se encuentran entre los anticonceptivos de uso más generalizado en el mundo. Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad. Primero se examinara los anticonceptivos orales y el uso de las píldoras

anticonceptivas para la anticoncepción de emergencia, luego se examinara los anticonceptivos inyectables y los implantes (Frenk, 2000).

Descripción	Prevención del embarazo	Prevención de ITS	Disponibilidad	ventajas	Desventajas	Posibles efectos secundarios
PÍLDORAS Contienen hormonas que detienen la ovulación.	Muy efectivo (Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres).	Nula, por ello se recomienda el uso correcto y consistente del condón.	Disponible en farmacias y centros de salud comunitarios.	Permite el regreso de la fertilidad tan pronto se dejan de usarlas. La menstruación se regulariza y disminuye los cólicos menstruales.	Se puede olvidar tomarlas todos los días. Hay posibles interacciones con ciertos medicamentos antiretrovirales para VIH.	Sangrado en goteo o entre menstruación. Dolor de cabeza y náuseas. Leve aumento de peso. Cambios de humor.
INYECTABLES Previenen la ovulación. Se	Muy efectivo (Menos de 1 embarazo por cada 100	Nula, por ello se recomienda el uso	Ampliamente disponible en farmacias y centros de	Puede utilizarse como método	. Puede retardar, pero no impedir,	Posibles cambios en el sangrado menstrual.

<p>deben administrar cada mes, o cada tres meses (dependiendo de la marca) en un centro de salud. Los más conocidos son los combinados de cada mes.</p>	<p>mujeres</p>	<p>correcto y consistente del condón.</p>	<p>salud comunitarios.</p>	<p>de larga duración . Nadie puede darse cuenta de que la mujer está usando este método</p>	<p>el regreso a la fertilidad.</p>	<p>Dolor de cabeza, mareos y náuseas. Leve aumento de peso. Cambios de humor.</p>
<p>IMPLANTES Liberan una hormona que evita la ovulación. Son tubos pequeños que se insertan debajo de la piel del antebrazo de la mujer.</p>	<p>Muy efectivo. (Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres</p>	<p>Nula, por ello se recomienda el uso correcto y consistente del condón.</p>	<p>Ampliamente disponibles en farmacias y centros de salud comunitarios.</p>	<p>Se puede retirar en cualquier momento en que la mujer lo desee y permite el regreso inmediato a la</p>	<p>Deben ser colocados y retirados por personal capacitado ; proceso que puede ser doloroso. Su costo es elevado.</p>	<p>Puede causar períodos irregulares, dolor de cabeza y náuseas, leve aumento de peso. Cambios de humor.</p>

				fertilida d. Puede usarse como método de larga duración		
--	--	--	--	--	--	--

2.7.2. Métodos anticonceptivos orales.

Existen dos tipos de anticonceptivos orales (AO): las que contienen estrógeno y progestina, llamadas comúnmente anticonceptivos orales combinados (AOC) y las que contienen sólo progestina. Las píldoras combinadas son los anticonceptivos orales que más se usan (Frenk, 2000).

Es más fácil cometer errores que resultan en embarazo cuando se están tomando las PSP (Pastillas de solo Progesteno), porque estas píldoras deben tomarse a la misma hora cada día para que den el mejor resultado. Sin embargo, las PSP son muy eficaces para las mujeres que están amamantando y no afectan a la producción ni la calidad de la leche como ocurre con los AOC (Anticonceptivos orales combinados) (Frenk, 2000).

2.7.3. Métodos anticonceptivos inyectables.

Los inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de inyectable surte efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene (Frenk, 2000).

2.7.4. Métodos anticonceptivos implantes.

Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente una progestina en el torrente sanguíneo.

Descripción	Prevención del embarazo	Prevención de ITS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas	Posibles efectos Secundarios
<p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)</p> <p>Impide que el espermatozoid e alcance el óvulo y lo fecunde. Es una pieza de plástico con manguitas de cobre que se coloca en el útero durante la menstruación a través de la vagina. Existen los DIU medicados con levonorgestrel</p>	<p>Muy efectivo. (Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres</p>	<p>Nula, por ello se recomienda el uso correcto y consistente del condón .</p>	<p>Disponible en farmacias y centros de salud comunitarios. Existen modelos pequeños, de tamaño reducido, diseñados especialmente para adolescentes nulíparas (que nunca han tenido embarazos</p>	<p>Previene el embarazo por un período de 10 años. Se puede retirar en cualquier momento que la mujer lo desee. La fertilidad regresa inmediatamente después de retirarse.</p>	<p>Su inserción y retiro requiere de personal capacitado. Las adolescentes pueden presentar más intolerancia y mayores tasas de expulsión del DIU.</p>	<p>Se ha informado de sangrado menstrual abundante. No debería usarse cuando existe presencia de ITS, pues su inserción puede afectar el tracto reproductivo alto (útero, trompas de Falopio y ovarios), causar enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad.</p>

<p>ESPERMICIDAS</p> <p>Son sustancias químicas elaboradas para matar a los espermatozoides en la vagina e impedir que el esperma entre en el cérvix. Pueden ser óvulos o tabletas, espumas, jaleas y cremas. Se debe colocar un solo tipo de ellos poco antes de la relación sexual.</p>	<p>Medianamente efectivo.</p> <p>6 embarazos dentro de 1 año con uso correcto y consistente ; 26 embarazos con uso regular por cada 100 mujeres.</p>	<p>No existen pruebas de que eviten la infección por VIH. Pueden proporcionar cierta protección contra ITS producidas por bacterias. Se recomienda usar correcta y consistentemente el condón</p>	<p>Disponible en farmacias y centros de salud comunitarios.</p>	<p>Es un método que controla; se utiliza sólo cuando ella lo necesite. Es de uso sencillo. Incrementa la lubricación vaginal. No es necesaria la ayuda de un proveedor de la salud.</p>	<p>Se debe colocar 10 minutos antes de que el hombre eyacule pero no más de una hora antes. Se derriten con el calor, por lo que deben ser almacenados en lugares adecuados.</p>	<p>Puede causar irritación a la mujer o la pareja, o puede causar reacciones alérgicas a ambos.</p>
<p>CONDÓN MASCULINO</p> <p>Es una funda de látex que se coloca desenrollándola</p>	<p>Muy efectivo si se usa correctamente y de manera</p>	<p>Muy efectivo. El VIH y otros agentes infecciosos no pueden</p>	<p>Disponible en farmacias y centros de salud comunitarios</p>	<p>Es fácil de conseguir. Puede ser proporcionado directamente</p>	<p>Es necesario aprender a usarlo. Puede romperse si no se usa</p>	<p>Causa irritación en personas alérgicas al látex.</p>

<p>o sobre el pene erecto antes del coito. El hombre eyacula dentro del condón. Generalmente viene lubricado. Pero si hay necesidad de lubricarlo, debe evitarse añadir lubricantes a base de petróleo</p>	<p>constante. (3 embarazos por cada 100 mujeres con uso correcto y consistente ; 14 embarazos con uso regular).</p>	<p>atravesarlo</p>	<p>os.</p>	<p>e por los adolescente s a otros adolescente s. Se obtiene sin receta médica. Involucra al hombre en el mejoramiento de la salud reproductiva. Ofrece una protección dual: evitar los embarazos no planeados y prevenir las ITS, incluyendo el VIH.</p>	<p>correctamente o ha caducado, o cuando se produce mucha fricción (si el condón está seco), o si se emplean lubricantes grasosos. En caso de que se rompa se recomienda la anticoncepción de emergencia.</p>	
--	---	--------------------	------------	---	---	--

CONDÓN FEMENINO Es una funda suave de poliuretano que cubre el interior de la vagina. Puede ser usado con un espermicida	Muy efectivo si se usa correctamente y de manera constante. (5 embarazos por cada 100 mujeres con uso correcto y consistente ; 21 embarazos con uso regular).	Muy efectivo. El VIH y otros agentes infecciosos no pueden atravesarlo.	Se puede conseguir en algunas organizaciones y clínicas de salud reproductiva de la mujer	Es un método controlado por la mujer y que ella decide cuándo y con quién usar. Ofrece una protección dual: evitar los embarazos no planeados y prevenir las ITS, incluyendo el VIH	Es caro y, por ahora, difícil de conseguir. Puede ser complicado colocarlo.	En casos raros, puede haber reacciones alérgicas
--	---	---	---	---	---	--

2.8. Embarazos no planificados en la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia es definido como un problema al ser vinculado por las consecuencias no deseadas, ni previstas como el aborto ilegal, el abandono y el maltrato de los niños y varios conflictos conyugales y familiares, dependencia económica del grupo familiar, delegación del cuidado de los hijos, uniones conyugales forzadas, abandono de los estudios, dificultades en la inserción laboral y varios problemas de salud del niño y la madre; al no estar en completa madurez su cuerpo (Climent, 2009).

En los últimos años se ha observado que los embarazos adolescentes van en aumento, siendo cada vez más la preocupación de los gobiernos debido a las consecuencias que trae consigo un embarazo no planificado. Estudios realizados en Estados Unidos evidencian la tendencia de alza en la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008).

Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi (2006), hacen mención sobre los embarazos no planificados, de los cuales las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebé, y de acuerdo con algunos estudios en algunos de los casos la mayoría hubiera preferido no tenerlo en ese momento. Muchos de los embarazos no planificados de jóvenes solteras tienen consecuencias tanto sociales como físicas (Rojas, 2009).

Existen varias consecuencias que afectan tanto a la madre como para el bebé, entre ellas las complicaciones somáticas para la madre, siendo la mortalidad materna del grupo 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20- 34 años. (Tabla 1). Con respecto a la mortalidad materna la desnutrición materna un factor importante que influye en el resultado del neonato presentando bajo peso al nacer (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008).

Tabla 1. Descripción porcentual de la comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta.

Complicaciones somáticas en el embarazo	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	49.36%	43.67%
Infección tracto urinario	13.29%	6.69%
Retardo crecimiento uterino	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3%	2.8%
Recién nacido bajo peso	6.32%	3.16%
Complicaciones en el parto	10.75%	5.69%
Parto instrumental	4.9%	2.1%

Los problemas psicosociales forman parte importante de la vida de la madre adolescente, uno de los más comunes es la deserción escolar siendo un gran problema no solo para la madre sino que influye en el desarrollo de toda la sociedad en general. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo son las razones específicas más frecuentes de la deserción (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008).

De forma global puede observarse un mayor índice de morbi-mortalidad en la gestación de la adolescente, y puede clasificarse por los periodos de gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, anemia y las infecciones urinarias, mientras la segunda mitad se presentan los cuadros hipertensivos, hemorragias relacionadas con infecciones placentarias, escasa ganancia de peso relacionada con malnutrición materna y síntomas de nacimiento prematuro. En relación con el producto se destaca bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino, como por recién nacido bajo peso por la edad gestacional (Climent, 2009).

La OPS propone que los problemas de los adolescentes, como el embarazo debe abordarse a la salud sexual que aproxime a los adolescentes a la concientización de las consecuencias que trae el inicio temprano de las relaciones sexuales. Este marco conceptual considera factores individuales, sociales y del medio ambiente; donde todo en conjunto pueda crear una buena mancuerna para mejorar la educación sexual que reciben los adolescentes (Moreno, León, & Becerra, 2006).

Pero aun siendo la educación sexual una forma de que los embarazos no planificados en los adolescentes sigan aumentando, en los sectores marginados la estructura familiar suele ser poco estable debido al poco acceso que tienen a los servicios básicos de salud, educación o empleo, y esto a su vez trae consigo consecuencias como la violencia familiar que provoca que los adolescentes decidan salir de ahí de la forma menos deseada y que en muchas ocasiones terminen siendo ellas las que ahora sufran el maltrato (Stern, 2004).

Un 9.9% de las mujeres que han tenido relaciones sexuales completas se han quedado embarazadas y esto ha ocurrido preferentemente en edades muy jóvenes. La media de edad en la que se quedaron embarazadas sin desearlo fue de 19.6 años. Un 75% se quedaron

embarazadas entre los 15 y 21 años. La tasa real de embarazos no deseados se sitúa en el 7.9% de las mujeres jóvenes. La mayoría de los embarazos no deseados en adolescentes terminan en emparejamiento en edades muy tempranas. Esto produce un abandono en la trayectoria escolar (en un 48.45 no superan la primaria y un 41.1% se quedan en secundaria). Un elevado número adolescentes no utilizan el recurso del aborto para el embarazo no deseado (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008).

2.9. Las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral.

Algunas ITS se pueden propagar por contacto sexual cutáneo. Los organismos causantes de ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos. Muchas ITS, especialmente clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Por consiguiente, el concepto de “infección de transmisión sexual” es más amplio que el de “enfermedad de transmisión sexual” (ETS). Los síntomas comunes de las ETS incluyen flujo vaginal, secreción uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento (OMS, 2013).

Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves.

- Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH.

- La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales, y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita.
- Anualmente, la infección del VPH provoca 530.000 casos de cáncer cervicouterino y 275.000 defunciones.
- ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad.

2.9.1. Gonorrea.

La Gonorrea es una Infección de Transmisión Sexual causada por una bacteria llamada *Neisseria Gonorrhoeae*. Esta bacteria se ubica a nivel de la uretra (conducto por donde sale la orina al exterior del cuerpo) tanto del hombre como la mujer en donde puede multiplicarse activamente. También se le puede ubicar a nivel de la boca, la garganta, los ojos y el ano (Conde & Uribe, 1997).

2.9.1.1. Epidemiología

Aunque no es una infección obligatoria de notificación, el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) calcula unas 700,000 infecciones nuevas cada año causadas por esta enfermedad. Solamente cerca de la mitad de estas infecciones son comunicadas al CDC. En el año 2002, se reportaron 351,852 casos de gonorrea al CDC con una tasa de 125 por cada 100,000 personas (Conde & Uribe, 1997).

Las edades de las personas que con más frecuencia contraen esta enfermedad se encuentra entre los 20 y 24 años, es decir, población sexualmente activa, siendo mayor en jóvenes adolescentes (Conde & Uribe, 1997).

Descripción de incidencia de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual, en edad promedio de 15 a 24 años.

Año de notificación y grupos de edad	Infecciones de Transmisión Sexual				
	Candidiasis Urogenital	Chancro Blando	Herpes Genital	Sífilis	Virus del Papiloma Humano
De 15 a 19 años					
2000	202.79	0.83	4.83	2.20	8.80
2001	210.59	0.66	4.21	2.14	5.84
2002	221.84	0.85	4.54	2.20	7.17
2003	209.56	0.79	1.70	2.01	8.20
2004	204.14	0.59	1.12	2.64	8.80
2005	211.76	0.53	0.96	2.31	9.51
2006	210.59	0.46	1.05	2.48	9.71
2007	204.46	0.51	1.15	3.23	ND
2008	206.96	0.48	1.18	5.72	11.48
De 20 a 24 años					
2000	573.69	1.97	12.05	3.91	13.00
2001	605.07	1.54	11.94	4.38	19.54
2002	657.94	1.54	12.75	4.62	22.54
2003	604.66	1.91	4.96	4.70	26.06
2004	584.89	1.47	3.32	4.79	27.70
2005	600.89	1.13	2.60	4.43	32.42
2006	605.07	1.35	2.85	4.94	29.99
2007	556.14	1.21	3.40	5.70	ND
2008	520.74	1.07	3.28	3.87	33.81

2.9.1.2. Formas de transmisión.

La gonorrea se transmite por vía sexual, es decir por contacto con el pene, la vagina, la boca o el ano. De tal manera que las relaciones sexuales vaginal, oral y anal deben ser protegidas para evitar este tipo de infección (Conde & Uribe, 1997).

Otra forma de transmisión es perinatal, es decir de madre a niño durante el parto. A pesar de la cura de esta enfermedad con tratamiento médico, se puede volver a contraer muchas veces si se tiene algún tipo de relación sexual con personas infectadas con *Neisseria gonorrhoeae* (Conde & Uribe, 1997).

Entre los Factores de riesgo que existen para contraer esta enfermedad tenemos el de tener múltiples compañeros sexuales, tener un compañero con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y tener relaciones sexuales sin el uso del condón (Conde & Uribe, 1997).

2.9.1.3. Signos y síntomas

Aunque puede no presentar síntomas, lo común es la descarga uretral, o sea la salida de algún tipo de secreción a nivel de la uretra (Conde & Uribe, 1997).

El tiempo entre el contacto sexual y el inicio de los síntomas es en promedio de 5 días pero puede tardar hasta un mes. Esa es la razón por la que todo contacto sexual debe ser protegido y recordado para poder contactar a la pareja y asegurar el tratamiento en ambos (Conde & Uribe, 1997).

En el hombre: se presenta mayormente salida de “pus” por el pene, secreciones amarilla, blanca o verdosa, visualizada principalmente durante la primera micción en las mañanas. Puede también presentarse con ardor para orinar. En algunas ocasiones causa epididimitis, complicación de la enfermedad que se presenta con dolor a nivel testicular y que si no es tratada puede llevar incluso a la infertilidad. La prostatitis también puede ser complicación de esta enfermedad (Conde & Uribe, 1997).

En la mujer: a diferencia del varón, puede no presentar sintomatología. Muchas veces puede confundirse con síntomas de una infección vaginal o de cistitis. También presentan dolor o ardor al orinar, aumento del flujo vaginal y hemorragia vaginal entre períodos. Al no presentar síntomas específicos la mujer con infección por gonorrea puede tener complicaciones graves. Entre las complicaciones se encuentra la enfermedad pélvica inflamatoria o (EPI), causante de dolor a nivel pélvico asociada a fiebre, embarazos ectópicos o fuera de lugar, pudiendo producir incluso infertilidad. También se encuentra infección a nivel de útero, trompas de Falopio (que comunican al útero con los ovarios), cuello uterino y vaginitis (Conde & Uribe, 1997).

2.9.1.4. Diagnóstico

La obtención de una muestra, a nivel del cuello uterino en la mujer y de la uretra en el varón o a nivel anal, es necesaria para su detección. La muestra que se obtiene se tiñe y se observa al microscopio. La prueba es llamada Gram y de acuerdo a la formas presentes en la muestra (diplococo Gram negativo) y al color que adquieren en la tinción nos ayudará a

realizar el diagnóstico. Por anatomía es más fácil el diagnóstico en hombres que en mujeres (Conde & Uribe, 1997).

Asimismo tenemos la posibilidad de cultivar la secreción uretral, secreciones a nivel de garganta y recto. El cultivo es el método de elección para el diagnóstico de la enfermedad (Conde & Uribe, 1997).

2.9.1.5. Tratamiento

El tratamiento es antibiótico y debe de ser recetado por un profesional de la salud. La gonorrea presenta descarga uretral pero también lo presentan otras infecciones por lo que actualmente la Organización Mundial de la Salud recomienda un manejo con dos antibióticos para toda persona con esta molestia, que abarcan a todos los agentes causales (Conde & Uribe, 1997).

La persona que adquiere gonorrea debe de tomarse otras pruebas de ITS, ya que la presencia de una infección de transmisión sexual nos avisa que la persona no está utilizando condón y está expuesta cualquier tipo de enfermedad (Conde & Uribe, 1997).

La pareja también debe de recibir tratamiento, de lo contrario se volverá un círculo viciosos pues la re infección existe y no permitirá la cura definitiva en la persona. Sin embargo, la prevención sigue siendo la mejor estrategia (Conde & Uribe, 1997).

2.9.1.6. Prevención

La abstinencia de las relaciones sexuales es el único método absoluto de prevención de la gonorrea. Al igual que en todas las ITS, la pareja estable es la mejor forma de prevenir cualquier ITS. El uso del condón disminuye el riesgo de infección (Conde & Uribe, 1997).

2.9.2. Sífilis

Aparece una inflamación de ganglios inguinales, pene, vulva, cuello de la matriz, boca o ano. Generalmente no produce molestias, pero pueden presentarse, después de algunos

años, síntomas como fiebre, dolor de huesos, articulaciones y músculos o manchas cafés en el cuerpo (OPS, 2010).

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel lesionada o las membranas mucosas. Su transmisión se presenta con más frecuencia por contacto sexual y se puede también transmitir al feto durante cualquier etapa del embarazo. Esta enfermedad se ha propagado en los Estados Unidos y afecta principalmente a adultos sexualmente activos entre 20 y 29 años de edad (Carrada-Bravo, 2012).

2.9.2.1. Síntomas

Los síntomas de la enfermedad dependen de cada una de las etapas. Además, un gran número de afectados puede no presentar síntomas (Carrada-Bravo, 2012).

2.9.2.2. Sífilis primaria:

- Chancros (usualmente unitarios aunque pueden ser múltiples) úlceras indoloras en los genitales, recto, o boca.
- Agrandamiento de ganglios linfáticos cerca del área ulcerada

2.9.2.3. Sífilis secundaria:

- Erupción en la piel, generalmente en todo el cuerpo con parches planos y elevados que se propagan inclusive a las palmas de las manos y las plantas de los pies.
- Agrandamiento extensivo de ganglios linfáticos.
- Parches en las mucosas (ulceraciones plateadas indoloras de las membranas mucosas, especialmente en la boca y los genitales).
- Condiloma lato, pápulas coalescentes que forman una placa gris y blanca usualmente en áreas de pliegues como la ingle, los genitales, las axilas y debajo de las mamas.
- Pérdida del cabello (alopecia).

- Síntomas generales como fiebre, fatiga, pérdida del apetito, y dolores persistentes y pasajeros en los huesos.

2.9.2.4. Sífilis latente

- Se da tras la involución de las lesiones de la sífilis secundaria. Si se está dentro del primer año de la infección se habla de sífilis latente precoz, y después del primer año de latente tardía. El 60 a 70% de los pacientes infectados y no tratados, permanecen en esta etapa por toda la vida.

2.9.2.5. Sífilis terciaria:

- Lesiones destructivas que infiltran la piel, huesos o hígado (sífilis gomosa).
- Sífilis cardiovascular, la cual produce inflamación de la aorta (aortitis) y puede ser asociada con aneurismas aórticos.
- Alteraciones del sistema nervioso central que comprometen meninges, cerebro, médula espinal y sistema ocular o auditivo.

2.9.2.6. Sífilis mucocutánea tardía

Afecta fundamentalmente a piel (70%), mucosas (10.3%), huesos (9.6%), y con menor frecuencia a tracto respiratorio superior, hígado, estómago, páncreas, riñones, vejiga, ojos, mediastino, linfonodos, músculo-esquelético, tracto genital femenino, pene, testículos, mamas. El compromiso cutáneo se caracteriza por lesiones nodulares o nódulo-ulcerativas y los gomas (Carrada-Bravo, 2012).

Los primeros son nódulos profundos, indurados, parduzcos, rojizos o cobrizos que crecen en forma anular con curación central que puede ser cicatrizar. Crecen principalmente en cara, áreas escapulares e interescapulares, y superficie extensora de extremidades. Las gomas corresponden a granulomas generalmente solitarios que nacen en el tejido subcutáneo y se extienden a dermis y epidermis, dando la impresión de tumor de partes blandas. Pueden mantenerse estables, progresar, sanar espontáneamente o ulcerarse. Se ubican principalmente en zonas de trauma. Clínicamente se ven como nódulos rosados a rojos, de distintos tamaños y consistencia gomosa. Pueden afectar también a hueso,

mucosas, tracto respiratorio, digestivo y todos los órganos antes mencionados (Carrada-Bravo, 2012).

Los huesos que con mayor frecuencia se comprometen son el borde anterior de la tibia, seguido del cráneo, clavícula, peroné, fémur, húmero, costilla. Pueden formarse callos óseos irregulares y sensibles. En el cráneo se presentan múltiples gomas osteolíticas que radiológicamente dan el aspecto de agusanado. Clínicamente se presenta dolor, tumefacción nocturna, aumento de volumen e impotencia funcional. A nivel articular puede haber artralgias, artritis y sinovitis (Carrada & Bravo, 2012).

2.9.2.7. Tratamiento

El objetivo fundamental del tratamiento es eliminar la infección con terapia de antibióticos adecuada. La penicilina es el medicamento de elección, aunque las personas alérgicas a ésta pueden usar doxiciclina como antibiótico alternativo. La penicilina se puede suministrar de forma intramuscular o intravenosa, dependiendo de la etapa de la enfermedad la cual se debe notificar a las autoridades de salud pública, con el fin de ayudar en la identificación y tratamiento de compañeros sexuales potencialmente infectados. Después de un tratamiento antibiótico adecuado, generalmente se realizan pruebas sanguíneas complementarias (RPR) para valorar lo adecuado del tratamiento (Carrada & Bravo, 2012).

2.9.3. Clamidiasis

La infección por clamidia es adquirida por transmisión sexual. Es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, Gram negativa, intracelular (vive dentro de las células) que puede no presentar molestias o presentar síntomas muy graves. Afecta tanto a hombres como a mujeres (Sabría & Real, 2011).

El linfogranuloma venéreo (LGV) es ocasionado por tres subtipos de *C. trachomatis* que son diferentes al tipo que ocasiona enfermedad en los ojos (ceguera) y la clamidia genital más común que discutimos en esta sección. Clamidia, conocida como enfermedad infecciosa silenciosa, puede no presentar síntomas en el 75% de las mujeres afectadas y el 25% - 50% de los hombres infectados (Sabría & Leal, 2011).

Los estudios de prevalencia (ven el número de personas enfermas con Clamidia en un determinado tiempo) han demostrado que la enfermedad es más prevalente en adolescentes y se encuentra en todo el mundo (Sabría & Leal, 2011).

La vía sexual es la principal forma de transmisión. Todas sus variantes transmiten esta infección; esto es, el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral. La vía perinatal también es posible, esto es, la madre infectada puede transmitirle clamidia a su hijo durante la labor del parto (Sabría & Leal, 2011).

2.9.3.1 Factores de riesgo para contraer clamidia.

- Tener múltiples parejas sexuales
- Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes sexualmente activas. Este grupo está más expuesto por que presentan un cuello uterino aun no bien desarrollado.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- La clamidia se puede adquirir conjuntamente con la gonorrea y/o la sífilis, por lo que si la pareja presenta algunas de estas enfermedades debe descartarse la presencia de clamidia.

2.9.3.2. Síntomas

Entre 1 a 3 semanas después de la relación sexual sin protección pueden aparecer los síntomas.

En el varón: pueden presentar secreción por la uretra (conducto que lleva la orina al exterior del cuerpo, ver Anatomía Masculina), sensación de ardor para orinar, picazón a nivel de la salida de la orina en el pene. Aunque no es muy frecuente, puede presentar dolor e inflamación a nivel del epidídimo (conducto que lleva a los espermatozoides desde los testículos, ver Anatomía Masculina) y a nivel testicular. Rara vez causa infertilidad (Sabría & Leal, 2011).

En la mujer: la afectación en la mujer es en el cuello uterino y la uretra. Puede presentar flujo vaginal, conocido en muchos lugares como descensos, y también una sensación de ardor al orinar (Sabría & Leal, 2011).

En mujeres sin síntomas iniciales, la clamidia puede ir del cuello uterino hacia las trompas de Falopio (los conductos que conducen los óvulos desde los ovarios hasta el útero, ver Anatomía Femenina) y causar Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP). El EIP puede conllevar a dolor pélvico crónico, infertilidad y a embarazos ectópicos (fuera del útero) que podría ser de consecuencias muy graves. Otras mujeres presentarán dolor a nivel pélvico, fiebre, dolor durante las relaciones sexuales y/o sangrado entre los períodos menstruales. Incluso puede afectarse el recto a partir de la infección del cuello uterino (Sabría & Leal, 2011).

Si la relación sexual es anal, se presentara dolor rectal, secreciones a ese nivel e incluso sangrados. Si la relación fue del tipo oral se puede encontrar clamidia en la garganta de las personas que lo practican, Clamidia puede asociarse al Síndrome de Reiter, una entidad que presenta artritis, uretritis, conjuntivitis y lesiones dérmicas (Sabría & Leal, 2011).

2.9.3.3. Diagnóstico

Se realizan pruebas de las secreciones obtenidas en las secreciones del pene y del cuello uterino de las mujeres. Si las personas realizan sexo anal se puede obtener una muestra del recto y analizarlas. También hay pruebas de orina que pueden detectar la presencia de clamidia en la persona (Sabría & Leal, 2011).

Las muestras pueden ser cultivadas en células (llamados cultivos celulares) y ser sometidas a otras pruebas más sofisticadas como el examen de ADN o búsqueda de anticuerpos con unas pruebas llamadas anticuerpo fluorescente o monoclonales (Sabría & Leal, 2011).

2.9.3.4. Tratamiento

La infección por Clamidia es tratada con antibiótico, actualmente se brinda terapia que se toma sola una vez para asegurar una buena adherencia y cumplimiento del tratamiento. El

tratamiento es para la pareja, así se evita el riesgo de la re infección. Por esta razón las parejas deberán sometidas a las mismas pruebas (Sabría & Leal, 2011).

Si la persona vive con VIH/SIDA y presenta infección por Clamidia deberá recibir el mismo tratamiento antibiótico al igual que las personas que no viven con el VIH/SIDA. Si la persona infectada es varón y recibió tratamiento incompleto o medicación inadecuada, sus parejas tienen más probabilidad de infectarse de nuevo. Las infecciones frecuentes en la mujer la ponen en mayor riesgo de complicaciones siendo una de las más serias la infertilidad. No existe inmunidad de por vida para las personas que han tenido un episodio de clamidia (Sabría & Leal, 2011).

2.9.3.5. Prevención

El método más seguro de prevenir cualquier ITS sigue siendo la abstinencia sexual. Al iniciarse en la vida sexual, esta debe ser responsable, monógama (una sola pareja) y duradera.

El uso de preservativos o condones de látex reduce el riesgo de contraer clamidia, tanto en hombres como en mujeres (Sabría & Leal, 2011).

Se sugiere que toda mujer joven sexualmente activa se realice pruebas anuales contra la clamidia así como las mujeres mayores quienes tienen nuevas parejas sexuales o múltiples parejas, en especial si no utilizan preservativos durante sus relaciones sexuales (Sabría & Leal, 2011).

Las mujeres infectadas con clamidia tienen hasta cinco veces más probabilidades de infectarse con el VIH, si están expuestas a éste. Toda gestante dentro de sus exámenes de embarazo debe incluir una muestra de secreción de cuello uterino para detectar clamidia y así evitar las complicaciones mencionadas en líneas arriba (Sabría & Leal, 2011).

2.9.4. Herpes genital.

El Herpes Genital es una enfermedad de transmisión sexual que no tiene cura. Es causado por el virus del Herpes simple tipo II (HSV 2). Este virus pertenece a la familia de Herpesviridae. En este sentido, numerosos estudios han reportado el virus del Herpes Simplex tipo I (HSV 1) como causa del Herpes Genital. Esta enfermedad constituye un importante problema de salud en el mundo occidental. Su prevalencia oscila entre 10 y 60% de la población en países desarrollados. A pesar de existir tratamientos antivirales que disminuyen el número de recidivas y la intensidad de las mismas, el Herpes Genital tiene un impacto psicosocial desfavorable en los pacientes que lo padecen (Sánchez, 2008).

2.9.4.1. Epidemiología.

Las áreas de mayor prevalencia son África y América. En Europa Oriental, la prevalencia es más baja que en Europa occidental, el área de menor prevalencia es Asia. Los países de mayor incidencia son los de África Subsahariana, con 80% de personas infectadas menores de 35 años. Un estudio de cohorte realizado en Akaki, Etiopía, muestra que la mitad de la población urbana es positiva a anticuerpos. Otros estudios denotan una prevalencia de 10% a 60% de la población infectada en países desarrollados. Por otra parte, Gottlieb declara que el herpes genital constituye la enfermedad de transmisión sexual de mayor prevalencia (22%) en los Estados Unidos de América. Su incidencia es de 0,8 a 5,1 de personas por año. Sin embargo, la mayoría de las personas son asintomáticas (Sánchez, 2008).

Existen diferencias de género en la prevalencia de anticuerpos HSV2; éste es mayor en las mujeres que en los hombres, siendo la frecuencia de infección mayor entre las edades de 20 a 30 años. Dentro de los factores que pueden influir en la adquisición de la enfermedad están: etnicidad, estado civil, lugar de residencia, antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), nivel educacional, promiscuidad, inmunodeficiencia y abuso de drogas. Por otro lado, estudios en homosexuales han demostrado una prevalencia de 34%. Además, muchos de los países, al igual que en nuestro país, no llevan estadísticas de la enfermedad (Sánchez, 2008).

2.9.4.2. Infección y transmisión del herpes genital

El virus del herpes simple es transmitido por el contacto de la piel y las mucosas con lesión visible o no visible. La transmisión viral puede ocurrir durante las tres fases: El pródromo, el desarrollo y la cura. Adicionalmente, la transmisión también puede ocurrir durante los períodos asintomáticos, especialmente en los primeros 2 años, después de la infección. En los síntomas prodrómicos, algunos pacientes experimentan dolores punzantes y entumecimiento en glúteos y muslos, dolores de cabeza, irritabilidad y apatía. Los síntomas típicos son vesículas dolorosas que producen úlceras en la piel genital. Los pacientes pueden experimentar fiebre y glándulas abotagadas. Las lesiones del herpes usualmente aparecen en el pene, vulva o cerviz. Las lesiones son dolorosas a la palpación y producen una sensación conocida como “alfilerazo del tamaño de un guisante”. El herpes genital tiene aproximadamente una recurrencia de 5 veces al año. los factores que pueden activar las recidivas; por ejemplo: rozamiento, fricción, la sobreexposición al sol o al frío, calor, sol, tensión nerviosa emocional, café, chocolate, frutos secos y otras infecciones como el resfriado común, menstruación, dermoabrasión, y tratamiento con láser (Sánchez, 2008).

2.9.4.3. Tratamiento.

El tratamiento del Herpes Genital está encaminado a disminuir los síntomas, promover la epitelización, reducir los niveles de virus para disminuir la transmisibilidad y prevenir futuras recurrencias. Los nucleósidos análogos son los medicamentos de primera línea para suprimir la infección por Herpes. Dentro de los nucleósidos análogos se encuentran el Acyclovir, Famciclovir y el Valacyclovir. Otros medicamentos como el Foscarnet, Cidofovir y Trifluridine pueden ser apropiados en situaciones clínicas específicas. Los nucleósidos análogos inhiben la replicación viral a través de una purina sintética nombrada (9-2-hydroxyethoxymethyl). El Aciclovir es convertido en monofosfato por la Timidina Kinasa del HSV. Las Kinasas celulares procesan el monofosfato a Aciclovir trisfosfato que es el mecanismo activo del medicamento. La fosforilización del Aciclovir solo ocurre en células infectadas. Estudios in vitro indican una concentración de trisfosfato en células infectadas de 200 a 1 000 más que en células no infectadas. Por consiguiente, el DNA polimerasa del virus tiene mayor predilección por el trisfosfato del Aciclovir que por el DNA polimerasa de la célula. Esto conlleva una inhibición del DNA viral (Sánchez, 2008).

El tratamiento diariamente supresiva con estas drogas puede disminuir los niveles de virus y puede limitar las recurrencias significativamente. La terapia supresiva debe ser indicada fundamentalmente desde el inicio hasta los 9 meses después de la infección, ya que en los meses iniciales es donde se reportan mayores descargas virales. Sin embargo, 80% de la terapia es indicada en presencia de síntomas (Sánchez, 2008).

2.14. Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2014).

La organización panamericana de la salud (OPS), menciona que existen los siguientes factores de riesgos que se mencionaran y se describirán cada uno de ellos como son:

- Percepción de la invulnerabilidad
- Tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación
- Mayor libertad sexual
- Mayor actividad sexual a temprana edad.

Percepción de invulnerabilidad. El sentimiento de inmortalidad, de estar protegidos de las consecuencias desfavorables, que pueden ocurrir a otros, pero no a ellos, forma parte de las características normales de la adolescencia y favorece las conductas arriesgadas (OPS, 2003).

Tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación. Actualmente es muy frecuente la utilización del sexo con fines comerciales en los medios de comunicación, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como mero divertimento y el sexo “sin culpabilidad” (OPS, 2003).

Mayor libertad sexual. La generación de padres de los adolescentes actuales, pasó su infancia en un ambiente moral muy rígido, dominado por la iglesia, pero vivió en su adolescencia (década de los 60) una serie de acontecimientos que impusieron un cambio de la sociedad. Se propagan las ideas de Sigmund Freud sobre la influencia del sexo en todas las facetas de la vida humana, se comercializan los primeros anticonceptivos orales, surge el movimiento Hippy, la revolución estudiantil de Mayo del 68 y la lucha feminista por la igualdad y la liberación sexual de la mujer todo ello explica que la sociedad y la familia actual sean más liberales y permisivas (OPS, 2003).

Preocupa el hecho de que la mayor libertad sexual de que gozan los jóvenes en nuestra sociedad puede estar favoreciendo el inicio muy precoz de la actividad sexual. Se ha comprobado que tanto la educación en un ambiente familiar muy permisivo, como en una familia con normas muy rígidas o autoritarias conduce a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales. Los hijos de padres moderados en cuanto a sus pautas educativas y que dosifican la libertad de acuerdo con la edad de sus hijos, son los que inician más tarde las relaciones sexuales (OPS, 2003).

Por otro lado, se ha observado una asociación entre inicio precoz de relaciones sexuales en la adolescente (15 años o antes) y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta (actitud negativa hacia su propio cuerpo, conductas fuera de norma, fracaso en los estudios, etc (OPS, 2003).

Actitudes y valores sobre el comportamiento sexual. La decisión del adolescente de tener relaciones sexuales cuando se siente atraído por alguien dependerá de parámetros como: expectativas sobre el nivel de estudios (los adolescentes que piensan ir a la universidad retrasan más tiempo su primera relación sexual) y sus actitudes y valores respecto a la sexualidad, que pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales. En un reciente estudio, basado en modelos de regresión múltiple, Werner sobre una muestra de 1600 adolescentes, demuestra que las actitudes sexuales en la mujer están más influenciadas por factores familiares (comunicación con los padres, participación de éstos

en la educación sexual, etc.), mientras que en los hombres está más influenciada por factores individuales (edad, religión, autoestima, etc.). En general la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre, y valora más los aspectos de relación (OPS, 2003).

Muchos valores que hoy se entrelazan y cultivan en forma cada vez más intensa y hasta obsesiva en muchos de nuestros adolescentes, crean una particular "cultura del riesgo", tal como la denomina Donas Burak (2001). El cultivo del cuerpo de "película", tanto en mujeres como en varones, con dietas repetidas y ejercicios violentos inadecuados para sus edades y que conducen a trastornos serios como la anorexia y bulimia; lesiones traumáticas de origen deportivo; "piques" automovilísticos con sus consecuentes accidentes y muertes; relaciones sexuales desprotegidas que llevan al embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual e infección de HIV; consumo de alcohol, cigarrillos y drogas pesadas, con sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo. De por sí, se podría decir que existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad. Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales. Kazdin (2003) plantea que durante la adolescencia hay un incremento en el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo; como por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz y sin protección. Los factores comunes que determinan las conductas riesgosas de la juventud en alto riesgo, también han sido revisados por Florenzano Urzúa (1998), quien señala como más importantes la edad, expectativas educacionales y notas escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar y ciertas variables psicológicas (el diagnóstico de depresión, junto con el de estrés excesivo, es el que aparece más frecuentemente asociado con las diversas conductas de riesgo adolescente. También la autoestima baja es mencionada como predictor de las conductas problema). Donas Burak (2001) hace una distinción entre factores de riesgo de "amplio espectro" y factores o conductas de riesgo que son "específicos para un daño". Entre los primeros encontramos: familia con pobres vínculos entre sus miembros;

violencia intrafamiliar; baja autoestima; pertenecer a un grupo con conductas de riesgo; deserción escolar; proyecto de vida débil; locus de control externo; bajo nivel de resiliencia.

Los factores o conductas de riesgo específico serían: portar un arma blanca; en la moto, no usar casco protector; tener hermana o amigas adolescentes embarazadas; consumir alcohol (emborracharse); ingesta excesiva de calorías; depresión.

Varios autores en distintos países han investigado diferentes facetas de factores o comportamientos de riesgo para la salud, entre los que se mencionan los síntomas depresivos, ser varón y tener baja religiosidad (Campo-Arias, Cogollo & Elena Díaz, 2008); trastornos del aprendizaje, de la conducta alimentaria y depresivos, conductas violentas, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, episodios de embriaguez y mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares (Paniagua Repetto & García Calatayud, 2003). Es por eso que Cova Solar (2004) afirma que el desarrollo de la psicopatología evolutiva ha tenido un impacto importante en la investigación de los factores de riesgo de los trastornos mentales, obligando a generar enfoques más procesuales que presten atención no sólo a la identificación de estos factores, sino a comprender sus modos de actuar en la etapa de la adolescencia. Por ello, en su artículo, presenta dos modelos que tratan de lograr una comprensión más procesual de los determinantes psicosociales de la psicopatología infanto juvenil.

Además, se pueden describir factores específicos que originan o influyen en algunas conductas psicopatológicas, como por ejemplo, las problemáticas emocionales caracterizadas por depresión, ansiedad, ataques de pánico, estrés (Barra Almagiá, Cancino Fajardo, Lagos Muñoz, Leal González y San Martín Vera, 2005; Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006; Craig, 1997; Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004). También el suicidio aparece, en todos los países occidentales, entre las tres causas principales de muerte en los adolescentes (Anderson, 2002; Centres for Disease Control, 1995; Gould, Greenberg, Velting, Shaffer, 2003). Este tema, de preocupación mundial ha sido ampliamente analizado en diversos estudios (Craig, 1997; Fachinelli, Straniero, Páramo, Fachinelli y Chacón, 2005; Griffa y Moreno, 2005). Los trastornos

alimentarios y su incidencia en la satisfacción corporal y autoconcepto, han sido considerados como otras conductas de riesgo en esta etapa (Esnaola, 2008; Rivarola, 2003; Rivarola & Penna, 2006) (Páramo, 2011).

Otra problemática muy asociada al período adolescente, es la de las adicciones. Respecto a este tema, Roldán (2001) considera que en esta problemática confluyen factores de riesgo individuales (como impulsividad y/o agresión antisocial), familiares (como uso de drogas por padres o hermanos) y culturales o sociales (como una alta disponibilidad de drogas y alcohol y falta de normativas). Otro autor que ha trabajado este tema han sido Florenzano Urzúa (1998) quien opina que existe en varios países un aumento de la misma, y que se ha demostrado una secuencia progresiva de consumo de sustancias, partiendo por las legales (cigarrillo y alcohol), para pasar por marihuana a una edad algo mayor y terminar, al fin de la adolescencia con consumo de cocaína y otras sustancias ilegales más tóxicas. También se observó que, en general, los padres tienden a subestimar el consumo de sustancias químicas entre sus hijos. En concordancia con lo anterior, en el estudio realizado por Landero Hernández & Villarreal González (2007), se señala una relación directa entre el consumo de alcohol de los progenitores y el de sus hijos adolescentes, destacándose que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente, sin desestimar la importancia de la presión grupal en el consumo. Se infiere la necesidad de implicar a los padres en los procesos preventivos a fin de crear un ambiente familiar positivo y ofrecer a los hijos un modelo racional controlado en el uso familiar de bebidas alcohólicas. Así, los jóvenes podrán ser menos vulnerables a la presión grupal, variable que ha sido relacionada con el consumo de alcohol (Páramo, 2011).

Desde otro ángulo, los riesgos asociados a la sexualidad han conducido a ciertas conductas patológicas durante la adolescencia. Es así que Martínez Álvarez & Hernández Martín (1999) consideran a los /as adolescentes como un grupo de alto riesgo en materia sexual, debido a que el conocimiento de los jóvenes sobre la sexualidad, los anticonceptivos y las medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) es muy pobre. Agrava esto la ausencia de una adecuada educación sexual y la falta de una eficaz comunicación entre padres e hijos. Muchos adolescentes manejan numerosos mitos sexuales y falsas

asunciones que posibilitan conductas de riesgo, llevando a embarazos no deseados, abortos, o contagio de enfermedades infecciosas. (Coll, 2001; Florenzano Urzúa, 1998; Vargas Trujillo, Henao & González, 2007) (Páramo, 2011).

Otra problemática comportamental asociada a la adolescencia es la de la delincuencia, detectándose algunos antecedentes de historia criminal en adolescentes (Florenzano Urzúa, 1998); también examinándose su correlación con dimensiones familiares (conflicto, comunicación y estilo educativo parental) (Villar Torres, Luengo Martín, Gómez Fraguela & Romero Triñanes, 2003) (Páramo, 2011).

Desde una perspectiva más sociológica, Donas Burak (2001) observa que los adolescentes y jóvenes de América Latina han sido y continúan siendo objeto de violencia política, económica, educativa, cultural; al no contemplarse sus derechos. Están incluidos entre la población postergada, pero además se les usa en los ejércitos, en las fuerzas policiales para reprimir e infiltrarse en los movimientos juveniles y obreros, y se les usa cada vez con más frecuencia como "mulas" en el transporte y tráfico de drogas. Al mismo tiempo en el consumo de las mismas y en cometer actos delictivos empujados por bandas de adultos, a vivir en la calle a merced del hambre, las drogas, la prostitución y todo tipo de explotación y vejámenes producto de adultos; hasta su eliminación física, cuando miembros de esa misma sociedad que les ha violentado todos sus derechos, deciden que son "peligrosos" para la misma. También están expuestos al mundo globalizado, con su polución ambiental e informativa, la gran invasión de imágenes, el alto consumo de televisión y de estimulación erótica y hedónica. Cabe agregar, finalmente, la alta frecuencia de abuso físico, emocional, por de privación y sexual, al que los someten padres y profesores.

Se podría afirmar, a partir de todas las investigaciones anteriores, que las problemáticas adolescentes se reflejan en diferentes culturas y estratos sociales, sin diferenciación, y siguen siendo causa de preocupación actual en todos los ámbitos en el que están implicados los adolescentes.

2.15. Factores de protección.

Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Polo, 2009).

Cecilia Polo, (Polo, 2009), menciona que existen los siguientes factores de protección que se mencionaran y se describirán cada uno de ellos como son:

- **Alta Autoestima:** La autoestima es el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo. Distintos autores coinciden en cuanto a la relación existente entre el nivel de autoestima y la tolerancia al estrés; esta relación se vincula con la incidencia que tiene la autoestima sobre algunas de las variables que reflejan el tipo de transacción que los sujetos mantienen con su ambiente y la respuesta de ellos a determinadas y exigencias; así como con la posibilidad o expectativas de control de los contextos o situaciones de estrés.
- **La familia como elemento central:** En la familia se reflejan los rasgos macrosociales o distales de la sociedad. Es entendida como la mediadora entre la situación macrosocial y la microsocia o proximal en la cual ocurre la cotidianeidad de la vida, convirtiéndose en instancia de riesgo o bien de protección Fergusson y Lynskey (1996). Este enfoque señala que la familia puede ser transmisora no solo inconducentes a una buena calidad de vida, sino depositaria de una rica fuente de factores protectores que sí permitan enriquecer la vida de los hijos, además de entregarles conductas a partir de las cuales, un grupo importante de personas, ha logrado espontáneamente alcanzar una adecuada calidad de vida.
- **Apoyo social:** se ha acentuado el valor de los contactos sociales positivos como elemento protector para el ser humano. En resumen, el apoyo social actúa como un importante modulador del estrés, su presencia y su percepción aumenta la sensación de control y dominio ante situaciones estresores, ofrece una guía y orientación para la acción, contribuye a identificar recursos personales y sociales y ofrece retroalimentación sobre conductas que mejoran la competencia personal (Polo, 2009).

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Donas Burak (2001) plantea que existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo.

Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema). Donas Burak (2001) considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser multidisciplinaria; debe existir un amplio ámbito para la participación social y en salud de los adolescentes y debe existir una amplia participación de padres y profesores (Páramo, 2011).

Siguiendo con el tema de las intervenciones preventivas, Florenzano Urzúa (1998) considera que los problemas de salud mental del adolescente son de solución compleja, la cual debe enfocarse en múltiples planos: biomédico (ejemplo: médicos y psicólogos y psiquiatras especializados en esta etapa), psicosocial (como los programas de prevención o campañas de salud para adolescentes en riesgo), familiar (escuela para padres) y sociocultural (institutos culturales, los centros juveniles, las brigadas de salud juvenil, los grupos religiosos y de boy Scouts o girlguides, etc.).

Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro (2007) señalan que, entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes resilientes, se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo, flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes. Asimismo, se ha destacado en varios estudios la calidad de la comunicación y de las relaciones familiares como factor de protección asociado a estilos de vida saludables en la adolescencia (Jiménez, Murgui, Estévez & Musitu, 2007; Rodrigo et al., (2004); Zimmerman, Ramirez-Valles, Zapert & Maton, 2000); así como la autoestima familiar, escolar, social y física (Cava, Murgui & Musitu, 2008; Jiménez, Musitu y Murgui, 2008; Musitu, Jiménez & Murgui, 2007) (Páramo, 2011).

Loubat (2006) en su estudio concluyó que la escuela a veces no cumple totalmente con el rol de factor protector, para la detección y pesquisa de alumnos en riesgo. Afirma que con un trabajo intersectorial fluido entre salud y educación, los educadores (por su relación cercana con el adolescente y su grupo familiar), podrían constituirse en vehículo de prevención de riesgo de conductas alimentarias inadecuadas, las cuales podrían derivar en trastornos en general para la salud o quizás en trastornos específicos como bulimia y anorexia. En el estudio de Díaz Aguado (2005) sobre violencia entre adolescentes en la escuela, se destaca, como componentes clave para la prevención: el desarrollo de la cooperación a múltiples niveles (familia, escuela, sociedad) y el currículum de la no-violencia. La práctica cooperativa desde cualquier materia junto con este último, son destacados como componentes básicos de la prevención escolar de la violencia (Páramo, 2011).

Pastor, Balaguer y García Merita (2006) diseñaron un modelo que explora las relaciones entre las dimensiones del Autoconcepto y algunas conductas beneficiosas (consumo de alimentos sanos y práctica de deporte) y de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol y cannabis, y alimentos insanos) en una muestra de adolescentes valencianos. En ambos sexos, la adecuación conductual, la aceptación social y la amistad íntima son los mejores predictores (en sentido negativo) de las conductas de riesgo para la salud. La competencia deportiva ejerce una influencia indirecta sobre las conductas de salud, actuando como variable mediadora en esta relación la participación deportiva. En contrapartida, los dominios sociales del Autoconcepto son los que mejor predicen de forma positiva el consumo de sustancias: los chicos que se sienten más aceptados por los pares consumen tabaco y cannabis con mayor frecuencia (Páramo, 2011).

Gómez Fraguera, Luengo Martín, Romero Triñanes, Villar Torres & Sobral Fernández, (2006) destacaron que ciertas estrategias de afrontamiento (estilo de afrontamiento productivo: esforzarse y concentrarse en resolver los problemas, fijarse en lo positivo) parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales; mientras otras (estilo no productivo: estrategias de evitación, presión del grupo) parecen favorecer la aparición de estas conductas. También en el estudio de González & Rey Yedra (2006) se identificaron algunos factores protectores relacionados con la escuela y los amigos, que una muestra de adolescentes no consumidores consideran los protege del uso de sustancias adictivas, a pesar de su disponibilidad en el ambiente. En el estudio de Figueroa, Contini, Lacunza, Levín & Estévez Suedan (2005), se investigaron las estrategias de afrontamiento en adolescentes argentinos de contexto socioeconómico bajo en relación con el nivel de bienestar psicológico. Los adolescentes que presentaron altos niveles de bienestar psicológico, utilizaron estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos y distracción física (Páramo, 2011).

A pesar de todos los hechos negativos ya mencionados en el apartado anterior, no todos los adolescentes se entregan a conductas de riesgo para su vida. Baron (1995), se pregunta cuáles son los factores que permiten que muchos jóvenes que crecen en vecindarios peligrosos superen las desventajas de su ambiente y se conviertan en personas bien ajustadas y productivas. Entre algunas conclusiones importantes se encuentran, por ejemplo, que algunas familias adoptan y utilizan varias estrategias para proteger a los adolescentes de los peligros como negociar con la escuela o la policía cuando sus hijos se meten en problemas; supervisión cuidadosa de la conducta de sus hijos para brindarles apoyo contra el uso de drogas y otras conductas peligrosas y buscar escuelas parroquiales cuando las escuelas del vecindario se vuelven demasiado inseguras. Los padres a menudo trabajan con los maestros y las escuelas para establecer climas de apoyo en el salón de clases. Así cooperan activamente con la escuela para asegurar que en ambos ambientes se fomentan conductas positivas y que los mensajes que los jóvenes escuchan en un ambiente se confirman en el otro. Los estudios señalan una conclusión optimista: si reciben la mínima oportunidad, los seres humanos pueden y a menudo logran superar las condiciones que parecían diseñadas para mutilar su espíritu. La mayoría de los adolescentes afirman tener vínculos positivos con sus padres y los ven como un recurso primario de guía, mientras se negocian procesos de formación de la identidad, relaciones íntimas, madurez sexual e individuación. Craig (1997), también opina que muchos adolescentes encauzan, quizás con el deporte, el normal incremento de energía y curiosidad intelectual que acompaña a estos años o le dan un uso constructivo antes que potencialmente destructivo, por ejemplo, involucrándose en el activismo social entregándose a limpiezas ambientales o al trabajo con niños enfermos. En general, si los adolescentes adquieren una autoestima, un sentido de competencia y de pertenecer a una familia estable y al orden social, es menos probable que sientan la necesidad de entregarse a comportamientos riesgosos (Páramo, 2011).

2.15.1. Factores protectores

2.15.1.1. La familia

En el seno familiar se aprende la noción de ser humano y ser persona con valores. Y es ahí donde se comienzan a dar las primeras pruebas que hacen del ser humano más fuerte de tan manera que pueda enfrentar las circunstancias que se presentan (González, 2010).

2.15.1.2. Educación e información

Para proteger a las y los adolescentes de riesgos en Salud Sexual y Reproductiva es necesaria su permanencia en el sistema educativo, siendo la escuela el espacio donde se continúa el proceso de socialización iniciado en el hogar. Mantenerse en la escuela ha demostrado ser factor protector relevante en el desarrollo de niños y adolescentes. Por otra parte, proporcionar información precisa sobre sexualidad complementa el proceso formativo de los niños, niñas y adolescentes. La información y educación de la sexualidad debe tocar ampliamente temas como: crecimiento y desarrollo, reproducción humana, anatomía, fisiología, masturbación, vida familiar, embarazo, nacimiento, paternidad/maternidad, patrones de respuesta sexual, orientación sexual, contracepción, aborto, abuso sexual, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. La información proviene de diferentes espacios y actores, mientras que la educación se da en la familia y en la escuela, como proceso permanente en la formación de niños, niñas y adolescentes (González, 2010).

2.15.1.3. Valores

Los valores son una cualidad sui generis o particular de un objeto que se asume como algo que representa un bien para alguien. Por simple que sea ésta, será valiosa para la persona o grupo si les permite hacer algo que parezca provechoso. Resulta de la interpretación que hace el sujeto de la utilidad, deseo, importancia, interés, belleza del objeto.

Desde la perspectiva ética, un objeto tiene mayor valor en la medida en que sirve mejor para la supervivencia y mejora del ser humano, ayudándole a conseguir la armonía y la independencia que necesita y a las que aspira.

Durante la adolescencia resulta indispensable que los adultos significantes (padres, docentes, orientadores, entre otros) presenten oportunidad para que las y los jóvenes y adolescentes cuestionen, exploren y valoren sus actitudes sexuales con el fin de entender los valores de sus familias, desarrollar sus propios valores, aumentar su autoestima, estructurar una visión con respecto a las relaciones familiares y con otras personas de ambos sexos.

Este proceso implica comprender las obligaciones y responsabilidades para con sus familiares y con otras personas, revisando los valores universalmente aceptados: honestidad, solidaridad, respeto, etc., a la luz de los Derechos Humanos y de los Derechos Sexuales y Reproductivos y creando su propio repertorio, sin violentar los derechos de los demás, como valor permanente (González, 2010).

2.16. Programas preventivos.

Las estrategias que utilizan los programas realizados sobre sexualidad han contribuido para mejorar la educación sexual en los adolescentes, con la cual se puedan prevenir y evitar algunos factores de riesgo que pongan en peligro su integridad física y psicológica.

Un ejemplo de esto es el Programa Coeducativo de Desarrollo Psicoafectivo y Sexual (2007), el cual se distribuyó en dos grandes bloques: El primero basado en el autoconocimiento y valoración personal, y el segundo bloque está dedicado al desarrollo socio afectivo y sexual. Se trabajó tanto con padres como alumnos de educación secundaria y dando como resultados que basándose en los resultados de los cuestionarios los padres y alumnos desconocen el nombre real de sus genitales. No obstante, el grupo de trabajo que se formó mostró un alto grado de participación y comunicación que fue óptimo a medida que se fueron estableciendo relaciones de confianza entre quienes participaron, lo cual mejoró el clima relacional del grupo (Carrera, Lameiras, & Rodríguez, 2007).

El siguiente programa preventivo llamado Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno realizado por Mesa Gallardo, Barella y

Cobeña (2002): tiene como objetivo identificar comportamientos sexuales en adolescentes, se basaron en el diseño de un estudio descriptivo transversal, mediante una encuesta estructurada anónima, los participantes se eligieron de forma aleatoria simple de 84 alumnos, y las mediciones principales que fueron aspectos demográficos, prácticas sexuales, uso de preservativos. Se utilizó una encuesta estructurada y anónima, autocomplementada, de carácter voluntario y anónimo con una muestra aleatoria simple de 100 alumnos de cuarto curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria de un instituto de enseñanza secundaria de España. El cuestionario fue elaborado basándose en otro previamente validado. La edad media de los participantes fue de 16 años contando con la participación del 61% del sexo femenino. Los resultados para las preguntas más sobresalientes son los siguientes: La edad de la primera masturbación en hombres es de 14 a 15 años y a los 16 años el 100% confiesa haberlo realizado, por su parte el 71% de las mujeres a esa edad nunca lo han realizado. Mientras tanto en cuanto a las relaciones sexuales coitales el 30.1% de los hombres ya lo ha realizado y las mujeres solo el 22.5%. Siendo el preservativo el primer método anticonceptivo, pero solo el 71.4% lo utiliza el porcentaje restante ha utilizado la pastilla de emergencia o del día siguiente quedando en riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual. El número de parejas sexuales que refieren haber tenido es de 22% dos parejas sexuales, 8.9% tres parejas y el 40% cuatro o más siendo el preservativo el método anticonceptivo más utilizado. Podemos concluir que se trata de una población sexualmente activa con altos índices de contagio de ITS y embarazos no deseados al no utilizar métodos anticonceptivos.

El programa de educación entre pares (2006): Se considera altamente confiable para la promoción de la salud sexual, mensajes en las escuelas realizado por Layzer, Rosapep, y Barr, describe los resultados preliminares de un estudio de implantación que se realizó en las escuelas mediante un programa de educación sobre la salud sexual de los jóvenes de secundaria. Las respuestas de los jóvenes se describen los participantes. Los métodos utilizados fueron los datos cualitativos fueron recolectados a través de un semestre en dos oleadas sucesivas de los participantes (n = 4 escuelas), incluidas las observaciones de las actividades del programa, entrevistas en profundidad de partes interesadas, grupos de discusión con los jóvenes participantes (n = 62 educadores inter pares y 60 estudiantes de noveno grado), y breves encuestas a los jóvenes participantes (n = 678). Datos de la

metodología de la teoría fundamentada informadas recolección y análisis, resultados: Programa de Educación para la Prevención adolescente (PEP adolescente) fue adaptado y replicado con fidelidad al modelo en las escuelas secundarias de Carolina del Norte. Todos los programas "inputs" y cinco componentes del modelo de núcleo (Salidas) se llevaron a cabo. El alojamiento principal de hecho era poner en práctica la totalidad de currículo dentro de la mitad de un año escolar en lugar de a través de todo el año escolar, aunque todavía utilizando la misma cantidad de tiempo de instrucción. Los jóvenes participantes atribuyen gran valor a la experiencia, y señaló que la información sobre salud sexual que recibieron fue tanto nuevo e importante por su vida y que se sentían lo aprendieron mejor de sus compañeros que de la instrucción en la clase de salud tradicional. La mayoría de los participantes informaron que el programa les ayudó a cruzar una serie de áreas relacionadas tanto con el bienestar social y la salud sexual. Para concluir es importante mencionar que los desarrolladores de PEP adolescente han sido capaces de adaptar y replicar en el norte de éxito Carolina, en ambientes que necesitan servicios de educación para la salud sexual de los jóvenes, tanto por el escasez de los servicios existentes en muchas áreas y debido a la evidencia de riesgo en forma de alta las tasas de embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH o SIDA en la juventud 15 a 19 años de edad.

Impacto del programa de educación sexual (1994-1995): adolescencia tiempo de decisiones es un programa donde se realizó un proyecto con un modelo cuasi experimental de conjunto de casos y controles, durante dos años, basado en la implementación de un programa de educación sexual para adolescentes escolares con edades de 15 a 17 años, el cual fue aplicado por los profesores de dos establecimientos educacionales (Con intervención). Se eligieron tres establecimientos donde no se desarrolló el programa de educación sexual (Sin intervención) realizado en Santiago de Chile. El programa fue aprobado por El Centro de Perfeccionamiento e Investigación del Magisterio del Ministerio de Educación (CPEIP) y por el Servicio Nacional de Capacitación y Educación (SENCE). Se elaboraron dos manuales para profesores: uno para realizar talleres con alumnos y otro para talleres con padres y apoderados, donde se explican en distintas sesiones las actividades que cada profesor debe realizar con su grupo. Las encuestas fueron anónimas y sin ningún sistema de identificación para individualizarlas, a fin de dar la absoluta seguridad a los alumnos de confidencialidad de la información. Durante el período de aplicación del programa se

produjeron cambios esperados en la población escolar al egresar alumnos por término de sus estudios, por cambio de colegios o abandono del sistema escolar y nuevos ingresos de alumnos provenientes de otros establecimientos escolares a los diferentes cursos. Estos nuevos ingresos tuvieron acceso a la educación sexual, pero no tuvieron encuesta inicial ni final. Las diferencias son algo menores en ETS y SIDA, seguramente por la campaña de información desarrollada por los Ministerios de Salud, Educación, Servicio Nacional de la Mujer e Instituto Nacional de la Juventud. Se observa que los alumnos de los colegios sin programa (controles), también aumentan sus conocimientos al comparar el antes - después. Entre el “antes y el después” de la comparación transcurren casi dos años. Esta diferencia de edad en adolescentes escolares es muy importante en la adquisición, por variados medios, de conocimientos en sexualidad y reproducción. Esto significa que exista o no un programa de educación sexual los conocimientos aumentan. Para concluir es importante mencionar que el mayor número de información que adquieren los adolescentes son los que aún no han iniciado su vida sexual, así mismo que el inicio de su vida sexual se retrasa al estar más informados.

A finales de 2007, la UNESCO puso en marcha un programa llamado programas escolares de educación sexual (2012). Análisis de los costos y la relación costo eficacia donde se analizaban los costos y la relación con la eficacia de trabajo sobre educación sexual destinado primordialmente a fortalecer las labores de prevención del VIH entre niños y jóvenes, aunque también a conseguir objetivos generales en materia de salud sexual y reproductiva, como la prevención de otra infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no planificados. Los países fueron seleccionados atendiendo a una serie de criterios, como la calidad y la cobertura de los programas de educación sexual, el tipo de epidemia de VIH y otros factores regionales y contextuales. Los seis programas seleccionados para ser analizados proceden de dos países con epidemia generalizada de VIH (Kenia y Nigeria) y varios países con altas tasas de embarazos no planificados de adolescentes. Se trata de programas integrales (en todos los casos, menos el de Nigeria, en donde se concibió un programa integral que luego se modificaría), preferentemente generalizados (programas de Nigeria, Estonia y Países Bajos) y para los que se disponía de datos a los que podía accederse mediante las asociaciones de cooperación existentes con el equipo encargado del estudio. Al realizar este estudio hubo que afrontar varias limitaciones

la principal fue que no siempre se disponía de información sobre el número exacto de educandos formados, sobre todo en los programas curriculares de mayor cobertura. En esos casos, el alcance del programa se calculó a partir de fuentes secundarias, como los materiales escolares utilizados o el número de docentes formados. Las conclusiones del estudio revelan la gran diversidad de costos y alcance de los programas de educación sexual de los países considerados. Los costos totales de los programas de educación sexual, comprendidos los de elaboración o adaptación, actualización y ejecución, van de 1.190.000 dólares estadounidenses en Indonesia a 12.100.000 dólares en los Países Bajos. El número de estudiantes formados oscila entre los aproximadamente 6.000 de Indonesia y los 990.000 de la India. Según los resultados del estudio de la relación costo-eficacia realizado en Estonia, se estima que este programa de educación sexual evitó un máximo de 4.280 embarazos no planificados, 7.240 ITS y 1.970 infecciones por el VIH durante el periodo 2001-2009.

Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana (2010) : En la actualidad es común que los adolescentes desconozcan el desarrollo y los cambios que intervienen en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere; así como su cuidado, poniendo en riesgos sus expectativas de salud y vida. El objetivo del programa de intervención fue identificar los conocimientos sobre educación sexual y autocuidado en jóvenes de 12 a 14 años y valorar estos después de una intervención educativa. Se realizó un tipo de estudio cuasi experimental, las características de la población en estudio fueron 420 alumnos de secundaria, de los cuales se seleccionaron en forma aleatoria a 82 de los primeros grados por las características de la edad. Se incluyen alumnos de edades entre 12 a 14 años, hombres y mujeres que quisieran participar en la intervención educativa y contestar el cuestionario, la intervención se realizó durante un curso de 10 horas, con la proyección de las películas: “Reproducción humana I”, para identificar las características primarias y secundarias del ser humano; y “Reproducción humana II” para mostrar lo referente a la fecundación y parto. También se revisaron temas de sexualidad en el adolescente, desarrollo físico, emocional y sexual, derechos sexuales, medidas de prevención y autocuidado, ETS y factores de riesgo para contraerlas, riesgos de embarazo en la adolescente, causas de morbilidad y mortalidad durante la adolescencia, las técnicas utilizadas fueron de proyección, exposición y de participación con presentación de

casos problematizados y participación de los adolescentes. Se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso en dos tiempos: antes y después de la intervención educativa. Se diseñó un instrumento de medición con base en los indicadores sobre sexualidad, ITS, métodos anticonceptivos y riesgo de embarazo durante la adolescencia. El cuestionario fue validado y sometido al criterio de un grupo de expertos conformado por un investigador en salud pública, una psicóloga, una enfermera encargada del módulo de adolescencia, una coordinadora de enseñanza y un profesor de secundaria que imparte la asignatura de la materia Cultura de la legalidad. A todos ellos se les entregó un cuestionario solicitando su opinión en cuanto a la validez del contenido y la estructuración de las preguntas, así como las respuestas correctas del mismo. Esto permitió realizar adecuaciones necesarias para la utilización de este instrumento. Posterior a la validación, se aplicó prueba piloto para estimar la confiabilidad obteniendo una Alfa de 0.89. El cuestionario constó de 20 preguntas, y se estructuró en dos partes: algunas preguntas fueron cerradas, con respuestas en escala de Likert. Para el conocimiento sobre sexualidad y para explorar los conocimientos sobre el autocuidado las respuestas fueron de opción múltiple. A = Sí; B = No y C = No sabe, se otorgó el valor en puntos para A = 3, B = 2 y para C = 1. La calificación máxima esperada fue de 51 puntos por lo que se establecieron cinco rangos de valor para facilitar el análisis de resultados los cuales fueron: Muy alto (51-46 puntos); Alto (45-40); Mediano (39-34); Bajo (33-28) y Muy bajo (27 -0). Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 9.0. Y los resultados fueron presentados en tablas y figuras para su mejor comprensión. Se propuso el proyecto de investigación ante la subdirección escolar solicitando el permiso correspondiente, fundamentando debidamente el programa educativo que se aplicaría, a causa de la falta de información sobre sexualidad. Se llegó a la conclusión de que es necesario dentro del núcleo familiar, se oriente sobre la sexualidad, creando una mayor relación entre los padres e hijos. En la escuela es necesario incrementar la educación sexual y enseñar los métodos de anticoncepción, riesgos y consecuencias de los embarazos durante la adolescencia y las consecuencias que pueden acarrear las ITS, para así poder formar personas con alto nivel de conciencia en esta esfera tan importante de la vida del ser humano. La responsabilidad y conocimientos deben provocar cambios en los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general.

Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes (2010) : La problemática que existe en los adolescentes es la tendencia que tienen de realizar prácticas sexuales riesgosas como el inicio cada vez más precoz de la relación sexual, los cambios frecuentes de parejas, el no uso de métodos de protección y el no reconocimiento del riesgo. Desde septiembre del 2005 a junio de 2006, se realizó un programa de intervención educativa en una secundaria básica. El objetivo de esta intervención es incrementar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción en los adolescentes de una secundaria básica, se realizó un estudio de intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes de la secundaria básica Alfredo Álvarez Mola perteneciente al municipio de Camagüey desde septiembre de 2005 a junio de 2006. Integraron el universo 398 estudiantes que se encontraban en dicho centro y la muestra de tipo probabilística escogida al azar se constituyó por 136 adolescentes que de forma voluntaria participaron en el estudio. Los datos fueron obtenidos por medio de una encuesta que se aplicó al principio y final de la intervención. La intervención sometida a método de consenso, mediante un grupo nominal se realizó en dos períodos que contaban cada uno con tres etapas: diagnóstica, educativa y evaluativo. Etapa diagnóstica: se les explicó a los adolescentes el motivo del estudio, la forma en que se haría, se obtuvo el consentimiento informado y luego se realizó la encuesta inicial para determinar el nivel de conocimiento existente sobre anticoncepción, etapa educativa: se aplicó las técnicas educativas para capacitar a los adolescentes en lo referente a la anticoncepción. Se elaboraron cuatro módulos que contenían diferentes técnicas participativas, etapas de evaluación: se aplicó nuevamente la encuesta al final de cada período para determinar la eficacia de la intervención, para cumplir con los objetivos de salida de esta intervención se creó un sistema de evaluación que permitió determinar el conocimiento alcanzado y se expresó de la forma siguiente: bien, regular y mal, bien: todos los que respondieron correctamente el 80% de las preguntas realizadas, regular: todos los que respondieron entre el 60 y 79% de las preguntas, mal: todos los que respondieron menos del 60% de las preguntas. Con respecto a la distribución de los adolescentes según el sexo y la evaluación inicial, se apreció que de 136 adolescentes el 59,57% se evaluó de mal, el 30,14% de regular y sólo el 10,29% de bien, lo que permitió apreciar que la mayoría de los adolescentes tenían un conocimiento inadecuado sobre la anticoncepción por lo que no se encontraban listos para

asumir una sexualidad responsable. Se demostró que un número elevado de adolescentes tenían un conocimiento inadecuado sobre la anticoncepción, gran parte de ellos habían iniciado de manera precoz su relación sexual y no utilizaron a sus padres como fuente de información. La realización de la intervención demostró la utilidad del estudio al permitir un incremento del nivel de conocimiento en la mayoría de los adolescentes.

2.17. Papel del Educador para la Salud.

Somos una Licenciatura con un modelo educativo multidisciplinario, dinámico estratégico, innovador, integral y creativo, con los valores de respeto, honestidad, compromiso y principalmente la responsabilidad social, con el fin de promover la educación en la salud para mejorar el bienestar de la población, apoyándonos en el uso de las tecnologías de información y comunicación para persuadir a la población y lograr un cambio de conducta en los estilos de vida por medio de aprendizajes, habilidades académicas básicas, conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y tener los lenguajes necesarios para desempeñarnos en las áreas de ciencias de la salud, sociales y de la educación y así generar competencias académicas y nos permita aprender dimensiones complejas los entornos laboral, productivo, académico, social, institucional y de la investigación.

La labor del educador para la salud en el tema de educación sexual adquiere un gran poder puesto que se pueden lograr grandes cambios a través de la concientización de la juventud acerca de los factores de riesgo que pueden atravesar al no tomar las decisiones correctas al inicio de su vida sexual, todo esto se logra utilizando estrategias dinámicas que logren un cambio en la forma de pensar de cada individuo.

Capítulo III.

Método.

3.1. Tipo de estudio

Longitudinal: Es un tipo de estudio que investiga al mismo grupo de gente de manera repetida a lo largo de un determinado período, al momento de aplicar los instrumentos para saber que conocimientos tienen sobre sexualidad los grupos de intervención, este tipo de estudio nos permitió el seguimiento de los mismos individuos a través del tiempo que se trabajó con ellos y al terminó de las sesiones se aplicó de nuevo el instrumento para identificar que conocimientos nuevos adquirieron los participantes.

3.2. Diseño de la investigación

Cuasi-experimental: En el que los participantes no se asignan al azar, son grupos que ya están conformados y solo son asignados para que se realice la intervención.

3.3. Participantes

En el programa de intervención cuenta con la participación de 16 hombres y 15 mujeres, haciendo un total de 31 alumnos para el grupo intervención y para el grupo control en lista de espera son 18 mujeres y 16 hombres siendo un total de 34 alumnos. Todos con edades entre 14 a 15 años, cursando el tercer grado de secundaria.

3.4. Instrumento

Se aplicó un instrumento realizado por varias temáticas y guiándonos de distintos instrumentos ya evaluados sobre sexualidad, tomando en cuenta factores de riesgo en la adolescencia.

En cuanto al tema de educación sexual se utilizó un instrumento realizado por Claramunt llamado Cuestionario de Información General (C.I.G.) en el año 2011 que consta de 14 ítems con preguntas cerradas y respuestas de opción múltiple, el siguiente tema es el de métodos anticonceptivos realizado por Moreno y Rangel llamado Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en el año 2009, que consta de 16 ítems; con preguntas de opción múltiple.

Por otra parte el cuestionario sobre género realizado por Martínez y Meliá en la Universidad de Valencia, llamado Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros (CAIG), que consta de 30 ítems de los cuales solo se tomaron en cuenta para el estudio 10 ítems que se enfocaban más hacia el objetivo de este estudio.

Finalmente para el estudio relacionado a infecciones de transmisión sexual realizado por Ríos, Yera y Guerrero, llamado exploración de conocimientos sobre ITS en adolescentes de opción múltiple en el cual se demuestra que tanto saben los estudiantes sobre el tema.

El cuestionario utilizado para este estudio está compuesto con los siguientes apartados:

Educación Sexual (14 ítems)

Perspectiva de Género (10 ítems)

Infecciones de Transmisión Sexual (10 ítems)

Métodos Anticonceptivos (7 ítems)

Todos estos apartados y cada una de las preguntas miden diferentes temas para comprender más acerca de los conocimientos que manejan los adolescentes con respecto a la sexualidad y de aquí podemos saber qué tipo de educación sexual tienen y que tanta información manipulan al respecto.

La confiabilidad, calculada con el coeficiente alfa de Cronbach, en la presente intervención fue de .40.

3.5 Programa

El programa de educación sexual estuvo dirigido para los alumnos de educación secundaria, con 2 grupos uno de intervención y el otro de control en lista de espera, en ambos se dio el mismo instrumento de evaluación de conocimientos sobre sexualidad.

El programa tuvo como objetivo evaluar el impacto del programa con el fin de aumentar los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes, para concientizar sobre los efectos negativos de no tomar una buena decisión sobre su sexualidad.

Por esta razón el programa se fundamenta, en la correcta toma de decisiones, así los jóvenes sabrán identificar cual es el mejor momento para el inicio de su vida sexual.

Durante la adolescencia existe una búsqueda de la identidad, en donde interactúan sentimientos y sensaciones en los que suelen experimentar inestabilidad, donde influyen factores sociales y económicos dando lugar a obstaculizar el proceso de identidad.

Por tal motivo este programa pretendió, orientar a los adolescentes con la finalidad de que adquieran nuevos conocimientos y tengan una educación sexual responsable para prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Este programa fue diseñado para que se lleve a cabo por licenciados en educación para la salud (EpS) ya que tienen las habilidades didácticas y pedagógicas para realizar el programa con adolescentes, las cuales son:

- El potencial de aprendizaje y habilidades académicas básicas que contribuyan a la solución sistemática y crítica de problemas.
- Los conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios para desempeñarse en las áreas de ciencias de la salud, sociales y de la educación.
- Las competencias académicas que le permitan aprender en dimensiones complejas de los entornos laboral, productivo, académico, social, institucional y de la investigación.
- El conocimiento de las prácticas culturales que influyen en el allegamiento de la calidad de vida. La capacidad de incorporar la cultura y prácticas sociales propias de su entorno y de otros ámbitos culturales, en hábitos propios.
- El conocimiento para identificar en la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente los factores propicios para la conservación de la salud y de estilos de vida saludables.

El programa consto de 3 semanas, son 10 sesiones, tres sesiones por semana con una duración de 50 minutos cada sesión, incluyeron diferentes dinámicas y actividades para que los adolescentes puedan interactuar y comprender mejor los temas que a continuación se mencionan.

- Educación sexual
- Sexo, sexualidad y género.
- El uso correcto de métodos anticonceptivos
- Infecciones de Transmisión Sexual.

3.6. Procedimiento

Se acudió a una escuela de nivel medio superior (secundaria), ubicada en el municipio de Chimalhuacán, a realizar una entrevista con el director de la institución con el fin de dar a conocer el programa de intervención sobre sexualidad y explicarle como se realizaría cada una de las sesiones y cuáles serían los beneficios de los estudiantes a recibir la información acerca del tema de sexualidad.

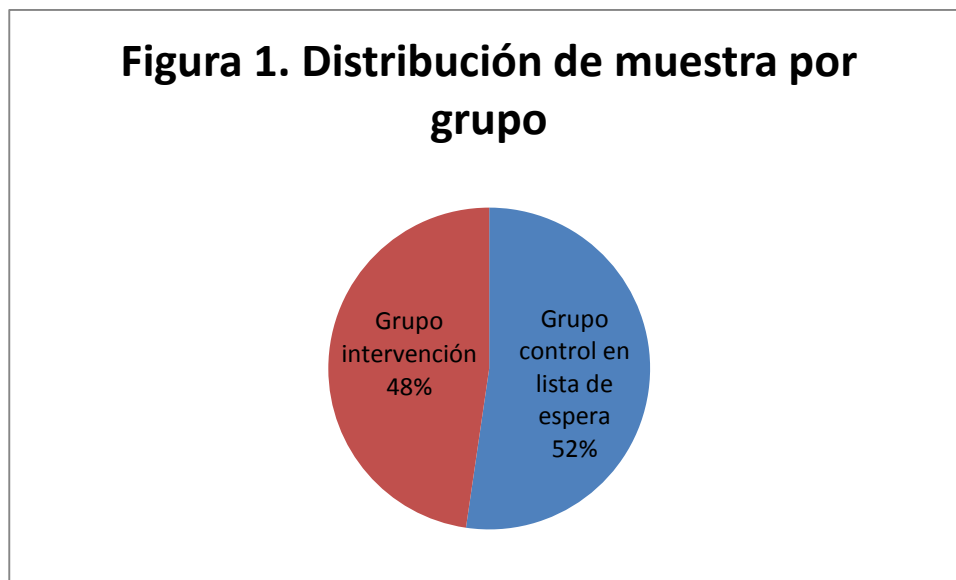
Se llegó al acuerdo de acudir tres veces a la semana con un tiempo determinado de 50 minutos por sesión y al director se le otorgo el consentimiento informando ya que él estaba de acuerdo con los objetivos de la intervención.

Posteriormente se nos presentó con la orientadora de los grupos tanto control como intervención ya que ella era la persona más cercana a los adolescentes y continuamos con la presentación frente a grupo, se les explico detalladamente la finalidad de la intervención y cuáles serían los beneficios de recibir la información, se les entrego la hoja de asentimiento informado dejándoles en claro que en caso de no querer ser parte de la intervención podían no hacerlo y no afectaría en nada su desempeño escolar ni traería consigo ninguna consecuencia.

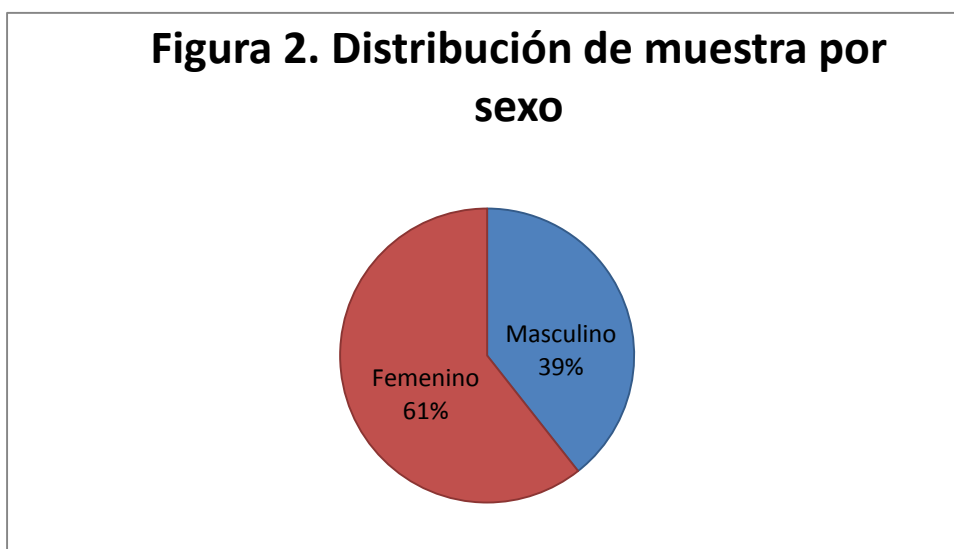
Capítulo IV.

4.1. Resultados estadísticos descriptivos.

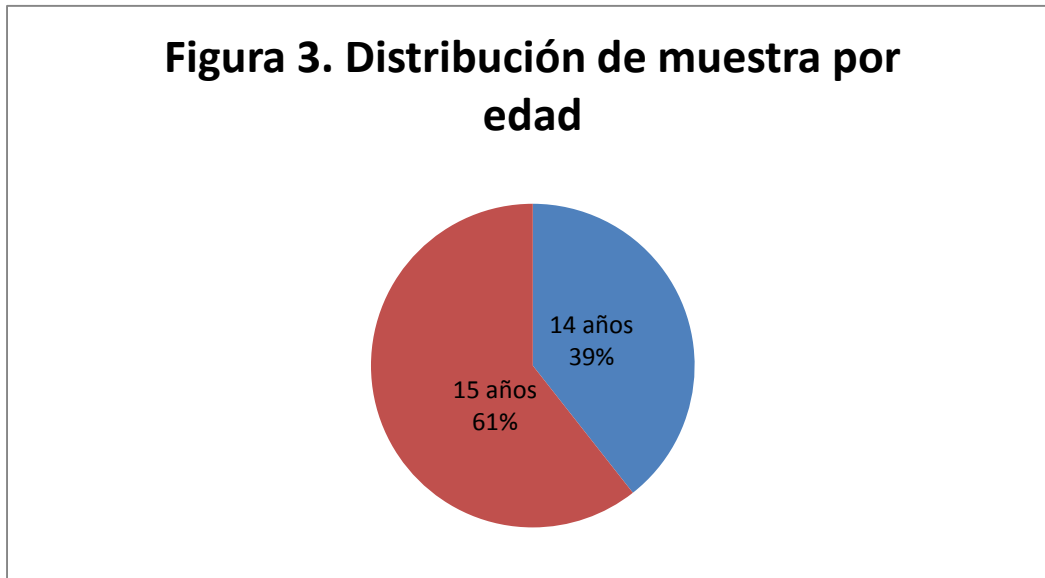
En la figura 1 se observa que existe una diferencia entre los alumnos del grupo control (n=34) en lista de espera y el grupo intervención (n=31), en el cuál la mayoría son del grupo control.



En la figura 2. Se observa que existe una diferencia entre el sexo masculino y femenino, en el cuál la mayoría de los participantes son mujeres.



En la figura 3. En el cuestionario aplicado se observa que existe diferencia en la edad, por lo que se menciona que la mayoría de los participantes son con una edad de 15 años.



4.2. Resultados estadísticos inferenciales.

Tabla 1. Medidas y desviaciones estándar para la variable p1 en la Preprueba y Posprueba grupo control y con intervención.

Variable	Grupo				F	p	d
	Control (n = 34)		Intervención (n = 31)				
	Pre M (DE)	Post M (DE)	Pre M (DE)	Post M (DE)			
Consideras que la persona adecuada para conversar sobre sexualidad es:	2.89 (1.27)	2.53 (1.16)	2.94 (0.93)	3.13 (1.09)	2.08	.15	.03
¿Qué edad consideras adecuada para tratar estos temas por primera vez?	2.69 (0.73)	2.39 (0.65)	2.90 (0.40)	2.78 (0.42)	0.76	.39	.01

Conoces formas efectivas de evitar un embarazo? si es así, menciona 3	2.62 (0.70)	2.74 (0.51)	2.71 (0.52)	2.71 (0.46)	0.52	.60	.01
La reacción de los estudiantes de tu clase al tratar estos temas en el colegio es:	2.35 (1.27)	2.00 (1.07)	2.45 (0.89)	2.48 (1.06)	0.67	.57	.03
¿Cuánto crees tú qué sabes sobre "sexo"?	2.50 (0.70)	2.53 (0.66)	2.16 (0.69)	2.52 (0.57)	0.80	.53	.05
¿La palabra condón te hace pensar en?	1.50 (0.66)	1.41 (0.66)	1.45 (0.50)	1.61 (0.50)	0.82	.53	.06
¿Con qué frecuencia hablas sobre "sexualidad"?	2.74 (0.61)	2.38 (0.70)	2.81 (0.70)	2.55 (0.62)	0.71	.63	.06
Si necesitas orientación sobre estos temas, hablas con:	2.32 (1.00)	2.57 (1.10)	2.19 (1.32)	2.39 (1.02)	0.61	.74	.07
¿Por cuál de los siguientes motivos no tendrías relaciones sexuales?	2.80 (1.68)	2.30 (1.36)	2.58 (1.72)	2.16 (1.18)	0.54	.82	.07
¿Has tenido relaciones sexuales?	1.91 (0.29)	1.80 (0.41)	1.88 (0.34)	1.88 (0.34)	0.59	.80	.08
¿A qué edad tuviste o tendrías tu primera relación sexual?	1.44 (0.50)	1.41 (0.50)	1.52 (0.50)	1.61 (0.50)	0.52	.86	.08
¿Qué opinan tus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes?	1.94 (1.07)	2.00 (1.07)	2.03 (0.98)	2.03 (0.75)	0.46	.91	.08
¿Has recibido formalmente información sobre educación sexual?	1.38 (0.50)	1.44 (0.50)	1.32 (0.47)	1.19 (0.40)	0.70	.73	.14
¿Qué temas son los que más manejas sobre sexualidad?	1.80 (0.41)	1.80 (0.41)	1.69 (0.47)	1.88 (0.34)	0.67	.78	.14
Las mujeres lesbianas deberían ser aceptadas con total normalidad	2.50 (0.66)	2.35 (0.65)	2.61 (0.56)	2.13 (0.62)	2.63	.11	.04

Continúa en la siguiente página

Pese a que pueda parecer duro, ni ahora ni nunca debe permitirse que las parejas homosexuales adopten hijos, ya que pueden resultar perjudicial, que ambos padres sean del mismo sexo.	2.00 (0.60)	2.09 (0.57)	1.84 (0.64)	2.13 (0.62)	1.84	.17	.06
Aunque no quieran reconocerlo, las mujeres siempre se sentirán más atraídas por los hombres fuertes y varoniles	1.91 (0.75)	2.09 (0.62)	2.19 (0.75)	1.71 (0.74)	3.85	.01	.16
El modelo femenino que propone la iglesia, con sus valores de castidad, obediencia, maternidad y sacrificio, es sustancialmente correcto y vale la pena seguirlo	1.94 (0.74)	1.77 (0.70)	1.78 (0.71)	1.65 (0.66)	2.89	.03	.16
Debería permitirse a los chicos y chicas elegir libremente su orientación sexual: heterosexualidad, bisexualidad u homosexualidad.	2.35 (0.77)	2.32 (0.68)	2.32 (0.79)	2.30 (0.68)	2.31	.05	.16
Es más adecuado que el varón tome la iniciativa en las relaciones sexuales	1.74 (0.75)	1.74 (0.66)	1.81 (0.65)	1.77 (0.56)	1.89	.09	.16
Por su propia naturaleza, el varón necesita masturbarse más que la mujer	1.88 (0.59)	1.82 (0.57)	2.00 (0.63)	1.77 (0.67)	1.83	.09	.18
Debería considerarse normal que una persona homosexual (hombre o mujer), fuese presidente de gobierno	1.88 (0.72)	2.03 (0.57)	1.87 (0.76)	2.03 (0.57)	1.61	.14	.18

Continúa en la siguiente página

En general los varones suelen tener impulsos sexuales más fuertes	2.12 (0.59)	2.06 (0.49)	2.26 (0.68)	2.06 (0.57)	0.38	.54	.00
A pesar de todo el respeto que merecen, es natural que no se permita el matrimonio entre homosexuales	1.79 (0.69)	1.97 (0.57)	1.77 (0.61)	2.16 (0.58)	1.18	.28	.01
¿Has recibido alguna vez Información sobre Infecciones de Transmisión Sexual?	1.00 (0.00)	1.03 (0.17)	1.06 (0.25)	1.06 (0.25)	0.70	.50	.02
Si su respuesta ha sido afirmativa. Señale las vías por las que has recibido esta información	3.38 (0.95)	3.71 (0.87)	3.39 (1.08)	3.74 (0.89)	0.50	.68	.02
De las siguientes enfermedades, señale aquellas que usted considere son Infecciones de Transmisión Sexual	2.00 (1.12)	2.74 (1.89)	1.55 (0.81)	2.00 (1.26)	0.42	.79	.02
Identifique las formas de contagio de las ITS.	4.00 (2.01)	4.38 (1.89)	3.74 (1.94)	3.45 (2.01)	0.39	.84	.03
De las siguientes conductas. Señale cuáles usted considera son riesgo para contraer ITS.	1.88 (0.40)	2.26 (0.93)	1.97 (0.54)	1.97 (0.31)	0.90	.50	.08
Señale cómo usted se protegería de contraer ITS.	2.91 (0.83)	2.62 (0.78)	2.55 (1.06)	2.74 (0.68)	2.48	.12	.03
La Sífilis es una Infección de Transmisión Sexual producida por:	2.29 (0.67)	2.03 (0.67)	1.97 (0.70)	1.65 (0.66)	1.22	.30	.03
El Herpes Genital es una Infección de transmisión Sexual producida por:	2.06 (1.17)	1.79 (1.12)	2.32 (1.13)	2.32 (1.40)	0.87	.46	.04

Continúa en la siguiente página

La Gonorrea es una Infección de Transmisión Sexual producida por una bacteria llamada:	2.88 (0.59)	2.82 (0.67)	2.97 (0.79)	2.84 (0.82)	0.68	.60	.04
Las Infecciones de Transmisión Sexual producidas por bacterias pueden curarse mediante el tratamiento con:	2.50 (1.18)	2.38 (1.28)	2.19 (1.27)	2.03 (1.25)	0.54	.73	.04
Los Métodos Anticonceptivos son utilizados para:	2.06 (0.34)	2.12 (0.64)	2.03 (0.18)	1.97 (0.18)	0.68	.66	.06
Los Métodos Anticonceptivos pueden ser utilizados por:	2.94 (0.42)	2.85 (0.55)	2.84 (0.45)	2.97 (1.18)	0.89	.52	.09
De los siguientes Métodos, cuáles considera usted que son anticonceptivos:	2.09 (0.71)	1.94 (0.54)	2.29 (0.86)	2.00 (0.63)	0.30	.58	.00
Cuáles de los siguientes Métodos Anticonceptivos son considerados naturales:	1.82 (0.93)	1.91 (0.93)	1.94 (0.92)	1.84 (0.69)	0.37	.69	.01
Cuáles de los siguientes Métodos Anticonceptivos son de barrera mecánica:	2.24 (1.01)	2.03 (0.96)	2.29 (0.90)	2.48 (0.96)	0.77	.51	.03
Cuáles de los siguientes Métodos Anticonceptivos son de barrera química:	2.41 (1.07)	2.32 (1.09)	2.58 (0.84)	2.74 (0.89)	0.64	.63	.04
Cuáles de los siguientes Métodos Anticonceptivos son hormonales:	2.12 (1.03)	2.06 (0.92)	1.94 (0.85)	2.00 (0.73)	0.60	.70	.04
Cuáles de los siguientes Métodos Anticonceptivos son temporales:	1.74 (0.75)	1.76 (0.89)	1.84 (0.73)	1.74 (0.73)	0.51	.79	.05

Capítulo V.

5.1. Análisis y discusión

De acuerdo con la intervención realizada sobre la educación sexual que reciben los adolescentes de nivel secundaria, del cual cabe destacar que no existe un instrumento que mida como tal, todos los aspectos sobre los conocimientos de sexualidad.

En México la población adolescente representa un porcentaje considerable de la población total, siendo un grupo vulnerable a factores de riesgo como los embarazos no deseados, las ITS, etc. Debido a la falta o inadecuada información sobre la sexualidad humana.

El propósito de este programa fue que los alumnos obtuvieran nuevos conocimientos sobre sexualidad y de este modo persuadirlos para lograr un cambio de conducta en sus estilos de vida con respecto a su educación sexual, así mismo la prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos, mediante la utilización de métodos anticonceptivos para lograr una salud sexual para su propio bienestar físico, emocional y social, con esto para que no empiecen su vida sexual activa a temprana edad.

La finalidad de este programa implementado sobre sexualidad fue el aumento de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes y a través de la cual se reduce la tasa de mortalidad y morbilidad en los adolescentes mediante la prevención y el uso correcto de métodos anticonceptivos, debido a que estas tasas van cada vez más en aumento, provocando más muertes de madres adolescentes e incluso de los mismos embriones.

Con la presente intervención se observó que hubo cambios en adolescentes en el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual ese resultado es similar a la de Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, realizado Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés y Sierra en donde se da a conocer principalmente la utilización correcta de los métodos anticonceptivos con el fin de reducir factores de riesgo en caso de este estudio, el aumento de conocimientos sobre VIH e infecciones de transmisión sexual.

Caso similar a la presente intervención en donde se observó que surgieron cambios en adolescentes sobre los conocimientos de métodos anticonceptivos este resultado es similar a la de Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno, realizado por Mesa, Barella y Cobeña en este programa de intervención contrastándolo con el presente proyecto es de suma importancia mencionar que tan importante es determinar el porcentaje de adolescentes con vida sexual activa y quien aún no las ha iniciado, de esta forma dejar más en claro cómo puedes tomar mejores decisiones sin afectar su futuro, generando cambios significativos sobre la percepción de la sexualidad, objetivos que se lograron en ambos estudios.

Existen diferentes tipos de programas que se ayudan a generar cambios positivos en la sexualidad adolescente tal es el caso del programa de educación entre pares: Se considera altamente confiable para la promoción de la salud sexual, mensajes en las escuelas realizado por Layzer, Rosapep, y Barr, aplicado en Carolina del Norte, nos pone de ejemplo que si un proyecto se aplica de forma adecuada puede traer consigo muchos cambios positivos y se puede lograr que sean aplicados en otros lugares que tengan las mismas necesidades, tal como paso en este proyecto; al observar cómo se generaron cambios positivos se requirió el apoyo del EPS y así poder brindar las sesiones a otros grupos de la misma institución.

Otro proyecto del cual podemos tomar como ejemplo y fue de mucha ayuda para la aplicación del programa es el Impacto del programa de educación sexual: adolescencia tiempo de decisiones aplicado en Santiago de Chile en los años 1994-1995, es importante tomar en cuenta que son muchos años de diferencia al aplicar los programas pero teniendo bien en claro que cuanto más información reciban más se retrasa la primera relación sexual. Teniendo a nuestro favor el hecho de que existe mayor posibilidad de elegir un método anticonceptivo que se adapte a cada necesidad de adolescente.

A finales de 2007, la UNESCO puso en marcha un programa llamado programas escolares de educación sexual donde se analizaba la relación costo-eficacia acerca de la aplicación del proyecto el cual fue de gran ayuda para así poder identificar que tanto se debe invertir

en un proyecto sobre conocimientos de educación sexual para que su eficacia aumente de manera considerable. Así mismo poder identificar cuáles son los lugares donde se debe invertir un mayor número de actividades para generar más conocimientos a través de dinámicas donde pudieron participar todos los asistentes.

El estudio realizado por Castañeda y Moreno, aplicado en Tijuana, sirvió como ejemplo para esta intervención, ya que se abordaron las mismas temáticas y tomando en cuenta que se debe de llevar a cabo la aplicación de instrumentos antes de iniciar la intervención y después de la aplicación, con el fin de medir los conocimientos de los participantes y poder obtener una significancia de la intervención aplicada, mismo procedimiento que se llevó a cabo en este programa.

Analizando el programa Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes, se realizó una comparación con esta intervención debido a que en ambas se busca incrementar los conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes, así como el cuidado a su salud sexual, es necesario incrementar la educación sexual y enseñar los métodos de anticonceptivos, riesgos y consecuencias de los embarazos durante la adolescencia y las consecuencias que pueden acarrear las ITS, para así poder formar personas con alto nivel de conciencia en esta esfera tan importante de la vida del ser humano.

Al analizar los resultados del instrumento de educación sexual e infecciones de transmisión sexual que se implementaron en la pre-prueba y la pos-prueba, del grupo control y el grupo intervención arrojados del programa (SPSS) en la muestra de medidas repetidas se analiza que existió un impacto en base a estos temas abordados en la intervención debido a que la significación es igual a .4, por lo tanto se debe a que el tema fue abordado con precisión y para los alumnos fue de suma importancia hablar de estos temas.

El programa se cumplió en cuatro temáticas abordadas que fue educación sexual, perspectiva de género, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, en las

cuales se debería de dar un seguimiento para el reforzamiento de los conocimientos adquiridos y reducir las tasas de mortalidad y morbilidad.

El programa puede ser aplicado para otras instituciones de nivel medio (secundaria), y de este modo favorecer la reducción de infecciones de transmisión sexual y el aumento de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes para tener una prevención y un cuidado en su salud sexual y así reducir los factores de riesgo por los que pasan los adolescentes en la etapa de la vida y así actúen de manera más responsable.

El programa implementado en esta intervención que tuvo como objeto de estudio la sexualidad , donde se abordaron temas como infecciones de transmisión sexual, educación sexual, métodos anticonceptivos y perspectiva de género, donde se observa que tuvo un impacto en los grupos con los que se realizó la intervención logrando una significancia en los conocimientos adquiridos en los adolescentes durante las sesiones debido a que la educación para la salud es más práctica que teórica, donde solo se les dan conceptos básicos utilizando dinámicas y materiales lúdicos como carteles, videos, socio-dramas, juegos, donde no solo el facilitador brinda información si no también retoma conocimientos previos de los adolescentes y de este modo sale de lo rutinario de una clase haciendo que las más dinámica la sesión donde ellos se interesen más por participar y conocer sobre los temas que abordaras con ellos y a un más cuando son temas que a ellos les interesa como lo es la sexualidad.

5.2. Importancia de la Educación para la Salud en la implementación de programas de educación sexual.

La aplicación de programas preventivos sobre educación sexual permite garantizar estrategias con base al diagnóstico, aplicación y evaluación que contribuyan a la mejora de la salud en la población.

La importancia de la implementación de programas de educación sexual principalmente en la adolescencia es reducir factores de riesgo y aumentar los conocimientos de los participantes sobre el tema.

Por otra parte se logra tener plasmados los resultados de cada programa y poder estudiarlos posteriormente de forma que se tome en cuenta si el programa que se está estudiando tuvo algunos errores para que no sean retomados en el nuevo proyecto y mejorar los resultados anteriores.

La transmisión de conocimientos a través de un programa bien diseñado por expertos puede contribuir de manera significativa al cambio de estilos de vida en la población más vulnerable a caer en factores de riesgo.

La implementación de los programas en diferentes sectores de la población, creando un diagnóstico para cada tipo de población desde el enfoque de la educación para la salud de forma que se cree conciencia de que a través de dinámicas que generen cambios positivos con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

Los programas de prevención en salud estas destinados a desarrollar entornos favorables que contribuyan al incremento de aptitudes personales para impulsar formas de vida, que mejoren la salud de las comunidades, reforzando la participación ciudadana no solo llevarlos a cabo en centros ya establecidos sino acercarse a la comunidad y llegar a lugares donde se requiera el aumento de información sobre prevención en salud.

Con la participación de equipo multidisciplinario, entre ellos la licenciatura en educación para la salud y la correcta aplicación de conocimientos sobre temas de salud se puede lograr cambios significativos en la población.

Capítulo VI

6.1. Conclusiones

El presente programa de intervención tuvo como objetivo el aumento de los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes generando cambios significativos en sus actitudes ante su sexualidad y permitiendo que no caigan en factores de riesgo como lo es un embarazo no planificado a corta edad o contraer una infección de transmisión sexual.

Mostrándoles cual es la forma adecuada del uso de métodos anticonceptivos, pero principalmente concientizando sobre la importante decisión de iniciar una vida sexualmente activa.

Como menciona Martín en el 2003, la adolescencia es una de las etapas más vulnerables por las que atraviesa el ser humano debido a todos los cambios que experimentan y en la cual comienza su madures sexual y el inicio de la fertilidad, por el cual es tan importante que estén informados sobre cómo cuidar aspectos básicos de su sexualidad.

Dentro de la intervención se observó que los alumnos de la secundaria no están informados de manera adecuada o de fuentes confiables, puesto que acuden a preguntarse entre amigos del mismo grupo de edad o de programas y páginas de internet que no son verídicas, ya que al momento de que toman la decisión de tener una relación sexual coital cometen errores que pueden perjudicar a corto o largo plazo su vida.

Por otra parte se observó que los medios de comunicación influyen de manera significativa en la forma que los adolescentes ven la sexualidad, pues se les incita a tener relaciones a temprana edad sin estar del todo consientes que lo quieren hacer y sin pensar en las consecuencias que puedan tener con ello. Debe tomarse muy en cuenta como el desarrollo del ser humano debe estar presente la educación sexual desde una temprana edad, en la cual se enseñen los principales factores que deben de tener en cuenta antes de tomar una decisión tan importante.

Está comprobado que en países de primer mundo la educación sexual comienza desde la niñez, esto les permite tener un mayor control sobre qué es lo que desean hacer en su vida y que no por tomar una mala decisión se pospongan planes que tenían en su futuro. Según datos de la UNICEF (2014), 52% de las adolescentes de entre 12 y 19 años de edad se embarazan, lo cual hace que abandonen sus estudios para poder obtener un trabajo y que el ingreso familiar aumente y poder mantener al nuevo integrante de la familia.

Esto tiene como consecuencia a largo plazo el hecho de que su calidad de vida se vea mermada pues al no concluir sus estudios no pueden aspirar a un puesto mayor en el cual tengan un pago adecuado al tipo de sociedad en el que estamos enfrentándonos día con día. El embarazo adolescente o el contraer una infección de transmisión sexual también influye en las emociones del adolescente pues ya no cumplen con expectativas de vida que se habían planteado y puede ser causante de depresión el cual puede afectar a todo su entorno. El proyecto fue elaborado por especialistas en educación para la salud y aplicado por los mismos, por lo cual es un factor determinante el que se tomen en cuenta todos los aspectos del individuo para poder concientizar sobre los factores de riesgo sobre sexualidad en la adolescencia.

Se observó que los adolescentes aumentaron considerablemente sus conocimientos sobre sexualidad lo cual permitió que puedan tener una perspectiva diferente acerca de su futuro como individuos capaces de afrontar una realidad que día con día se torna más complicada. Es importante mencionar que dentro de las sesiones se encontraban presentes algunos profesores de los alumnos que trabajan con ellos a diario los cuales nos mencionaban que notaban cambios en los adolescentes pues ya tenían otro enfoque acerca de la sexualidad y su perspectiva sobre su futuro.

Todos estos cambios no solo son buenos para el adolescente en sí, puesto que toda la sociedad genera a mediano plazo cambios dentro de ella. Como lo es la disminución de la tasa de embarazo adolescente y por consiguiente la reducción de morbi-mortalidad en mujeres adolescentes y neonatos. Así mismo también se aumenta considerablemente la posibilidad que el adolescente siga con sus estudios de preparatoria o universidad, ya que

son las etapas en donde con más frecuencia se presentan los factores de riesgo dentro de las relaciones sexuales coitales.

Por lo tanto es de suma importancia la labor del Licenciado en Educación para la Salud, para que de esta manera puedan reducirse factores de riesgo en la adolescencia que actualmente ocupan un lugar importante dentro de las preocupaciones de la sociedad, mejorando la calidad de vida de los individuos a un corto y largo plazo.

Tomando en cuenta que la Licenciatura en educación para la salud es multidisciplinaria y de este modo cuenta con habilidades y destrezas para la realización de intervenciones educativas sobre cualquier temática, en esta intervención se realizó sobre sexualidad en los adolescentes, con el fin de que se logre un cambio de conducta en los adolescentes para la prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, el uso correcto de métodos anticonceptivos.

El programa de intervención que se realizó en la secundaria, tuvo un impacto debido a que los temas que se abordaron fueron dinámicos y debido a esto los adolescentes le tomaban importancia a los temas, la participación de cada uno de los adolescentes se tomaba en cuenta para el reforzamiento del tema hablado en las sesiones. Lo que se hizo en lo programa de intervención fue crear impacto a la secundaria en general, tanto alumnos como a los maestros, este programa se realizó con el fin de modificar los conocimientos que ellos ya tenían.

Se logró un buen resultado en este programa de intervención ya que en cada una de las sesiones fue más práctica, dinámica que teórica, donde se les daban conceptos básicos utilizando material didáctico como socio-dramas, videos, carteles, diapositivas y juegos fuera de las aulas. Los alumnos participaban en todas las dinámicas ya que desde un principio se trabajó brindando un ambiente de confianza, los juegos que se realizaban en cada sesión era para salir de lo rutinario de cada clase, haciendo de este modo que se interesaran por participar.

Cabe mencionar que este programa de intervención, no se tuvo mucho tiempo para trabajar con ellos sin embargo se obtuvo gran significancia, ya que se trabajó solo 8 sesiones, se asistió de nuevo a la institución después de 3 meses, y se aplicaron los cuestionarios nuevamente y se obtuvo un mejor resultado de los temas, eso indica que los temas vistos durante las sesiones fueron implementadas de manera adecuada.

Referencias.

- Carrada-Bravo. T. (2012). Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Medicina general*. Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-6/RFM46607.pdf>
- Carrera, M. V., Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2007). Intervención y evaluación de un programa de educación afectivo-sexual en la escuela para padres y madres de adolescentes. *Revista diversitas, perspectivas en psicología*. 3, 191-202.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2010). Diversidad sexual. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevención/diversidad.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2012). El VIH/SIDA en México 2012. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf
- Chirinos, J., Bardales, O. & Segura, M. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 22(1), 79-85.
- Ciaravino, H., Martínez, A., Benvenuto, S., Gómez, R., Torres, S. & Robles, C. (2006). Aborto en adolescentes menores de 16 años. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 25, 167-171.
- Climent, G. I. (2009). Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*. 37, 221-242.
- Conde, C. J., Uribe, F. (1997). Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual. *Salud Pública de México*, vol. 39, 1-8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639611>
- Díaz, L. (2013). El inicio de relaciones coitales en estudiantes de preuniversitario. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42, 377-386.
- Doblado, N. I., De la Rosa, I. & Junco, A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 36(3), 409-421.

- Frenk, J. (2000). Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. *Secretaría de salud*. 1-79. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de psicología*. 7, 71-81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=271020873007>
- González, H. (2010). Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. Fondo de población de las naciones unidas. Recuperado de: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>
- González, M. I. (2004). Sexualidad adolescente. *Medwave*. 4. Recuperado de: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1919>.
- Hernández, M. & González, F. (2005). Educación sexual en la adolescencia. *Hospital Universitario Clínico Quirúrgico*. Recuperado de: <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/sexologia/sexualidad.htm>.
- Hernando, A. (2007). La prevención de la violencia de género en adolescentes. *Una experiencia en el ámbito educativo*. España. Recuperado de: http://www.uhu.es/angel.hernando/documentos/2007_Apuntes_de_Psicologia.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2014). “Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto)”. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2014/juventud0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2009). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Mujeres y hombres en México 2009*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud datos nacionales*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/juventud10.asp?c=2766&ep=41>

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud*. Recuperado de; <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?s=inegi&c=2844&ep=99>.
- Instituto Promundo de Brasil. (2011). Reconociéndonos/Reconociéndolos. UNFPA. 266. Recuperado el 3 junio 2015 de http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA_AECID_Reconociendonos_Reconociendolos.pdf
- Institutos Nacionales de la Salud. (2014). Aborto. Revisado en 20/11/2014. Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/abortion.html>
- Juarez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I. & Wulf, D. (2013). Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y Consecuencias. Guttmacher Institute. Recuperado de: <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*. 5, 42-51.
- López, F., Carcedo, R., Fernández-Rouco, N., Blázquez, M^a. I., & Kilani, A. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*. Vol. 2, 791-799. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.moa?id=16720048026>
- Martín, L. & Reyes, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 183-187.
- Medina, Y. P. (2010). Elaboración de una guía sobre educación sexual. *Universidad Técnica de Cotopaxi*. 1-165. Recuperado de: <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/310/1/T-UTC-0300.pdf>
- Mesa, M.I. (2001). Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. España. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704788897>
- Montero, A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Revista médica Chile*. 139, 1249-1252.

- Moreno, S., León, M. & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio Abierto*. 15, 787-803.
- Muñoz, J. (2004). Educación de la sexualidad y embarazo precoz en la adolescente. *Horizontes Educativos*. 9, 65-78.
- Organización Mundial de la Salud, (2014). Sexualidad, qué es. OMS. Centro de Formación Integral. 18. Recuperado de: http://www.formacion-integral.com.ar/index.php?option=com_content&task=view &id=19&Itemid=47
- Organización Mundial de la Salud, (1975). Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Organización Mundial de la Salud serie de informes técnicos.572. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2002). Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS .Recuperado de: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 45ª edición, 1-18. Recuperado http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2013). Infecciones de transmisión sexual. Revisado 20/11/14. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud, (2014). Género. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/ircpub_01/jc240sextransminfsurv_es.pdf

- Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*. 29, 85-95.
- Polo, C. (2009). Factores protectores en adolescentes. Madrid. Recuperado de: http://bibliotecadigital.udu.edu.ar/objetos_digitales/71/tesis-1426-resiliencia.pdf.
- Programa de educación sexual para jóvenes. (2004). ¡Conócete, va por tu cuenta!. Recuperado el 3 de junio 2015 de: http://files.sld.cu/bmn/files/2014/07/manual_de_sexualidad_para_jovenes.pdf
- Rodríguez, M. A. (2008). Factores de riesgo para el embarazo adolescente. *Medicina UPB*. 27, 47-58.
- Rojas, G. D. (2009). Factores de riesgo en la conducta sexual en los adolescentes. *Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social*. Recuperado de: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/210/1/FACRIESGOCONSEXADOLESCENTES.pdf>
- Ruiz, G. (2014). Historia del Movimiento LGTB: El comienzo de la lucha. Sobre historia. Recuperado de: <http://sobrehistoria.com/historia-del-movimiento-lgtb-el-comienzo-de-la-lucha/>
- Sabría-Leal, M. (2011). Enfermedades de transmisión sexual clamidias. *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Recuperado de: <http://previniendo.files.wordpress.com/2009/05/its-clamidia.pdf>.
- Sanabria, G. (2013). Investigaciones en salud sexual y reproductiva en la Maestría en Promoción y Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 39(5), 903-914.
- Sánchez, L. E. (2008). Infección por herpes simple genital. Revisión global. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 7, 1-10.
- Santos-Preciado, J. I., Villa-Barragán, J. P., García-Avilés, M. A., León-Álvarez, G., Quezada-Bolaños, S. & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*. 45, 140-152.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*. 10, 129-158.

- Távora, L. (2013). Taller: prevención del aborto inseguro. Federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología. Recuperado de: <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Relato-Final-del-Taller-October-del-2013.pdf>
- Torrico, A., Salas, A., Gutiérrez, A., Arce, M. & Salazar, J. (2004). Factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz, Bolivia. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000100002
- Velásquez, A. (2005). Efecto de un CD multimedia (planeta riesgo xero) en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida de adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. Perú. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37966307>
- Velázquez, S. (2013). Sexualidad responsable. Programa institucional actividades de educación para una vida saludable, universidad autónoma del estado de Hidalgo. Recuperado de http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. Laboratorio de Hematología, Centro de Investigaciones Regionales, “Dr. Hideyo Noguchi”, *Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México*.9, 116-121. Recuperado de: <http://www.uady.mx/~biomedic/revbiomed/pdf/rb98927.pdf>

Anexo 1

PARTE I.- EDUCACIÓN SEXUAL

INSTRUCCIONES:

- Lee con atención cada pregunta del cuestionario.
- Marca con una X la alternativa que consideres cercana a tu realidad.
- Si la pregunta lo requiere puedes marcar más de una alternativa.

1) Consideras que la persona adecuada para conversar sobre sexualidad es:

- A) ____Padre B) ____Madre C) ____Ambos
D) ____Profesores E) ____Amigos F) ____Otros (especificar)

2) ¿Qué edad consideras adecuada para tratar estos temas por primera vez?

- A) De 5 a 8 ____ B)de 9 a 11 ____ C)de 12 a 14 ____ D)Nunca ____

3) Conoces formas efectivas de evitar un embarazo? Si es así, menciona tres:

- a) _____
b) _____
c) _____

4) La reacción de los estudiantes de tu clase al tratar estos temas en el colegio es:

- A) ____ Toman el tema con seriedad e importancia
B) ____ No toman el tema con seriedad e importancia
C) ____ Algunos no comentan por vergüenza al tema
D) ____ No participan y no le dan seriedad al tema
E) ____ No se toca el tema en el colegio

5) ¿Cuánto crees tú que sabes sobre “sexo”?

___mucho ___poco ___lo suficiente ___nada

6) La palabra condón te hace pensar en:

___Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

___Prevención de Embarazos

___Vergüenza

___Otros (especificar) _____

7) ¿Con qué frecuencia hablas sobre “sexualidad”?

Siempre ___ A veces ___ Muy poco ___ Nunca ___

8) Si necesitas orientación sobre estos temas, hablas con:

___ amigos ___padres ___profesores ___especialistas ___nadie ___chateo

9) ¿Por cuál de los siguientes motivos no tendrías relaciones sexuales?

___ITS

___Embarazos no deseados

___Mis padres

___Vergüenza

___No me siento listo(a)

___Otros (especificar) _____

10) ¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí _____ No _____

11) ¿A qué edad tuviste o tendrías tu primera relación sexual? (PREGUNTA OPCIONAL)

¿Has hablado con alguien sobre tu sexualidad?

Sí____ No____

¿Con quién?

Familiares _____ Amigos _____ Otros _____

12) ¿Qué opinan tus padres sobre las relaciones sexuales entre los adolescentes?

_____ Que deben esperar hasta el matrimonio

_____ Que pueden tenerlas si se cuidan responsablemente

_____ Rechazan absolutamente el tema y se molestan al hablar de ello

_____ No les interesa

_____ No hablamos del tema

13) ¿Has recibido formalmente información sobre educación sexual?

Sí _____ No _____

14) ¿Que temas son los que más manejas sobre la sexualidad?

____ ITS _____ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

PARTE II.- PERSPECTIVA DE GÉNERO.

INSTRUCCIONES:

Lea cada afirmación y marque con una “X” el recuadro que mejor refleje su opinión.

Luego, pase a la que sigue, y así sucesivamente. No olvide contestar a todas las cuestiones.

PREGUNTA	Desacuerdo total	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Las mujeres lesbianas deberían ser aceptadas con total normalidad.	1	2	3
2. Pese a que pueda parecer duro, ni ahora ni nunca debe permitirse que las parejas homosexuales adopten hijos, ya que puede resultar perjudicial que ambos padres sean del mismo sexo.	1	2	3
3. Aunque no quieran reconocerlo, las mujeres siempre se sentirán más atraídas por los hombres fuertes y viriles.	1	2	3
4. El modelo femenino que propone la Iglesia, con sus valores de castidad, obediencia, maternidad y sacrificio, es sustancialmente correcto y vale la pena seguirlo.	1	2	3
5. Debería permitirse a los chicos y chicas elegir libremente su orientación sexual: heterosexualidad, bisexualidad u homosexualidad.	1	2	3
6. Es más adecuado que el varón tome la iniciativa en las relaciones sexuales.	1	2	3
7.- Por su propia naturaleza, el varón necesita masturbarse más que la mujer.	1	2	3
8.- Debería considerarse normal que una persona homosexual (hombre o mujer) fuese presidente de gobierno	1	2	3
9.- En general, los varones suelen tener impulsos sexuales más fuertes.	1	2	3
10.- A pesar de todo el respeto que merecen, es natural que no se permita el matrimonio entre homosexuales.	1	2	3

PARTE III.- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Instrucciones:

- ✓ Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste en su opinión a la que responde con más precisión. Marque con una (X) solo una de las opciones planteadas.

1.- ¿Ha recibido alguna vez información sobre infecciones de transmisión sexual?

a.- Sí.

b.- No.

2.- Si su respuesta ha sido afirmativa. Señale las vías por las que ha recibido esta Información.

a.- Radio b.- TV c.- Amigo/ Amiga d.- Médico e.- Revistas f.- Periódicos.

3.- De las siguientes enfermedades, señale aquellas que usted considere son Infecciones de Transmisión Sexual.

- a) Sífilis
- b) gonorrea
- c) VIH/SIDA
- d) Hepatitis B.
- e) Trichomonas
- f) Condilomas
- g) Monilias
- h) Clamidiasis

4.- Identifique las formas de contagio de las ITS.

- a) Beso
- b) Compartir jeringas
- c) Uso de ropa en común
- d) Uso de baños públicos.

- e) Picadura de insecto
- f) Sexo sin condón
- g) sexo oral.

5.- De las siguientes conductas. Señale cuales usted considera son riesgo para contraer ITS.

- a) Drogadicción
- b) No uso de condón con una relación ocasional
- c) Promiscuidad
- d) Hábito de fumar
- e) Alcoholismo.

6.- Señale cómo usted se protegería de contraer ITS.

- a) Relaciones sexuales con una pareja estable
- b) Teniendo sexo solo con pareja del sexo opuesto.
- c) Uso del condón
- d) Realizándose chequeo médico periódico
- e) Sexo sin penetración.

7.- La Sífilis es una infección de transmisión sexual producida por:

- a) Una bacteria.
- b) Un virus.
- c) Un hongo.

8.- El Herpes Genital es una infección de transmisión sexual producida por:

- a) Un hongo.
- b) Una bacteria.
- c) Un protozoo.
- d) Un virus.

9.- La Gonorrea es una infección de transmisión sexual producida por una bacteria llamada:

- a) Treponema pallidum.
- b) Chlamydia trachomatis.

- c) Neisseria gonorrhoeae
- d) Gonococo

10.- Las infecciones de transmisión sexual producidas por bacterias pueden curarse mediante tratamiento con:

- a) Vacunas.
- b) Analgésicos.
- c) Antibióticos.
- d) No tienen cura.

PARTE IV-. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Instrucciones:

- ❖ Lee cuidadosamente la pregunta y selecciona la opción que consideres correcta.

1.- Los métodos anticonceptivos son utilizados para:

- a. Aumentar la frecuencia de la actividad sexual.
- b. Impedir que ocurra un embarazo.
- c. Lograr que ocurra un embarazo.
- d. Ninguna de las anteriores.

2.- Los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por:

- a. Varones.
- b. Mujeres.
- c. Varones y Mujeres.
- d. Ninguna de las anteriores.

3.- De los siguientes métodos, cuales considera usted que son anticonceptivos:

- a. Preservativo (condón), lavarse las manos, método del ritmo.
- b. Preservativo (condón), píldoras o pastillas, Diafragma (condón femenino).
- c. Preservativo (condón), realizar ejercicios, píldoras o pastillas.
- d. Todas las anteriores.

3.- Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados naturales:

- a. Preservativo, píldoras o pastillas.
- b. Método del ritmo, método de la temperatura basal.
- c. Inyecciones anticonceptivas.
- d. Todas las anteriores.

4.- Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son de barrera mecánica:

- a. Píldoras o pastillas, método del ritmo.
- b. Esponjas vaginales, píldoras o pastillas.
- c. Preservativo, diafragma (condón femenino).
- d. Ninguna de las anteriores

5.- Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son de barrera químicas:

- a. Preservativos, diafragma (condón femenino).
- b. Método del ritmo, esponjas vaginales.
- c. Cremas, jaleas, supositorios vaginales.
- d. Ninguna de las anteriores.

6.- Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son hormonales:

- a. Píldoras orales, método del ritmo.
- b. Píldoras orales, implantes.
- c. Preservativo, inyecciones.
- d. Ninguna de las anteriores.

7.- Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son temporales:

- a. Preservativo, método del ritmo, píldoras.
- b. Dispositivo intrauterino (DIU), ligaduras de trompas de Falopio.
- c. Vasectomía, ligaduras de trompas de Falopio.
- d. Ninguna de las anteriores.

Anexo 2

CARTA DE ASENTIMIENTO

Los alumnos de la Escuela Secundaria Oficial Francisco Villa del 3er grado Grupo “C” estamos de acuerdo en participar en las actividades que realizaran los estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la Salud.

Estamos enterados que vamos a contestar una evaluación, teniendo como objetivo obtener información en relación con nuestra salud, posteriormente nos integraremos al “programa de intervención para modificar los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes”, obteniendo conocimientos acerca del cuidado de nuestra salud.

Nuestra decisión es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia que dañe a nuestra persona, no realizaremos ningún gasto y no recibiremos ningún pago por nuestra participación, de la misma manera podremos retirarnos de la intervención si no estamos de acuerdo.

Nombre de los alumnos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____
31. _____
32. _____
33. _____
34. _____
35. _____
36. _____
37. _____
38. _____
39. _____
40. _____
41. _____
42. _____
43. _____

Anexo 3

Consentimiento informado

Título del programa:

Investigador principal: -----

Sede donde se realizara el programa de intervención: -----

Nombre del participante: -----

Se te está invitando a participar en Programa de intervención para modificar los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes. Antes de decidir si participas o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntete con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido en qué consiste el programa de intervención si tú deseas participar, entonces se te pedirá que firmes esta forma de consentimiento, de la cual se te entregará una copia firmada y fechada.

Objetivo del programa.

Modificar los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes, con el fin de reducir factores de riesgo que puedan afectar su integridad física, psicológica y social.

Beneficios del programa.

- Prevenir situaciones de riesgo como infecciones de transmisión sexual.
- Determinar cuáles son los factores de riesgo en los adolescentes para que puedan llegar a tener un embarazo no planificado.
- Aumentar los conocimientos sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos.

Riesgos asociados con el estudio

La participación dentro del programa no conlleva ningún tipo de daño secundario.

Aclaraciones

- Su decisión de participar en el programa es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ti en caso de no aceptar la invitación.

- Puede retirarte del estudio en el momento que lo desees, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de tu decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrás que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirás pago por tu participación.
- En el transcurso del programa tú podrás solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si consideras que no hay dudas ni preguntas acerca de tu participación, puedes, si así lo deseas, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el programa pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este programa. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Firma del padre o tutor

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He _____ explicado _____ al _____ Sr(a).
_____ la naturaleza y los propósitos del programa; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

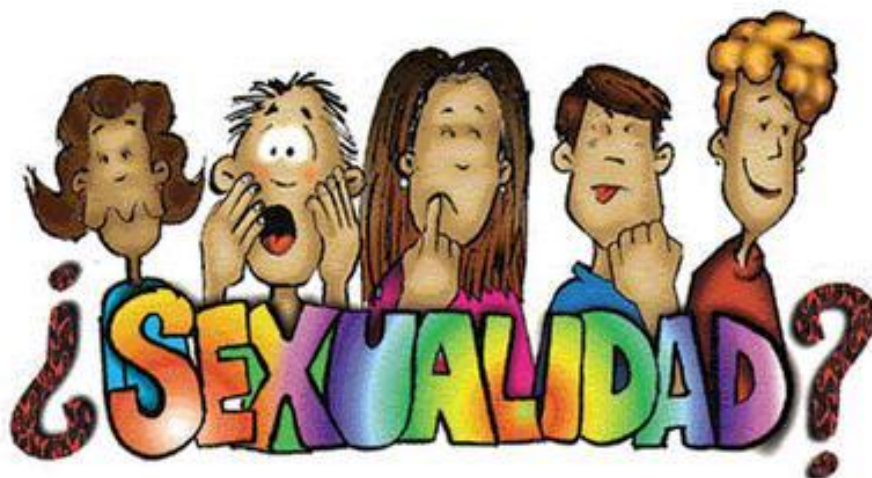
Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Manual

Conocimientos de sexualidad en los adolescentes.



Presentación.

La sexualidad es un conjunto de condiciones anatómicas, psicológicas y afectivas que caracterizan a cada sexo. No obstante, la constitución de la sexualidad tiene que ver en su mayor parte con lo cultural y lo social, es decir, con las pautas y condiciones a las que diferenciadamente nos enfrentamos mujeres y hombres en la vida cotidiana.

Romper mitos acerca de la sexualidad e impulsar la reflexión sobre ella significa transgredir ciertos estereotipos de género que de forma milenaria han sido yugo de mujeres y hombres, porque han girado en torno al deber ser y han definido la forma en que unas y otros se conciben como sujetos sociales.

El reto radica en internarse en los modos en que mujeres y hombres se conciben, se representan y se entienden a partir del ejercicio de su sexualidad, destacando las voces sociales que suelen atravesar sus decisiones y sus dilemas frente a la sexualidad. Levantar el velo de la mentalidad y encarar los conceptos sobre sexualidad como construcciones históricas en las que muchas veces el cuerpo y la sexualidad han sido medios de opresión humana, es una labor que todas y todos los implicados en la formación de las y los jóvenes debemos realizar, de forma que las nuevas generaciones sean cada vez más libres pero a la vez más responsables, a través de la conciencia de sí mismas.

La licenciatura en Educación para la salud, en un esfuerzo por impulsar la equidad en todos los ámbitos de las relaciones humanas, presenta este Manual sobre Sexualidad para adolescentes, enfatizando de manera especial la sexualidad de las mujeres, aunque sin perder de vista la de los hombres, con el objetivo de que sea un medio de empoderamiento.

Índice.

Introducción.....4, 5, 6

Sesión 1.....7, 8

Sesión 2.....9, 10

Sesión 3.....11, 12

Sesión 4.....13

Sesión 5.....14, 15

Sesión 6.....16, 17

Sesión 7.....18

Sesión 8.....19,20

Introducción.

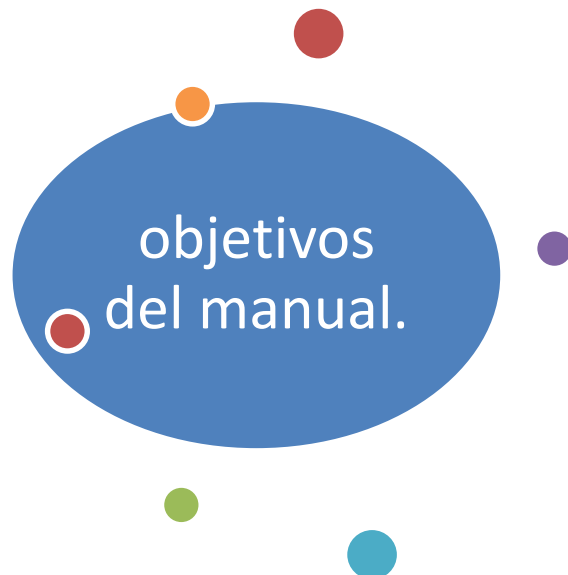
Es importante hablar de que es salud sexual y sexualidad en los adolescentes, ya que es un constructo social. Como un impulso vital que se origina con aspectos biológicos innatos, nacemos hombres o mujeres; nacemos sexuados. Pero esto va más allá de la misma parte biológica de cada individuo: los sentimientos, son constructos que ayudan al esclarecimiento de la personalidad. Ya que la sexualidad es un aspecto tan amplio, se considera que debe estar guiado por los padres de familia y profesores en lo que es llamado como educación sexual. Esto ayuda al adolescente a reconocerse, adaptarse y entender su propio cuerpo. A comprender el mundo social que los rodea y así poder evitar confusiones, sentimientos de culpa o vergüenza con respecto a su sexualidad.

La importancia que tiene hoy en día el tema de la sexualidad hace que merezca mayor atención, sobre todo algunos de sus aspectos, como el embarazo no deseado en la adolescencia, las relaciones sexuales a temprana edad, las infecciones de transmisión sexual, el aborto etc., fenómenos cuyos causante son la falta de información, o que ésta sea inadecuada, así como la falta de confianza en la familia, por mencionar algunos.

Todo lo anterior involucra varias dimensiones de la sexualidad, tales como la educación sexual en la familia, las amistades, las relaciones de pareja e incluso la formación escolar. Todo influye de manera rotunda en las decisiones y formas de vida que llevamos a cabo.

A través del tiempo, el concepto de sexualidad ha sido moldeado según la cultura, ideología y forma de vida de cada sociedad. El estudio de la historia de la sexualidad tiene doble importancia: primero porque nos enseña cómo un mismo tema puede ser considerado y visto de diferente manera en función de factores como el nivel socioeconómico, la religión y la cultura; y, segundo, porque nos permite comprender las actitudes y conceptos del presente en relación con el tema de la sexualidad.

Este manual se propone objetivos para ser alcanzados tanto con los educadores, como con los adolescentes:



Objetivo general.

- Que las y los participantes adquieran herramientas teórico-metodológicas que les permitan construir nuevos conocimientos –o reforzar los previos- respecto al concepto de sexualidad y todo lo que este implica, promoviendo una mejor educación sexual a través de técnicas de auto conocimiento que propicien su reflexión y sensibilización.

Objetivos específicos:

- Identificar las diferencias y relaciones entre sexualidad, sexo y género, observando conceptos básicos al respecto.
- Establecer un ambiente de respeto y confianza en el grupo que facilite la comprensión y esclarecimiento de los contenidos.
- Propiciar la reflexión en el participante, para que logre crear nuevos y mejores conocimientos así como fortalecer los previos, a través de técnicas adecuadas para ello.
- Sensibilizarse sobre las consecuencias de una relación sexual a temprana edad sin los adecuados cuidados, lo cual puede generar embarazos no deseados o la transmisión de alguna enfermedad sexual.
- Formarse un sentido de responsabilidad que le ayude a tomar decisiones con las cuales se pueda ver beneficiado en todas las etapas de su desarrollo.

Sesión 1. Conceptos básicos

Objetivo: aumentar los conocimientos que los alumnos tienen sobre los conceptos básicos relacionados a las relaciones sexuales y temas relacionados a ella.

Actividad 1.- Presentación

Se llegará al aula asignada por la institución y se saludará cordialmente.

Posteriormente se procederá a hacer la presentación de las personas que estarán a cargo del grupo y se les dará una breve explicación de que es lo que se realizará durante las sesiones y cuál es el objetivo de las mismas.

Después de esto se animará a los alumnos que se presenten uno a uno diciendo su nombre, edad y algún hobby.

Duración 15 min.

Actividad 2.- Exposición “Conceptos básicos”

Materiales:

- 1 poster del aparato reproductor masculino
- 1 poster del aparato reproductor femenino

Procedimiento:

Se dará una explicación sobre conceptos básicos como lo son sexualidad, sexo, relaciones sexuales coitales, educación sexual y salud sexual. Dando las diferencias entre cada uno de ellos.

Posteriormente se explicarán las partes de los órganos reproductores tanto masculino y femenino ayudándose de los posters para hacer de forma más clara en donde se ubica cada uno y cuál es su nombre correcto.

Duración 20 min.

Actividad 3.- Técnica dinámica “Memorama de la sexualidad”

Materiales:

- Hojas del mismo tamaño con palabras sobre sexualidad como: relaciones sexuales, coito, pene, vagina, etc. Dos por cada palabra.

- Diurex
- Superficie plana para colocar las palabras

Procedimiento:

- Se pondrán las palabras en la superficie de forma que no estén visibles a los alumnos
- Se colocaran a los alumnos en dos equipos (esto será de acuerdo a como la persona que esté a cargo del grupo note que se trabajara mejor o al número de alumnos que lo integren)
- Irán pasando uno a uno para ir volteando dos hojas cada uno hasta que encuentren los pares al hacerlo, se tendrá que comentar algo que sepan sobre la frase o alguna duda que tengan; de esta forma la persona a cargo del grupo las contestara, y así ir rolando a las personas de cada equipo que pasaran hasta que se finalice con las frases.

Duración 15 min.

Sesión 2.- Conductas y riesgos sexuales en la adolescencia

Objetivo: dar a conocer cuáles son los principales riesgos de la sexualidad en la adolescencia al no tener la información adecuada.

Actividad 1.- Exposición “Riesgos y conductas en la adolescencia”

Exposición sobre cuáles son los principales riesgos a los que se exponen los adolescentes al tener relaciones coitales a una edad temprana, tocando los siguientes temas como base de la información.

- Actividad sexual a temprana edad
- Número de parejas sexuales
- Sexo sin protección
- Consumo de drogas en las relaciones sexuales

Duración: 20 min.

Actividad 2.- Técnica dinámica “Se cambian de lugar”

Materiales:

- Sillas iguales al número de integrantes del grupo

Procedimiento:

Se colocan las sillas en círculo pegadas una con otra de modo que no quede ningún hueco, solo dejando a un integrante al centro del círculo para que así puedan hacerse los cambios.

Se darán las indicaciones para que se cambien de lugar de acuerdo a determinadas características o experiencias. La persona que se encuentra en el centro debe conseguir un lugar lo más rápido posible, lo ideal es no moverse de un lado al otro si no que realizar el cambio a lugares alejados. La idea es no quedar en el centro del círculo o se recibirá algún castigo como por ejemplo que baile la pelusa, hacer sentadillas, hacer lagartijas o lo que elija el grupo sin que esto represente algún riesgo al participante.

Se hace una prueba como ejemplo para ver si los alumnos entendieron las indicaciones dando una insignia sencilla que ellos puedan identificar como por ejemplo “Se cambian de lugar los que tengan hermanos hombres”, una vez comprendida la actividad se procederá a realizar las insignias adecuadas al tema.

Una vez que el grupo comprendió la dinámica se comenzara a jugar.

Ejemplos:

- Se cambian de lugar quienes creen que usar condón reduce la sensación placentera en las relaciones sexuales.
- Se cambian de lugar quienes tienen novio (a)
- Se cambian de lugar quienes han tenido más de una pareja (con relaciones coitales o no)
- Se cambian de lugar quienes alguna vez han sido forzados a realizar algún acto sexual coital o no coital (relaciones sexuales, besos, caricias)
- Se cambian de lugar quienes conozcan al menos 2 métodos anticonceptivos
- Se cambian de lugar quienes conocen como funciona algún método anticonceptivo
- Se cambian de lugar quienes creen que las mujeres tienen menos necesidades sexuales que los hombres
- Se cambian de lugar quienes consideran que tener relaciones sexuales debe ser una decisión propia

Duración: 20 min.

Actividad 3.- Técnica reforzadora “Aclaración de dudas”

Procedimiento:

Se hará una ronda de preguntas y respuestas haciendo que los alumnos participen levantando la mano y así permitirles la palabra y así hacer que formulen una pregunta o externen alguna duda que tengan.

De esta manera el docente responderá.

Duración: 10 min.

Sesión 3.- Métodos anticonceptivos

Objetivo: aumentar los conocimientos de métodos anticonceptivos así como analizar los riesgos que tiene el usarlas a una temprana edad.

Actividad 1.- Exposición “Métodos anticonceptivos”

Procedimiento:

Se dará una explicación sobre que son los métodos anticonceptivos

Exposición sobre los métodos anticonceptivos abordando temas como:

- Tipos de métodos anticonceptivos (Métodos anticonceptivos hormonales, métodos anticonceptivos orales, métodos anticonceptivos inyectables, métodos anticonceptivos implantes, métodos de barrera)
- como funciona
- Contraindicaciones

Duración: 20 min.

Actividad 2.- ¿Cómo se coloca un condón?

Materiales:

- 1 condón femenino
- 15 condones masculinos

Se les mostrará a los alumnos cual es la forma adecuada de colocar un condón masculino utilizando como apoyo un pepino, creando un ambiente de confianza para que al menos 10 integrantes del grupo pasen al frente y hagan la técnica adecuada de la colocación del condón.

Posteriormente se mostrara como se coloca el condón femenino ayudándose de una mano para hacer la simulación de la vagina.

Duración: 15 min.

Actividad 3.- Técnica dinámica “Jugando con tarjetas”

Materiales:

- Tarjetas con frases
- Diurex o cinta adhesiva

- Cartulina dividida en subgrupos

Procedimiento:

Se formaran 4 subgrupos de acuerdo al número de integrantes y se les entregara una cartulina por equipo dividida en tres columnas colocando como encabezado.

✚ Tipo de método

✚ Función

✚ Contraindicación

Así como un paquete de tarjetas con frases que deben colocar en los apartados de la cartulina de forma correcta, se podrá poner las mismas frases para todos los equipos o diferentes y trabajaran sobre tiempo que el docente determine y conforme termine cada equipo pasara al frente del grupo a exponer.

Duración: 15 min.

Sesión 4.- Embarazos no planificados

Objetivo: identificar los riesgos y consecuencias que trae consigo un embarazo no planificado.

Actividad 1.- Exposición “¿Embarazada?”

Se dará la información sobre qué causas y consecuencias trae consigo un embarazo no planificado a corta edad, logrando un ambiente de confianza para que los alumnos puedan aclarar todas sus dudas levantando la mano y siendo el docente el encargado de dar la palabra al alumno.

Duración 20 min.

Actividad 2.- Técnica dinámica Debate “Embarazo no planificado”

Se dividirá al grupo en dos subgrupos, un equipo estará a favor de tener un embarazo a una corta edad defendiendo sus opiniones contra el otro equipo quien estará en contra del embarazo a temprana edad.

El docente fungirá como moderador de forma tal que cada alumno valla aportando sus ideas de forma ordenada.

Para al final llegar a una conclusión en grupo.

Duración 20 min.

Actividad 3.- Técnica dinámica “preguntas y respuestas”

Se realizara una ronda de preguntas y respuestas sobre el tema de forma que no queden dudas, esto se realizara mediante la participación de los alumnos levantando la mano para que se les conceda la palabra y el docente será el encargado de responder de forma adecuada.

Duración: 10 min.

Sesión 5.- Las Infecciones de Transmisión Sexual.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que rodean a los adolescentes con respecto a las infecciones de transmisión sexual.

Actividad 1.- “Únelos”

Materiales:

- 48 caramelos divididos en 4 colores (rojo, verde, azul y amarillo).
- 3 recipientes de plástico
- 12 vasos de plástico divididos en 4 colores (rojo, verde, azul y amarillo).
- Mesas.

Procedimiento.

En esta actividad se realizarán de 2 a 3 equipos conformados dependiendo a la cantidad de participantes que tengan en la sesión, con la condición que los equipos que conformen queden en números pares como mínimo 8 máximo 16 jóvenes por equipo, en el cual participaran en rondas de 4 participantes por cada equipo hasta que participen todos los integrantes de cada equipo, una vez integrado los equipos los facilitadores en educación para la salud pondrán al frente el número de mesas conforme al número de equipos y les indicaran las instrucciones del juego, a cada equipo se les entregaran 16 caramelos divididos en 4 colores los cuales son: rojo, verde, azul y amarillo, todos se encontraran en un recipiente, de la misma manera se les entregaran 4 vasos cada uno tendrá un color de caramelo como son: rojo, verde, azul y amarillo ya que los equipos tengan sus materiales un integrante pasara al frente a dejar sus caramelos y sus vasos después pasaran 4 participantes al frente y a cada participante se le asignara un color de caramelo conforme al color que les toque agarrara su vaso y en este colocara los caramelos del mismo color una vez que termine pasara el siguiente haciendo el mismo procedimiento y así con cada uno de los integrantes del equipo, en cada ronda de 4 se les dará un minuto para realizar la actividad. De no completar esta actividad en un minuto, el equipo que pierda nos dirá de sus conocimientos previos que riesgos los rodean para contraer alguna infección de transmisión sexual.

Duración: 20 minutos.

Actividad 2.- “Exposición”.

Materiales:

- Diurex.
- Papel américa.
- Hojas de colores.
- Plumones.
- Imágenes.

Procedimiento.

En esta actividad los facilitadores en Educación para la Salud les brindaran información acerca de las diferentes infecciones de transmisión sexual, en esta sesión solo se abordaran los siguientes infecciones como: gonorrea y sífilis apoyándose en un cartel en el cual se mostrara un cuadro comparativo donde muestra su nombre de la infección, como se contrae, sus causas y cómo prevenirlas. Mediante la interacción de los facilitadores con los participantes.

Duración: 20 minutos

Actividad 3.- Lluvia de ideas.

Procedimiento.

En esta actividad los facilitadores en Educación para la Salud, realizaran una retroalimentación, mediante las opiniones de los participantes, de cómo les pareció la información de Infecciones de Transmisión Sexual y de qué manera les puede servir.

Sesión 6.- Las Infecciones de Transmisión Sexual.

Objetivo. Analizar el conocimiento que tienen los adolescentes sobre cada de las infecciones de transmisión sexual.

Actividad 1.- “Exposición”.

Materiales:

- Diurex.
- Papel américa.
- Hojas de colores.
- Plumones.
- Imágenes.

Procedimiento.

En esta actividad los facilitadores en Educación para la Salud les brindaran información acerca de las diferentes infecciones de transmisión sexual, en esta sesión solo se abordaran los siguientes infecciones como: Clamidiasis y Herpes apoyándose en un cartel en el cual se mostrara un cuadro comparativo donde muestra su nombre de la infección, como se contrae, sus causas y cómo prevenirlas. Mediante la interacción de los facilitadores con los participantes.

Duración: 20 minutos.

Actividad 2.- “Tiro al vaso”

Materiales:

- 48 vasos de plástico.
- 40 globos
- Mesas

Procedimiento.

En esta actividad se realizaran de 2 a 3 equipos conformados dependiendo a la cantidad de participantes que tengan en la sesión, con la condición que los equipos que conformen queden en números pares como mínimo 8 máximo 16 jóvenes por equipo, en el cual participaran en rondas de 4 participantes por cada equipo hasta que participen todos los

integrantes de cada equipo, una vez integrado los equipos los facilitadores en educación para la salud pondrán al frente el número de mesas conforme al número de equipos y les indicaran las instrucciones del juego, en cada mesa se acomodaran 16 vasos de plástico en hilera, a cada participante se les dará un globo y se pasará al frente los 4 primeros participantes de cada uno de los equipos, una vez que estén al frente, se formaran en hilera y conforme su turno inflaran el globo que se les dio y con el aire que contiene el globo, tendrán que tirar los primeros 4 vasos de la mesa y así se seguirá el procedimiento con los otros tres participantes siguientes hasta que se tiren los 16 vasos de la mesa, por lógica cada participante tendrá que tirar 4 globos, a cada ronda se les dará un minuto para que realicen la actividad. De no completar esta actividad en un minuto, el equipo que pierda nos dirá un resumen breve de las dos infecciones anteriormente expuestas.

Duración: 20 minutos.

Actividad 3.- Reflexión.

Material:

- Reflexión.

Procedimiento.

En esta actividad los facilitadores en Educación para la salud, les leerán una reflexión con respecto al tema de infecciones de Transmisión Sexual, dando fin a la sesión.

Duración 10 minutos.

Bibliografía

Viñas, L., Chavez, M., Virrella, M., Santana, C. & Escalona, K. (2008). Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. *Centro provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüe*. 12, (6).

Infante, A., Paris, Á., Fernandez, L. & Padron, M. (2009). ¿Y tú qué sabes de “eso”? Recuperado de: http://www.educarenigualdad.org/media/pdf/uploaded/material/20_pra-364-pdf.pdf

Cárcamo, Z., Llanos, K., Munguía, C. & Vereau, D. (2011). Reconociéndonos-reconociéndolos. Recuperado de: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA_AECID_Reconociendonos_Reconociendolos.pdf

Fondo Internacional de Emergencias de las Naciones Unidas para la Infancia. (2003). Sexualidad y salud en la adolescencia. Recuperado de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ManualSaludSexualidad.pdf