



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

“EVALUACIÓN Y CAMBIO DE ACTITUD HACIA EL
USO DEL CONDÓN EN JÓVENES DE EDUCACIÓN
MEDIA SUPERIOR”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

KAREN ADRIANA TREJO JUÁREZ

YANELY MENDOZA CALLEJAS

DIRECTOR DE TESIS
LIC. MIGUEL ÁNGEL LUNA IZQUIERDO

REVISOR:
MTRO. RAFAEL LUNA SÁNCHEZ



MÉXICO D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria:

Esta tesis para mí ha sido todo un reto: poder elegir un tema, la muestra a quienes aplicarse el taller, elegir a los maestros adecuados que nos pudieran ayudar en la elaboración de la misma, el esfuerzo constante para poder terminarla y finalmente poder presentarla.

Detrás de este trabajo se encuentran dos personas muy especiales para mí, quienes me dieron la vida, mi escuela, su cariño y su apoyo constante.

Con todo mi cariño les dedico a ustedes mis padres Juan Trejo y Teresa Juárez el fruto de mi carrera M^A T^E S^S.

Los quiero mucho, gracias por todo.

Karen Adriana Trejo Juárez

AGRADECIMIENTOS

A mi padre:

Por todo su apoyo durante los momentos más difíciles dentro de la realización de esta tesis, por su interés en el proceso de mi desarrollo profesional y por el cariño que me ha ayudado a seguir adelante y no renunciar ante circunstancias difíciles.

No lo hubiera logrado sin ti. Gracias papá.

A mi madre:

Por su entusiasmo en la elaboración de esta tesis, su comprensión y cariño pues con ello me ayudó a que el trabajo realizado en esta etapa fuera más fácil para mí.

Eres única. Gracias mamá.

A mi hermana:

Gracias por tu preocupación, por tu colaboración durante este tiempo y por apoyarme siempre que lo necesité.

Te quiero mucho Hannah.

A Yanelly:

Gracias por ser mi amiga y compañera de trabajo, por presionarme cuando era necesario y por soportar mis sermones de llegar temprano, por estar juntas en este logro hasta por fin poder conseguirlo.

Te deseo mucho éxito Lic. Mendoza.

A mi director de tesis Miguel Luna:

Por su entusiasmo, alegría y apoyo durante este tiempo, porque sin usted no podríamos haber llegado tan rápido a esta meta.

Gracias profesor.

A mi revisor de tesis Rafael Luna:

Gracias por su tiempo, sus asesorías y por sus sabios consejos que siempre tendré presentes.

Al H jurado:

Por su tiempo, su dedicación, y por las observaciones que hicieron de esta investigación un mejor trabajo.

A todas las autoridades y alumnos que nos ayudaron a ser parte del éxito de este trabajo.

Karen Adriana Trejo Juárez

Primero fue un reto y ahora una satisfacción poder decir que esta investigación es mía.

Es un logro que cambia radicalmente mi vida, se lo debo a 2 personas muy importantes que aparte de la vida, me dieron estudio para mi formación profesional, por ello les dedico este trabajo que con esfuerzo y dedicación ha salido a flote.

Este logro también es suyo papás.

Yanely Mendoza Callejas.

A mis padres:

Por su esfuerzo y dedicación para lo que actualmente soy.

Luis Mendoza:

Padre único en el mundo, héroe que desde niña fue mi estereotipo; ver siempre por la familia y dar todo sin aun tenerlo. Eres la inspiración para seguir mi vida.

Gracias Papá 

Fidela Callejas:

Preocupada por dar lo mejor de sí a sus hijas y esposo; me enseñaste a seguir un camino en la vida, insististe en mi superación y por ello he llegado a donde estoy.

Gracias Mamá 

A mis Hermanas:

Por los momentos de mal humor que vivieron a mi lado cuando hice que se desvelaran junto conmigo al haber estado presionada por terminar este trabajo.

Mónica Mendoza:

Por decirme:” Aprovecha tu tiempo para que no te arrepientas” Creo que al hacer esta investigación hice un buen uso del factor tiempo ¿no crees?

Daniela Mendoza:

Por aquel regalo de cumpleaños que no olvidare... ¿Te lo recuerdo? Hiciste parte de la base de datos...

Gracias 

A mi compañero de vida:

Alfonso Arias:

Por tu apoyo, confianza, tolerancia, consejos y comentarios, día a día es lo que me hace crecer; está reflejado en esta investigación y en la relación que tenemos.

Este logro también es tuyo porque juntos pasamos tardes encerrados buscando hacer de esta investigación el punto de partida para nuestra nueva vida.

Gracias "Bebo" 

Karen Trejo:

Por haber sido la compañera exacta para la realización de este trabajo, queda comprobado que no solo somos buenas para irnos a bailar los viernes o sábados por la tarde. Como pudimos, sacamos adelante esta investigación y ahora sí; que mejor pretexto para irnos de fiesta...

Gracias Kar 

Miguel Ángel Luna:

Más que mi maestro, un amigo que encontré al inicio de la carrera; gracias por sus consejos y las atenciones que tuvo conmigo, por sus sabias observaciones en esta investigación, y por dejarme ser parte de su vida.

Gracias Profe Miguel 


Rafael Luna:

Por sus acertados consejos en mi desempeño académico y las sabias correcciones hechas en esta investigación.

Gracias Profesor 


Víctor Solís:

Por sus consejos realizados no solo para esta tesis, sino para el desarrollo profesional del cual usted ha formado parte.

Gracias Víctor 

Carlos Rojas:

Por sus observaciones realizadas de la mejor manera, haciéndome sentir bien al haber sido el último profesor que conocí a lo largo de mi formación.

Gracias 

Cuaubtémoc Zabaleta:

Por su colaboración en este trabajo y su apreciación para pulirlo.

Gracias 

A todas las personas que hicieron posible esta investigación, los jóvenes que asistieron al taller, los profesores involucrados que nos dieron parte de su tiempo para elaborar este trabajo.

Gracias 

Yanely Mendoza Callejas.

INDICE	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
 Marco Teórico:	
Capítulo 1	
Adolescencia	7
1.1 Aspecto Físico	9
1.2 Aspecto Psicoemocional	11
1.3 Aspecto Social	13
1.4 Aspecto Cognitivo	15
 Capítulo 2	
Sexualidad	18
2.1 Enfoque Sistémico de la Sexualidad	19
2.2 Sexualidad en la Adolescencia	21
2.3 La respuesta Sexual Humana	27
 Capítulo 3	
Antecedentes Históricos de los Anticonceptivos	32
3.1 Condón Masculino	35
3.2 Condón Femenino	38
 Capítulo 4	
Infecciones de Transmisión Sexual	45
4.1 Historia de las ITS	47
4.2 Sífilis	49
4.3 Gonorrea	50
4.4 Chancro Blando o Chancroide	51
4.5 Chlamydia	52
4.6 Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)	53
4.7 Tricomoniasis	53
4.8 Pediculosis	54
4.9 Herpes Genital	54
4.10 Hepatitis B	55
4.11 Escabiosis (Sarna)	56
4.12 Verrugas Genitales (VPH)	57
4.13 VIH-SIDA	58
 Capítulo 5	
Actitudes	61
5.1 Origen de las Actitudes	63
5.2 Cambio de Actitud	65
5.2.1 La Fuente Persuasiva	65
5.2.2 Autoeficacia	71

5.2.3	Role-Playing	72
5.2.4	Mensajes Basados en el Miedo	76
5.3	Estudios relacionados con el cambio de actitud	79

Capítulo 6

Método

6.1	Planteamiento del problema	82
6.2	Justificación	83
6.3	Variables	83
6.4	Objetivos	84
6.5	Hipótesis teórica	85
6.6	Tipo de estudio	86
6.7	Diseño de estudio	86
6.8	Participantes	86
6.9	Instrumentos	87

Capítulo 7

Procedimiento

89

Capítulo 8

Resultados

91

Capítulo 9

Discusión y conclusión

98

Referencias

105

Anexo 1

113

Anexo 2

117

Anexo 3

121

Anexo 4

123

Anexo 5

132

Resumen:

En la República Mexicana la mitad de la población son jóvenes (Censo de población y vivienda, 2005) etapa donde la mayoría de personas inicia su vida sexual activa; el 40% de esta población no utiliza condón debido al desagrado de su uso y la falta de acuerdo con sus parejas, ello propaga un alto índice de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos en adolescentes. Pretendimos realizar un cambio de actitud hacia el empleo del uso del condón, para ello se realizó el taller “Y tú, ¿usas condón?”, aplicado a 106 jóvenes de sexto grado de nivel medio superior, dividido en tres grupos; el grupo experimental 1 con 37 alumnos de la Preparatoria No. 5, el grupo experimental 2 con 34 alumnos del Colegio de Bachilleres No. 17 y el grupo control formado por 35 alumnos del colegio de bachilleres No. 17. La evaluación fue efectuada con un diseño cuasi-experimental, con aplicación de pretest y posttest con base en tres factores: conocimiento del uso del condón, auto-eficacia hacia el empleo del uso del condón y la actitud hacia el empleo del uso del condón; posteriormente los datos se analizaron con la prueba “t de Student” la cual dejó ver que el cambio en el conocimiento y actitud del uso del condón fue favorable solamente en el grupo 2; sin embargo la modificación en la autoeficacia fue positiva en ambos grupos experimentales.

Introducción:

La adolescencia se define como una época de transición entre la niñez y la edad adulta, comienza con el proceso conocido como pubertad, el cual conduce a la madurez sexual o fertilidad, o sea, la capacidad de reproducirse (Coleman, 1984; Craig, 2001; Hermenegildo, 2006; Izquierdo, 2003; Papalia, et. al., 2005); es decir las personas entre 13 y 20 años de edad se encuentran dentro de esta etapa.

Diferentes teorías han sido creadas para tratar de explicar el tema de la adolescencia; las más conocidas son las siguientes: La teoría Biogenética de Stanley y Hall, teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud, teoría Evolutiva de Arnold Gessel y la teoría Social de Benedic Mead (Muss, 1994); aunque las teorías tienen diferentes enfoques, en todas ellas se habla de un desarrollo y una búsqueda de identidad donde el individuo toma responsabilidades, a su vez está influenciado por la cultura en que se desenvuelve, se caracteriza por el idealismo, la rebeldía, expresión de emociones y conductas contradictorias.

El adolescente experimenta cambios físicos, psicoemocionales, sociales y cognitivos para lograr un completo desarrollo y llegar a la adultez; los puntos a destacar para esta investigación son siete: la maduración biológica, aceptación del propio físico después de los cambios hormonales, capacidad del individuo para relacionarse con el medio social en el que se encuentra y consolidar relaciones de pareja, adoptar un rol sexual social (masculino o femenino), alcanzar la independencia emocional de los padres y otros adultos así como el cambio en el pensamiento, uno de ellos es la audiencia imaginaria donde consideran que todo mundo observa lo que hacen; el abandono a las actividades, la búsqueda de fallas en figuras de autoridad y la suposición de invulnerabilidad, donde se sienten especiales y su experiencia es única, por lo cual piensan que pueden tener relaciones sexuales sin riesgo alguno (Craig, 2001; Papalia, 2005; Loughlin, 2002; Hermenegildo, 2006).

En la adolescencia, aparte del comienzo de los cambios físicos, se busca mayor autonomía, surgen más dudas, se da el egocentrismo, y viene consigo la

búsqueda de la independencia con la conformación de identidad y valores, además de la capacidad de reproducirse y el cambio de hormonas; esto provoca que los y las jóvenes estén deseosos y con mayor necesidad de recibir información sexual, sin embargo la que reciben es en determinado momento indiscriminada puesto que los incitan a ejercer su sexualidad, sin embargo, en ocasiones los padres y a veces los maestros inundan a los adolescentes con sermones que inculcan la abstinencia sexual hasta el matrimonio y sólo con fines reproductivos (Gotwald, 1983).

Para dar respuesta a las dudas que tienen los jóvenes y así obtengan información clara, verídica, y atractiva acerca de la sexualidad, se realizó el taller teórico-vivencial “Y tú, ¿usas condón?”, creado con base en la teoría de los holones, que informa sobre la sexualidad y los sistemas que la conforman: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva (Ojeda y Pérez, 2006); también es tomado en cuenta la respuesta sexual efectiva, con el fin de dar a conocer los cambios que cada persona tiene de reaccionar y responder al estímulo sexual.

Es importante destacar que en muchas ocasiones la sexualidad del adolescente está conducida por necesidades emocionales como recibir afecto, borrar la soledad, ganar aceptación, confirmar la orientación erótico afectiva (atracción y afecto erótico, sobre un sexo determinado), aumentar la autoestima, expresar la ira o escapar del aburrimiento y no solamente con base a tener coito (Philip, 1999). Por lo que se propuso dar información sexual en general y no solamente del coito.

Una de las principales consecuencias de no usar el condón o utilizarlo inadecuadamente es el contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión, de persona a persona a través de las relaciones sexuales; sin embargo existen otras formas de contagio, los mecanismos más conocidos son: por transfusiones de sangre infectada, contacto sexual, vía perinatal, agujas y jeringas sin esterilizar (Alfaro, 1991).

Las ITS surgen desde que el ser humano practica el acto sexual (Flores, 1996 y Llewellyn, 1985) ésta fue una de las principales razones por las que se confeccionó el condón; en la actualidad las ITS más comunes en los adolescentes son: la Sífilis, Gonorrea, Chancro blando o Chancroide, Chlamydia, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Tricomoniasis, Pediculosos, Herpes Genital, Hepatitis B, Escabiosis, Verrugas genitales y el VIH-SIDA, por lo que para este estudio es de gran importancia conocer los síntomas y las maneras de contagio, para informar adecuadamente a los jóvenes participantes del taller “Y tú ¿usas condón?”

La actitud es un tema relevante en el uso del condón, es a partir de ella que las personas evaluamos algo, por lo cual es necesario conocer el termino. Diversos autores acordaron tres elementos principales de la actitud, se encuentran los conocimientos, sentimientos y tendencias reactivas de un individuo en tres estadios distintos: a) cognitivo (lo que el individuo piensa); b) afectivo o sentimental (lo que el individuo siente) y c) conductual (tendencia a manifestar los pensamiento y emociones) (Kimble, Hirt, Díaz, Hosch, Lucker y Zárate, 2003; Allport, 1935, en Kimble, Hirt, Díaz, Hosch, Lucker y Zárate 2003; Rodríguez, 1976, en Barquera, 1994; La Pierre, 1934, en Reardon, 1991; Petty, Ostrom y Brock, 1981; y Arias, 1980).

Para poder hablar del cambio de actitudes, se debe tomar en cuenta su formación; se dice que se desarrollan conforme el individuo se desenvuelve en el medio; así entonces; puede ser influenciado o influenciar a otros en sus actitudes, por lo tanto se pueden eliminar actitudes negativas hacia el condón, dadas en ciertas circunstancias (Orsi, 1988).

Para esta investigación, lo importante es que los jóvenes tengan conocimiento, sobre el uso del condón masculino y femenino, que se sientan capaces de utilizar correctamente un condón y su actitud sea favorable hacia su uso en cada relación coital; así una vez que conozcan y manejen la información adecuada se espera pueda darse el cambio social.

Existen diversas técnicas utilizadas para el cambio de actitud; Brown (1995) comenta que uno de los procedimientos de mayor eficacia para la modificación de actitudes es la “creación de un grupo” donde las personas se sientan integradas. Es por ello que esta investigación procuró tener dos grupos donde pudieran relacionarse de esta manera y así tener un ambiente factible para el cambio de actitudes hacia el uso del condón.

La fuente persuasiva fue una técnica tomada en cuenta para lograr el cambio de actitud en el taller, presentando diferentes mensajes durante gran parte del mismo, que propiciaron la persuasión hacia el cambio de actitud del uso del condón.

Los cambios en la actitud realizados por éste medio tienden a ser más permanentes que cuando los receptores no ponen demasiado esfuerzo sobre los aspectos importantes de la comunicación que reciben, apoyándose en sencillos indicadores situacionales (Petty y Cacioppo, 1996). Así también es posible alterar las actitudes sin lograr cambiar el comportamiento.

Se debe tener en cuenta que para que la persuasión tenga efecto en las personas deben de comprender adecuadamente la información para posteriormente desempeñar la conducta deseada. La autoeficacia se refiere a la percepción o juicio acerca de nuestras capacidades para ejecutar o enfrentarnos en situaciones particulares (Bandura 1977), en esta investigación es necesario que los participantes se sientan capaces de saber colocar un condón cuando tengan coito.

Otra de las técnicas utilizadas para el cambio de actitudes es el role playing; ya que es la simulación de una situación que representa la vida real. Las personas a las cuales se les desea cambiar la actitud, son quienes realizan los personajes necesarios para la obra, la persona debe adoptar el papel de un personaje concreto, y por lo general interpreta un papel que habitualmente no hace en su vida (Zimbardo y Leippe, 1991). Así cuando uno representa el papel personalmente y experimenta lo que sentiría la otra persona, favorece la empatía, lo que facilita el cambio de actitud.

Existen diferentes investigaciones donde se ha integrado el role-playing y ha logrado cambiar la actitud hacia la percepción de la discapacidad, cambios de opinión acerca de eventos escolares, mejor trato con los pacientes del servicio médico, etc.; sin embargo en la actualidad aun no existen investigaciones que propicien el cambio de actitud sexual por medio de esta técnica, pero al observar buenos resultados en otras áreas se espera que esta investigación logre resultados favorables, utilizándola en una actividad que tomó en cuenta aspectos relevantes del tema de la sexualidad, como por ejemplo; cambio de género, situaciones problemáticas como embarazo no deseado, contagio de ITS, negociación del uso de condón, homosexualidad e infidelidad.

La tercera técnica utilizada para el cambio de actitud fue basada en mensajes de miedo y amenaza; Manis y Feshbach, (1953, en: Moya, 1999) mencionan que los mensajes de esta índole son un factor que promueve el cambio de actitud, el producir insuficiente temor en la audiencia tiene baja efectividad en el cambio de actitud, mientras que los muy intensos pueden provocar una evitación defensiva por parte de los receptores, haciendo caso omiso del mensaje, por lo cual la mejor manera de poder obtener resultados favorables en el grupo es utilizando un nivel medio de miedo y amenaza. Esta técnica se ha utilizado en diferentes temas, para producir un cambio de actitud es por ello, que a pesar de no haber sido estudiada con anterioridad en el tema del uso del condón, es tomada en cuenta para esta investigación y así exponer las consecuencias de no utilizar condón, no realizarse exámenes médicos ginecológicos para prevenir ITS, mostrando imágenes de diversos genitales infectados por gonorrea, sífilis, herpes, VPH, entre otros.

Con la finalidad de crear un cambio actitudinal para que los adolescentes utilicen con mayor frecuencia y adecuadamente el condón, y así disminuir el contagio de las ITS y los embarazos, se realizó el taller “Y tú ¿Usas condón?”

Capítulo 1. Adolescencia

Hasta antes del siglo XX no existía el concepto de adolescencia, fue hasta entonces cuando se convirtió en una construcción social que las culturas occidentales adjudicaron a la etapa donde los niños entraban al mundo adulto cuando maduraban (Papalia, 2005).

Adolescencia se define como una época de transición entre la niñez y la edad adulta, comienza con el proceso conocido como pubertad, el cual conduce a la madurez sexual o fertilidad, o sea, la capacidad de reproducirse (Coleman, 1984; Craig, 2001; Hermenegildo, 2006; Izquierdo, 2003; Papalia, 2005); así entonces, en general una persona que se encuentra entre los 13 o 20 años de edad aproximadamente está en este periodo (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Adolescencia es una etapa propia de la vida como tal, es por ello que diversos investigadores se han empeñado en tratar de explicar desde diferentes enfoques el tema de la adolescencia, a continuación se presentaran en resumen las ideas de algunas de las teorías enfocadas a la adolescencia (Muss, 1994):

La teoría Biogenética de Stanley y Hall, propuesta en el año de 1994; afirma que el ser humano recapitula la historia evolutiva de su especie, siendo la adolescencia caracterizada por el idealismo, la rebeldía, expresión de emociones y conductas contradictorias, en esta época de transición para alcanzar la madurez, considera que las características de la adolescencia tienen bases biológicas y los agentes sociales no pueden modificarlas.

La teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud en 1905, apoyada por las ideas de Ana Freud en 1926 y Erik Erikson en 1968; toman en cuenta los cambios anatómicos y fisiológicos del adolescente que influyen en sus aspectos psicológicos, y toma en cuenta que el adolescente debe hacerse consciente de sus impulsos sexuales, debe controlarlos y buscar a alguien (diferente a sus padres) para liberar su libido y poder lograr una identidad personal.

La teoría Evolutiva de Arno Gessell realizada en 1956; aporta que la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta (entre 11 y 20 años aproximadamente), siendo la información genética y el ambiente de desenvolvimiento lo que determina la conducta del ser humano, esto de gran importancia para que el adolescente pueda encontrarse a sí mismo.

Por último, Benedit Mead en 1928 presenta la teoría Social, la cual expone que la adolescencia es una construcción social, que varía entre culturas, logrando su propia identidad, al ser influenciado por la cultura y aprendiendo normas, reglas, valores e ideas de la cultura en la que se desenvuelve (Muss, 1994).

Aun cuando las teorías explican de diversa manera el enfoque que tienen hacia la adolescencia, es importante destacar que la base es la misma, se habla de un desarrollo y una búsqueda de identidad donde el individuo toma responsabilidades, y a su vez está influenciado por la cultura en que se desenvuelve; pues el desarrollo del adolescente se da en una delicada interacción con los actores sociales del entorno; se tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad. Es el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno (Krauskopf, 1994, 1995, en: Krauskopf, 2003).

De acuerdo con Perinat (2003, en: García y Resendíz; 2006) exactamente no se puede determinar cuándo comienza la adolescencia, cual es su duración y cuando termina, pues los cambios físicos, emocionales y cognitivos se presentan en momentos y ritmos diferentes. Estos cambios se presentan en un continuo de dos etapas (Hurlock, 1987):

- 1- *Adolescencia inicial*: Mujeres alrededor de los 13 hasta los 17 años, y Hombres alrededor de los 14 hasta los 17 años, según el momento en que alcancen la madurez sexual.

2- *Adolescencia final*: Desde los 17 a los 18 años; en ocasiones se emplea el término “juventud” para designar el periodo final de la adolescencia, lo cual indica que las personas en esta etapa deben tener un comportamiento semejante a los adultos.

Las etapas anteriores traen consigo una serie de cambios físicos, psicoemocionales, cognitivos y sociales, a continuación cada uno de ellos es retomado.

1.1 Aspecto Físico.

Los cambios físicos presentados en la adolescencia comienzan con el periodo de la *pubertad*, es un proceso básicamente hormonal de crecimiento físico y maduración biológica, en donde se intensifica la producción de hormonas elaboradas por glándulas suprarrenales (óvulos o espermatozoides, según el sexo), y bajo la reacción que causan estas secreciones especialmente en las glándulas de los órganos sexuales modifican corporalmente al niño o la niña (Fernandes, 1991).

Los cambios biológicos de este proceso, dan como resultado un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales, y la adquisición de la madurez sexual, estas modificaciones que suceden en la pubertad se clasifican en primarias y secundarias (Craig, 2001; Papalia, 2005):

Las *características sexuales primarias* son todas aquellas en las cuales está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción:

- *En la mujer*. Crecimiento del útero, revestimiento de la vagina, producción y maduración de óvulos, aumento en niveles de estrógenos, presencia de la primera menstruación (sucede entre los 10 y 17 años).
- *En el hombre*: Producción de espermatozoides, crecimiento de testículos, pene, y escroto, aumento en niveles de testosterona, surgimiento de las primeras eyaculaciones (sucede entre los 11 y 16 años).

Las *características sexuales secundarias* son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores.

- *En la mujer:* Crecimiento de los senos, aparición del vello púbico, axilar, cambios en la voz, en la piel, ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.
- *En el hombre:* Aparición del vello púbico, axilar, facial, cambios en la voz, en la piel, ensanchamiento de los hombros.

Durante los cambios físicos en la adolescencia, hombres y mujeres aumentan en un 25% su estatura, y su peso se duplica. En la cima del crecimiento adolescente las niñas crecen unos 9 cm en un año y aumentan 5 Kg de peso, y los varones crecen alrededor de 11 cm, y aumentan aproximadamente 6 Kg, en el mismo periodo; regularmente los varones son más grandes que las mujeres, excepto en el periodo entre los 11 y 14 años cuando estas últimas maduran antes y sobrepasan a sus pares del otro sexo. En ambos sexos los cambios son evidentes de modo que afecta las dimensiones del adolescente, esto es más notorio porque no todos cambian en la misma edad, ello crea preocupaciones en algunos jóvenes que observan cambios en algunos coetáneos y ellos se siguen viendo a sí mismos como niños, o al contrario, sus compañeros se ven como niños y ellos ya han cambiado (Izquierdo, 2003).

Craig (2001) explica que este destiempo de madurez entre iguales se conoce como maduración temprana y tardía, son ambivalentes para hombres o mujeres, pues un hombre que madura rápidamente puede ser líder de los que aun no se desarrollan y su apariencia sigue siendo como la de un niño, y las niñas que tienen una maduración temprana pueden tener mayor estatus ya que los chicos las ven como mujeres y no como solo unas niñas, esto conlleva implicación de tipo sexual, pues la actitud que tienen los adolescentes hacia el sexo es diversa.

Chilman (1979, en: Craig, 2001) realizó un estudio con adolescentes donde observó el aumento de una actitud hacia la liberación sexual, esto se reflejaba en el incremento en la actividad sexual de los adolescentes. Con esto no se pretende

decir que la actividad sexual no está exenta de problemas, pues aunque muchos jóvenes practiquen el coito, no todos ellos conocen métodos de control natal, esto trae como resultado una alta proporción de adolescentes embarazadas, y por otro lado, la diseminación de las infecciones de transmisión sexual, debido a que algunas infecciones dan manifestación muchos años después de las relaciones sexuales la proporción de infectados es más alta comparada con los adultos.

1.2 Aspecto Psicoemocional.

La adolescencia supone un crecimiento cualitativo caracterizado por nuevas tendencias o nuevas formas de conocimiento, por ello, el adolescente se encuentra con la necesidad de reconstruir una nueva imagen corporal que puede llevar a inestabilidad emocional, sensibilidad extrema, inhibiciones e idealizaciones, por tanto, la vida afectiva va a fluctuar entre un claro retraimiento, aislamiento personal (intimidad recién descubierta) y su tendencia generosa a relacionarse con otros; esta afección, conlleva al adolescente a un desarrollo social, ya que con los demás podrá desarrollar mayores habilidades afectivas. Mientras que los espacios donde son posibles las interacciones sociales se expanden, y esto hace que se debilite la referencia familiar. La emancipación respecto a la familia no se produce por igual en todos los adolescentes; la vivencia de esta situación va a depender mucho de las prácticas imperantes en la familia. Junto a los deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y cariño por parte de sus padres, y estos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos, quienes no responden a esta demanda, porque los lazos que ellos buscan suelen tener un curso típico; se relacionan en primer lugar con pares del mismo sexo, luego se van fusionando con el sexo contrario, para de esta manera ir consolidando las relaciones de pareja (Coleman, 1984).

Es por lo anterior que la adolescencia se caracteriza por una “crisis de identidad” donde no se sabe quién es en realidad, pues la personalidad infantil va

desapareciendo y al mismo tiempo va emergiendo una nueva que al principio resulta contradictoria pues las cargas instintivas y emocionales son demasiado fuertes pero al ir madurando el adolescente va creando un sentimiento cada vez más sólido de confianza en sus capacidades (Izquierdo, 2003); específicamente en este proceso, al adolescente le preocupan 5 aspectos:

- 1- *Aceptar el propio físico y utilizar el cuerpo con eficacia*: Es necesario aceptar el propio físico y el patrón de crecimiento de su propio cuerpo para aprender a cuidarlo y saber disfrutar la persona en la que se han convertido tanto física como psicológicamente.
- 2- *Formar relaciones nuevas y más maduras con los pares de ambos sexos*: Para esta formación se cambia el interés por las personas del mismo sexo y los juegos de la niñez por el establecimiento de amistades del sexo contrario; esto significa aprender habilidades sociales y las conductas requeridas en la vida del grupo.
- 3- *Adoptar un rol sexual social (masculino o femenino)*: Con base en la reflexión sobre las siguientes preguntas; ¿Qué es un hombre? ¿Qué es una mujer? ¿Qué apariencia se supone que tienen hombres y mujeres? ¿Cómo deberían comportarse? ¿Qué se supone que deben llegar a ser? Definirán su propio rol sexual.
- 4- *Alcanzar independencia emocional de los padres y otros adultos*: Debe desarrollarse un conocimiento, afecto y consideración sin dependencia emocional, mediante el conocimiento sobre sí mismos y las razones de los conflictos que se les presenten.
- 5- *Prepararse para una profesión*: Una de las principales metas de los adolescentes es decidir una profesión, prepararse para ella y poder llegar a ser independientes solventando sus propios gastos, es parte de la tarea que le servirá en el futuro para descubrir que es lo que quieren en la vida y plantearse un proyecto personal (Loughlin, 2002).

Una vez que el adolescente va desempeñándose en cada uno de los pasos anteriores, es muestra de que está cerca de la madurez pues deja aquella

sensación de inadecuación y enojo con la vida por no conocerse, es entonces cuando su pensamiento acerca del entorno y el desarrollo con sus pares también cambia (Palacios, 2006); pues el adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino, alguien que este con él en todo momento, acompañándolo en sus necesidades internas (Coleman, 1984).

Con lo anterior se da cabida al desarrollo social, pues una vez que el adolescente comienza a encontrarse, hace partícipe a los demás de su desarrollo.

1.3 Aspecto Social.

El desarrollo social es un proceso continuo que está presente a lo largo de la vida de una persona. En él se presenta la capacidad del individuo para relacionarse con el medio social en el que se encuentra, ya que a partir de las experiencias o tipo de vivencias afectivas que el sujeto tenga o establezca con otros, se sentarán las bases sobre las cuales se irá construyendo la personalidad (Erickson, 1968, en: Hermenegildo, 2006).

Hoffman (1996, en: Hermenegildo, 2006) considera que durante la adolescencia se vuelven más importantes las relaciones con sus amigos y compañeros, las cuales van cambiando a medida que el adolescente se involucra en una relación que se caracteriza por compartir. Los grupos de pares del mismo sexo y edad ayudan a reflejar lo que otros adolescentes como él son, ayudando a reafirmar su identidad. Se observa, por ejemplo, que los grupos en edades tempranas de la adolescencia son del mismo sexo, pero poco a poco se transforman y en la adolescencia tardía generalmente son mixtos.

Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser la soledad, la tristeza, la depresión, entre otras. Esta concepción de la amistad en los adolescentes es

posible por el avance cognitivo que se produce en la toma de perspectiva social, que consiste en adoptar la posición de una tercera persona para analizar más objetivamente sus relaciones, es decir, tal y como las vería otra persona.

Los adolescentes consideran las amistades como relaciones sociales que perduran y se construyen a lo largo del tiempo; entienden la amistad como un sistema de relaciones. Podemos decir, que la amistad en este periodo permite que se tome conciencia de la realidad del otro, formándose así las actitudes sociales, así también se siente parte de un grupo, y su integración a la sociedad es más fácil, lo cual logrará por medio de la amistad contribuyendo a la socialización. El adolescente espera del grupo que le permita la conquista de su autonomía, pero una vez que llega a ser independiente abandona el grupo porque la noción de autonomía y la de grupo se oponen. Es normal que el adolescente se salga del grupo para comprometerse en relaciones personales, y en relaciones con el otro sexo, pues será más fácil encontrar su independencia con una sola persona (su pareja), más que con un grupo de amigos, sin embargo ya en pareja pueden tener amigos en común y formar parte de ellos (Izquierdo, 2003).

Es importante mencionar que estos grupos sirven para la educación del joven, ya que es aquí donde empiezan a conocer la mayor parte de información sobre el sexo. La desventaja que tienen estos grupos es la obtención errónea de la información (Hermenegildo, 2006).

Por otro lado, tenemos las relaciones con los padres, que es la otra gran influencia en el plano social que los individuos reciben en este periodo. A partir de la pubertad, los adolescentes empiezan a sentir nuevas necesidades de independencia, y como consecuencia de esto desean realizar actividades sin el continuo control paterno; les molestan las ocupaciones del hogar, las preguntas de los padres sobre lo que ellos consideran "su vida privada" (amigos, lugares que frecuentan, etc.), aunque en realidad, los adolescentes no saben muy bien lo que quieren o a qué aspiran. Pueden llegar a parecer adultos muy pronto (físicamente), por lo que desean ser tratados como tales por sus padres; sin embargo la concepción social de la adolescencia alarga enormemente este

periodo, por lo que aún les queda un largo camino por recorrer para conseguir el estatus de adulto (Coleman, 1984; Powell, 1981).

A partir de la pubertad la elección de compañeros se basa sobre todo en aspectos individuales del carácter; la simpatía en el momento de la adolescencia se dirige cada vez más hacia la personalidad total del otro; y tiene en cuenta, sobre todo, las cualidades afectivas de éste (Coleman, 1984).

1.4 Aspecto Cognitivo.

El desarrollo cognitivo o cognoscitivo se centra en los procesos de pensamiento y en la conducta que refleja estos procesos, así mismo, es el producto de los esfuerzos del adolescente por comprender y actuar en su mundo (Aguirre, 1994).

En la teoría del desarrollo propuesta por Piaget (en: Craig, 2001) el hito del cambio cognoscitivo del adolescente es la aparición del pensamiento de las operaciones formales, este nuevo procesamiento intelectual es abstracto, especulativo y libre de circunstancias y del ambiente inmediato. Este tipo de pensamiento requiere capacidad para formular, probar y evaluar hipótesis. El pensamiento hipotético incluye aparte de la manipulación de elementos conocidos, aquellos que son contrarios a los hechos (“supongamos ahora que”); las personas en esta etapa pueden integrar lo que han aprendido en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes para el futuro; el pensamiento tiene una flexibilidad que no era posible en la etapa de las operaciones concretas (infancia) estas habilidades tienen implicaciones emocionales. Antes, un niño podía amar u odiar a una persona; ahora el adolescente ama u odia conceptos abstractos como la libertad. Los adolescentes también pueden volverse más diestros para adoptar una perspectiva social, la habilidad para entender el punto de vista y el nivel de conocimiento de otra persona. Lo cual le servirá para persuadir o entablar una conversación. Consientes de su audiencia, hablan con sus pares un lenguaje diferente del que usan con los adultos (Papalia, 2005).

Debido a la preocupación por su propio estado mental, los adolescentes creen que los demás piensan en lo mismo que ellos: en sí mismos. Elkind (1984, 1998, en: Papalia, 2005), denomina a esto audiencia imaginaria, es decir, el creer que hay un “observador” que está tan preocupado como él por sus pensamientos y acciones. Esta fantasía es especialmente fuerte durante los primeros años de adolescencia, sin embargo, es signo de inmadurez, así como también los son la tendencia a discutir como una forma de demostrar su capacidad de razonamiento; el posible abandono de actividades (es inconstante); la búsqueda de fallas en las figuras de autoridad, y la suposición de invulnerabilidad, refiriéndose a la creencia de los adolescentes de que ellos son especiales, y por lo tanto, su experiencia es única, por lo que no están sujetos a reglas que gobiernan al resto del mundo.

Esta última es una de las ideas que sustenta el pensamiento adolescente, consideran que teniendo relaciones coitales sin protección de barrera, no los expone ni a las Infecciones de Transmisión Sexual, ni al embarazo, pues creen que solo les puede pasar a los demás y no a ellos (Hermenegildo, 2006).

Como se manifiesta anteriormente la audiencia imaginaria, el sentir que nada malo les puede pasar son aspectos inmaduros en la adolescencia; sin embargo el desarrollo cognoscitivo continuo ayuda a que los jóvenes comiencen a madurar, a tener cuerpos saludables y entusiasmo por la vida.

Como se puede observar, es la adolescencia parte de un constante desarrollo; comienza con pequeños cambios físicos, que terminan siendo enormes, y a su vez conlleva responsabilidades no sólo personales, sino también sociales. El hecho de la falta de percepción de riesgos y el aumento de la actividad sexual, hace que las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados se encuentren en mayor medida dentro de esta población. Es por ello que en esta investigación se desea enseñar, conocer, persuadir, y propiciar una actitud favorable a los adolescentes hacia el adecuado uso del condón, pues conociendo que es, para que sirve y como se utiliza, es altamente probable que en prácticas sexuales con sus parejas se sientan capaces de saber utilizarlo, provocando menos miedo al

fracaso de esta actividad y tengan una actitud favorable para su uso y así prevengan el contagio de infecciones de transmisión sexual o el embarazo.

Capítulo 2. Sexualidad

La sexualidad es un aspecto esencial de la vida humana, su definición abarca todos los aspectos de la misma y múltiples formas de manifestación; como lo que somos físicamente, lo que sentimos y hacemos en relación con el sexo que tenemos, así como las pautas y normas sociales que existen para cada género, siendo así la sexualidad la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en un contexto sociocultural, en resumen, la expresión de la sexualidad se traduce en la búsqueda del acercamiento del otro (Döring, 1991; Rodríguez y Aguilar, 1998).

En la actualidad, aun existe confusión en los términos “sexo” y “sexualidad” como sinónimos, siendo que entre ambos hay una diferencia clara.

Continuamente cuando se habla de un ser hombre y mujer, se le atribuyen estos términos a la “sexualidad”, sin embargo, son términos que debemos imputar al “sexo” pues la noción de este concepto tradicionalmente constituye una diferencia “natural” entre ser hombre o mujer, y trae consigo un término de fácil confusión, “el género”, que culturalmente es visto como un “clon” de la palabra sexo, ya que clasifica los conceptos involucrados en la construcción de los roles sexuales de las personas (Flores, 2001). El sexo es todo lo referente a una estructura biológica, mientras que la sexualidad, se refiere a las características biológicas, psicológicas y socio-culturales que permiten comprender al mundo, y vivirlo a través de nuestro ser como hombres y mujeres (Monroy, 1991). Así pues, cuando un individuo desempeña su rol sexual, quiere decir que está actuando de acuerdo al rol correspondiente a su sexo, al realizar las actitudes socialmente aceptables para un hombre o una mujer, ser “masculino y/o femenino”, a lo cual se le conoce como género. La sexualidad es la expresión dinámica de: el género, el erotismo, la vinculación afectiva y la reproducción (Hernández y Hernández, 2000).

Para enfatizar lo que es el género Sirlin (1973) menciona algunos rasgos masculinos: el impulso a la fama y el poder; preferencia por los juicios de forma, predominio del componente lógico, sadismo más o menos estructural (los hombres

no lloran); el varón se encoleriza más que se asusta; tiene propensión a las decisiones rápidas y no reconoce fácilmente sus errores, y tiene movimientos rápidos, seguros y enérgicos. Los rasgos de la femineidad son la apreciación de los detalles e intereses por lo sobresaliente, tiene tendencia hacia lo concreto, anhela la paz y la felicidad así como el mantenimiento de los lazos afectivos; predominio del conocimiento intuitivo, mas propensión al masoquismo que a sadismo (las mujeres usan el llanto como un arma); se asustan más frecuentemente que se encolerizan, son muy propensas a las dudas y admite con facilidad sus errores y sus movimientos son suaves.

Las características que diferencian a los individuos entre seres masculinos y femeninos son adquiridas una vez que el individuo comienza a socializarse, pues es la naturaleza quien impone el dato biológico, pero la cultura es quien define las modalidades de comportamiento que mostrarán las personas (Flores, 2001).

2.1 Enfoque Sistémico de la Sexualidad.

La Teoría General de Sistemas, propuesta por Ludwing von Bertalanffy y adaptada para el estudio de la sexualidad por Eusebio Rubio (1994, en: Ojeda y Pérez, 2006), quien desarrolló la teoría sistémica de la sexualidad humana; menciona que la sexualidad está conformada por cuatro subsistemas a los cuales les llama "holones de la sexualidad" (*holos*, en griego significa todo); siendo así cada elemento del sistema un todo. Los cuales son: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva. Esta teoría está basada en la Teoría General de Sistemas y su idea principal es que todos los subsistemas están en constante interacción. A partir de sus experiencias el individuo forma la estructuración mental de la sexualidad, estas experiencias se originan a partir de la reproducción, la pertenencia a una especie dimórfica, la experimentación de placer físico y el desarrollo de vínculos afectivos.

Los Holones sexuales, es decir las partes, elementos o subsistemas, tienen manifestaciones en todos los niveles de estudio y no pueden ser considerados aparte, ya que dependen de los demás elementos. En la figura 1 se observan los

cuatro holones unidos por líneas que representan las construcciones mentales que integran el significado de las experiencias de un holón, posteriormente son explicados.

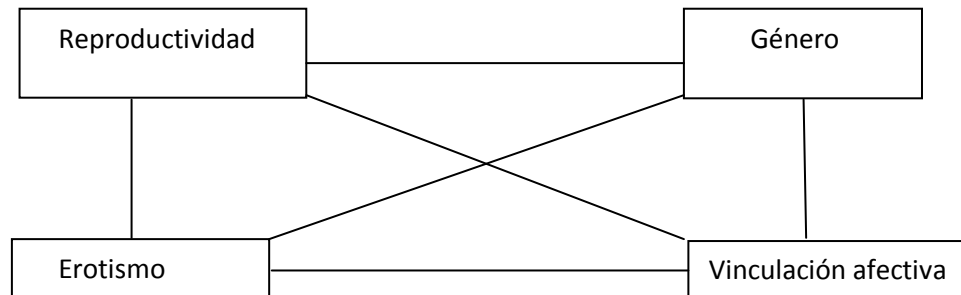


Figura 1

Holón de la Reproductividad: Se entiende por reproductividad la posibilidad humana de producir individuos nuevos que en gran medida sean similares (no idénticos) a los que los produjeron, es decir, al sistema reproductivo, la concepción, embarazo, el parto, la anticoncepción; así también las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad, sus aspectos psicológicos, como el significado de la paternidad y maternidad, y los sociales, que conlleva las conductas ante los aspectos antes mencionados.

Holón del Género: Serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina; así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias. Este holón se adentra a los conceptos de identidad de género y rol de género; siendo el primero la manera en que las personas se perciben internamente como hombres o como mujeres, y la manifestación externa de esta percepción; y la segunda refiriéndose al rol sexual, como el conjunto de rasgos y características social y culturalmente considerados apropiados para el hombre y la mujer, el deber ser de cada persona con respecto a su sexo (Aguirre, 1998; Hernández y Hernández, 2000).

Holón del Erotismo: Comprende las bases bioquímicas y neuronales de la vivencia erótica, los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la

excitación misma y el orgasmo, sus resultados en la potencialidad de experimentar placer de esas vivencias humanas, tanto individuales como en interacción con otros; así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias, las actitudes sociales ante la virginidad y las normas morales que reprimen en la actividad de la erotización.

Holón de la Vinculación Afectiva: Capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se deriva, por ejemplo el matrimonio, el divorcio, el noviazgo, etcétera.

Estos holones interactúan entre sí, se influyen unos a otros, por tanto; no pueden ser considerados como elementos aislados.

2.2 Sexualidad en la Adolescencia

En la adolescencia comienzan los cambios físicos, mayor autonomía, mayores dudas, egocentrismo, independencia, conformación de identidad y valores, además de la capacidad de reproducirse y el cambio de hormonas; esto provoca que los y las jóvenes estén deseosos y con mayor necesidad de recibir información sexual e incluso constantemente reciben información sexual indiscriminada que los incitan a ejercer su sexualidad, sin embargo, en ocasiones los padres y a veces los maestros inundan a los adolescentes con sermones que inculcan la abstinencia sexual hasta el matrimonio y sólo con fines reproductivos (Gotwald, 1983).

Por esta razón es necesario que los adolescentes posean una adecuada orientación sexual y reproductiva, que incluya tanto aspectos informativos como formativos que le permitan expresar sus sexualidades de manera responsable, sin angustia y con placer (Monroy, 1998).

Si la formación de la sexualidad comienza con el nacimiento, a este proceso paulatino, diario, continuo e ineludible se le denomina educación de la sexualidad. La educación sexual puede ser planteada por medio de dos vías; la educación informal y la educación formal. Entiéndase por educación “informal” al proceso por el cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que se planee o dirija en forma consciente, por ejemplo, de cómo los adultos ven y viven la propia sexualidad y la de las personas que lo rodean. También se educa de una manera “formal”; es decir la planeación de los procesos de aprendizaje, directa o indirectamente, relacionados con el patrón de conductas y experiencias sexuales con el patrón del sistema de valores relativo a la sexualidad (Oliver, 2003).

El aprendizaje se realiza por medio de la socialización en contextos sociales e históricos determinados; la sexualidad, como ya fue mencionado; abarca todos los aspectos de la persona, éstos se manifiestan a través de la cultura existente. Monroy (1998) hace mención de los canales de mayor influencia en el proceso de socialización:

- a) La familia: Siendo este el primer grupo al que se pertenece y del que se requieren valores básicos acerca del sexo y la sexualidad.
- b) La escuela: El joven recibe múltiples influjos a través de la enseñanza de diversas materias y de la forma de comportamiento de los maestros y compañeros.
- c) Los grupos de amigos: Adquiere conceptos de lo que significa ser hombre o mujer, del ideal trato de la pareja, el significado de la madurez.
- d) La religión: Toda sociedad vive ciertos valores religiosos que tienen gran influencia en la conducta. Y ello marcará la forma en la que cada individuo viva su sexualidad.
- e) Los medios de comunicación masiva: Hacen que la información se difunda rápidamente a grandes núcleos humanos y que ésta sea recibida de un

modo indiscriminado por hombres y mujeres de todas las edades, creando así modelos que no corresponden a nuestra realidad sociocultural.

- f) Profesionales de la salud y la educación: El sector salud puede tener gran influencia coordinando acciones de educación de la sexualidad con otros sectores y en los diferentes niveles de promoción y prevención.
- g) La legislación: Las leyes definen y sancionan ciertas conductas relacionadas con la sexualidad.

Son muchos los problemas ocasionados por una educación inadecuada de la sexualidad y el conocerlos ayudará a tomar la decisión de desempeñar esta labor responsablemente. Muchas personas consideran que la educación de la sexualidad consiste en informar al niño o al adolescente, la parte puramente biológica; sin embargo en la actualidad nuestra sociedad se aproxima hacia una actitud más positiva de la sexualidad (Oliver, 2003); esto ayudará a mejorar los conocimientos y promover la percepción eficaz de la colocación del uso del condón en los adolescentes, para que exista menor incidencia en las Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados.

A menudo la sexualidad del adolescente está conducida por necesidades emocionales que no tienen nada que ver con el coito. Estas necesidades incluyen recibir afecto, borrar la soledad, ganar aceptación, confirmar la orientación erótico afectiva (atracción y afecto erótico, sobre un sexo determinado), aumentar la autoestima, expresar la ira o escapar del aburrimiento. Por lo que el ejercicio sexual se convierte en un medio para expresar y para satisfacer necesidades no exclusivamente coitales, como las antes mencionadas (Philip, 1999).

Se ha encontrado que desde el Homo Sapiens la sexualidad tomó un papel muy importante al ser la base para perpetuar la especie; sin embargo también la relación sexual se hizo una actividad que en sí misma era placentera, además de no ser un ciclo dentro de los seres humanos. (Gotwald, 1983).

En la actualidad, la sexualidad humana se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias tempranas que tiene en la vida y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con su ser hombre o mujer, los afectos que le vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva. Estas características son manifiestas desde la primera excitación sexual que sucede alrededor de los 9 u 11 años de edad (puede ser antes o después) cuando los cambios puberales dan inicio (López, 1983).

El deseo sexual es algo natural, misterioso, placentero, de hondo significado de intimidad y de creación de vida, y aunque no es fácil, es importante ser responsables para así poder gozarlo plenamente sin que existan consecuencias que pueden ser evitadas si hay una adecuada prevención para ello; es decir, al iniciar la vida sexual activa, ir al ginecólogo, realizar los estudios necesarios y utilizar condón en cada penetración, para prevenir un embarazo sin ser deseado o Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Siendo de esta manera más responsables y arriesgándose en menor medida que cuando no hay una adecuada protección o cuidado de su salud sexual (Silva, 1996).

Así, típicamente las erecciones en los chicos y la lubricación en las chicas aparecen de forma espontánea y con gran facilidad; los atributos físicos de otras personas comienzan a ser estímulos más importantes; las fantasías y los sueños sexuales comienzan a ser más frecuentes; y la necesidad de buscar conductas que permitan resolver sus impulsos sexuales es mucho mayor (López, 1995).

La actividad sexual, que va desde los besos y las caricias hasta el acto sexual (coito), no sólo satisface una serie de necesidades físicas sino también emocionales. En el ejercicio de la actividad sexual es importante para los jóvenes ampliar sus canales de comunicación, buscar experiencias propias, poner a prueba su identidad personal y encontrar alivio a las presiones externas de su mundo (Rodríguez y Aguilar, 1998).

Los comportamientos sexuales más comunes en la adolescencia son desde la abstinencia, la masturbación y “el faje” hasta las relaciones sexuales.

Algunos optan por la abstinencia, la salida más aceptada por los adultos en nuestra cultura, que consiste en no realizar actividad sexual ni auto-erótica. En el caso del varón, se puede presentar una descarga fisiológica llamada polución nocturna o sueños húmedos, donde los espermatozoides y el líquido seminal son parte de la eyaculación -resultado de la excitación- obtenida durante los sueños. En las mujeres, se presentan lubricaciones y orgasmos durante el sueño (Rodríguez y Aguilar, 1998).

La masturbación es la autoestimulación de los genitales para alcanzar excitación sexual y placer, usualmente hasta el punto del orgasmo o clímax sexual. Comúnmente se practica por medio del toqueteo, caricias o masajes en el pene o el clítoris hasta que el orgasmo es alcanzado (Huma, 2009). Efectos negativos de la masturbación podrían ser la culpa, el miedo o la ansiedad cuando el adolescente cree que la práctica es dañina o que puede crear problemas. Estas emociones negativas pueden producir un gran daño psicológico (Philip, 1999).

El faje, es la vía por la cual se llega a la satisfacción sexual por medio de caricias sexuales, besos, abrazos, masajes y tocamientos en distintas partes del cuerpo. Las caricias sexuales son expresiones placenteras compartidas por las personas, sin llegar necesariamente a la relación coital.

El coito son encuentros que permiten el ejercicio de la sexualidad. Para que sean saludables es importante que estén basadas en el afecto, la responsabilidad, el respeto y el cuidado (Rodríguez y Aguilar, 1998).

El sexo seguro consiste en tener relaciones sexuales sin llegar a la penetración, para evitar el intercambio de fluidos corporales como: semen, líquido preeyaculatorio, sangre y fluidos vaginales, que son los que pueden transmitir alguna ITS o embarazo no deseado, se trata de “echar a volar la imaginación” y explorar nuevas formas de disfrutar los encuentros sexuales. Es muy importante la fantasía, la comunicación con la pareja, la confianza y sobre todo las ganas de tener nuevas experiencias dentro de la vida sexual.

El sexo protegido es una manera de tener relaciones sexuales con penetración,

siempre con un método de barrera, como el condón masculino o el condón femenino; que impida el intercambio de fluidos corporales (Kilby, 1988).

Aprender a aceptar y a reconocer estas nuevas manifestaciones de los impulsos sexuales, como algo que es un proceso natural de la maduración sexual, y aprender a vivirlas de forma satisfactoria y responsable, es uno de los retos más importantes para el adolescente (López, 1995).

Las relaciones sexuales en la adolescencia son riesgosas tanto para la salud física como emocional o psicológica. Se ha puesto gran interés sobre dos problemas:

1.- Las Infecciones de Transmisión Sexual, en especial el VIH-SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y de otras infecciones como lo son la Gonorrea, Sífilis y Herpes, entre las más comunes.

2.- El embarazo no deseado en la adolescencia.

En forma simplista, se podría pensar que si se reducen los riesgos de un embarazo y de contagio de las ITS, a través de los preservativos, la actividad sexual en esta etapa sería menos problemática (Silva, 1996).

Una vez que las personas comienzan a experimentar sus relaciones sexuales se deben tomar en cuenta sus preferencias de cómo, cuándo y con quien lo harán, pues esta conducta conlleva responsabilidades; la mayoría de las personas comienzan esta actividad en la adolescencia, pero con regularidad se hace a escondidas y no siempre cuentan con las comodidades emocionales necesarias, los sentimientos asociados a ellas son predominantemente negativos; como lo es el temor, la vergüenza, el miedo y la culpa; por tanto no existe un clima de relajación y tranquilidad, eso sería lo ideal para facilitar el goce sexual. Después de que Silva (1997) aplicara un cuestionario a un grupo de jóvenes (no menciona cuántos participaron), donde se les preguntaba cómo se sentían acerca de cómo vivían sus relaciones sexuales, señala que sólo un 20% de los adolescentes expresaron satisfacción, lo que significa que en su mayoría no presentan satisfacción sexual. El miedo, la preocupación y la culpa, pueden llegar a convertir

en aversiva casi cualquier actividad independientemente de lo intrínsecamente placentera que pueda ser.

2.3 La Respuesta Sexual Humana (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

La respuesta sexual humana es el modo que cada persona tiene de reaccionar y responder al estímulo sexual; requiere de tranquilidad para poder gozar completamente de este acto (Lowen, 2000); este proceso consta de cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. En todo proceso, la manifestación es diferente entre hombres y mujeres (Masters, Jhonson y Kolodny, 1997), así entonces, a continuación se exponen cada una de las etapas señalando la diferenciación entre sexos:

1.- Excitación:

Esta primera fase se desencadena por un estímulo o deseo (Usandizaga, 1990), es consecuencia de la estimulación sexual, que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas. Las respuestas sexuales se asemejan a otros procesos fisiológicos, en la medida en que pueden desencadenarse no sólo mediante contacto físico, sino a través del olfato, la vista, el pensamiento o las emociones (Masters, Jhonson y Kolodny, 1997). La duración de esta etapa puede oscilar entre unos minutos, o una media hora. El cuerpo humano reacciona ante el deseo con una cadena de fenómenos reflejos que pueden presentar pequeñas diferencias de matices en general siguen la siguiente secuencia:

Hombres: La primera señal de excitación sexual masculina es la erección; otro de los cambios que se perciben a simple vista es la elevación y ensanchamiento de los testículos. Existen una serie de transformaciones menos perceptibles que las anteriores, por ejemplo, la erección de los pezones, el oscurecimiento del color de los genitales o el aumento de la temperatura corporal.

Mujeres: Ante la excitación, se segrega un líquido viscoso que actúa de lubricante vaginal; el incremento de sangre hacia los genitales hace que los labios menores se oscurezcan y aumenten de tamaño; en cambio, los labios mayores se aplanan, se abren y quedan menos visibles; el orificio vaginal se ensancha, mientras que la parte posterior se hincha, de modo que si hubiera penetración, el miembro viril quedaría comprimido dentro del órgano femenino. Asimismo, el útero se eleva estirando la vagina y haciéndola un poco más larga; el clítoris se pone duro aumenta de tamaño y se desplaza bajo el prepucio hasta hacerse visible; algunas mujeres experimentan también una erección en sus pezones, así como un ligero aumento en el volumen de los pechos (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

2.- Meseta:

En la fase de excitación se produce un marcado aumento de la tensión sexual por encima del nivel de la línea de arranque (estado de activación). En esta etapa se mantienen e intensifican estos niveles y serán quienes disponen el terreno para el orgasmo. La duración de la fase varía en gran medida según las personas (Masters, Jhonson y Kolodny, 1997).

Hombres: Todos los cambios producidos en la fase anterior se mantienen en su nivel más alto durante un cierto tiempo, proporcionando una agradable sensación de placer; el hombre puede notar una especie de presión o calor en la zona de la pelvis; el ritmo cardíaco y la respiración se aceleran; asimismo, aumenta la presión sanguínea. En esta fase segregan un líquido claro pre eyaculatorio proveniente de las glándulas de Cowper, que pueden contener algunos espermatozoides vivos capaces de causar el embarazo.

Mujeres: Al igual que en el hombre, los cambios alcanzados en la fase anterior se mantienen e intensifican durante un cierto tiempo. El clítoris se retrae de nuevo bajo la membrana que lo recubre, haciéndose más inaccesible; poco a poco, los niveles de excitación se van incrementando para preparar la llegada del orgasmo; los pechos siguen creciendo y la areola se dilata; la vagina sigue expandiéndose; aumenta la congestión vascular en los labios menores y los labios mayores se

separan aun más. A muchas mujeres les salen unas manchas rojizas por algunas zonas de su cuerpo, este fenómeno es conocido como “rubor sexual” y es causado por el aumento de la circulación de la sangre bajo la piel. Al igual que en los hombres hay un incremento en la tensión muscular y la presión sanguínea, así como la aceleración del ritmo cardiaco y la respiración (Masters, Johnson y Kolodny, 1987). En algunas mujeres la fase de meseta es casi inexistente, ya que la fase de excitación es tan intensa que pasan enseguida a un orgasmo extremadamente intenso (Usandizaga, 1990).

3.- *Orgasmo:*

Si la fase de meseta continúa la estimulación sexual efectiva, entonces se llega a un punto en que el cuerpo libera de golpe la tensión sexual acumulada, es lo que constituye el apogeo de la excitación sexual; a este momento culminante se le denomina orgasmo, conocido también con los términos <<Clímax>> o, popularmente <<Corrida>>, es un instante de goce y de suspensión de actividad mental; es decir, la mente se repliega sobre sí misma para disfrutar de tan íntima experiencia, y desde un punto de vista biológico, es la fase más corta del ciclo de la Respuesta Sexual Humana, dura alrededor de ocho segundos. (Masters, W., Jhonson, E. y Kolodny, R., 1997).

Hombres: Consiste en una serie de rítmicas contracciones musculares de los genitales internos, que dan lugar a que el esperma salga en pequeñas porciones a través de la uretra. Antes de sentir el orgasmo, el hombre presiente la llegada del esperma y más o menos controla la situación hasta que nota que la eyaculación es inminente y le resulta imposible evitarla. Tras la eyaculación, sobreviene una relajación muscular y una ligera somnolencia. Ellos necesitan que transcurran unos minutos para estar en condiciones de tener otro orgasmo.

Mujeres: Igual que en los hombres; el orgasmo de la mujer consiste en una serie de contracciones rítmicas que tienen lugar en el tercio externo de la vagina (plataforma orgásmica), en el útero y en el esfínter anal; en algunas ocasiones pueden darse por todo el cuerpo. El número de contracciones necesarias puede

variar mucho; a veces no llegan a cinco, en otras ocasiones esta cifra se triplica, pero en todos los casos, la sensación final es muy similar; la mente se queda en blanco, centrada en esta actividad. Tras el orgasmo, todas las zonas alteradas vuelven paulatinamente a su estado inicial. Si se continúa con una estimulación sexual adecuada, pueden lograr varios orgasmos sin tener que esperar un tiempo ni volver a las fases anteriores. Las mujeres capaces de tener varios orgasmos en un solo encuentro sexual, son denominadas multiorgasmicas (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

4.- *Resolución:*

Inmediatamente después del orgasmo se da una notable diferencia entre la respuesta sexual del hombre y de la mujer (Masters, Jhonson y Kolodny, 1997). Todos los sistemas y los órganos del cuerpo vuelven a su estado inicial de reposo (Usandizaga, 1990).

Hombres: Se experimenta una gran relajación en todo el cuerpo y el organismo va retornando poco a poco a su estado normal. El pene, que había permanecido erecto desde la excitación hasta el orgasmo, va perdiendo rigidez progresivamente a medida que la sangre acumulada se retira; asimismo, los testículos decrecen y se separan del cuerpo para colocarse en su lugar habitual. Cuando se produce una excitación intensa sin llegar al orgasmo, la fase de resolución se alarga, en este caso, pueden notarse ciertas molestias, como una ligera presión o dolor en los testículos y en el área abdominal. En esta fase se presenta un fenómeno al que se le denomina Periodo Refractario, que es un espacio de tiempo para recobrase durante el cual es fisiológicamente imposible tener otro orgasmo o eyacular de nuevo (Masters, Jhonson y Kolodny, 1997).

Mujeres: Después del orgasmo, sienten un gran bienestar. Es el momento en el que se invierten todas las modificaciones experimentadas anteriormente, los pechos recuperan su tamaño y aspecto inicial, la vagina se va descongestionando progresivamente y recupera su tamaño normal, a medida que la sangre acumulada en esta zona se retira; el clítoris queda tan sensibilizado que una

nueva estimulación puede provocar sensaciones desagradables. En el caso de que hubiera aparecido el rubor sexual, en esta fase irá desapareciendo poco a poco. Si tras la excitación intensa la chica no llega al orgasmo, la fase de resolución se prolonga en el tiempo, y provoca sensaciones molestas en la región de la pelvis (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Capítulo 3. Antecedentes Históricos de los Anticonceptivos

El concepto de salud sexual se refiere a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como elemento indispensable la procreación (Rodríguez y Aguilar, 1998), sin embargo la extendida ignorancia sobre la sexualidad y los anticonceptivos han provocado desafortunadas consecuencias, como lo son embarazos no deseados a temprana edad, o la gran cantidad de personas que contraen una Infección de Transmisión Sexual (ITS) sobre todo en la adolescencia (Lieberman y Peck, 1985).

A través del tiempo, se ha observado que el hombre ha intentado controlar la procreación de los hijos, para ello ha hecho uso de diversas formas y métodos para evitar los embarazos así como las infecciones de transmisión sexual (Cortes, 2000).

Fue en Egipto donde se encontró el texto más antiguo que habla de métodos anticonceptivos que se utilizaban en esa región, este documento es llamado "Petri" o "Kahun", data alrededor de 1850 A. C., fue reconstruido y publicado por Griffiths, contenía recetas anticonceptivas, una de ellas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo, mezclado con una pasta que servía de vehículo, otra de ellas proponía la irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio (Flores, 1996).

En otro texto llamado "papiro de Ebers" se menciona el primer anticonceptivo conocido, que era una mezcla de acacias y dátiles que empapaban un algodón al cual posteriormente se le añadía miel, esto se utilizaba como tapón vaginal; con el calor corporal, este compuesto se fermentaba produciendo ácido láctico, que hasta nuestros días se revela como espermicida. Los médicos árabes trataron estos temas aconsejando y prescribiendo métodos y medidas anticonceptivas, así para el siglo IX; un filósofo islámico combinaba estiércol de elefante con miel, y lo introducía en la vagina para evitar embarazos (Coronel y Mendoza, 2000).

A finales del siglo XVIII y principios del XIX; se iniciaron varios movimientos a favor del control de la natalidad, lo que trajo consigo "la campaña para educar y formar a las masas", esto dio pie a que surgiera la idea de que si se limitaba la familia

durante un periodo largo de tiempo, las ventajas económicas y sociales serian enormes, así también, abrió paso para el uso del condón, pues fue Wilde en 1838 (en: Flores, 1996) cuando publicó un trabajo de ginecología, en el cual expone indicaciones para la anticoncepción, donde aparte del condón, menciona la esponja, el coito interrumpido y el diafragma.

En 1880, los métodos anticonceptivos como condones, espermaticidas, la contracepción intrauterina y por supuesto, el coito interrumpido eran ya conocidos y utilizados, aunque no por todos y gracias a la planificación familiar se les comenzó a dar mayor difusión (Barbato y Charalambopoulos, 2005).

Muchos países han reformado leyes y políticas relacionadas con la fecundidad y la salud del individuo, y un método anticonceptivo que es eficaz para cubrir esta necesidad en ambos campos es el condón, también conocido como preservativo; sin embargo es necesario mencionar que hay diversos métodos anticonceptivos, por tanto también encontramos diferentes clasificaciones, para poder entender en donde se categoriza el condón, el Cuadro 1 presenta la clasificación actualmente utilizada:

Temporales	Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo • Temperatura • Moco Cervical • Coito interrumpido
	Locales	<ul style="list-style-type: none"> • Espermicidas (óvulos, jaleas y espumas)
	De barrera	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativo o condón (masculino y femenino) • Diafragma y esponjas
	Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • Orales • Inyectables
	Dispositivo intrauterino	<ul style="list-style-type: none"> • Implantes hormonales • T de cobre • 7 de cobre
Permanentes	Quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Vasectomía • Salpingoclasia

Cuadro 1. *Clasificación de anticonceptivos (Elaboración personal).*

Podemos observar que el condón se encuentra en la clasificación de temporales, lo cual indica que se utiliza solo cuando la persona lo requiere, al mismo tiempo son asignados a la categoría de barrera, es decir, son agentes mecánicos o sustancias químicas que sirven para impedir que los espermatozoides asciendan por la cavidad uterina y fecunden al óvulo (Cortes, 2000).

Para fines de esta investigación se mencionará más a fondo y a detalle los anticonceptivos de barrera, específicamente el condón masculino y femenino.

3.1 Condón Masculino

Fallopio (1564, en: Barbato y Charalambopoulos, 2005) describió un preservativo de lino para evitar el contagio de sífilis. La denominación “condón”; deriva del apellido del médico inglés Condon, del rey Carlos II, con la finalidad de disminuir el número de hijos ilegítimos que tenía su monarca, en el siglo XVIII fue cuando los condones de tela y membrana animal se generaron. Es en 1930 cuando se le da el nombre de preservativo, el cual deriva de su amplio uso para prevenir (o preservar) la transmisión de enfermedades llamadas “venéreas”; actualmente conocidas como ITS.

El condón que actualmente conocemos existe desde la última parte del siglo XIX, cuando se desarrollaron los métodos para fabricar látex de caucho, sin embargo, al ser considerado un objeto sexual, su comercialización se hacía a escondidas y su historia tiene referencias incidentales; así entonces, fue hasta 1858, cuando se le describió como una vaina del <<vértice>>, hecha de caucho, de <<textura delicada>> no más grueso que la cutícula, con forma y bordeado en el extremo abierto con un aro de caucho de la india, y diseñado para adaptarse solo sobre el glande; estos primeros preservativos estaban hechos con lamina de goma cosida a todo lo largo. Eran relativamente baratos por ser desechables; y el método de caucho sin costura siguió siendo la técnica estándar de fabricación hasta el siglo XX (Bullough y Bullough, 2001).

El condón es un saco elástico de látex que se fabrica en varias formas y colores; básicamente es cilíndrico o circular, cerrado en un extremo y abierto del otro, con borde redondeado; se empacan listos para su uso, ya que vienen enrollados para que al estar el pene en estado de erección se coloque y sirva adecuadamente como barrera entre el esperma y la vagina (Medrano, 1997; Rodríguez y Aguilar 1998).

Bullough y Bullough (2001) mencionaron que los primeros preservativos fueron vendidos como profilácticos más que como anticonceptivos en Estados Unidos;

por ello estaban disponibles en burdeles y farmacias; tuvieron su auge para la prevención del embarazo en las primeras décadas del siglo XX, pues en 1960 y 1970 disminuyó su uso con la aparición de los nuevos anticonceptivos orales; sin embargo, actualmente se adquieren en diversos lugares, y su fabricación es de dos tamaños básicos: Tipo I: 180 mm de longitud y 52 mm de anchura en plano y el Tipo II, que es de 160 mm de longitud y 49 mm de anchura en plano.

Con la aparición del VIH-SIDA se ha promovido su uso de manera mucho más abierta con el fin de evitar mayor número de contagios, sin embargo, a pesar de que las personas saben que con excepción de la fidelidad y la abstinencia, es la única forma de prevenir contagios sexuales, se niegan a emplearlo (Hiriart, 2003).

Se ha encontrado que los sujetos tienen conocimientos y creencias equivocadas, así como actitudes negativas que pueden llevar a realizar conductas de alto riesgo. Por esta razón es de vital importancia tener en cuenta que los conocimientos son los generadores de las creencias que cada individuo se va formando, así, el tener conocimientos erróneos o incompletos lleva a tener creencias también equivocadas (Pozo, 2003). A continuación se indican los pasos a seguir para dar a conocer cómo se utiliza el preservativo masculino.

Recomendaciones para el uso del condón masculino:

Sólo hay que utilizar condones de látex o de poliuretano, los que están fabricados con tejido animal no son recomendables ya que permiten el paso del VIH y de otros virus.

1. Se debe usar un condón nuevo para cada relación sexual.
2. Hay que colocarlo cuando el pene está erecto, verificando el lado correcto para desenrollarlo.
3. Cuando use condón para una penetración vaginal o anal, es importante que este lubricado; algunos vienen ya con lubricante y otros además del lubricante tienen nonoxinol 9. (Si se es alérgico a esta última sustancia

- usar sin nonoxinol 9).
4. Revisar la caducidad.
 5. Antes de penetrar en vagina o ano, puede colocar lubricante soluble en agua en el exterior del condón.
 6. Para la práctica del sexo buco-genital (boca-pene y boca-vulva) es conveniente utilizar un condón sin lubricante.
 7. Es muy importante abrir el empaque del condón con las yemas de los dedos, nunca con las uñas, dientes, tijeras u otro artefacto punzocortantes, se puede rasgar o perforar el látex.
 8. Después de eyacular, sujete el condón por la base y retire el pene mientras aún está erecto.
 9. No hay que utilizar aceites, cremas, vaselinas, mantequilla o cualquier otro producto que no sea algún lubricante soluble en agua y con base de agua, porque todos esos productos degradan el látex y provocan que el condón se rompa. Retire el condón cuidadosamente evitando que se gotee su contenido.
 10. Tire el condón usado en la basura.
 11. Guarde los condones en un lugar fresco y seco. No debe exponerlos al sol, calor, humedad o frío excesivo, ni a los tubos de luz fluorescente.
 12. Nunca utilizar un condón más de una vez (Calaf, 2005).

Ventajas del uso del condón masculino:

- No tiene efectos colaterales en el hombre.
- No interfiere con la producción natural de espermatozoides ni con sus niveles hormonales.
- Si se emplea correctamente es muy seguro tanto en prevención de embarazos como en la de infecciones de transmisión sexual.
- No se requiere receta médica, se puede adquirir en establecimientos diversos (farmacia, mercados, autoservicios, o distribuidores automáticos instalados en algunos baños públicos).
- Su precio es accesible o puede ser adquirido gratis en centros de salud.

- Se utiliza solo durante el encuentro sexual.
- Cualquier hombre lo puede emplear.
- El hombre participa de forma activa en la prevención de embarazos e infecciones.

Es importante decir que usualmente se utilizan los condones masculinos de látex, pero actualmente también hay de poliuretano, además de las ventajas antes citadas, estos tienen unas más (Barbato y Charalambopoulos, 2005):

- Mayor duración en condiciones de almacenamiento variable.
- Posibilidad de uso por individuos con alergia al látex.
- Posibilidad de uso de cualquier clase de lubricante.
- Mayor sensibilidad en el usuario.

Desventajas del uso del condón masculino:

- El látex y algunos lubricantes pueden causar alergias a algunos varones.
- Es necesario contar con él en el momento de la relación sexual y hacer una pequeña pausa durante el preludio para colocarlo.
- Algunos hombres no se sienten cómodos con su uso.
- Si está mal puesto, puede llegar a deslizarse, con ello pierde efectividad.
- Si está colocado inadecuadamente puede llegar a romperse.
- Resta sensibilidad (Hiriart, 2003).

3.2 Condón Femenino

Los anticonceptivos de barrera para la mujer fueron el principal método anticonceptivo hasta la última parte del siglo XX, tuvo sus inicios cuando el caucho se utilizó en forma de *pesarios*, dispositivos insertados en la vagina para soportar el útero prolapsado (caído) o para aliviar síntomas de retroversión anormal (desplazamiento hacia atrás del útero) anteversión (inclinación hacia adelante del útero) y anteflexión (inclinación hacia delante del cuello del útero), muchas

mujeres que lo llevaban, no tenían ninguno de estos problemas en el útero, sin embargo se sabía que funcionaba como anticonceptivo (Bullough y Bullough, 2001).

El condón femenino combina algunos rasgos del diafragma y el condón masculino. Es una especie de funda hecha de poliuretano, con un diámetro tres veces mayor que el masculino, y un aro flexible en cada extremo, el diseño original contaba con un aro alrededor del extremo abierto, pero la inserción se hacía dificultosa y se agregó entonces un segundo aro en la parte interior del extremo cerrado del condón, este último es el utilizado para la inserción y ayuda a mantener el preservativo en su lugar (Flores, 1996).

Medrano (1997) lo describe como una bolsa de poliuretano de 17.5 cm de largo por 7.0 cm de ancho, con un extremo cerrado, parecido a un condón masculino pero más ancho y más largo, que se introduce a la vagina, cuenta con 2 anillos flexibles de poliuretano, el mayor de 7.5 cm de diámetro, se encuentra en la entrada del condón (es más delgado y más flexible) y al colocárselo, sobresale en la región vulvar, cubriendo el escroto y la base del pene; el más pequeño de los anillos mide 6.0 de diámetro (es más grueso) está en el fondo de la bolsa, es decir en la parte cerrada y tiene movilidad, se introduce en la vagina, es de una sola medida y su función es favorecer la inserción en la vagina y el anclaje interno detrás del pubis.

La distribución de este preservativo comenzó a principios de los años 90 con la intención de proporcionar una alternativa de cuidado contra el VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual a las mujeres, así, aquellas que sus parejas no aceptaran usar el condón masculino, podían recurrir a esta opción y garantizar su protección. A finales del 2002 apareció en Europa un nuevo diseño mejorado que consiste en una bolsa delgada y suave de látex, que en lugar de tener un anillo circular en la apertura cuenta con una especie de marco flexible en forma de "V" o de triángulo que es más ancho que el resto de la "bolsita" hacia abajo se extiende

un saco de látex que contiene en el fondo una especie de compartimiento especial con una esponja de poliuretano que lo hace más cómodo y sencillo de utilizar (proporciona la misma seguridad que sus antecesores) (Hiriart, 2003). Recientemente se han puesto dos novedades, el “Condón Bikini” y el denominado “Women’s Choice”:

El condón bikini: es un pequeño calzón de látex, que cubre el periné. En el lugar que ocluye la cavidad vaginal, tiene un condón enrollado, confeccionado de látex dos veces más grueso que el del condón masculino. En la penetración, el condón se desenrolla lentamente a medida que se introduce el pene de la cavidad vaginal. Lo interesante del nuevo bikini es que protege el periné y el orificio anal; lo que se cuestiona es que por el grosor, reste sensibilidad y por tanto su uso sea menor.

El Women’s Choice: es un condón femenino tradicional; tiene un refuerzo en el fondo que contacta con el cérvix, de formato circular, que lo mantiene en su lugar; y un aro externo que lo mantiene abierto. Un efecto más negativo que el uso del condón tradicional, es el hecho de que necesita de un aplicador (Barbato, 2001).

Tener conocimiento sobre los preservativos es parte de la formación de las habilidades, éstas nos llevan a formar nuevos conocimientos a lo largo de la vida, por esta razón consideramos el papel de la autoeficacia muy importante, ya que si una persona desconoce, en este caso, cómo abrir el empaque del preservativo correctamente, cómo ponérselo sin que se rompa, etc. se puede llegar a percibir a sí misma como incapaz para usar esta protección; en teoría, cuando un sujeto se percibe hábil para realizar una tarea es más probable que la lleve a cabo que cuando su expectativa es de inhabilidad (Velázquez, 2003); por ello a continuación se citan las recomendaciones primordiales para el uso correcto del condón femenino.

Al igual que el condón masculino, el femenino tiene recomendaciones a seguir para que su empleo sea efectivo, a continuación son citadas:

Pasos para el uso correcto del Condón Femenino (CF).

1. Siempre coloque el condón antes de una penetración.
2. Verifique que el empaque no esté dañado y que la fecha de vencimiento esté vigente o que la fecha de fabricación esté dentro de los 5 años de su fabricación.
3. Vea la indicación para abrir el empaque y mire el condón para comprobar que esta lubricado. Si desea utilizar lubricantes, utilícelo a base de agua. Coloque una a dos gotas de lubricante en el extremo de la funda por fuera, alrededor del anillo del condón por dentro, o donde considere necesario.
4. Para colocarlo elija una posición: apoyando un pie en una silla, en cuclillas o recostada separando las piernas.
5. Asegúrese que el aro interno quede dentro de la bolsa y alineada a la costura de la misma.
6. Tome el CF por el aro interno, apriételo suavemente entre su dedo pulgar y el dedo medio o índice, para que el aro se pliegue y adquiera una forma alargada y angosta.
7. Con la otra mano separe los labios de la vulva.
8. Coloque el condón en la entrada del canal vaginal y suéltelo.
9. Ahora con el dedo índice por dentro del condón empuje el anillo interno dentro de la vagina hasta pasar por el hueso púbico.
10. Asegúrese que no quede torcido. El aro externo se mantiene por fuera de la vagina (2.5cm).
11. No es necesario que lo sostenga durante toda la relación sexual pero recuerde sostenerlo al momento de la penetración.
12. Para sacar el condón, gire el aro externo y suavemente se retira el condón hacia fuera, lentamente o con rapidez; según le resulte más cómodo.
13. Deséchelo en botes de basura y no en el baño.
14. Utilice un condón nuevo con cada relación sexual (Calaf, 2005).

Ventajas del uso del condón femenino:

- La mujer es quien tiene el control sobre el condón.
- Puede proporcionar mayor protección para algunas infecciones de transmisión sexual al cubrir los labios de la vulva.
- Algunas mujeres afirman que el anillo interno aumenta la estimulación sexual.
- No causa efectos secundarios.
- No interfiere con los ciclos naturales del cuerpo.
- No es necesario interrumpir el acto sexual ya que puede ser utilizado hasta por 8 horas incluyendo el tiempo de la relación sexual.

Desventajas del uso del condón femenino:

- Algunas parejas opinan que es difícil colocarlo.
- Su aspecto les parece poco estético y sienten que tiene mucho lubricante.
- Al no quedar ajustado como en el caso del preservativo masculino, hace ruido al moverse, lo que puede llegar a ser molesto.
- Es más caro que el condón masculino (Hiriart, 2003).

El uso del condón tanto masculino como femenino en el contexto del sexo protegido es el método más eficaz (98%) para evitar infecciones de transmisión sexual y embarazos en aquellas personas que son sexualmente activas (como es el caso de un gran número de adolescentes). Sin embargo, su uso no ha incrementado entre los jóvenes, a pesar de la dimensión de la epidemia del SIDA y de la publicidad que se le ha dado en las distintas campañas preventivas (Gómez, 1994).

A pesar de ser vastos los anticonceptivos en el mercado; la mayoría de los adolescentes sexualmente activos no hacen uso de los anticonceptivos de manera constante y eficaz, esto se refleja en los datos estadísticos que aumentan cada año: en 1983 se reportaron 63 casos de personas infectadas de SIDA, en el 2007 la cifra aumentó a 3705 personas con SIDA. Un gran número de estudios ha

revelado que muchos jóvenes no emplean algún anticonceptivo en las primeras ocasiones en que tienen relaciones sexuales y sólo una minoría emplea de forma continua algún método confiable de control natal, incluso tiempo después de comenzar su actividad sexual. Los datos sugieren que las adolescentes que utilizan los anticonceptivos con frecuencia lo hacen de forma esporádica más que constante en cada uno de sus encuentros sexuales (Crooks y Baur, 2000).

Es posible que los métodos de barrera tengan baja aceptabilidad por las siguientes causas (Gispert, 2006):

- Irritación local (vaginal) por el material y por el espermaticida agregado.
- Frecuente hipersensibilidad a los materiales con manifestaciones alérgicas a veces importantes.
- Riesgo de embarazo relativamente alto.
- Necesidad de prepararse con anticipación y/o interrumpir la intimidad sexual para la colocación del condón.
- Necesidad de utilizarlos en cada coito.
- Siempre deben estar provistos del correspondiente anticonceptivo.
- Mayor frecuencia de padecimientos del cérvix uterino.

La anticoncepción resulta más difícil a los adolescentes que los adultos debido a los cambios cognitivos, consideran que a ellos no les va pasar nada malo y que son omnipotentes e indestructibles; teniendo una incorrecta percepción de las ITS y del embarazo ya que su actividad sexual es irregular e impredecible, tienen bajo nivel socioeconómico; la mayoría ejerce un papel de estudiante y carecen de una visión de un futuro prometedor; además las conversaciones entre los adolescentes de que método anticonceptivo utilizar son menos frecuentes que en los adultos, donde si hay esa posibilidad en gran medida debido al hecho de que se tiene una pareja estable y hay mayor continuidad en la actividad sexual, y un trabajo estable que conlleva a mejor nivel socioeconómico (Santrock, 2003).

Las razones principales del por qué los jóvenes no utilizan el condón resultan ser con el 32.1% porque no tienen relaciones sexuales; sin embargo los siguientes argumentos son porque no les gusta utilizarlo (24.5%) o por el hecho de no ponerse de acuerdo con la pareja (25.9%); (Encuesta Nacional de la Juventud 2005, 2006); es por ello que en este estudio lo que importa es cambiar las actitudes del rechazo hacia el mismo al usarlo por protección propia y de la pareja.

Es la difusión lo que ha ayudado al progreso del uso de métodos anticonceptivos, ya que en 1997 solamente lo utilizaban el 52% y en el 2005 se reportó que más del 60% utiliza algún método anticonceptivo (MA), lo cual demuestra que la información y el uso de los mismos se ha estrechado de manera significativa a favor del auto cuidado (Encuesta Nacional de la Juventud 2005, 2006); no obstante; todavía existen personas sexualmente activas que no los utilizan, así mismo muchos adolescentes lo utilizan de manera inconsistente, lo cual los introduce en el rango de personas con riesgo de ITS y embarazos (Santrock, 2003).

Capítulo 4. Infecciones de Transmisión Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), antes conocidas con los nombres de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y enfermedades venéreas, son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de las relaciones sexuales.

Después de haber hecho mención de lo anterior es necesario diferenciar entre infecciones y enfermedades:

La *infección* significa que un germen, virus, bacteria o parásito que puede causar una enfermedad está presente dentro del cuerpo de una persona, esta persona no presenta necesariamente síntomas de que el virus o la bacteria están dañando realmente su cuerpo.

Una *enfermedad* significa que la infección está realmente causando que la persona infectada se sienta enferma, o note algo incorrecto (síntomas). Por esta razón, el término ITS, se refiere a la infección con cualquier germen o virus que pueda causar una ITS, incluso si la persona infectada no tiene ningún síntoma, es un término mucho más amplio que el de ETS (Delgado, s. f.).

Las infecciones transmisibles por contacto sexual pertenecen a un grupo de padecimientos contagiosos cuyo principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual. A través de las relaciones sexuales pueden ponerse en contacto múltiples áreas del cuerpo, pero en este caso lo más importante es la yuxtaposición de una mucosa (flujo vaginal o semen) y la piel (Arya, 1980).

La gran diferencia entre las infecciones de transmisión sexual y otras, es que las primeras se transmiten mediante las relaciones sexuales entre una persona enferma y una sana, no se transmiten por medio de la tos, el saludo, tampoco en el asiento de un inodoro o la perilla de una la puerta, así mismo, las infecciones no están limitadas a personas de “aspecto sucio”, pues las personas con un “aspecto limpio” también pueden contraer alguna infección (Podair, 1970).

En general, se entiende que las ITS pueden ser adquiridas teniendo relaciones sexuales con alguien que tiene una infección. Estas infecciones pueden ser causadas por virus, bacterias, o ladillas y usualmente se transmiten durante el coito, pero también pueden transmitirse por medio del sexo anal, oral o por el contacto directo con la piel, esta última siempre y cuando haya lesiones corporales que son vías de acceso como rasguños, cortadas, mordidas, padrastrós o ampollas.

Las ITS causadas por virus incluyen la hepatitis B, el herpes, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH). Las ITS causadas por bacterias incluyen la infección por chlamydia, la gonorrea y la sífilis; la causada por las ladillas es la pediculosis, también llamados piojos púbicos (ITS: síntomas comunes y consejos de prevención, 2007).

Los adolescentes son un grupo de interés para la educación sexual, por sus diferentes características, puesto que lo integran personas que están iniciando una vida sexual activa, y que posiblemente tienen múltiples parejas sexuales, lo que significa que están potencialmente en riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (Alfaro, 1991).

La OMS, estima que en el 2007 a nivel mundial, 2.1 millones de personas fallecieron a causa de infecciones de VIH; de las cuales aproximadamente 11 000 muertes tuvieron lugar en nuestro país. De igual manera, estima que 33 millones de personas viven con la infección a nivel internacional; en México viven 200 000 personas con VIH (INEGI, 2008).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan una pérdida para el mundo de 232 mil millones de dólares anuales, señaló el doctor Javier García de Alba, antropólogo, especialista en Salud Pública y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Se calcula que en México se reportan 200 mil ITS anuales, de las cuales, 20 mil tienen su origen en la violencia sexual (Rea, 2009).

Se debe tener en cuenta que los mecanismos de transmisión más conocidos son por transfusiones de sangre infectada, contacto sexual, vía perinatal, agujas y jeringas sin esterilizar (Alfaro, 1991).

Al paso de los años han aparecido otras enfermedades, a continuación se hace una reseña desde las consideradas como más antiguas, hasta las más recientes.

4.1 Historia de las ITS

Las Infección de Transmisión Sexual (ITS) surgen desde que el ser humano practica el acto sexual (Flores, 1996; Llewellyn, 1985). Es así como desde la biblia podemos encontrar un versículo donde se habla de la gonorrea o de una enfermedad muy similar y cómo se tuvieron que tomar medidas necesarias para prevenir su propagación; sin embargo en las culturas romanas y griegas no se encuentra información acerca de alguna ITS; quizá por considerarse algo normal y sin importancia o bien, que al ser tomado como un castigo divino, no valía la pena hablar de ellas (Llewellyn, 1985).

Estas infecciones fueron conocidas en un inicio como enfermedades venéreas, teniendo como origen ese nombre por Venus, la Diosa del amor; así como también de la palabra “venerismo”, que significa la persecución de placeres sexuales bajos (Grover, 1973); después con la finalidad de quitar la carga moral de este término; la Asociación Médica Americana comenzó a nombrarlas Enfermedades de Transmisión Sexual, principalmente por ser un término más general y no solo referirse a la transmisión de enfermedades durante la relación sexual, sino que además incluye aquellas que pueden transmitirse por todo tipo de contacto sexual; cómo se explica al inicio del capítulo en la actualidad se les da el nombre de Infecciones de Transmisión Sexual, por el hecho de abarcar enfermedades e infecciones por medio de diferentes tipos de contacto sexual (Díaz y Martínez, 1997).

Las primeras infecciones de las cuales se tiene información son la sífilis y la gonorrea; desde la época prehispánica, existía un dolor urinario, que se trataba en hombres y mujeres con pócimas de una variedad de hierbas y la inflamación genital con cataplasmas en el área afectada; en la conquista los españoles al copular con las mujeres del “nuevo continente” comenzaron a contagiarse de sífilis y gonorrea, al regresar a España propagaron la infección por todo su país, y después a Italia, donde le llamaron el “mal español”, cuando los franceses fueron contagiados, modificaron el nombre a “enfermedad italiana o napolitana”, la infección comenzó a invadir diferentes países como Alemania, Francia, Suiza, Holanda, Grecia e Inglaterra, conocida como el “mal francés”, la infección llegó a Hungría, China, Japón y ahí se le llamó “manka bassam” o “enfermedad portuguesa” El primero que llamó “sífilis” a la enfermedad fue el doctor Fracastoro, médico y poeta, que realizó un poema donde hablaba de los síntomas y al cual le llamó “Syphilis silve morbus gallicus”, que se podría traducir por “Sífilis” o “mal francés” (Llewellyn, 1985).

La infección era muy contagiosa y muchos murieron a causa de ella, en Francia existía el patrón de la nueva enfermedad que claramente no ayudaba a su alivio, ni a que se dejase de propagar. William Wallace fue el primero que se dio cuenta que era sumamente contagiosa y, para su cura se les medicaba mercurio, ya fuera tomado o untado; sin embargo al ser totalmente tóxico, provocaba la caída de los dientes, lesiones en los riñones, deterioro mental; resultados que eran atribuidos a los progresos de la enfermedad y no al tratamiento (Llewellyn, 1985); después de la introducción de la penicilina y otros antibióticos eficaces en 1940, la sífilis y la gonorrea comenzaron a controlarse y bajar la incidencia de las personas infectadas (Grover, 1973).

En el siglo XII a causa de la gonorrea, comenzó una gran preocupación en Inglaterra y se les prohibió a las personas que estaban encargadas de burdeles, proporcionar mujeres con la peligrosa “enfermedad que quema”; el nombre popular de gonorrea no apareció si no hasta dos siglos después. Por otro lado el famoso y respetado médico John Hunter “demostró” que la sífilis y la gonorrea, no

eran más que una enfermedad que se originaba en dos puntos diferentes, la gonorrea en la uretra y la sífilis en el pene. Hasta 1793 Benjamin Bell, de Edimburgo, fue quien identificó las dos infecciones y demostró que ambas son producto de dos gérmenes diferentes (Llewellyn, 1985).

4.2 Sífilis

Es una infección crónica causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, también conocida como *espiroqueta* que se introduce en el organismo a través de inoculación por la piel o alguna membrana mucosa, por vía intravenosa o transplacentaria, como en el caso de la sífilis congénita (Arya, 1980).

Las espiroquetas necesitan humedad para vivir, fuera del cuerpo humano mueren en cuanto se exponen al aire, sobreviven solo cuando son depositadas sobre una superficie del cuerpo húmeda y fácilmente penetrable. La piel alrededor de los genitales y las mucosas, por su humedad y calor son excelentes puntos de entrada al cuerpo.

Los médicos han llamado a esta enfermedad “la gran imitadora” por sus síntomas fácilmente confundibles con los de otras enfermedades, mas su verdadero peligro está en que algunas veces no presenta ningún síntoma. Entre 10 y 90 días después del contagio puede formarse una pequeña ulcera en los genitales o en donde los microbios hayan penetrado en el cuerpo. La ulcera llamada chancro generalmente no produce dolor ni comezón, y puede parecerse a un grano, un moretón, o una pequeña llaga en la piel. Esta es la primera etapa de la sífilis.

El chancro en la mujer puede pasar inadvertido si se forma en una zona interior del cuerpo, e igualmente en el hombre si el chancro es pequeño, o está en la desembocadura del recto o en los pliegues de la piel: En el chancro, las espiroquetas se encuentran en abundancia, por ello son fácilmente transmisibles a otras personas mediante el contacto sexual. El chancro desaparece aun sin

tratamiento y la persona infectada puede creerse curada, pero es entonces cuando la bacteria de la sífilis se vuelve más resistente.

Pasadas tres o más semanas comienza la segunda etapa, durante este periodo la enfermedad aun puede transmitirse de persona a persona, los síntomas en esta etapa son: dolor de cabeza, irritación en la garganta, fiebre, urticaria igual a la producida por el calor o la comida y caída de pelo por zonas. Estos síntomas también llegan a desaparecer sin necesidad de tratamiento, y tampoco se presentan todos, puede aparecer uno o dos en forma ligera; sin embargo, los gérmenes no dejan de estar activos.

Al desaparecer las molestias de la etapa anterior se comienza con la etapa latente en la que aparentemente no hay síntomas, llega a durar cuatro años o más sin reincidencias de la etapa secundaria. Después de este periodo, puede aparecer nuevamente la urticaria u otro signo de la etapa secundaria; cuando esto sucede la enfermedad se vuelve de nuevo contagiosa hasta que sus manifestaciones desaparezcan.

De cinco a treinta años más tarde, en la tercera etapa, la espiroqueta se manifiesta, esa bacteria ha estado instalada en el corazón, cerebro, ojos huesos de la persona, ha logrado su grave y dolorosa destrucción (Podair, 1970).

Se adquiere regularmente por contacto sexual, por el contacto directo con áreas lesionadas, o en ocasiones puede ser adquirida por transfusión, así también existe la posibilidad de que una madre sifilítica transmita al feto a través de la placenta la sífilis, él mostrará síntomas hasta el 4º mes de nacido (Flores, 1996).

4.3 Gonorrea

Es una infección del tejido epitelial y de transición causada por la bacteria *neisseria gonorrhoeae*, comúnmente conocida con el nombre de *gonococo*, se transmite de un individuo infectado a uno sano por contacto personal directo (Flores, 1996).

Se transmite principalmente por contacto sexual, afecta órganos y genitales, región anorrectal, y en ocasiones, la faringe (Arya, 1980).

En la mujer, la gonorrea puede producir cicatrices en las trompas de Falopio, estas son muy importantes para la reproducción y se encuentran obstruidas en alguna forma, como por una estenosis gonorreica, la mujer no puede concebir. En el hombre puede llegar a obstruir los conductos seminales, como consecuencia de una cicatrización estenosante gonorreica que imposibilita la paternidad.

Con un tratamiento adecuado y oportuno, se puede evitar este tipo de daños en los genitales (Podair, 1970).

El periodo de incubación de la gonorrea en el varón es de 2 a 7 días después de la exposición, aunque hay hombres que nunca llegan a desarrollar síntomas.

Puede producir dolor anorrectal, comezón, deseo continuo doloroso e ineficaz de orinar o defecar. Si se practica la felación con hombres contagiados, puede causar faringitis lo cual puede causar amigdalitis exudativa.

Durante el parto, el gonococo puede infectar las conjuntivas, la faringe, el aparato respiratorio o el conducto anal del recién nacido (Flores, 1996).

4.4 Chancro Blando o Chancroide

Es una infección aguda que se presenta con la aparición de úlceras genitales dolorosas acompañada de adenopatía (enfermedad de los ganglios, en especial los linfáticos). Causada por un microorganismo llamado *haemophilus ducrey*. El contacto sexual repetido con una persona contagiada no necesariamente significa que se producirá un contagio.

Su periodo de incubación dura entre 8 y 12 semanas, pero las lesiones aparecerán en un plazo máximo de 30 días después de la exposición sexual, puede haber dolor y exudado fétido, hay ulceraciones poco profundas, el prepucio en ocasiones se estrecha lo cual da como resultado la imposibilidad de que el

glande pueda ser percibido, puede haber lesiones extragenitales que afectan la cara, cuello, boca y otros sitios (Flores, 1996).

4.5 Chlamydia

El género *chlamydia* contiene dos especies de bacterias: *chlamydia psittaci* y *chlamydia trachomatis*; la primera está distribuida en toda la naturaleza y produce infecciones genitales, conjuntivales, intestinales y respiratorias en muchos mamíferos y aves, la segunda es exclusiva del humano, es uno de los principales agentes infecciosos de transmisión sexual (Flores, 1996).

Con frecuencia, la infección por *chlamydia* no causa ningún síntoma. Muchas veces las personas no saben que están infectadas. Cuando los síntomas ocurren pueden incluir: dolor al orinar (con frecuencia una sensación de ardor), flujo vaginal en la mujer, dolor durante el coito, dolor en la parte baja del abdomen, períodos irregulares en la mujer, flujo que sale del pene en el hombre, dificultad para quedar embarazada, dolor en los testículos en el hombre.

Si la infección por *chlamydia* no se trata ésta puede diseminarse a otras partes del cuerpo y hacer más daño. Si ésta se disemina a los ojos puede causar infecciones y ceguera. En la mujer, también puede diseminarse al útero y las trompas de Falopio. La infección puede dejar cicatrices en esas áreas y causar infertilidad, o un embarazo fuera del útero lo cual se conoce como un embarazo ectópico. Si una madre con *chlamydia* le transmite la infección a su bebé, ésta puede ocasionar neumonía o una infección en el ojo que podría causar ceguera. En el hombre, la *chlamydia* puede diseminarse hasta los testículos y la próstata. Esto puede producir hinchazón, dolor al orinar, fiebre y dolor en la parte baja de la espalda (Chlamydia, 2009).

Las infecciones por *chlamydia trachomatis* con mayor frecuencia se presentan en las personas entre 16 y 25 años de edad (Flores, 1996).

4.6 Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)

Es el resultado de la diseminación ascendente de un vaso o conducto de chlamydias trachomatis a partir de la parte inferior del aparato genital; inicialmente existe cervicitis mucopurulenta y más tarde hay inflamación en el endometrio e inflamación de las trompas de Falopio, esto se demuestra por un examen endoscópico de la cavidad peritoneal (Flores, 1996).

Normalmente, el cérvix o cuello del útero (la apertura hacia el útero o matriz) previene que las bacterias en la vagina se expandan dentro del útero, de las trompas de Falopio y los ovarios. Sin embargo, se debe poner especial atención si el cérvix se expone a una ITS tal como gonorrea o chlamydia, se puede infectar permitiendo que las bacterias asciendan hasta alcanzar los órganos internos, haciendo que éstos se inflamen y se infecten, si esto ocurre puede haber lesión de las trompas de Falopio, provocando que el embarazo sea difícil.

La EIP es exclusiva de las mujeres entre los principales síntomas son: dolor sordo y una sensibilidad al tacto en la parte baja del abdomen, flujo vaginal que usualmente tiene color amarillo o verde y que puede tener un olor desagradable, períodos menstruales irregulares tales como períodos extra largos, manchado o cólicos durante todo el mes, escalofrío, fiebre alta, náuseas, diarrea y vómito, dolor durante el acto sexual, dolor en la parte baja de la espalda, dolor al orinar (Enfermedad inflamatoria pélvica, 2008).

4.7 Tricomoniasis

Es una enfermedad común del tracto genitourinario femenino, el organismo causal es la *trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado que puede ser circular, ovalado, periforme o amebiode, se reconoce por sus movimientos bruscos y rotatorios, se transmite por contacto sexual en el adulto, pero hay casos en que se da por uso incorrecto en instrumentos mal esterilizados, guantes, tazas de baño, o toallas húmedas; las niñas pueden adquirir este padecimiento a través de su

madre que las infecta con las manos, y es posible que la enfermedad no se manifieste sino hasta la vida adulta (Arya, 1980).

Los síntomas generalmente presentados son: flujo espumoso y aguado de color amarillento o verdoso, olor desagradable en los genitales, dolor y comezón al orinar (Flujo vaginal: cambios que pueden ser señas de un problema, 2004).

4.8 Pediculosis

Es una infección conocida por la infestación de piojos a través del contacto sexual, se les localiza en el pubis, escroto, vulva, y región perineal; sin embargo pueden aparecer también en el tórax, axilas, pestañas y cejas, pero no el cuero cabelludo. El síntoma es la presencia de manchas oscuras en la piel, o manchas de sangre en la ropa interior (Arya, 1980).

Los piojos son ectoparásitos (se alimentan de la sangre del hombre) su ciclo vital es de 30 a 40 días, en el cuerpo del huésped, pueden pasar de una persona a otra por contacto sexual o ropas desechadas, donde el piojo sobrevive hasta una semana, las ladillas son más frecuentes en individuos sexualmente activos (Flores, 1996).

4.9 Herpes Genital

La familia del herpes se conforma por: Herpes Simple I, y Herpes Simple II, la primera afecta el área facial, especialmente los labios (fuegos o fogazos); y la segunda infecta el área genital.

Es un infección viral incurable y dolorosa, puede durar toda la vida y recurrir, el virus entra en la célula, causa una infección ampollar y después queda latente hasta que se reactiva, una vez que el herpes ha invadido al huésped, puede ascender a los nervios de una zona dada, después de que haya desaparecido cualquier signo de infección activa. Más tarde el virus desciende por los nervios hasta el área infectada para causar una infección recurrente con herpes.

El primer episodio genital primario se caracteriza por fiebre, cefalea, malestar y dolor en los músculos del cráneo, los síntomas locales principales son dolor al orinar, secreción vaginal y uretral y adenopatía inguinal dolorosa; se presentan en los genitales úlceras rojizas y dolorosas. Las lesiones recurrentes del herpes genital se acompañan de nuevas lesiones que duran aproximadamente 10 días, y estas aparecen hasta una vez por año (Flores, 1996).

4.10 Hepatitis B

La hepatitis B, causada por el Virus de Hepatitis B (VHB), infecta al hígado y puede vivir en todos los líquidos del cuerpo, pero se transmite principalmente a través de la sangre, el semen y los líquidos vaginales; sin embargo también puede vivir en la saliva, las lágrimas y la leche materna.

La hepatitis B; puede ser transmisible por medio de las siguientes maneras:

- Teniendo relaciones sexuales (por vía vaginal, anal u oral) con una persona infectada.
- Compartiendo artículos personales como hojas de afeitar, cepillos de dientes y cortaúñas con una persona infectada.
- Compartiendo agujas para inyectarse drogas con una persona infectada.
- Usando agujas o equipo no estéril para hacerse tatuajes, perforarse los oídos para ponerse aretes, o aplicar acupuntura.
- Una madre infectada con hepatitis B también puede pasarle el virus a su bebé durante el parto.

En muchas ocasiones las personas infectadas no presentan síntomas, otras personas pueden tener hepatitis B sin tener ningún síntoma y luego volverse inmunes; es decir que se encuentran protegidas a futuras infecciones de VHB. Algunas personas pueden tener síntomas que desaparecen y luego volverse inmunes. Otras contraen el virus y nunca se vuelven inmunes; estas personas siguen siendo portadoras y pueden contagiar a otros incluso años después. Los

síntomas pueden tardar entre 6 semanas y 6 meses en aparecer después del contagio de VHB.

Los síntomas pueden incluir: Cansancio, falta de energía, pérdida del apetito y de peso, fiebre, tono amarillento de la piel o los ojos (ictericia), dolor muscular o de articulaciones, dolor de estómago, náusea, vómitos, diarrea, orina de color oscuro, evacuaciones (movimientos intestinales) de color claro y el hígado hinchado y sensible al tacto.

No hay cura para la hepatitis B. Pero la mayoría de las personas se recupera y no tiene ningún síntoma después de 6 meses. El tratamiento consiste en conseguir suficiente descanso, comer una dieta saludable, evitar el alcohol y es muy importante conocer que el hígado siga funcionando de manera adecuada mediante análisis de sangre (Hepatitis B, 2009).

4.11 Escabiosis (Sarna)

Es una enfermedad contagiosa de la piel ocasionada por el pequeño parásito *sarcoptes scabiei*. También se conoce como sarna y su nombre científico es acariasis sarcóptica.

Afecta a cualquier persona, independiente de su raza, sexo o clase socioeconómica; incluso, independiente de sus hábitos de higiene. Se calculan más de 300 millones de casos en el mundo por esta enfermedad en un año. Se transmite por contagio directo de la piel, a través de sábanas, toallas, ropas y relaciones coitales; en algunos casos por contacto con animales infestados (*sarcoptes scabiei var canis*).

El periodo de incubación es de una a tres semanas ya que los huevos de las hembras del parásito maduran en una semana y alcanzan el estadio adulto en tres semanas y pueden reiniciar el ciclo (García-Patos, s.f.).

Los síntomas a causa de esta infección son: la presencia de una erupción cutánea (salpullido) con un intenso escozor en la piel afectada, típico de la sarna, debida a una reacción alérgica al ácaro. El hecho que la fase inicial presente los síntomas una semana después, provoca que sea más fácil que una persona pueda transmitir la infección a otros a pesar de no tener la erupción o el picor (Escabiosis Sarna, 2009).

El signo más típico de la sarna es el picor intenso. Es particularmente molesto durante la noche por lo que los niños que padecen sarna suelen estar intranquilos y generalmente duermen muy mal. La erupción de la sarna está formada por pequeños bultitos rojos ocasionalmente se ven vejigas, o pequeñas úlceras con costras (García-Patos, s.f.).

4.12 Verrugas Genitales (VPH)

Las verrugas genitales, también conocido como Condiloma acumulado, Infección vírica de la piel caracterizada por el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. En los adultos, el trastorno se considera una Infección de Transmisión Sexual, pero en niños el virus aparece o se transmite con o sin el contacto sexual, por otro lado al ser una infección de origen viral su curación en definitiva es difícil.

El virus responsable de las verrugas genitales se llama virus del papiloma humano (VPH), las lesiones sobre los genitales externos se reconocen fácilmente. En el pene, las verrugas genitales tienden a ser más pequeñas que sobre los genitales femeninos o perianales en ambos sexos. Los condilomas crecen mejor en el área genital húmeda, apareciendo solos o en racimos; estas también se encuentran en la vulva, la vagina, el cuello uterino y alrededor del ano. Estas verrugas en muchas ocasiones no son fácilmente visibles sin procedimientos especiales, ya que suelen ser del color de la piel, planas, pero en también suelen ser el principio de un cáncer (Verrugas genitales 2009).

Los factores de riesgo para la aparición de esta infección son; el tener parejas sexuales múltiples, mal uso del preservativo y el inicio temprano de la actividad sexual, el tener relaciones sexuales sin el uso de preservativo. El preservativo y la vacuna previenen la infección por VPH.

Los síntomas que pueden llegar a presentarse son: sangrado vaginal anormal, después de tener relaciones sexuales, aumento de la humedad en el área de los tumores, prurito o picazón en el pene, el escroto, en el área anal o vulvar y aumento del flujo vaginal (Verrugas genitales 2008).

4.13 VIH-SIDA

SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; que quiere decir; conjunto de enfermedades que afectan al sistema inmunológico del cuerpo, provocando su falla, esta enfermedad no se hereda, se transmite. El SIDA es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); perteneciente a los retrovirus, es decir es un virus con un periodo de incubación y puede estar dentro del cuerpo por años antes de que se manifieste. Sus vectores son la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la secreción láctea.

La persona que se ha contagiado del VIH, se le considera infectado más no enfermo, ya que no siempre se manifiesta la enfermedad (SIDA); el 60% de las personas con VIH desarrolla el SIDA después de cinco años de haber adquirido el virus, y prácticamente a los diez a todos los que se han infectado, sin embargo en ocasiones hay personas que pueden tener el virus sin presentar la enfermedad. Una vez que se presenta el SIDA, el 75% muere antes de un año y ninguno sobrevive más de cinco años (Paredes, 1995).

Cualquier persona está en riesgo de contraer VIH/SIDA, pero las personas que tienen relaciones sexuales con más de una pareja sexual, si se practica el sexo anal, vaginal u oral sin utilizar preservativo, si se mantienen relaciones sexuales con personas desconocidas o que consumen drogas intravenosas y/o si usa drogas inyectables y comparte agujas o jeringas con una persona infectada tienen

más probabilidades de contraer el VIH. Los bebés pueden nacer con el virus si su madre está infectada o bien cuando alimenta al bebe con leche materna. Es posible infectarse al recibir una transfusión de sangre infectada, pero el riesgo de esto es muy bajo, ya que a toda la sangre donada se le hacen pruebas para saber si contiene VIH (Santrock, 2003). En la saliva, las lágrimas y la orina hay cantidades muy pequeñas del VIH y el riesgo de que el VIH pueda ser transmitido a través de estos 3 últimos líquidos del cuerpo es muy bajo debido a la pequeña cantidad de virus que contienen.

Es importante recordar que el VIH/SIDA; no se contagia por nadar en una piscina, contacto cotidiano dentro de un lugar de trabajo, picadura de mosquito, pulga, piojo u otros insectos, saliva, sudor, heces, los besos, ropas, teléfonos o asientos de los inodoros, utilizar cubiertos o utensilios de comida, coincidir en lugares cerrados con alguien que tenga el VIH/SIDA; o bien por tocar, abrazar o darle la mano a una persona infectada, ni al toser o estornudar.

Solamente hay 3 maneras principales en que el VIH puede transmitirse:

- A través de líquidos sexuales infectados.
- A través de sangre o productos de sangre infectados.
- De la madre infectada a su bebé durante el embarazo y el parto (Santrock, 2003).

Algunas personas se enferman dentro de las 6 semanas de haberse infectado con el VIH, con los siguientes síntomas:

- Fiebre.
- Dolor de cabeza.
- Ganglios inflamados.
- Cansancio.
- Coyunturas y músculos doloridos.
- Dolor de garganta.

Sin embargo, en la mayoría de las personas con VIH los síntomas no les duran por años. Cuando las personas con VIH contraen el SIDA pueden tener cualquiera de los siguientes síntomas:

- Fiebre con duración aproximada de más de un mes.
- Pérdida de peso.
- Cansancio extremo.
- Diarrea por más de 1 mes.
- Ganglios linfáticos agrandados.
- Falta de claridad al pensar.
- Pérdida del sentido del equilibrio (VIH/SIDA, 2009).

Capítulo 5. Actitudes

El término “actitud” ha sido tomado en cuenta en la psicología para explicar el cambio social, las diferencias individuales, la formación de grupos minoritarios y desplazamiento migratorio, entre otros.

Sin embargo, es útil señalar que en la ciencia social, la actitud es un constructo “hipotético”, es decir, sabemos que existen, pero no se puede medir directamente, lo único que podemos hacer es buscar algo que refleje una actitud (Reardon, 1991).

Es por lo anterior que a continuación se hace un breve recorrido de las diferentes definiciones que se han hecho para poder entender este término.

Las actitudes son la forma de responder a alguien o a algo, lo que se siente por determinadas cosas, personas, grupos, hechos o problemas del mundo. Son juicios evaluativos (positivos, negativos o neutrales) sobre los objetos de pensamiento. Se cree que son precursoras de la conducta (Kimble, Hirt, Díaz, Hosch, Lucker y Zárate, 2003).

Para Allport (1935, en: Kimble, Hirt, Díaz, Hosch, Lucker y Zárate, 2003) una actitud es el estado de ánimo de preparación mental y neural organizado a través de la experiencia que tiene una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a todos los objetos y situaciones con las cuales está relacionado. Es una idea cargada con emoción que predispone cierta clase de acciones hacia clases particulares de situaciones sociales.

La actitud permite anticipar los posibles eventos o conductas que ocurrirán si las condiciones externas lo provocan o lo permiten, las conductas son emitidas por cualquier sujeto dentro de un concepto social. Nos permite también formarnos una idea aproximada de la realidad en que se vive (Rodríguez, 1976, en: Barquera, 1994).

Para La Pierre (1934, en: Reardon, 1991) Las actitudes se adquieren en la experiencia social, y proporcionan al organismo de cada individuo cierto grado de preparación para ajustarse de manera precisa a determinados tipos de situaciones sociales en caso de que esas situaciones se presenten; concluye que una actitud es una respuesta implícita evocada por una variedad de patrones de estímulo.

Fishbein y Ajzen (1975) expusieron que las actitudes son medidas con respecto a una clase en general; mientras que el comportamiento es una medida con respecto a un miembro específico de la clase. La actitud de una persona hacia la necesidad de un objeto, no está relacionado a ningún comportamiento singular que desempeña [la actitud] del objeto (Petty, Ostrom y Brock, 1981).

La actitud es la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto psicológico. Entendamos al objeto psicológico, como cualquier estímulo (Arias, 1980).

En las anteriores definiciones podemos darnos cuenta de que son varios los autores que sugieren que las actitudes se componen de tres elementos principales, que son los conocimientos, sentimientos y tendencias reactivas de un individuo: a) cognitivo (lo que el individuo piensa); b) afectivo o sentimental (lo que el individuo siente) y c) conductual (tendencia a manifestar los pensamientos y emociones) (Krech y Crutchfield, 1972, en: Márquez, 1999; Reich y Adcock, 1980).

Componente cognoscitivo: incluye las creencias que se tienen acerca del objeto. Dentro de este componente tiene una gran importancia el orden normativo de la sociedad puesto que incluyen juicios de valor, por lo cual siempre se tendrá una actitud negativa, positiva o neutral.

Componente sentimental o afectivo: en él se encuentran las emociones y sentimientos ligados al objeto de actitud. Esta carga emotiva, positiva, negativa o neutral, es la que da a las actitudes su carácter motivacional e insistente, es lo que

hace que algo nos parezca placentero o displacentero.

Componente conductual: Incluye la inclinación a actuar de una manera determinada ante el objeto actitudinal. El mantener una actitud favorable hacia un objeto, nos hará sentir dispuestos a mantenerlo o aceptarlo, por el contrario, si la actitud es negativa, tenderemos a rechazarlo o eliminarlo.

Para poder hablar del cambio de actitudes, se debe tomar en cuenta su formación; se dice que se desarrollan conforme el individuo se desenvuelve en el medio; así entonces; se puede ser influenciado o influenciar a otros en sus actitudes, por lo tanto se pueden eliminar actitudes negativas hacia el condón, dadas en ciertas circunstancias (Orsi, 1988), por ejemplo cuando alguien compra en una farmacia este producto le avergüenza, sin embargo cuando se le hace saber que no hay razón para avergonzarse puede cambiar su actitud a positiva y comprarlos sin algún problema.

Se debe poner especial atención en la diferenciación entre comportamiento y actitud ya que son dos acciones que se relacionan una con la otra, pues en su mayoría cuando la actitud cambia ayuda o provoca que el comportamiento sea coherente con esa nueva postura que se creó.

5.1 Origen de las Actitudes

Regan y Fazio (1977, en: Petty, Ostrom y Brock, 1981) mostraron que la gente forma sus actitudes con base directamente de su comportamiento, la interacción con personas o etapas esenciales son ejemplos que permiten mayor evidencia de la relación entre actitud y comportamiento, a diferencia de cuando los individuos forman actitudes por medio de diferentes técnicas.

Schwartz (1978, en: Petty, Ostrom y Brock, 1981) ha demostrado que la diferencia en la relación entre actitud y comportamiento, es resultado de una inestabilidad dentro la actitud. Esto es que las actitudes pueden cambiar en el tiempo entre su

medición y la medición del comportamiento, dejando aparentes discrepancias entre estos. La cual puede desaparecer si el tiempo entre la medida de actitudes y la medida del comportamiento se acorta.

Con respecto a las actitudes hacia el condón Villagrán y Díaz (en: Alfaro, 1995), mencionan que la efectividad de este método de protección sexual dependerá de que las personas lo conozcan, lo sepan usar correctamente, y sea utilizado tanto en la pareja habitual como con las parejas ocasionales y, en alguna medida, de las creencias y actitudes hacia el uso del mismo.

Arciga y Juárez (1997) en un estudio sobre actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, encuentran que el machismo y la virginidad para los adolescentes tienen un bajo grado de aceptación; concluyen que la actitud hacia la actividad sexual es más liberal; las generaciones más jóvenes de mujeres adoptan conductas similares a las de los hombres; hablan abiertamente sobre temas sexuales y tienen expectativas distintas sobre las relaciones sexuales. Se informa también que el nivel de conocimiento sobre sexualidad a nivel universitario es deficiente, y mencionan que las fuentes de información son primordialmente los amigos, después la literatura, y los padres son la última posibilidad de formación.

Herbert, De Man y Farrar (en: Alfaro, 1995), realizaron un estudio sobre el uso del condón en estudiantes y encontraron cuatro factores importantes que pudiesen influir en la intención de no usar condón: inhibidor del placer sexual, inhibidor del placer físico, dificultades e inconvenientes asociadas a su uso y las situaciones embarazosas como la compra y uso.

Es importante enfatizar que la información es una vía para el cambio de actitudes, por lo que es importante en este trabajo que los jóvenes tengan conocimiento sobre el uso del condón masculino y femenino, así una vez que conozcan y manejen la información deseada, el cambio social puede darse. Debe ser tomado en cuenta que las revoluciones sociales son muy lentas, así que el cambio en este

caso solo se espera en los adolescentes que tomen el taller, y a su vez, ellos podrán pregonar el conocimiento que adquieran y así aumentar el número de personas que conozcan el uso correcto de este preservativo.

5.2 Cambio de Actitud

Las actitudes pueden relacionarse entre ellas, influenciar y a su vez, ser influenciadas por otras actitudes. Son pocas las actitudes que se encuentran aisladas ya que la mayoría están constituidas en grupos formando una estructura compleja pero coherente y pueden servir como indicadores de la unidad de personalidad.

Diversas son las técnicas utilizadas para el cambio de actitudes en el campo social; Brown (1995) comenta que una de las técnicas de mayor eficacia para la modificación de actitudes es la “creación de un grupo” donde las personas se sientan integradas, ya que en esas circunstancias el individuo acepta el nuevo sistema de valores y creencias, se cree parte de él y así desarrolla una confianza con la que le es más fácil desarrollarse en el lugar de trabajo donde el grupo estará en constante interacción.

Para que pueda darse el cambio esperado en los grupos que en determinado momento se formen, es necesario llevar a cabo alguna o algunas técnicas dentro del conjunto de personas para que en un futuro, cambie su actitud ya sea de negativa a positiva o viceversa, en este trabajo importa cambiar o crear una actitud positiva en los adolescentes hacia el uso del condón, así pues, a continuación se explican algunas técnicas que serán utilizadas en esta investigación.

5.2.1 La Fuente Persuasiva

En la literatura científica, el concepto de persuasión es sinónimo de cambio de actitudes, dirigiéndose ambos al concepto de influencia, que implica procesos más amplios que el simple cambio de actitudes; entonces, entendamos por persuasión

cualquier cambio que ocurra en las actitudes de la persona como consecuencia de su exposición a una comunicación persuasiva (Briñol, De la Corte y Becerra, 2001).

La aproximación a la persuasión está enfocada en diferentes procesos básicos que exponen cómo y por qué la gente cambia de actitud, a continuación se mencionan:

1. *Condicionamiento y modelaje*: Enfatiza el aprendizaje rudimentario, donde se premia o castiga a la persona por expresar ciertas actitudes.
2. *Mensaje-aprendizaje*: Aproximación del desarrollo por Hovland y colaboradores (en: Petty y Cacioppo, 1996). Presentan que la atención, y la comprensión son dos variables fundamentales para que el sujeto pueda ceder ante la persuasión dada por los facilitadores por medio de argumentos dentro de un mensaje persuasivo.
3. *Percepción de juicio*: Se enfoca en cómo la persona recibe el mensaje y cómo la actitud de juicio está hecha con base al contexto de experiencias de la persona (estas experiencias pueden dejar que se distorsione su posición con la persuasión del mensaje).
4. *Modelo matemático*: Cuando la información que la persona recibe dentro de un mensaje persuasivo es elevada e integrada para formar una actitud total de una persona, objeto o tema (Petty y Cacioppo, 1996).
5. *Teoría de jueces*: Admite que la estructura de actitudes es un factor determinante en el cambio dentro de las comunicaciones persuasivas. Tomando en cuenta específicamente, la aceptación del participante por lo que se determina cambiar, y llevarlo a cabo o bien tiene poco compromiso ante ello. Si el mensaje es juzgado para ser aceptado, el cambio de actitud hacia el mensaje ocurre; mientras que si el mensaje es juzgado para estar a favor de la reacción, puede haber un ligero cambio o puede no existir cambio alguno. Las investigaciones han demostrado que el cambio de actitudes es altamente fuerte si el mensaje es juzgado para una buena aceptación, o localizado al principio de una buena reacción.

6. *La estrategia de cambio de actitud personal*: Esta ha sido el origen de los avances más recientes de la teoría en la búsqueda de la persuasión. En ella se combina sobretodo los rasgos de la personalidad y no se enfoca tanto en las ideas. Estas implicaciones de los rasgos se toman como una influencia social y están trabajadas fuera de los pensamientos y teorías de actitudes, específicamente sobre cómo las actitudes y creencias pueden ser cambiadas y los rasgos son asumidos a efectos del pensamiento persuasivo, siendo este el impacto inmediato del proceso de esta teoría (Petty, Ostrom y Brock, 1981).
7. *Modelo del proceso de información o influencia*: Consiste en el aprendizaje del mensaje como un determinante fundamental del cambio de actitudes; el medio utilizado para poder obtener como resultado el cambio de actitud es la persuasión. Para que dicho cambio se produzca, la audiencia a la que se dirige tiene que pasar por las siguientes etapas:
- *Exposición al mensaje*: Si los receptores del mensaje no ven o escuchan el mensaje, éste nunca podrá convencerles.
 - *Atención*: Las comunicaciones persuasivas deben, en primer lugar, captar la atención de los receptores del mensaje ya que si éstos ignoran el mensaje, los intentos persuasivos fracasarán desde su origen.
 - *Comprensión*: El comunicador debe hacer comprensibles tanto los argumentos del mensaje como sus conclusiones.
 - *Aceptación*: Es el último objetivo de la persuasión y el más difícil de lograr. La aceptación de las propuestas del comunicador.
 - *Recuerdo*: Los sujetos influidos en una situación persuasiva deben retener y recordar la nueva actitud y sus componentes a lo largo del tiempo.

- *Conversión de la nueva actitud en conducta:* No depende del proceso persuasivo solamente, si no de muchos y diversos determinantes propios y situacionales, que median la relación entre actitud y conducta.

Es así como la probabilidad de que una comunicación persuasiva produzca el cambio actitudinal en los individuos como consecuencia de la probabilidad de recepción y aceptación del mensaje (Petty, Ostrom y Brock, 1981).

No todas las personas poseemos la misma capacidad de persuadir a los demás, para poder hacerlo es necesario reunir algunas características, entre ellas encontramos las siguientes: mostrar seguridad ante el grupo, tener un buen manejo de atención hacia él, tener buen manejo de la información y aclarar dudas de los participantes. De tal manera que la fuente persuasiva puede provocar o no una mayor influencia sobre el receptor; para ello la fuente persuasiva debe poseer credibilidad y atractivo.

La credibilidad de la fuente según Moya (1999), es percibida por el receptor a través de la competencia y la sinceridad. La competencia se refiere a que la fuente tiene conocimiento y capacidad para proporcionar información adecuada (Bochner e Insko, 1966; en: Moya, 1999); según O`Keefe (1990; en: Moya, 1999) se refiere a la educación, ocupación, experiencia, fluidez de transmisión del mensaje, la posición defendida del emisor, y la cita de fuentes que gozan de cierta autoridad o prestigio; el uso de los anteriores elementos incrementa la competencia con que es percibido el emisor.

El atractivo, es otra de las características que debe poseer “la fuente” para persuadir con mayor influencia, puede provocar que se le preste atención al mensaje a través de un proceso de identificación incrementando la credibilidad.

Para lograr el cambio de actitud es prioritaria la triada de comunicación “emisor-mensaje-receptor” pues son tres elementos dispuestos en línea de continuidad, permeables cada uno de ellos a su contexto circunstancial específico, el cual a su

vez, es permeable a un contexto general contenedor de todos los posibles elementos influyentes en cada acto comunicativo, de este modo el propósito estará encuadrado en el contexto del emisor, de la misma forma que lo estará el canal en el mensaje (Rodríguez, 1992).

En si la aproximación de persuasión enfatiza diferentes variables y diferentes procesos, pero todos ellos tienen información que contribuye para entender cómo y por qué las actitudes de la gente cambian.

Según Petty y Cacioppo (1996) hay solo dos rutas diferentes que cambian fundamentalmente las actitudes de las personas:

Ruta central: Implica prestar mucha atención al mensaje y relacionar dicha información con los conocimientos previos o generar nuevas implicaciones a partir de toda esa información.

Ruta periférica: Los receptores no adjudican demasiado esfuerzo sobre los aspectos importantes de la comunicación que reciben, apoyándose en sencillos indicadores situacionales.

Es importante destacar que los cambios en la actitud, realizados por medio de la ruta central tienden a ser más permanentes que los cambios por rutas periféricas. El objetivo de las comunicaciones persuasivas es una audiencia activa que genera constantemente juicios, pensamientos y sentimientos, en distintas porciones, mientras recibe la comunicación.

La aproximación de respuestas cognitivas hacia el proceso de cambio de actitud en general parte de lo siguiente (Petty, Ostrom y Brock, 1981):

Si el receptor del comunicado tiene motivación y habilidad para procesar el mensaje y el mensaje deja cambios en la estructura cognitiva, la actitud puede

tener un cambio duradero.

- Si la motivación no existe en esa persona o si la estructura cognitiva cambia el resultado del proceso del mensaje, entonces el cambio de actitud puede seguir ocurriendo si la persuasión sigue estando presente.
- Si la motivación, la habilidad o persuasión están presentes, en los participantes ante el cambio de una actitud, entonces no se presentará un cambio de actitud como resultado ante la exposición de un mensaje.
- El cambio de actitud que resulta del principio del proceso de la persuasión, queda permanentemente, adquiriendo la habilidad de procesar el mensaje.
- El proceso puede ocurrir incluso si no existe suficiente motivación.
- Si una persona genera pensamientos favorables o desfavorables hacia una posición es más fácil que se genere en ella un cambio de actitud.

Es posible alterar las actitudes sin cambiar el comportamiento, incluso cuando el mensaje ha sido transmitido con éxito; por ejemplo, un político puede convencer a su auditorio de que el partido liberal (a manera de ejemplo, en México podría ser el Partido de la Revolución Democrática “PRD”) tiene el mejor programa, sin embargo puede que la gente le dé su voto a los conservadores (en las elecciones mexicanas sería el Partido Acción Nacional “PAN” o el Partido Revolucionario Institucional “PRI”) por no creer que el partido liberal tenga posibilidades de éxito en su distrito electoral y temer que, si dividen el voto puedan resultar favorecidos los laboristas, por quienes sienten todavía menos simpatía que por los conservadores.

Uno de los primeros estudios realizados con el tema de la persuasión es el que fue llevado a cabo en una universidad estadounidense; en el cual se les dio a un grupo de estudiantes una serie de declaraciones que reflejaban opiniones liberales y conservadoras para que seleccionaran aquellas con las que estaban más de

acuerdo; un mes después se volvió a hacer la prueba al mismo grupo pero esta vez se les dijo que una serie de eminentes profesores habían aceptado algunas de las opiniones liberales entre las que venían escritas en el papel. El resultado fue un desplazamiento hacia el lado liberal, producido por la persuasión, favorecido por el prestigio que se les dijo a los estudiantes que tenían las distinguidas personas que eligieron antes que ellos (Brown, 1995).

Referente a lo anterior, se debe tomar en cuenta que, para que la persuasión tenga efecto en las personas deben creerse hábiles para desempeñar una conducta, a lo que se le define como autoeficacia (Bandura, 1997). Es importante para esta investigación ya que los participantes durante las sesiones del taller serán persuadidos y se espera que su autoeficacia hacia la colocación del condón sea adecuada y su uso aumente.

5.2.2 Autoeficacia

En La Teoría del Aprendizaje Social, Bandura (1977) explica que el pensamiento afecta la acción y cómo los patrones de conducta son seleccionados por el individuo, así entonces, define a la autoeficacia como un proceso cognitivo, ya que se refiere a una percepción o juicio acerca de nuestras capacidades para ejecutar o enfrentarnos a situaciones particulares. El término tiene que ver con la función de competencia percibida en situaciones específicas.

Un individuo puede creer que el transcurso de una acción particular producirá ciertos resultados, pero si ellos mantienen determinadas dudas acerca de si pueden funcionar en tales actividades, por ejemplo en esta investigación, la eficacia al utilizar el condón cuando va a tener coito, entonces la información no influye de gran manera en su conducta (Colin y Garduño, 1996).

Bandura (1977) menciona que las expectativas de eficacia son los mejores predictores de la conducta. Así pues, para finalidad de este trabajo, se cree que al dar información necesaria acerca del uso correcto del condón a los jóvenes para

que tengan conocimiento suficiente, tendrá como resultado en un futuro una buena actitud hacia su empleo, por tanto se creará capaz de utilizarlo correctamente en situaciones reales.

Otra de las formas utilizadas para el cambio de actitudes es el role playing, a continuación se explica cómo es la técnica y después son mencionados algunos estudios donde esta técnica ha sido aplicada, sin embargo, debemos tomar en cuenta que los estudios citados no son con el tema de sexualidad, pues el role-playing ha sido investigado en diferentes temas, pero no de este tipo, por ello se cree que en esta investigación tendremos un buen resultado al llevarlo a cabo.

5.2.3 Role-Playing

El role playing es una técnica efectiva de persuasión que ayuda a cambiar la actitud de las personas sobre diversos temas.

El role playing es la simulación de una situación que representa la vida real. Las personas a las cuales se les desea cambiar la actitud, son quienes interpretan los personajes necesarios para la obra. La persona debe adoptar el papel de un personaje concreto, que generalmente no hace en su vida cotidiana. En esta técnica se delimita la situación y los papeles de cada persona, pero no existe ningún guión a seguir; ellos interpretan sus diálogos y describen sus acciones, creando una situación como si se tratara de la realidad. El objetivo es conocer la forma de actuar y las decisiones que toma cada uno de los personajes en diferentes situaciones (Zimbardo, 1991).

Por medio del role playing se espera que la actitud pueda ser cambiada al inducir a una persona a desempeñar un rol que usualmente no realiza, o algún otro aspecto u opinión que no corresponde a sí mismo.

La técnica de role-playing es especialmente apta para detectar distorsiones, errores y confusiones en la comprensión de la información y comportamientos en

situaciones críticas. Además, a través del análisis de lo vivencial se puede modificar actitudes, ya que estimula la creatividad de los miembros del grupo. Cuando termina la escenificación, todo el grupo expone sus impresiones, plantea a los intérpretes dudas, discute el desarrollo de la escena, propone otras posibilidades, etcétera. Finalmente se sacan las conclusiones sobre el problema o situación en la etapa de discusión, el docente actúa como conductor del análisis.

El objetivo de esta técnica es producir cambios en la percepción de los participantes y en la evaluación de estas otras personas. Algunas veces, solo con mirar a otro miembro del grupo que representa un papel, se producen cambios en la percepción y en las actitudes. Así, cuando uno representa el papel personalmente y experimenta lo que sentiría la otra persona, favorece la empatía, lo que facilita el cambio de actitud.

Clore y Jeffery (1972, en: Fishbein y Ajzen, 1975) llevaron a cabo una de las primeras investigaciones que se realizaron con el propósito antes expuesto, el experimento se hizo en una escuela para mejorar la actitud hacia los jóvenes discapacitados. El ejercicio consistió en que durante el descanso de la clase, un primer grupo tendría que estar en una silla de ruedas y sin ayuda de nadie cruzar el campus donde se hacía el experimento, tomar un café y regresar al aula de clase, otro grupo de jóvenes (el segundo) eran observadores; es decir, seguir y observar a los que hacían el ejercicio, existió un tercer grupo, ellos solo fueron el grupo control, quienes invertían un tiempo equivalente caminando por el campus. Después todos los participantes contestaron un cuestionario de 12 preguntas acerca de la actitud que se tenía de los estudiantes discapacitados y en rehabilitación. Como resultados se encontró que las personas que fueron participantes directos del role playing tuvieron diferencias significativas en comparación con los del grupo control, e incluso cuatro meses después persistió esta actitud. Por otro lado las personas que estuvieron como observadoras no tuvieron cambios significativos; sin embargo presentaron un mínimo cambio mayor que los del grupo control.

Petty y Cacciopo (1996) mencionan el estudio de Janis y King (1954) que consistió en presentarles un comunicado de desacuerdo con el argumento de que el 19% de los estudiantes cambiarían de escuela por tres años al colegio militar. El grupo control (grupo 1) sólo leyó el comunicado de desacuerdo en silencio. El grupo sin improvisación (grupo 2) lo leyó en voz alta y fue grabado. El tercer grupo llamado de improvisación recitó un discurso espontáneo basado en la comunicación escrita, pero sin tener acceso a ella durante la exposición.

Fue el tercer grupo el que cambió su actitud, mientras que los otros dos no tuvieron diferencia debido a la experiencia del role playing; sin embargo en el grupo 2 (grupo sin improvisación) existe mayor percepción de satisfacción de los participantes en el desempeño obtenido durante la dinámica, a diferencia del grupo de improvisación (grupo 3) demostrando que la improvisación es más parecido a la explicación del incremento de persuasión que resulta del ejercicio activo del role playing. Y así como en estos temas se puede realizar esta técnica para el cambio de actitudes, se puede utilizar para cualquier variedad de temas; como es el caso de esta investigación, donde los adolescentes pueden cambiar de actitud una vez que se pongan en el lugar del otro (hombres-mujeres, mujeres-hombres) y así experimentar sentimientos y emociones dadas en determinadas circunstancias.

En la Universidad de Heidelberg, se realizó un proyecto piloto para trabajar con los alumnos las técnicas de role-playing y así mejorar las habilidades y su actitud hacia el trato con los pacientes en un futuro, cuando comenzaran a prestar servicios médicos, se trabajó con alumnos de sexto año de la carrera de medicina, tomando a un grupo control y otro experimental. Los del grupo control no tuvieron prácticas de simulación; mientras que los del grupo experimental tuvieron sesiones teóricas y de roles, donde los alumnos simulaban el papel de doctores y supervisores, además de que unos maniquís eran los supuestos pacientes, desarrollaron casos reales de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, así pues; encontraron que los alumnos desarrollaron actitudes positivas ante los

pacientes una vez que se enfrentaron a situaciones reales; a diferencia de los alumnos que solo resolvieron los problemas, pero no los simularon, encontrando que en el grupo control no había sensibilidad ante el cambio actitudinal. Las sesiones fueron evaluadas con una prueba tipo Likert, donde se calificaban de muy bueno a insatisfactorio, dando como resultado que los alumnos quedaron satisfechos ante las sesiones, mencionando que pudieron haber sido mejor si los grupos hubiesen tenido menos de 12 personas. Se concluye que el estudio con imitación da resultados positivos ya que se sitúa a las personas en situaciones reales, donde equivocarse tiene repercusiones, pero en la vida real pueden no tener esos errores una vez que han tenido la experiencia en la simulación, por lo cual se califica al role playing como un instrumento de estudio de cambio valioso (Nikendei, Zeuch, Dieckmann, Roth, Schäfer, Völkl, Schellberg, Herzog y Jünger, 2005).

El role playing puede resolver problemas de la psicología social ya que tiene potencial para hacerlo, pues la eficacia de esta estrategia es empírica, sin embargo habrá quienes la tachen de inadecuada por falta de realismo e involucramiento de las personas, sin embargo, es recomendada por Bem (1967, en: Derek, 1983) quien dice que con el role playing es posible la modificación de actitudes, ya que las personas hacen una interpretación alterna a la realidad que vivencian, así este método puede ser eficaz una vez que las personas hacen consciente sus actitudes. Ahora bien, no siempre son factibles los resultados positivos, pues si los experimentadores trataran de cambiar actitudes moralistas, es posible que los sujetos se sientan agredidos y se cierren en las actividades experimentales.

Miller (1972, en: Derek, 1983) menciona que el role playing sirve para experimentación de laboratorio, pero hace constar que los resultados son fácilmente alterables, ya que las personas pueden hacer consciente el juego de roles, y solo cambiar sus actitudes en el laboratorio, pero no en la realidad; entonces es responsabilidad de cada experimentador utilizar o no esta técnica.

Russell y Steiner (1969) afirman que una persona es predecible en situaciones experimentales ya que el comportamiento de ellos está siendo controlado, lo cual es imposible en situaciones reales pues las variables que afectan la conducta son múltiples, y los cambios no pueden ser completamente logrados en ella, sin embargo en un laboratorio es fácil manejar el comportamiento porque las condiciones bajo las cuales se actúa están descritas por el investigador. Cada persona posee información sobre sí mismo y de los demás, así, va formando sus creencias y actitudes, logrando con esto que las personas sean predecibles en cuanto su conducta, y por consiguiente pueden cambiar las perspectivas de los demás, si se lo proponen. Estos autores, hacen consciente que en situaciones experimentales se pueden inferir datos dentro del laboratorio, pero una vez que las personas salgan a una realidad similar a la que experimentaron en la simulación, su actitud puede cambiar y el role playing resultar un fracaso.

Se han presentado dos de las técnicas más utilizadas para cambiar la actitud de las personas, sin embargo, otra que es de gran interés mencionar es la técnica basada en mensajes de miedo y amenaza, a continuación será expuesta, y también se citaran algunos estudios realizados con esta técnica, sin embargo, al igual que con el role-playing, debemos tener en cuenta que no se ha utilizado este medio para fines de cambio de actitud sexual, sino que ha sido utilizado en otras áreas de estudio, aún así, se espera que en esta investigación se obtenga un resultado positivo.

5.2.4 Mensajes Basados en el Miedo

Los mensajes de miedo son más efectivos en cambiar las actitudes y conductas de las personas cuando van acompañados de instrucciones claras y precisas sobre cómo, cuándo y dónde actuar para evitar la amenaza, por ello se dice que:

- Mientras el miedo sea mayor es más probable que se cambien las actitudes y conductas hacia un tema, siempre y cuando sean personas con autoestima alta.

- Los mensajes con niveles altos de miedo no producen cambio de actitudes y conductas en personas con poca autoestima, aunque los mensajes de miedo moderado son persuasivamente muy eficaces en estas personas.
- Los mensajes con mejor respuesta son aquellos que transmiten instrucciones eficaces y viables, por lo cual el receptor hace caso del mensaje y evita la amenaza que se le presentó (Petty, Ostrom y Brock, 1981).

La provocación del miedo en la audiencia mediante mensajes intensos son más efectivos para producir cambios de actitud según McGuire (1969; en: Moya, 1999), este especialista propuso la existencia de una relación en forma de “U” invertida entre la intensidad emotiva del mensaje basado en el miedo y el cambio de actitud, donde los mensajes muy poco intensos o los demasiados intensos no probabilizan la efectividad del cambio de actitud. Sin embargo Manis y Feshbach, (1953, en: Moya, 1999) dicen que los mensajes basados en la amenaza y el miedo poco intensos producen insuficiente temor en la audiencia, mientras que los muy intensos pueden provocar una evitación defensiva por parte de los receptores.

Brown (1995) afirma que entre más miedo tenga la gente a las consecuencias de una acción, mayor será el impulso a continuar cometiéndola o incluso a repetirla con mayor frecuencia; para reafirmar lo anterior; cita a Janes y Feshbach con un experimento que llevaron a cabo en una escuela secundaria de Connecticut, donde dividieron el primer curso al azar en 3 grupos equivalentes y se preparó una charla ilustrada acerca de las causas de la caries dental y sobre la manera de evitarlas mediante una higiene adecuada, las exposiciones dadas a cada grupo diferían en el modo de presentación, pero no en contenido; la primera contenía emotividad para crear tensión, y las consecuencias de la mala higiene; al segundo grupo se les presentó una visión “moderna” de los mismos peligros, el tercer grupo hacia una alusión “mínima” a ellos, sin dramatizar las consecuencias de la falta de higiene, pero aconsejaban la profilaxis dental. Los resultados mostraron que inmediatamente después de la plática se sentían angustiados por el estado de sus

dientes, pero, quienes siguieron en su mayoría el consejo de acudir a un dentista fueron integrantes del tercer grupo, pues asistieron el 36% del total, sin embargo del primer grupo solo asistieron un 8% y el 22% del segundo grupo. Con este estudio podemos ver que la alusión al miedo fue sensiblemente eficaz a la hora de conseguir la conformidad con el mensaje.

Esta investigación deja ver que en ocasiones el alto estímulo de amenaza hace que los participantes dejen el tratamiento y de esta manera puede ser poco efectivo el cambio de actitud por medio de un alto grado de amenaza, sin embargo la amenaza fue el factor que incentivó el cambio de actitud sobre la higiene bucal, y en los grupos con menor grado de amenaza fue muy eficaz el tratamiento.

Ahora bien, es importante que el mensaje proporcione entre otras cosas argumentos sólidos sobre la posibilidad de que el receptor sufra de forma extrema alguna consecuencia negativa; de que los argumentos expliquen que estas consecuencias negativas se obtendrán probablemente si no se adoptan las recomendaciones sugeridas, y el mensaje debe asegurar que la adopción de las recomendaciones evitará con seguridad las consecuencias negativas (Rogers, 1975,1983; en: Moya, 1999). Lo anterior concuerda con lo que Mullis y Lippa (1990; en: Moya, 1999) mencionan: si la audiencia no cree que pueda afrontar de manera efectiva la amenaza, entonces el incremento de miedo tiende a producir un efecto boomerang, como un intento de restaurar el control y reducir el miedo.

Con las investigaciones presentadas, se concluye que si el estímulo de amenaza es de una intensidad media los resultados pueden ser muy favorables para el cambio de actitud con respecto al mensaje con el que se trabaje, en este trabajo el tema central es el uso del condón para evitar lesiones en los genitales causados por las ITS.

5.3 Estudios relacionados con el cambio de actitud.

Después de haber realizado un breve recorrido acerca de las técnicas utilizadas para el cambio de actitud, aunque no específicamente hacia el uso del condón, cabe destacar que son de gran interés ya que se puede observar que funcionan como se planea, así pues, podemos apostar que en la presente investigación, estos métodos darán un buen resultado. A continuación se citan algunas de las investigaciones que sirven como base para iniciar este trabajo adentrándose en el tema de los jóvenes, la sexualidad y el condón.

Franco (1995) menciona que existe un sector de la población que presenta un rechazo hacia el uso del condón, asociándolo con situaciones socialmente no aceptadas como promiscuidad y enfermedades sexuales y, por otra parte, con incomodidad, pérdida de sensibilidad e inseguridad. Encontró que más del 90% de las personas tiene una opinión favorable hacia el uso del condón cuando no se relaciona con su uso personal y se presentó hasta un 63% con actitud desfavorable al relacionarse con conductas personales.

Franco (1995) afirma que aproximadamente un 27% de las personas no comprarían un condón por miedo a ser obvia una conducta considerada íntima, ya que temen ser ubicados como gente promiscua. De igual forma dice que un 28% de la población no usa el preservativo por miedo a ser rechazado por su pareja, ya que tiene la idea de que el preservativo se utiliza en relaciones pasajeras o donde los sentimientos no se involucran y, en consecuencia siente que su pareja también lo cree así, llegando en ocasiones a considerar que ésta puede pensar que existe un problema de infección, enfermedad e incluso homosexualidad.

Gómez (1994) en su investigación de Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y uso del condón: percepción de riesgo con estudiantes de Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) y Escuela nacional Preparatoria (ENP). Menciona haber encontrado que las mujeres perciben el uso del condón en forma más positiva que los hombres, Valdiserri (1989, en: Gómez, 1994) reporta resultados similares, las

mujeres apoyan el uso del condón como una manera importante de reducir la propagación del SIDA y los hombres reportan un mínimo porcentaje de uso.

Los estudiantes del CCH perciben de forma más positiva el uso del condón que los estudiantes de la ENP. Con quienes han o no tenido relaciones sexuales encontró diferencias en la actitud hacia el uso del condón en el factor de evaluación, donde los que han tenido relaciones sexuales lo percibieron más positivo. Describe que la actitud hacia el uso del condón es favorable, sin embargo, el índice de su uso se mantuvo bajo. Los resultados de esta investigación mostraron diferencias en la percepción de riesgo en relación al género: los heterosexuales con más de una pareja son percibidos en mayor riesgo de contagio por las mujeres que por los hombres, y por el contrario, los homosexuales con una pareja, son percibidos en mayor riesgo de contagio por los hombres que por las mujeres (Gómez, 1994).

Velázquez (2003) realizó un trabajo del uso de condón en adolescentes, en la ENP N° 5 “José Vasconcelos”. En esta encontró que las mujeres tienen mayor intención del uso del condón y actitudes positivas hacia el uso del mismo, a pesar de tener menos información y sentirse menos auto-eficaces siendo que los hombres tenían mayor información y se sentían con más auto-eficacia, su actitud fue negativa y alta tendencia a negarse a usarlo. Y, aunque débil, hubo evidencia de que entre más favorable es la actitud de los adolescentes hacia el empleo del preservativo y entre mayor es el grado en que los sujetos se perciben más aptos para hacerlo y tienen el conocimiento del manejo correcto del condón, también es mayor su intención de usarlo. Mientras incrementa una actitud positiva, mayor será la intención del uso del condón. El que los adolescentes tuvieran experiencia sexual incrementaba su actitud de forma positiva. Se exploró si existían diferencias en cuanto a la actitud hacia el uso del condón, conocimiento teórico del manejo adecuado del mismo, auto percepción de eficacia para su empleo, la norma subjetiva, creencias normativas y la motivación para complacer a los referentes, de acuerdo con el sexo y la experiencia sexual de los adolescentes.

Trabajó con 919 estudiantes de bachillerato (386 hombres y 533 mujeres) de entre 15 y 20 años de edad, a los cuales se les aplicó una escala de auto eficiencia y actitud hacia el empleo del condón. Los resultados indican que: pertenecer al sexo femenino y poseer experiencia sexual, aumentan la intención de usar el condón (Velázquez, 2003).

Villagrán (1993) en su modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón reporta que las actitudes hacia el condón involucran problemas morales, económicos y de relaciones de pareja. En general se evaluó de forma positiva el uso del condón, sin embargo el grupo masculino considero un obstáculo el precio para su uso, ya que lo creyeron alto, además de ofensivo para las esposas o parejas habituales. En el grupo femenino, consideraron como barrera para usarlo el que no sea fácil de usar, además de no tener la intención de complacer si se les pide usarlo.

Pick, Andrade, Townsend y Givaudan (1994) evaluaron un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes; el cual llevaba el nombre de "Planeando tu vida" se basa en investigaciones explicativas realizadas en México, fue evaluado con 1632 estudiantes de preparatorias públicas; los resultados muestran que el curso no modificó la actividad sexual de los adolescentes, y si el curso se imparte antes de que los adolescentes comiencen su actividad sexual, se incrementa el uso de anticonceptivos.

Capítulo 6. Método

6.1 Planteamiento del problema

El incremento de embarazos y de contagios de ITS en la etapa de la adolescencia, es resultado de factores socioculturales, debido a que forman parte de temas prohibidos de una realidad negada, parte del tabú. Una de las consecuencias de vivir bajo la sombra de esta herencia es la mala difusión de información a la que los jóvenes pueden acceder en el tema de sexualidad, lo cual incluye las relaciones afectivas, erotismo, reproductividad. En esta última se encasillan los métodos anticonceptivos, dentro de los cuales el único que previene ITS (incluyendo el SIDA) es el condón, masculino o femenino. Dichas infecciones son consideradas como un grave problema en la actualidad, ya que cada vez son más los adolescentes que se ven afectados en cuanto a las expectativas de vida en tanto que la adolescencia en nuestra cultura no es una etapa considerada apropiada para afrontar la paternidad o la maternidad, debido a ello, el impacto suele verse reflejado en los ámbitos: académico, laboral y emocional de la persona. Las ITS, así como los embarazos no deseados constituyen un problema social que comprende los aspectos de salud pública y de control natal, los cuales pueden combatirse con medidas preventivas como el uso del condón.

Sin embargo, el mayor problema con el que nos encontramos cada vez que se pretende prevenir estas dificultades sociales, es el bajo conocimiento y cierta actitud negativa hacia el uso de preservativos, debido a los conocimientos que en la gran mayoría de las ocasiones son una información errónea (principalmente del condón femenino).

Como se ha mencionado previamente, la actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable “algo”. Para esta investigación se aparte de que los adolescentes inician su vida sexual de manera temprana y es necesario que no solo se les brinde la información suficiente acerca del tema, sino

que sea de manera vivencial, de manera que se busca es actuar de forma persuasiva y por lo tanto provocar un cambio en su actitud.

6.2 Justificación

Los jóvenes son una población de alto riesgo de contraer alguna ITS puesto que algunas de ellas las conocen pero otras no, independientemente de ello, no saben cómo prevenirlas o que hacer en caso de contagio, por ello es conveniente hacerles saber que con el adecuado uso del condón no sólo disminuye la posibilidad de contraer una ITS sino también pueden evitar embarazos no deseados. En este momento la información es vasta, pero difundida inadecuadamente. Con el taller a desarrollar tratando los temas mencionados, se pretende dar a conocer a los jóvenes el condón masculino y femenino, además de persuadir a través de actividades vivenciales, para que los jóvenes se sientan capaces de colocar el condón y querer utilizarlo en cada coito y así crear una actitud positiva ante ellos.

6.3 Variables:

Variables dependientes:

- 1 Conocimiento del uso del condón:

Definición conceptual: Es la información que el adolescente tiene sobre el uso correcto del condón masculino y femenino.

Definición operacional: Respuestas correctas en el cuestionario de conocimientos.

- 2 Actitud hacia el empleo del condón:

Definición conceptual: Una actitud es la forma de responder a alguien o a algo, lo que se siente por determinadas cosas, personas, grupos, hechos o problemas del mundo. Son juicios evaluativos (positivos, negativos o neutrales) sobre los objetos de pensamiento (Kimble, Hirt y Díaz, 2003). En este caso el

objeto a evaluar es el condón.

Definición operacional: Puntaje obtenido de las respuestas dadas en la Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón.

3 Auto-eficacia en el empleo del condón:

Definición conceptual: Auto-eficacia personal es “la percepción de una persona acerca de si puede ejecutar exitosamente o no, una tarea determinada” (Bandura, 1977).

Definición operacional: Puntaje obtenido de las respuestas dadas en la Escala de Auto-eficacia y Actitud hacia el empleo del uso del condón.

Variable Independiente:

Desarrollo y aplicación del taller: “Y tú, ¿usas condón?” que consta de 4 sesiones (Ver anexo 4 y 5).

6.4 Objetivos

Objetivo general:

Desarrollar y aplicar el taller: “Y tú, ¿usas condón?” en dos grupos de jóvenes de educación media superior de distintos planteles, para crear un cambio de actitud hacia el uso del condón masculino y femenino.

Objetivos específicos:

- 1 Persuadir a los jóvenes adolescentes el adecuado uso del condón, así como sus ventajas y desventajas, y con ello crear una actitud positiva hacia su uso.
- 2 Comparar los resultados de 3 grupos de jóvenes, 2 grupos experimentales y uno control: Grupo experimental 1: Escuela Nacional Preparatoria No. 5 José Vasconcelos y, grupo experimental 2: Colegio de Bachilleres Plantel No.17 Huayamilpas-Pedregal; grupo control: de Bachilleres Plantel No.17

Huayamilpas-Pedregal. Con la finalidad de observar las diferencias, principalmente por el plan de estudios de ambos grupos experimentales, debido a que la preparatoria tiene un plan anual y el bachilleres semestral, así también se toma en cuenta la zona en la que se encuentran asumiendo que el nivel socioeconómico de los alumnos de ambos planteles es diferente.

6.5 Hipótesis teórica:

Las variables de la intervención son:

- 1) Conocimiento del uso del condón.
- 2) Auto-eficacia sobre el empleo del uso del condón.
- 3) Actitud hacia el empleo del condón.

La hipótesis general planteada es la siguiente:

El taller modificará el conocimiento, autoeficacia y actitud hacia el uso del empleo del condón en los dos grupos de adolescentes que asistan a las cuatro sesiones del mismo.

6.6 Diseño y tipo de estudio:

El diseño correspondiente a esta investigación es cuasi-experimental de grupo control no equivalente con pretest-posttest, indica que debe aplicarse una prueba antes y después de introducir la manipulación experimental a los grupos correspondientes (grupo 1 y 2), al grupo control se le aplican las prueba pero no la manipulación (Cozby, 2004). Además será un estudio comparativo inter e intragrupal, debido a que se hará una comparación entre el pretest-posttest dentro de cada grupo, y la comparación de éstos entre los 2 grupos (Babbie, 2000).

6.7 Participantes:

La muestra será no probabilística de tipo accidental (Cozby, 2004), debido a que los sujetos fueron seleccionados por "conveniencia" de las investigadoras; está conformada por 106 sujetos, divididos en 3 grupos:

Grupo experimental 1: 37 alumnos del sexto grado, de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 José Vasconcelos, ubicada en Calzada Del Hueso 729, Ex-Hacienda Coapa. Este grupo estuvo formado por 23 mujeres y 14 hombres, la media de edad fue de 17 años 8 meses.

Grupo experimental 2: 34 alumnos de sexto semestre del Colegio de Bachilleres, Plantel No. 17 Huayamilpas-Pedregal, ubicado en Huitzilopochtli s/n, esquina con Tarascos, Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal, C.P. 04300. Coyoacán. La media de edad de ellos oscila en los 18 años y 6 meses, habiendo 19 hombres y 15 mujeres.

Grupo control: 35 estudiantes de sexto semestre del Colegio de Bachilleres, Plantel No. 17 Huayamilpas-Pedregal, ubicado en Huitzilopochtli s/n, esquina con Tarascos, Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal, C.P. 04300. Coyoacán. Participaron 17 hombres y 20 mujeres con una edad promedio de 18 años 2 meses.

6.8 Instrumentos:

** Cuestionario de Conocimientos:*

Se utilizó un cuestionario para medir el conocimiento del uso del condón, el cual explora la cantidad de información que los adolescentes poseen con respecto a la manipulación y colocación correctas del condón femenino y masculino.

Éste fue elaborado por Velázquez (2003) siguiendo las reglas básicas del manejo y colocación del condón, sugeridas por CONASIDA (Consejo Nacional del SIDA), CDA (Centros de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención), PATH (Program for Appropriate Technology in Health) y NOM-016-SSA1-1993 (Norma Oficial Mexicana). Pretende medir si los sujetos conocen las medidas básicas en el manejo del condón, para que no se dañe y para que pueda ser colocado correctamente sin que se rompa o se “zafe” (se salga durante la relación sexual). El cuestionario consta de 19 reactivos que incluyen conocimientos tanto del uso del condón masculino como del femenino y cuyo orden está distribuido al azar (Ver anexo 1). Para que se diga que el adolescente tiene suficiente conocimiento acerca del uso del condón es necesario que obtenga mínimo 14 respuestas correctas de 19.

** Escala de Auto-eficacia y Actitud hacia el empleo del uso del condón:*

Obtenida del trabajo de Velázquez (2003) quien modificó el instrumento desarrollado originalmente por Bradford y Beck (1991, en Velázquez, 2003), al ser traducido al español, se llevó a cabo un proceso de “traducción” para posteriormente hacer un piloteo y verificar la redacción de los reactivos; se realizaron las correcciones pertinentes y nuevamente se aplicó un piloteo. Consta de 28 reactivos, (21 positivos y 7 negativos) explora la percepción de auto-eficacia de los adolescentes en relación con el uso del condón. Su formato es tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, las cuales van desde fuertemente en desacuerdo, hasta fuertemente de acuerdo (Ver anexo 2); el puntaje máximo en este instrumento es de 140. El mínimo requerido para decir que los jóvenes se sienten auto-eficaces para utilizar correctamente el condón es de 100 puntos.

** Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón:*

Recuperada por Velázquez (2003) quien modificó el instrumento original elaborado por Helweg-Larsen y Collins (1994, en Velázquez, 2003), consta de 8 reactivos, su formato de respuesta es en escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta que van desde fuertemente en desacuerdo hasta fuertemente de acuerdo (Ver anexo 3). Para su calificación el puntaje más alto que puede obtenerse es de 40 puntos; el mínimo requerido para decir que los jóvenes tienen una actitud favorable hacia el uso del condón es de 27 puntos. Este cuestionario mide la actitud hacia el uso del condón preguntando que conducta realizaría, que pensaría o que siente la persona que contesta el cuestionario, de acuerdo a utilizar el condón.

Capítulo 6. Método

6.1 Planteamiento del problema

El incremento de embarazos y de contagios de ITS en la etapa de la adolescencia, es resultado de factores socioculturales, debido a que forman parte de temas prohibidos de una realidad negada, parte del tabú. Una de las consecuencias de vivir bajo la sombra de esta herencia es la mala difusión de información a la que los jóvenes pueden acceder en el tema de sexualidad, lo cual incluye las relaciones afectivas, erotismo, reproductividad. En esta última se encasillan los métodos anticonceptivos, dentro de los cuales el único que previene ITS (incluyendo el SIDA) es el condón, masculino o femenino. Dichas infecciones son consideradas como un grave problema en la actualidad, ya que cada vez son más los adolescentes que se ven afectados en cuanto a las expectativas de vida en tanto que la adolescencia en nuestra cultura no es una etapa considerada apropiada para afrontar la paternidad o la maternidad, debido a ello, el impacto suele verse reflejado en los ámbitos: académico, laboral y emocional de la persona. Las ITS, así como los embarazos no deseados constituyen un problema social que comprende los aspectos de salud pública y de control natal, los cuales pueden combatirse con medidas preventivas como el uso del condón.

Sin embargo, el mayor problema con el que nos encontramos cada vez que se pretende prevenir estas dificultades sociales, es el bajo conocimiento y cierta actitud negativa hacia el uso de preservativos, debido a los conocimientos que en la gran mayoría de las ocasiones son una información errónea (principalmente del condón femenino).

Como se ha mencionado previamente, la actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable “algo”. Para esta investigación se aparte de que los adolescentes inician su vida sexual de manera temprana y es necesario que no solo se les brinde la información suficiente acerca del tema, sino

que sea de manera vivencial, de manera que se busca es actuar de forma persuasiva y por lo tanto provocar un cambio en su actitud.

6.2 Justificación

Los jóvenes son una población de alto riesgo de contraer alguna ITS puesto que algunas de ellas las conocen pero otras no, independientemente de ello, no saben cómo prevenirlas o que hacer en caso de contagio, por ello es conveniente hacerles saber que con el adecuado uso del condón no sólo disminuye la posibilidad de contraer una ITS sino también pueden evitar embarazos no deseados. En este momento la información es vasta, pero difundida inadecuadamente. Con el taller a desarrollar tratando los temas mencionados, se pretende dar a conocer a los jóvenes el condón masculino y femenino, además de persuadir a través de actividades vivenciales, para que los jóvenes se sientan capaces de colocar el condón y querer utilizarlo en cada coito y así crear una actitud positiva ante ellos.

6.3 Variables:

Variables dependientes:

- 1 Conocimiento del uso del condón:

Definición conceptual: Es la información que el adolescente tiene sobre el uso correcto del condón masculino y femenino.

Definición operacional: Respuestas correctas en el cuestionario de conocimientos.

- 2 Actitud hacia el empleo del condón:

Definición conceptual: Una actitud es la forma de responder a alguien o a algo, lo que se siente por determinadas cosas, personas, grupos, hechos o problemas del mundo. Son juicios evaluativos (positivos, negativos o neutrales) sobre los objetos de pensamiento (Kimble, Hirt y Díaz, 2003). En este caso el

objeto a evaluar es el condón.

Definición operacional: Puntaje obtenido de las respuestas dadas en la Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón.

3 Auto-eficacia en el empleo del condón:

Definición conceptual: Auto-eficacia personal es “la percepción de una persona acerca de si puede ejecutar exitosamente o no, una tarea determinada” (Bandura, 1977).

Definición operacional: Puntaje obtenido de las respuestas dadas en la Escala de Auto-eficacia y Actitud hacia el empleo del uso del condón.

Variable Independiente:

Desarrollo y aplicación del taller: “Y tú, ¿usas condón?” que consta de 4 sesiones (Ver anexo 4 y 5).

6.4 Objetivos

Objetivo general:

Desarrollar y aplicar el taller: “Y tú, ¿usas condón?” en dos grupos de jóvenes de educación media superior de distintos planteles, para crear un cambio de actitud hacia el uso del condón masculino y femenino.

Objetivos específicos:

- 1 Persuadir a los jóvenes adolescentes el adecuado uso del condón, así como sus ventajas y desventajas, y con ello crear una actitud positiva hacia su uso.
- 2 Comparar los resultados de 3 grupos de jóvenes, 2 grupos experimentales y uno control: Grupo experimental 1: Escuela Nacional Preparatoria No. 5 José Vasconcelos y, grupo experimental 2: Colegio de Bachilleres Plantel No.17 Huayamilpas-Pedregal; grupo control: de Bachilleres Plantel No.17

Huayamilpas-Pedregal. Con la finalidad de observar las diferencias, principalmente por el plan de estudios de ambos grupos experimentales, debido a que la preparatoria tiene un plan anual y el bachilleres semestral, así también se toma en cuenta la zona en la que se encuentran asumiendo que el nivel socioeconómico de los alumnos de ambos planteles es diferente.

6.5 Hipótesis teórica:

Las variables de la intervención son:

- 1) Conocimiento del uso del condón.
- 2) Auto-eficacia sobre el empleo del uso del condón.
- 3) Actitud hacia el empleo del condón.

La hipótesis general planteada es la siguiente:

El taller modificará el conocimiento, autoeficacia y actitud hacia el uso del empleo del condón en los dos grupos de adolescentes que asistan a las cuatro sesiones del mismo.

6.6 Diseño y tipo de estudio:

El diseño correspondiente a esta investigación es cuasi-experimental de grupo control no equivalente con pretest-posttest, indica que debe aplicarse una prueba antes y después de introducir la manipulación experimental a los grupos correspondientes (grupo 1 y 2), al grupo control se le aplican las prueba pero no la manipulación (Cozby, 2004). Además será un estudio comparativo inter e intragrupal, debido a que se hará una comparación entre el pretest-posttest dentro de cada grupo, y la comparación de éstos entre los 2 grupos (Babbie, 2000).

6.7 Participantes:

La muestra será no probabilística de tipo accidental (Cozby, 2004), debido a que los sujetos fueron seleccionados por "conveniencia" de las investigadoras; está conformada por 106 sujetos, divididos en 3 grupos:

Grupo experimental 1: 37 alumnos del sexto grado, de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 José Vasconcelos, ubicada en Calzada Del Hueso 729, Ex-Hacienda Coapa. Este grupo estuvo formado por 23 mujeres y 14 hombres, la media de edad fue de 17 años 8 meses.

Grupo experimental 2: 34 alumnos de sexto semestre del Colegio de Bachilleres, Plantel No. 17 Huayamilpas-Pedregal, ubicado en Huitzilopochtli s/n, esquina con Tarascos, Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal, C.P. 04300. Coyoacán. La media de edad de ellos oscila en los 18 años y 6 meses, habiendo 19 hombres y 15 mujeres.

Grupo control: 35 estudiantes de sexto semestre del Colegio de Bachilleres, Plantel No. 17 Huayamilpas-Pedregal, ubicado en Huitzilopochtli s/n, esquina con Tarascos, Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal, C.P. 04300. Coyoacán. Participaron 17 hombres y 20 mujeres con una edad promedio de 18 años 2 meses.

6.8 Instrumentos:

** Cuestionario de Conocimientos:*

Se utilizó un cuestionario para medir el conocimiento del uso del condón, el cual explora la cantidad de información que los adolescentes poseen con respecto a la manipulación y colocación correctas del condón femenino y masculino.

Éste fue elaborado por Velázquez (2003) siguiendo las reglas básicas del manejo y colocación del condón, sugeridas por CONASIDA (Consejo Nacional del SIDA), CDA (Centros de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención), PATH (Program for Appropriate Technology in Health) y NOM-016-SSA1-1993 (Norma Oficial Mexicana). Pretende medir si los sujetos conocen las medidas básicas en el manejo del condón, para que no se dañe y para que pueda ser colocado correctamente sin que se rompa o se “zafe” (se salga durante la relación sexual). El cuestionario consta de 19 reactivos que incluyen conocimientos tanto del uso del condón masculino como del femenino y cuyo orden está distribuido al azar (Ver anexo 1). Para que se diga que el adolescente tiene suficiente conocimiento acerca del uso del condón es necesario que obtenga mínimo 14 respuestas correctas de 19.

** Escala de Auto-eficacia y Actitud hacia el empleo del uso del condón:*

Obtenida del trabajo de Velázquez (2003) quien modificó el instrumento desarrollado originalmente por Bradford y Beck (1991, en Velázquez, 2003), al ser traducido al español, se llevó a cabo un proceso de “traducción” para posteriormente hacer un piloteo y verificar la redacción de los reactivos; se realizaron las correcciones pertinentes y nuevamente se aplicó un piloteo. Consta de 28 reactivos, (21 positivos y 7 negativos) explora la percepción de auto-eficacia de los adolescentes en relación con el uso del condón. Su formato es tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, las cuales van desde fuertemente en desacuerdo, hasta fuertemente de acuerdo (Ver anexo 2); el puntaje máximo en este instrumento es de 140. El mínimo requerido para decir que los jóvenes se sienten auto-eficaces para utilizar correctamente el condón es de 100 puntos.

** Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón:*

Recuperada por Velázquez (2003) quien modificó el instrumento original elaborado por Helweg-Larsen y Collins (1994, en Velázquez, 2003), consta de 8 reactivos, su formato de respuesta es en escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta que van desde fuertemente en desacuerdo hasta fuertemente de acuerdo (Ver anexo 3). Para su calificación el puntaje más alto que puede obtenerse es de 40 puntos; el mínimo requerido para decir que los jóvenes tienen una actitud favorable hacia el uso del condón es de 27 puntos. Este cuestionario mide la actitud hacia el uso del condón preguntando que conducta realizaría, que pensaría o que siente la persona que contesta el cuestionario, de acuerdo a utilizar el condón.

Capítulo 7. Procedimiento

Se acudió a las instalaciones de los planteles para solicitar autorización por parte de los profesores para la aplicación del taller a sus alumnos; usando el tiempo necesario de su clase para las sesiones a desarrollar.

Tras el acuerdo de hora y día, asistieron las aplicadoras.

En el grupo control se aplicaron los cuestionarios sin dar mayor información a la necesaria de cómo contestar las pruebas, dejando transcurrir el tiempo que pasaría en la aplicación del taller (en los grupos experimentales) entre la aplicación del pretest y postest.

En los grupos experimentales, las aplicadoras se presentaron ante el grupo, mencionaron una breve reseña del objetivo de la aplicación del taller y se dio paso a las sesiones correspondientes, que a continuación se describen:

Primera Sesión: Presentación del taller de las coordinadoras y del grupo.

Aplicación del pre-test.

Dinámica de integración.

Primer tema: Holones de la sexualidad (género, erotismo, vinculación afectiva y reproductividad).

Duración: 1 hora con 20 minutos

Segunda Sesión: Segundo tema; “Lo que hay que saber para usar condones y divertirse” (información sobre el condón femenino y masculino).

Dinámica: “La práctica hace al maestro” (colocación del condón masculino y femenino).

Dinámica: “Un día en el lugar del otro, ¿Qué pasará?” (Role playing, intercambiar role de género, con los temas “uso de

condón”, “embarazo no deseado”, “homosexualidad y sus dudas”, e “infidelidad e infecciones de transmisión sexual”).

Círculo de reflexión: “Y ahora... Dime que piensa el otro” (Se abordará a cerca de sensaciones y pensamientos de cada participante con respecto a la dinámica anterior).

Cierre de sesión.

Duración: 1 hora con 55 minutos.

Tercera Sesión: Tercer tema; “Atínale a la vagina” (información acerca de las ITS).

Dinámica “Cacería de firmas” (vivencia del contagio de ITS).

Círculo de reflexión: (Se abordarán los sentimientos acerca de la actividad anterior; así como también se conjuntará la teoría con la dinámica).

Cierre de sesión.

Duración: 1 hora con 10 minutos

Cuarta Sesión: Aplicación del post-test.

Cierre de taller “Y tú, ¿usas condón?”

Duración: 30 minutos

Capítulo 8. Resultados

Para saber si el taller tuvo un efecto positivo en los participantes, se plantearon las siguientes hipótesis estadísticas en cuanto a los tres factores que importan en la investigación:

- a. Conocimiento del uso del condón.
- b. Autoeficacia hacia el empleo del uso del condón.
- c. Actitud hacia el empleo del condón

Las hipótesis planteadas para cada uno de los factores respectivamente son:

1- H_{01} : El conocimiento acerca del uso del condón no se modificó, en ningún grupo después de haber tomado el taller.

H_{i1} : El conocimiento acerca del uso del condón se modificó en ambos grupos después de haber tomado el taller.

H_{02} : El conocimiento acerca del uso del condón se modificó solamente en el grupo 1, después de haber tomado el taller.

H_{i2} : El conocimiento acerca del uso del condón se modificó solamente en el grupo 2, después de haber tomado el taller.

2- H_{01} : La autoeficacia hacia el empleo del uso del condón no cambió en ningún grupo, después de haber asistido al taller.

H_{i1} : La autoeficacia hacia el empleo del uso del condón cambió, en ambos grupos después de haber asistido al taller.

H_{02} : La autoeficacia hacia el empleo del uso del condón cambió solamente en el grupo 1 después de haber asistido al taller.

H_{i2} : La autoeficacia hacia el empleo del uso del condón cambió solamente en el grupo 2 después de haber asistido al taller.

3- H_{01} : La actitud hacia el empleo del uso del condón no cambió en ningún grupo, después de haber presenciado el taller.

H_{i1} : La actitud hacia el empleo del uso del condón cambió en ambos grupos después de haber presenciado el taller.

H_{02} : La actitud hacia el empleo del uso del condón cambió, solamente en el grupo 1 después de haber presenciado el taller.

H_{i2} : La actitud hacia el empleo del uso del condón cambió, solamente en el grupo 2 después de haber presenciado el taller.

Para poder contrastar las distintas hipótesis, se realizó un análisis con la prueba “t de Student” para muestras relacionadas e independientes, con la finalidad de conocer cuáles son las hipótesis aceptadas en cada comparación.

Los estadísticos resultantes de dichas pruebas se observan en las siguientes tablas:

En la tabla número 1 se presentan los resultados de las comparaciones de las muestras independientes.

Tabla No. 1 Estadísticos de las muestras independientes.

Test aplicados	Grupos											
	Experimental 1				Experimental 2				Control			
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
	Pre test	Pre test	Post test	Post test	Pre test	Pre test	Post test	Pre test	Pre test	Pre test	Post test	Post test
<i>Conocimiento</i>	16.46	11.46	15.32	4.39	10.44	4.38	14.53	2.92	11.71	3.99	10.26	3.96
<i>Autoeficacia</i>	95.30	11.53	101.57	11.24	95.44	13.73	112.35	14.02	96.37	10.25	94.23	9.39
<i>Actitud</i>	25.92	11.68	22.22	2.94	24.35	3.81	30.47	4.17	24.40	4.70	23.46	3.55

En la tabla 1 se puede observar que hubo un cambio positivo en el factor de autoeficacia en ambos grupos experimentales, aceptando así la H_{i1} del punto 2 que dice que la autoeficacia hacia el empleo del uso del condón cambió en ambos grupos después de haber asistido al taller; en cuanto al conocimiento, el cambio solo ocurrió en el Colegio de Bachilleres (grupo experimental 2) aceptando así la H_{i2} , del factor 1; la cual afirma que el conocimiento acerca del uso del condón se modificó solamente en el grupo 2 después de haber tomado el taller; en el factor de la actitud, el cambio ocurrido en preparatoria fue negativo, y positivo en el Colegio de bachilleres, por lo cual aceptamos la H_{i2} del factor 3.

Podemos dar cuenta que el grupo control no tuvo cambio significativo entre el pretest y posttest aplicados sin haber sido participes del taller.

Los resultados de las muestras relacionadas (de los grupos experimentales) se presentan en la tabla numero 2:

Tabla No. 2 **Estadísticos de muestras relacionadas**

Test aplicados	Media	Desviación típica	Significancia	Significancia bilateral
Conocimiento (pre test)	13.58	9.26	0.732	0.260
Conocimiento (post test)	14.94	3.75		
Auto eficacia (pre test)	95.37	12.54	0.004	0.000
Auto eficacia (post test)	106.73	13.68		
Actitud (pre test)	25.17	8.81	0.583	0.432
Actitud (post test)	26.17	5.47		

En la tabla 2 se puede observar que cuando el análisis de las muestras experimentales se relacionan, la significancia de las pruebas demuestra que el cambio solamente se da en la variable de autoeficacia, el conocimiento y la actitud tienen una significancia negativa lo cual demuestra que al conjuntar las muestras no es visible un cambio.

Observaciones de campo:

Se observó que en los 3 grupos, los jóvenes con los que se trabajó tienen información acerca del uso del condón; sin embargo no todos los conceptos que conocen son correctos. Así también en el pre-test de autoeficacia se conoció que los jóvenes antes de tomar el taller se percibían con dificultades para poder utilizar el condón y por último la actitud que tenían antes de tomar el taller era negativa hacia el uso del condón.

En el grupo experimental 1 los alumnos llegaron puntuales al taller sin embargo un pequeño grupo de cinco personas constantemente comenzaban a platicar entre ellos y dejaban de prestar atención a las facilitadoras, en sus comentarios, expresaron que estaba bien, pero que ellos ya lo sabían, que era mejor que el taller fuera impartido a jóvenes de secundaria.

En la primera sesión del grupo experimental 2 se observó que los jóvenes llegaron tarde; aunque durante la sesión fueron participativos, al final de la sesión comentaron que los cuestionarios fueron largos y cansados, las dinámicas les había agradado y que aprendieron sobre conceptos que no conocían o no los habían relacionado propiamente con la sexualidad, específicamente con los holones de la sexualidad. Las facilitadoras observamos disposición, entusiasmo y fácil expresión acerca de las dudas que tenían.

En el grupo control se observó que los jóvenes tenían disposición para contestar el cuestionario; al finalizar cuestionaron acerca de lo que se les preguntaba, con ello nos hicieron saber que sus curiosidades eran suficientes como para aplicarles el taller, sin embargo por las condiciones del diseño no fue posible dar respuesta a sus dudas sino hasta que se les aplicara el posttest.

En la segunda sesión, el primer grupo presentó principalmente preguntas acerca de la curva de la repuesta sexual humana, y en la práctica de colocar un condón en el dildo. Existieron pequeñas correcciones en la colocación del mismo, sin embargo se les enfatizó el hecho de que algún error, provoca mayor riesgo de que se rompa el condón en una situación real; en general, el grupo se mostró interesado en la actividad de rol de género, primero sobre que ropa utilizar y después en realizar los diálogos sobre cada tema como embarazo no deseado, negociación con la pareja ante el uso del condón, etc.; se mencionaron respuestas como “no tengo relaciones a menos de que aceptes a utilizar el condón”, “Ella es una fácil porque trae condones en su bolsa”, “yo puedo engañarla, pero ahora que hago si le pegué una ITS”, entre otros comentarios, que después se platicaron en el salón, para conocer las opiniones de los demás compañeros ante una situación como la que se había actuado y prejuicios sociales que existen como que “la mujer debe llegar virgen al matrimonio, y si trae condones, es por ser fácil”. En general hubo buena disposición del grupo para realizar las actividades, aunque dos jóvenes se negaban a utilizar ropa de mujer para realizar la actividad.

El grupo 2 en la segunda sesión los participantes llegaron puntuales, realizaron mayores preguntas cuando se habló de la curva de la respuesta sexual humana,

los participantes se manifestaron con entusiasmo al colocar el condón y todos quisieron pasar a realizarlo, como se menciona en la cartas descriptivas en un inicio se realizó la colocación para todo el grupo, después de la respuesta dada por el grupo, fue necesario organizar pequeños equipos para que todos los participantes pudieran realizarlo; entre ellos mismos corregían, esto se hizo bajo la supervisión de las facilitadoras para que esta actividad tuviera mayor eficacia, En la actividad “Un día en lugar del otro, ¿Qué pasará?” hubo mucha participación por parte de los jóvenes, hicieron varios comentarios acerca de los diversos temas que se trataron como fueron: el embarazo no deseado, el uso de condón, la infidelidad, contagio de ITS, y homosexualidad. Las facilitadoras observamos que el grupo comenzó a relacionarse mejor, a diferencia de la primera sesión.

En la tercera sesión del primer grupo, hubo una buena participación del grupo, en la primera dinámica de esta sesión todos jóvenes de la preparatoria No 5 participaron con la información que conocían acerca de las ITS que se presentan en su mayoría en jóvenes como la gonorrea, sífilis, SIDA, entre otras; después durante la exposición de imágenes con personas que tenían alguna ITS, los jóvenes expresaron que era sorprendente como la gente podía llegar a tener una infección tan avanzada sin realizar nada para combatirla, mientras que otros decían que las imágenes eran irreales. Por último en la última actividad de la sesión, parte del grupo se mostró apático y desde su lugar quisieron realizar la “cacería de firmas”; mientras que los demás participantes se interesaron y buscaron la mayor cantidad de firmas. Al finalizar la actividad, el grupo de jóvenes que no quiso levantarse para recabar las firmas hizo comentarios como “ya sabía para que era”, aunque también expresaron que nunca habían realizado esa dinámica antes, pero por ser el tema de ITS, lo anticipaban, el demás grupo comentó que lo mejor sería comenzar a realizarse exámenes médicos para conocer si tenían alguna Infección de Transmisión Sexual, cuidarse y no contagiar a los demás.

En la tercera sesión los participantes del segundo grupo, al observar como se había adecuado el salón tenían curiosidad y ganas por empezar la actividad, (lo

hicieron saber a las facilitadoras) se comenzó y expresaron sus conocimientos acerca de lo que conocían de la Infección que les había tocado, en ocasiones no habían escuchado el nombre y no tenían conocimiento con respecto a ello, o confundían la información de otras infecciones y en determinado momento solo de las más comunes como la gonorrea, la sífilis y el SIDA, sabían los síntomas y como se podía transmitir. Después de que ellos exponían, las facilitadoras corregían ideas erróneas y exponían toda la información, reafirmando cuando habían expresado la información correcta y haciendo énfasis en la información que faltaba o preguntaban los participantes, durante la exposición de imágenes los participantes hacían expresiones de dolor y asco, preguntaban constantemente que enfermedad producía esas lesiones, durante la última dinámica se observó que todo el grupo estaba participativo en la actividad. Al finalizar los comentarios fueron de sorpresa y alegría por ser un ejercicio y no algo real, les agradaron las dinámicas y se acercaban con las facilitadoras para realizar preguntas personales, como por ejemplo “¿Dónde puedo comprar un condón femenino? ¿Porque no en todas las farmacias lo venden?” “¿La primera vez que tienes relaciones, duele?” entre otras.

En la última sesión, los jóvenes del grupo 1 y 2, expresaron que esperaban más dinámicas, que el taller o “curso” como ellos lo llamaran, en general les había gustado, lo que no les gustó fue realizar el mismo cuestionario en dos ocasiones.

En la aplicación del posttest al grupo control mostraron molestia y apatía por contestar el mismo cuestionario en dos ocasiones y se quejaron porque en la vez anterior no se resolvieron sus dudas, su actitud cambio cuando se les informó que al terminar de responder los cuestionarios se les daría solución a las preguntas que expusieran.

Al terminar el taller y conocer los resultados que dieron las respuestas del post-test, encontramos que los jóvenes de ambos grupos aumentaron el puntaje de autoeficacia; mientras que el conocimiento y la actitud aumentó sólo en el grupo 2.

Capítulo 9. Discusión y Conclusión

A través de esta investigación hemos logrado obtener datos que nos refieren información sobre la actitud de los adolescentes acerca del uso del condón masculino y femenino.

Lo que podemos observar en primera instancia es que el conocimiento que presentan los adolescentes no es tan bajo, sin embargo es necesario dar información que les impacte para que en ocasiones necesarias utilicen adecuadamente el condón ya sea masculino o femenino; presentan una creencia de autoeficacia negativa, en otras palabras, los jóvenes se autoevalúan como poco hábiles para utilizar el condón, lo cual conlleva a una actitud desfavorable hacia su uso. Ello puede causar embarazos no deseados ó Infecciones de Transmisión Sexual, esto concuerda con Chilman (1979, en: Craig, 2001) quien comenta que la actividad sexual de los adolescentes no está exenta de problemas, pues aunque muchos jóvenes practiquen el coito, no todos conocen métodos de control natal, esto trae como resultado una alta proporción de adolescentes embarazadas, y por otro lado, la diseminación de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Es interesante notar que la autoeficacia cambió positivamente en el grupo experimental 1 y 2, con ello se espera que la percepción de los jóvenes acerca de su capacidad para utilizar el condón adecuadamente al enfrentarse en una situación real sea buena; entonces el joven tendrá una actitud positiva y disposición a utilizar el condón (Bandura, 1977). Se atribuye que los puntajes altos en autoeficacia de los participantes sean a causa de la persuasión dentro del taller por medio de las diversas técnicas que se les aplicaron; entre ellas el role playing y los mensajes de miedo y amenaza, estos pudieron apoyar a que los jóvenes se sintieran seguros de saber utilizar adecuadamente el condón. A diferencia de lo sucedido con el grupo control, ya que en este grupo no existió algún cambio.

Se presentaron ocasiones en que los jóvenes mencionaban ya haber utilizado el condón en situaciones “reales” pero cuando se les puso a prueba de ejemplificar

como llevaban a la práctica su conocimiento, se les corrigieron los errores cometidos, pues ellos creían hacerlo correctamente, sin embargo no era así.

Aunado a lo anterior, se presenta otro de los factores medidos en esta investigación: en el conocimiento se logró solamente un cambio significativamente positivo en el grupo experimental 2; y negativo en el grupo experimental 1, se cree que esto fue debido al hecho de que los jóvenes de preparatoria al llegar con mayores conocimientos, pudieron confundirse al introducir información nueva y en ocasiones diferente a la que ellos conocían, sin embargo; los alumnos del grupo experimental 2 al tener mayor desconocimiento del tema, absorbieron la información que se les presentó en el taller, por tanto adquirieron el conocimiento necesario para la evaluación que se realizó; por otro lado, el grupo control no tuvo cambios ya que no se le introdujeron nuevos conocimientos.

Para futuras ocasiones cuando se pretenda aplicar el taller, el cuestionario de conocimientos debe ser tomado como filtro de los posibles participantes, para lo cual solo se aplicaría el taller a las personas que tengan un puntaje menor de 14 aciertos.

El cambio anteriormente explicado, trae consigo algunas implicaciones, pues una vez que los grupos quedaron conformados por los jóvenes que participaron en las sesiones del taller, se les dio la confianza necesaria para que platicaran acerca de sus dudas, así mismo entre ellos dijeron comentarios acerca de lo que los compañeros decían, lo cual dio pie a una buena relación entre los participantes. Esto ocurrió en los 2 grupos experimentales, sin embargo en el grupo de la preparatoria número 5, se observó un pequeño “subgrupo” de aproximadamente 5 jóvenes, quienes a reserva de los comentarios dados en el taller, en ocasiones no estuvieron de acuerdo con lo que se les dijo, esto produjo descontento en más de uno de los participantes, comentaron que la información era errónea a pesar de que se les dio a conocer las referencias de la información dada, después de este suceso, los compañeros preguntaban aun más acerca de lo que se disertaba en las sesiones, además de los conocimientos que tenían pudieron provocar confusión al recopilar información nueva, es a lo que se atribuye que no haya

cambiado positivamente el conocimiento y la actitud, pues cuando hay un “saber” proveniente de las personas que dan la información, automáticamente se da una oposición de quienes se resisten al cambio y creen tener la verdad absoluta dentro de su conocimiento.

El cambio ocurrido en el factor de la actitud fue similar al de conocimientos, pues se logró la modificación positiva de la actitud en el grupo experimental 2 (Colegio de Bachilleres), pero no fue así en el grupo experimental 1 (Escuela Nacional Preparatoria), ni en el grupo control; en el grupo experimental 1 principalmente debido en gran medida a las técnicas de role playing, persuasión y amenaza utilizadas en el taller. Pues como lo mencionan Petty, Ostrom y Brock (1981) los mensajes de miedo son más efectivos en cambiar las actitudes y conductas de las personas cuando van acompañados de instrucciones claras y precisas sobre cómo, cuándo y dónde actuar para evitar la amenaza; debemos tomar en cuenta que la amenaza es una variante que puede aumentar o disminuir la actitud de una persona, dependiendo de su autoestima. Aunque esta variante no fue medida dentro de esta investigación, es la razón por la cual se considera que en los jóvenes de preparatoria no existiera dicho cambio; pues los mismos autores comentan que mientras el miedo sea mayor, es más probable que se cambien las actitudes y conductas hacia un tema, siempre y cuando sean personas con autoestima alta.

Es importante retomar al conocimiento como uno de los factores que más afecta el posible cambio de actitud que pueda darse en determinado momento, y para que este cambio se pueda lograr, las facilitadoras deben de tener un buen manejo de la información que se va a presentar, también se debe tomar en cuenta la población a la que está dirigida y poder explicar de manera adecuada e interesante el tema a tratar en el taller, y así se lograría captar la atención de los participantes, y con ello puedan escuchar la información que se quiere dar a conocer, posteriormente la puedan comprender y así ceder ante una nueva evidencia de algo, con la ayuda de la persuasión del mensaje. Esto es mencionado por Petty y Cacioppo (1996), lo cual podemos decir que resultó cierto

en esta investigación; de ello podemos cerciorarnos con lo que sucedió dentro de la muestra del grupo experimental 2, ya que al haber cambiado el conocimiento de los adolescentes, también se logró un cambio en su actitud, así mismo se obtuvo la modificación en su autoeficacia hacia el uso del condón.

Asociado a lo anterior, suponemos que la falta de conocimiento y la actitud negativa hacia el uso del condón en cada coito de los adolescentes, es lo que hace que no utilicen la protección correcta como lo es el condón para evitar embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual. Ambos argumentos sirven para mencionar algunas de las causas del porque no se utiliza este método anticonceptivo, sin embargo, en las sesiones del taller, al decir los jóvenes por qué no usan el condón, dan mayor peso a las sensaciones que se tienen si lo utilizan en sus relaciones sexuales, mencionan que se pierde el placer y dicen que “no se siente igual”, “que usar el condón es como chupar una paleta con envoltura” o “meterse a bañar con gorra de baño”; “es como si tuvieras puesto un guante de látex” son frases comúnmente dichas por los jóvenes. A menudo cualquier persona puede repetir estas frases, y eso no es lo que importa, sino que una vez que las mencione, de verdad se lo crea y deje de tomar las debidas precauciones para no contagiarse de alguna ITS o quedar embarazada.

Después de haber desarrollado, aplicado y evaluado el taller en los 2 grupos experimentales, llegamos a la conclusión de que este es un buen método para propiciar que los alumnos puedan aceptar con una mejor actitud el uso del condón, al sentir que son capaces de utilizarlo; en determinado caso se logra también la creación de conciencia, en cuanto a las consecuencias que puede traer el no protegerse adecuadamente, y las dos más importantes y que han sido tratadas a lo largo de este trabajo son las Infecciones de Transmisión Sexual y el embarazo; sin embargo es necesario tomar en cuenta que para futuras aplicaciones se pregunte a los participantes si ya tienen una vida sexual activa, si han asistido a talleres teórico-vivenciales de sexualidad, que los ponentes sean de ambos sexos, esto se propone creyendo que son variables que pudieran favorecer o afectar el trabajo de este taller.

Es de gran importancia señalar que el cuidado de los adolescentes no es exclusivo de la familia, sino que la escuela, los amigos y en general la sociedad, son participes en la formación de las personas; por tanto es de gran ayuda dejar de lado falsas creencias y aprender a responsabilizarnos de la educación de los menores; así la socialización para los adolescentes en el ámbito sexual será propicio y por tanto adecuado para que puedan llevar una vida sexual placentera (Monrroy, 1998; Oliver, 2003), y es lo anterior, la función que se pretendió lograr con el taller “Y tú ¿usas condón?” pues los alumnos de los grupos experimentales, se sintieron en total confianza de hacer, decir o preguntar sus inquietudes a las presentadoras, ello ocasionó un enriquecedor intercambio de ideas entre los compañeros; realmente los grupos pudieron expresarse de forma libre y sin tabúes, para ello sirvió el cierre de sesión, donde las personas daban a conocer sus ideas para posteriormente crearse un criterio propio y así tener una actitud positiva hacia el uso del condón.

Cuando el cambio es posible en una persona, es más factible crear actitudes positivas en alguien más, pues con regularidad las personas al formar parte de una sociedad, automáticamente nos convertimos en seres sociales, por tanto, somos moldeables ante hechos sociales que de alguna manera, automáticamente nos afectan y debemos tomar en consideración diversas consecuencias que trae hacer o no caso a la información, que en determinado momento se nos da a conocer.

La experiencia que deja el role playing no es simplemente un “juego” sino la representación de cierta situación, en este caso el haber puesto a hombres como mujeres y viceversa, dando como resultado un cambio de actitud en la empatía que los adolescentes pueden sentir en determinado momento por sus parejas o bien por el sexo opuesto, pues al delimitar la situación y los papeles de cada persona (Zimbardo, 1991) se conoce y se “siente” el papel “real” del otro, y por este medio, al empatizar emociones y sentimientos con la pareja se puede promover el cuidado de la misma, y que mejor manera de hacerlo en la intimidad que utilizando condón para así evitar contagios de alguna ITS o de embarazos.

Es viable mirar al cambio de actitud como una actividad completamente posible en los adolescentes, siempre y cuando se realice correctamente; debe ser tomado en cuenta que tipo de personas son las que participarán, pues si ya tienen un conocimiento suficiente o necesario, el dar mayor información puede lograr que se confundan o bien consideren que la información que tenían es la adecuada y omitir el mensaje del facilitador, por lo cual no aceptan la propuesta (Petty, Ostrom y Brock, 1981) y su actitud y conocimiento seguirá siendo el mismo, como se considera ocurrió en el grupo experimental 1, sin embargo es recomendable aplicar este taller si la población asistente son personas que no cuentan con el conocimiento suficiente, ya que de esta manera se obtendrá mayor productividad en los resultados de la aplicación del taller, pues como es notorio, el grupo control quien no participó en el taller, no tuvo algún cambio en las tres variables trabajadas en esta investigación.

Por último; es menester mencionar las limitantes dentro de este trabajo, una de ellas es que la muestra con la que se trabajó no fue muy numerosa, sin embargo los jóvenes que participaron bien sirven para el arranque de un posible cambio social, debe ser tomado en cuenta que no se puede asegurar que todos los adolescentes cambiarían su actitud si fueran participantes en el taller, sin embargo son susceptibles a ello.

El tiempo fue otra limitación muy importante, pues no se pudo hacer un taller con mayor número de sesiones ya que los profesores que nos dieron el acceso a su grupo restringieron los días en que nos dejarían entrar a las aulas, fundamentando que si nos daban más sesiones ellos perderían tiempo para terminar su temario.

Saber si los participantes llevan una vida sexual activa, es otra limitante realmente fuerte, pues algunos de los ítems de los cuestionarios utilizados para la evaluación del taller, dan por sentado que las personas que asistieron al taller tienen una vida sexual activa, esto puede contraer como consecuencia de la evaluación, proponer que en un futuro, al utilizar este cuestionario, se percaten de que quienes le den respuesta a las preguntas, sean personas sexualmente activas, o bien modificar los reactivos para las personas que no lo sean.

En cuanto a las sugerencias que podemos hacer al respecto de esta investigación son muy generales, la primera es que alguna institución dedicada a atención de adolescentes respaldara el taller para poder tener un espacio donde presentarlo y que quede al acceso libre de muchos jóvenes a quienes les interesa el tema, en determinado caso, bien podría adaptarse un taller más largo para aprovechar los enriquecedores temas; otra propuesta es que la información se dé a nivel secundaria, pues aunque se cree que es menor la cantidad de adolescentes que han comenzado su vida sexual activa, es mejor que tengan la información adecuada antes de iniciar una vida íntima con su pareja ya que de esta manera a futuro se verán beneficiados al no ser personas con problemas de embarazos o de contagios de alguna Infección de Transmisión Sexual, ya que se les daría información acorde a su edad, con las herramientas necesarias para que tengan un autocuidado de su persona y a su vez protejan a su pareja.

Se cree que haber utilizado un grupo control fue correcto puesto que a partir de ello podemos apostar a que el cambio ocurrido en los grupos experimentales se debió en gran medida en haber tomado el taller, sin embargo lo que cambió significativamente fue la autoeficacia y no la actitud como era el objetivo de este trabajo, fuera de ello, es un paso adelante el que se tiene puesto que si un joven se siente autoeficaz para usar el condón es posible que en un futuro su actitud hacia su uso sea positiva.

Por último, sugerimos que se hable sin tabúes de los ámbitos sexuales que una persona presenta no solo en un nivel medio superior, sino desde que comienzan los cambios internos y externos de una persona, la sociedad tiene en sus manos poner un alto a este gran problema de contagios de infecciones y de embarazos a temprana edad, lo que se necesita es aprender a hablar y decir lo que pasa en realidad, y darse cuenta que si el cambio no comienza por uno mismo, nadie lo hará.

Referencias:

- Aguirre, A. (1998) *Psicología de la adolescencia*. México: Baztán.
- Aguirre, B. (1994) *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Alfaro, L. (1991) *Sexualidad y SIDA en el adolescente*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Alfaro, L. (1995) *El modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales, asociados al contagio de VIH*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Arciga, S. y Juárez, J. (1997) *Actitudes de los jóvenes frente a la sexualidad. Una construcción educativa de participación*. Revista de estudios sobre juventud. 2(5) pp. 98-111.
- Arias, F. (1980) *Actitudes, opiniones y creencias*. México: Trillas.
- Arya, O. (1980) *Enfermedades venéreas. Diagnostico y tratamiento*. México: El manual moderno, S. A. de C. V.
- Babbie, e. (2000) *Fundamentos de la investigación social*. Mexico: International Thomson Editores.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*. 84 (2) pp: 191-215
- Barbato, W. (2001) *Manual de planificación familiar y métodos anticonceptivos*. Argentina: UNR editorial.
- Barbato, W. y Charalambopoulos, J. (2005) *Tratado de anticoncepción*. Argentina: Corpus.
- Barquera, E. (1994) *Sexualidad en el adolescente hipocausico: conocimientos, actitudes, necesidades y reacciones emocionales*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Briñol, T., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001) *Qué es persuasión*. España: Biblioteca Nueva.
- Brown, J. (1995) *Técnicas de persuasión*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Bullough, V. y Bullough, B. (2001) *Los métodos anticonceptivos*. España: Hispano europea.

- Calaf, J. (2005) *Manual básico de anticoncepción*. Barcelona-España: Masson.
- Chlamydia (2009) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 22 de octubre de 2009; de <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/sexinfections/sti/204.html>.
- Coleman, J. (1984) *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Colin, A. y Garduño, C. (1996) La autoeficacia como media predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM
- Conteo de población y vivienda (2005) Consulta interactiva de datos. INEGI. Referencia electrónica [en línea] México, D. F. Recuperado el 8 de Febrero del 2010 de: http://www.inegi.org.mx/lib/Olap/consulta/general_v2/MDXQueryDatos.asp
- Coronel, P., y Mendoza, L. (2000) *Anticonceptivos*. México: Textos Universitarios.
- Cortes, F. (2000) *Uso, conocimiento y actitud hacia métodos anticonceptivos en adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. México: UNAM.
- Cozby P. (2004) *Métodos de investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill
- Craig, G. (2001) *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S. A.
- Crooks, R. y Baur, K. (2000). *Nuestra sexualidad*. México: Thompson.
- Delgado, A. (s. f.) *Las infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*. Recuperado el 22 de octubre de 2009 de <http://www.monografias.com/trabajos64/infecciones-transmision-sexual/infecciones-transmision-sexual.shtml>.
- Derek, J. (1983) *Role-playing as an experimental strategy in social psychology*. European journal of social psychology. Vol 13, pp 235-254.
- Díaz, M. y Martínez, O. (1997) *Actitud hacia el uso del condón, de mujeres dedicadas a la prostitución en dos delegaciones políticas del D.F.* Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Döring, A. (1991) Aspectos sociales de la sexualidad. En: De la Roz, A. (Comp.) (1991) Sexualidad humana. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Encuesta nacional de la juventud 2005, (2006) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 14 de octubre del 2009; de <http://74.125.155.132/search?q=cache:Fv6oQijVrU4J:www.alcoholinformate.org.mx/estadisticas/EncuestaJuventud2005.pdf+encuesta+nacional+de+la+juventud%2B2005&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=mx>.

Enfermedad inflamatoria pélvica (2008) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 22 de octubre de 2009; de <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/women/reproductive/sti/213.html>.

Escabiosis. Sarna (2009) Referencia electrónica [en línea]. México: D.F. Recuperado el 26 de octubre de 2009; de http://www.tuotromedico.com/temas/escabiosis_sarna.htm.

Fernandes, E. (1991) *Psicopedagogía de la adolescencia*. Madrid: Narcea: S. A. Ediciones.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Estados Unidos de América: Addison-wesley publishing company.

Flores, A. (1995) *Sexo, sexualidad y sexología*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.

Flores, F. (1996) *Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual de un grupo de adolescentes de nivel medio superior*. Tesis de Maestría. Facultad de psicología. México: UNAM.

Flores, F. (2001) *Psicología social y genero*. México: McGraw-Hill.

Flujo vaginal: cambios que pueden ser señas de un problema (2004) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 22 de octubre de 2009; de <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/women/reproductive/vaginal/194.html#ArticleParsysMiddleColumn0013>.

Franco, K. (1995). *Actitud hacia el uso del condón e impacto en el mercado Trojan vs. Sico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

- García, J. y Resendiz, M. (2006) *Taller teórico-vivencial de sexualidad dirigido a adolescentes de secundaria*. Informe de prácticas. Facultad de psicología: México. UNAM.
- García-Patos, V. (s.f.) *Escabiosis*. Recuperado el 26 de octubre de 2009 de <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/dos/11.pdf>.
- Gispert, J. (2006) *Prevención del embarazo no deseado*. México: Alfíl.
- Gómez, E. (1994). *Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y uso del condón: percepción de riesgo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Gotwald, W. (1983) *Sexualidad. La experiencia humana*. México. El manual moderno S.A. de C. V.
- Grover, J. (1973) *Manual de las enfermedades venéreas*. México: Diana.
- Hepatitis B (2009) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 26 de octubre de 2009; de <http://www.youngwomenshealth.org/sphepatitis-b.html>.
- Hermenegildo, M. (2006) *Taller teórico vivencial de autoconcepto, asertividad y sexualidad dirigido a adolescentes de una secundaria pública*. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. México: UNAM.
- Hernández, M. y Hernández, E. (2000) *Conducta sexual y actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA en estudiantes de nivel medio básico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. México: UNAM.
- Hiriart, V. (2003) *S. O. S. Todos los métodos anticonceptivos. ¿Cómo funcionan?* México:Grijalbo.
<http://intranet.injuv.gob.cl/cedoc/Coleccion%20Participacion%20Politica/DocumentNo16%20Participacion%20social%20adolescente%202003.pdf>.
- Huma, R. (2009) *Los mitos acerca de la masturbación*. Recuperado el 31 de agosto del 2009, de <http://www.educasexo.com/stag/que-es-la-masturbacion.html>.
- Hurlock, E. (1987) *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- INEGI (2008). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el SIDA*. Recuperado el 22 de Octubre de 2009 de <http://72.52.156.225/Estudio.aspx?Estudio=estadisticas-sida-inegi>.

- ITS: síntomas comunes y consejos de prevención. (2007). Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 22 de octubre del 2009; de <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/sexinfections/sti/165.html>.
- Izquierdo, C. (2003) *El mundo de los adolescentes*. México: Trillas.
- Kilby, D. (1988) *Sexo seguro: Educación sexual, anticoncepción y enfermedades venéreas*. México: Mc Graw Hill.
- Kimble, C., Hirt, E, Díaz, R., Hosch, H., Lucker, W., Zárate, M., (2003). *Psicología social de las américas*. México. Prentice Hall.
- Krauskopf, D. (2003) *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. Instituto Nacional de la Juventud. Recuperado el 12 de abril del 2009, de: <http://intranet.injuv.gob.cl/cedoc/Coleccion%20Participacion%20Politica/DocumentNo16%20Participacion%20social%20adolescente%202003.pdf>.
- Lieberman, J. y Peck, E. (1985). *Guía sexual para jóvenes y del control de natalidad*. España: Adiciones Martínez Roca, S.A.
- Llewellyng-Jones, D. (1985) *Enfermedades de Transmisión Sexual*. México: Grijalbo S.A.
- López, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. España. Siglo XXI.
- López, J. (1983) *Biblioteca básica de educación sexual*. México: Editorial Universo.
- Loughlin, L. (2002) *El adulto mayor y el anciano*. Psicomundo. Recuperado el 12 de octubre de 2009, de <http://psiconet.com/tiempo/monografias/anciano.htm>.
- Lowen, A. (2000) *Amor y Orgasmo*. Barcelona: Kairos.
- Márquez, S. (1999) *Cambio de actitudes hacia el proceso de reingeniería, integración del factor humano*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1987) *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo. McGraw-Hill.
- Masters, W., Jhonson, E. y Kolodny, R. (1997) *“La Sexualidad Humana”*. Barcelona: Grijalbo mondador.

- McKinney, J., Fitzgerald, H., y Strommen, E. (1982) *Psicología del desarrollo. Edad adolescente*. México: El manual moderno S. A. de C. V.
- Medrano, M. (1997) Que conocimiento tienen los adolescentes del sexo femenino y masculino del CCH plantel sur, sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Monroy, A. (1991) Aspectos sociales de la sexualidad. En: De la Roz, A. (Comp.) (1991) *Sexualidad humana*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Monroy, A. (1998) La Sexualidad en la Adolescencia. En: Fernandez, P. (1998) *Antología de la Sexualidad Humana*. México: Porrúa.
- Moya, M. (1999). *Persuasión y cambio de actitudes*. En Morales, Fco. J. (coord.). *Psicología Social*. España: McGraw-Hill.
- Muss, R. (1994) *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós studio.
- Nikendei, C., Zeuch, A., Dieckmann, P., Roth, C., Schäfer, S., Völkl, M., Schellberg, D., Herzog, W., y Jünger, J. (2005). Role-playing for more realistic technical skills training. *Medical Teacher*, Vol. 27, No. 2, pp. 122–126.
- Ojeda, A. y Pérez, L. (2006) Expresión erótica en un grupo de mujeres universitarias y su relación con estereotipos de género. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Oliver, E. (2003) Efecto de un taller de “salud sexual y reproductiva en el conocimiento y en las actitudes hacia la sexualidad en la adolescencia”. Tesis de Maestría. Facultad de psicología. México: UNAM.
- Orsi, A. (1988) *Actitudes y Conducta. Algo más que psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Palacios, A. (2006) *¿Qué pasa con la adolescencia?* Recuperado el 1 de octubre del 2009 de: <http://www.correodelmaestro.com/anteriores/2006/febrero/anteaula117.htm>.
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2005) *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.

- Paredes, D. (1995) *Estudio comparativo de conocimientos acerca del SIDA en adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos*. Tesis Licenciatura. Facultad de psicología. México. UNAM.
- Petty, R. y Cacioppo, J. (1996) *Attitud and Persuasion: Classic and contemporary Aproaches*. USA: Westview Press.
- Petty, R., Ostrom, T. y Brock, T. (1981) *Coginitive responses in persuasion*. USA: LEA.
- Philip, F. (1999) *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura*. España: Pretice Hall.
- Pick, S., Andrade, P., Towsend J., y Givaudan M. (1994). *Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes*. Revista de Salud Mental Vol. 17 (1). México.
- Podair, S. (1970). *Las enfermedades venéreas*. México: Editorial Pax – México.
- Powell, M. (1981) *La psicología de la adolescencia*. México: Fondo de cultura.
- Pozo, I. (2003). *Adquisición de conocimiento*. España: Morata.
- Rea, C. (2009) Las ITS representan una pérdida mundial de 232 mil millones de dólares: investigador. Recuperado el 22 de octubre de 2009 de http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=2907.
- Reardon, K. (1991) *La persuasión en la comunicación. Teoría y contexto*. México: Paidos comunicación.
- Reich, B. y Adcock, C. (1980) *Valores, actitudes y cambio de conducta*. México: Compañía Editorial Continental, S. A.
- Rodriguez, A. (1992) *El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva*. España: Editorial Boixareu Univbersitaria.
- Rodríguez, R. y Aguilar G. J. (1998). *Hablemos de sexualidad en la gente joven*. México: Mexfam, Gente Joven.
- Rubio, E. (1994) *Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana*. En: Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. México: Porrúa.
- Russell, K., Steiner, D. (1969) *Role-playing: An alternative to laboratory research?* E. U. University of Illinois.

- Santrock, J. (2003) *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. México: Mc Graw Hill.
- Silva, M. (1997) *Sexualidad y adolescencia. Tópicos en psicología*. Santiago Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Silva, R. (1996) *Sexualidad y Adolescencia. Tópicos en sexualidad*. Chile. Manual Monitor.
- Sirlin, L. (1973) *Diccionario sexológico*. Buenos Aires: Caymi.
- Usandizaga, J. (1990) *Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad y la reproducción humana*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Velázquez, G. (2003). *Uso del condón en adolescentes*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Verrugas genitales (2008) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 26 de octubre de 2009; de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000886.htm>.
- Verrugas genitales (2009) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 26 de octubre de 2009; de http://www.tuotromedico.com/temas/condiloma_acuminado.htm.
- VIH/SIDA (2009) Referencia electrónica [en línea]. México: D. F. Recuperado el 26 de octubre de 2009; de <http://www.youngwomenshealth.org/sphiv-aids.html>.
- Villagran, V. G. (1993). *Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Zimbardo, G. y Leippe, R. (1991). *The Psychology of attitud change and social influence*. USA: McGraw Hill.

ANEXO 1

Cuestionario de Conocimientos

Responde a cada pregunta poniendo una cruz “x” sobre la opción que consideres más adecuada. Solo existe una respuesta correcta. Por favor contesta con la mayor sinceridad posible. Recuerda que tu participación es anónima.

- 1- Lo más recomendable, es abrir la funda del condón masculino:
 - a) Con las tijeras para no contaminarlo
 - b) Con los dientes
 - c) Con las yemas de los dedos
 - d) Con las uñas para hacerlo con mayor precisión

- 2- ¿Cómo se pone el condón femenino?
 - a) No sé
 - b) Como un tampax
 - c) Es necesario que el ginecólogo te lo coloque
 - d) Como una toalla femenina

- 3- Para asegurarse de que el condón masculino no esté dañado:
 - a) Antes de abrir su funda (o empaque individual), habrá que observar que la funda no se vea inflada
 - b) Antes de abrir su funda (o empaque individual), habrá que observar que al oprimir la funda, se forme una bolsa de aire.
 - c) Antes de colocarlo habrá que desenrollarlo
 - d) Antes de colocarlo habrá que inflarlo

- 4- Antes de la penetración con el condón masculino:
 - a) El condón debe estar totalmente seco
 - b) El condón debe estar lubricado
 - c) La aplicación de algún lubricante es opcional
 - d) El condón debe parecer quebradizo

- 5- ¿Qué tipo de lubricante se usa para el condón femenino?
 - a) Ninguno
 - b) Cualquiera
 - c) Uno que contenga aceite
 - d) Un lubricante acuoso

- 6- ¿Qué tipo de lubricante deberá usarse para el empleo efectivo del condón masculino?
 - a) Ninguno
 - b) Cualquiera
 - c) Un lubricante hecho con agua
 - d) Un lubricante hecho con aceite

- 7- En el caso del condón masculino, ¿Cuándo se aplica lubricante?
- a) Este se pone únicamente dentro del condón
 - b) Este se pone afuera del condón antes de colocarlo
 - c) Este se pone afuera del condón después de colocarlo
 - d) Este puede dañar el condón
- 8- ¿Cuál es la forma del condón femenino?
- a) No sé
 - b) Es una funda
 - c) Es igual a un D.I.U. (Dispositivo Intrauterino)
 - d) Es como un tampax
- 9- Al ponerse le condón en el pene, para evitar que este se rompa:
- a) Se vigila que no queden bolsas de aire, sobre todo en el depósito destinado a contener el semen.
 - b) El condón se coloca de tal manera que el borde enrollado quede hacia adentro
 - c) Se vigila que no queden bolsas de aire, excepto en el depósito destinado a contener el semen
 - d) Se ajusta perfectamente la punta del condón al pene
- 10- Una vez que se pone el condón en la cabeza del pene:
- a) Se suelta la punta y se desarrolla el condón hasta llegar a la base del pene
 - b) Sin soltar la punta, se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene
 - c) Se suelta el anillo del condón y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene
 - d) Se presiona el pene y se desenrolla el condón hasta llegar a la base del pene
- 11- ¿Cómo se sabe que el condón puede desenrollarse adecuadamente sobre el pene?
- a) Se desenrolla todo
 - b) Se sopla dentro del condón
 - c) Se leen las instrucciones
 - d) Se desenrolla un poquito con los dedos, observando que el borde enrollado quede hacia afuera
- 12- Cuando el pene no está circuncidado:
- a) Se coloca el condón de la misma manera que cuando el pene lo esta
 - b) Se permite que queden algunas bolsas de aire en el condón
 - c) Se retrae el prepucio y se coloca el condón
 - d) Se agrega lubricante
- 13- Después de eyacular, el condón se retira del pene:
- a) Cuando el pene pierde la erección
 - b) Después de unas cuantas horas
 - c) Cuando el pene todavía esta erecto
 - d) Después de la segunda penetración

14- Después de eyacular:

- a) Se empuja el condón hacia la cabeza del pene y este se retira de la vagina (o en su caso, de la boca o del ano)
- b) Se retira el pene de la vagina (ano o boca), sujetando la punta del condón y se jala hacia delante
- c) Se sujeta el condón por su base y se retira el pene de la vagina (ano o boca)
- d) Se debe esperar a que la erección disminuya

15- Un condón masculino deberá:

- a) Tenerse a la mano; como por ejemplo, en la bolsa trasera del pantalón o en la guantera del coche
- b) Guardarse en lugares secos, frescos y oscuros
- c) Guardarse en lugares frescos y húmedos
- d) Guardarse en cualquier lugar

16- ¿De qué material esta hecho el condón femenino?

- a) De plástico
- b) De membrana natural
- c) De poliuretano
- d) De tela

17- ¿Qué tipo de condones masculinos son más efectivos?

- a) Los de poliuretano
- b) Los hechos de membrana natural
- c) Los de Latex
- d) Cualquier tipo tiene la misma efectividad

18- Dado que existe la posibilidad de que el condón masculino se rompa, es mas seguro:

- a) Usar dos condones al mismo tiempo
- b) Ponerse solo un condón
- c) Usar un condón de tipo fino o ultrasensible
- d) Ponerse tres condones

19- ¿Dónde se compra el condón femenino?

- a) En una miscelánea
- b) En la farmacia
- c) En una institución o lugar especial
- d) No sé

ANEXO 2

*Escala de Auto-eficacia y Actitud hacia el
empleo del uso del condón*

Por favor responde las siguientes preguntas aunque no seas sexualmente activo(a). Indicando como crees que te sentirías en determinada situación.

Las respuestas son evaluadas de la siguiente manera:

1 = Fuertemente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Indeciso

4 = De acuerdo

5 = Fuertemente de acuerdo

Marca una cruz sobre el número que corresponda a tu respuesta.

1- Soy hábil para ponerme un condón o ponerle un condón a mi pareja.

1 2 3 4 5

2- Creo que puedo comprar condones sin sentir vergüenza.

1 2 3 4 5

3- Creo que puedo acordarme de llevar un condón conmigo por si lo necesitara.

1 2 3 4 5

4- Puedo discutir el uso del condón con cualquier pareja que pudiera tener.

1 2 3 4 5

5- Me siento seguro (a) para pedirle el uso del condón del condón a una nueva pareja.

1 2 3 4 5

6- Estoy seguro (a) de poder sugerir el uso del condón sin que mi pareja se sienta mal.

1 2 3 4 5

7- Estoy seguro (a) de que mi pareja, o yo, puede mantener la erección mientras usamos un condón.

1 2 3 4 5

8- Sentiría vergüenza de ponerme o ponerle un condón a mi pareja

1 2 3 4 5

- 9- Si yo le pidiera el uso del condón a mi pareja sentiría miedo de que me rechazara
1 2 3 4 5
- 10- Si no estuviera seguro (a) de lo que opina mi pareja acerca del uso del condón, yo no le pediría usarlo.
1 2 3 4 5
- 11- Me siento hábil para usar un condón correctamente.
1 2 3 4 5
- 12- Me siento bien discutiendo el uso del condón con una posible pareja sexual antes de iniciar cualquier acercamiento; por ejemplo: abrazos, besos, caricias, etc.
1 2 3 4 5
- 13- Soy hábil para convencer a mi pareja de aceptar el uso del condón cuando tengamos una relación sexual (con penetración).
1 2 3 4 5
- 14- Puedo quitar y tirar cuidadosamente el condón después de una relación sexual con penetración (coito)
1 2 3 4 5
- 15- Si mi pareja tratáramos de usar un condón y no tuviéramos éxito, sentiría pena de intentar usar otro nuevamente, por ejemplo: si no hubiera podido desenrollarlo, si lo hubiera puesto al revés o si lo sintiera incomodo.
1 2 3 4 5
- 16- No me sentiría seguro (a) de utilizar un condón con una nueva pareja sexual, porque sentiría miedo de que pensara que he tenido experiencias homosexuales.
1 2 3 4 5
- 17- No me sentiría seguro (a) de pedir el uso del condón a una nueva pareja, porque sentiría miedo de que pensara que tengo una enfermedad sexualmente transmisible.
1 2 3 4 5
- 18- No me sentiría seguro (a) de pedir el uso del condón a una nueva pareja, porque sentiría miedo de que pensara que yo creo que tiene una enfermedad sexualmente transmisible.
1 2 3 4 5
- 19- Me sentiría bien discutiendo el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que hayamos tenido una relación sexual (con penetración).
1 2 3 4 5
- 20- Me es fácil incluir al condón en el juego sexual.
1 2 3 4 5

21- Me siento seguro (a) de poder usar el condón con una pareja sin “hechar a perder el momento”

1 2 3 4 5

22- Puedo ponerme un condón o ponerle un condón a mi pareja rápidamente.

1 2 3 4 5

23- Estoy seguro (a) de que puedo usar un condón durante el coito (relación sexual con penetración) sin reducir el placer sexual.

1 2 3 4 5

24- Estoy seguro (a) de que me acordaría de usar un condón aunque hubiera bebido.

1 2 3 4 5

25- Estoy seguro (a) de que me acordaría de usar un condón aunque estuviera drogado (a).

1 2 3 4 5

26- Si mi pareja no quisiera usar condón durante la penetración yo la puedo convencer fácilmente de que es necesario hacerlo.

1 2 3 4 5

27- Siento que puedo usar un condón exitosamente.

1 2 3 4 5

28- Estoy seguro (a) de que “en el calor de la pasión” podría detenerme y ponerme o ponerle un condón a mi pareja.

1 2 3 4 5

ANEXO 3

*Escala Multidimensional de Actitud Hacia el
Uso del Condón*

Por favor contesta aunque no seas sexualmente activo. Indicando cual crees que es la respuesta correcta.

Tus respuestas pueden tener las siguientes opciones:

- 1 = Fuertemente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Indeciso
- 4 = De acuerdo
- 5 = Fuertemente de acuerdo

Marca con una cruz el número correspondiente a tu respuesta.

1.- Los condones son un método efectivo para el control del embarazo.

1 2 3 4 5

2.- Los condones son un método efectivo de prevención del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles.

1 2 3 4 5

3.- Si una pareja está a punto de tener sexo y el hombre sugiere usar condón, es menos probable que lo tengan.

1 2 3 4 5

4.- Las mujeres piensan que los hombres que usan condón son unos tontos.

1 2 3 4 5

5.- Una mujer que pide el uso del condón no confía en su pareja.

1 2 3 4 5

6.- Las personas que solicitan el uso del condón son personas que cumplen ciegamente con las normas establecidas y se someten a ellas sin cuestionarlas.

1 2 3 4 5

7.- Cuando necesito condones dudo mucho para comprarlos.

1 2 3 4 5

8.- No pienso que comprar condones sea extraño.

1 2 3 4 5

ANEXO 4

Carta Descriptiva del Taller

“Y tú, ¿Usas condón?”

Taller "Y tú ¿usas condón?"

Primera Sesión: Duración 1:30 hrs.

Tema	Objetivo de la dinámica	Técnica	Material	Dinámica	Duración	Bibliografía
1.- Introducción 1.1 Presentación de facilitadoras	Facilitar la confianza, cordialidad y comunicación del grupo de las coordinadoras.	Presentación		Las coordinadoras del equipo deberán presentarse, diciendo su nombre, el lugar de origen institucional y mencionar que les trae a la institución donde se realizará el taller.	5 min	*** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.
1.2 Pre-test	Adquirir mediante la aplicación del pre test información para que una vez concluida nuestra intervención se pueda contar con información que compruebe la efectividad del taller.	Pre-test	40 Reproducciones del pre-test	1.- Se les dará el pre-test. 2.- Se les dará las instrucciones para llevar a cabo la solución del cuestionario. 3.- Una vez que los participantes terminen de responder el cuestionario, deberán entregarlo a las coordinadoras.	30 min	*** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.
1.3 Presentación del taller	Dar a conocer los objetivos y temas que se abordarán durante las sesiones del taller.	Exposición	2 Hojas guía de la presentación; para las facilitadoras.	Las coordinadoras les dirán a los participantes el encuadre del Taller; es decir mencionarán el lugar, el horario y las fechas en que se llevará a cabo el taller esperando contar con su asistencia.	5 min	*** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.

Tema	Objetivo de la dinámica	Técnica	Material	Dinámica	Duración	Bibliografía
1.4 Integración grupal	<p>Crear un clima de confianza y camaradería para que las actividades del taller tengan el impacto deseado ya que los participantes se sentirán parte del grupo fortaleciendo así los lazos de interacción y favorecerá la libertad de opiniones, como también enriquecerá las reflexiones a nivel grupal.</p>	"Tiene cara de"	<p>50 Trozos de cartulina de 10 X 5 centímetros. - 25 Plumones - Cinta canela - Caja de 30 centímetros de largo, 20 de ancho, y 10 de alto (aproximadamente).</p>	<p>1.- Las coordinadoras repartirán el material. Se les pedirá a los participantes que anoten su nombre y colocarán los gafetes en una caja; colocada en el centro de salón. Los participantes tomarán un nombre al azar, que no sea el propio. Después cada uno comenzará a caminar en direcciones diferentes por el recinto buscando el dueño del nombre que tomaron de la caja. Cuando lo encuentren deben pegárselo en la espalda (3 min). Se deberán despegar el nombre de la espalda y leerlo. Se hará un solo círculo y el primer participante asignado por una de las instructoras se le pedirá que diga si recibió su nombre, cual es su nombre, de quien lo recibió y si ellos encontraron a la persona que les había tocado, quien era esa persona: esta será la segunda participante y así sucesivamente. *** En caso de que algún participante no haya encontrado al dueño del nombre deberá decirlo en voz alta y el dueño continuará la actividad.</p>	20 min.	<p>Venegas, J. (2000). Estrategias metodológicas para talleres de sexualidad. Manual Moderno. México D.F. *** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.</p>

Tema	Objetivo de la dinámica	Técnica	Material	Dinámica	Duración	Bibliografía
2. Enfoque sistémico de la sexualidad	Persuadir a los participantes con la plática/actividad de los holones de la sexualidad (genero, erotismo, afectividad, y reproductividad) acerca de las implicaciones y responsabilidades que conlleva una relación sexual (Coital).	Lluvia de ideas Y exposición de una "fuente experta"	-Hojas blancas -bolígrafos -Tripticos informativos, para que les ayuden a entender mejor la exposición. ***Ver anexo 5	1.- El grupo se dividirá en 4 equipos y cada uno de ellos realizarán una lluvia de ideas acerca de un Holón de la sexualidad. 2.- Posteriormente se le pedirá a cada equipo que exponga las ideas principales que surgieron. 3.- Las instructoras explicarán de manera empática una visión más completa de la sexualidad. (Genero, erotismo, afectividad, y reproductividad). 4.- La dinámica finalizará con las conclusiones aportadas por el grupo. Y con ello se dará cierre a la primera sesión.	30 minutos	***planeación e ideación por las creadoras y coordinadoras del taller.

Segunda Sesión: Duración 2:05 hrs.

Tema	Objetivo de la dinámica	Técnica	Material	Dinámica	Duración	Bibliografía
3.-Información sobre el condón femenino y masculino.	Informar a los participantes sobre los siguientes temas: a) aparato reproductor femenino y masculino, b) respuestas sexuales masculinas y femeninas; c) ventajas y desventajas del correcto uso del condón femenino y masculino.	<p>“Lo que hay que saber para usar condones y divertirse”</p> <p>Persuasión: Exposición por parte de una “fuente experta”.</p>	<p>-Pizarrón - Plumones</p>	Exposición por parte de una de las coordinadoras acerca de cada tema. Los puntos principales serán anotados en el pizarrón para un mayor entendimiento.	30 minutos	Basado en: Jorge Carpizo. (1994). Antología De La Sexualidad Humana. Miguel Ángel Porrúa, CONAPO. México.
3.1 Colocación del condón femenino y masculino	Enseñar a los participantes la colocación del condón de manera simulada y aprendan su uso correcto de manera práctica. (De esta manera se les estará preparando para cuando estén en una situación real y quieran utilizarlo).	<p>Simulación: “La práctica hace al maestro”</p>	<p>- 6 Condones femeninos. - 40 condones masculinos. - 40 pepinos - 4 pulseras en forma de aros. -Una mesa - 4 barras de plastilina</p>	<p>1.- Una de las instructoras demostrará y mencionará los pasos necesarios para la colocación de los condones. 2.- Se aclararán las dudas 3.- Se dividirá al grupo en tres subgrupos y ellos realizarán la actividad, con el apoyo de las facilitadoras. *** Esta actividad se llevará a cabo sobre la mesa para que todos puedan aprender.</p>	25 minutos	*** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.

Tema	Objetivo de la dinámica	Técnica	Material	Dinámica	Duración	Bibliografía
4.- Rol de género: Uso de condón, embarazo no deseado, homosexualidad e ITS.	Concientizar a los participantes acerca del uso del condón y así crear una actitud positiva hacia su utilización.	Role playing "Un día en el lugar del otro, ¿Qué pasará?"	--Prendas y accesorios de vestir para hombre y para mujer. - Papeletas que contengan núm. del 1 al 4. - Historias redactadas que presenten una problemática a resolver	1.- Se dividirá al grupo en 4 equipos y se rifarán las historias que interpretarán. Los hombres interpretarán a las mujeres y viceversa. 2.- Los grupos se pondrán de acuerdo en la representación de los personajes y después, pondrán en escena la historia (esta debe ser leída frente al grupo antes de actuar). Las presentaciones se realizarán con forme al número que se encontrará en la rifa. Después de cada una de las presentaciones de cada equipo los moderadores (organizadores del taller), intervendrán para mencionar aspectos relevantes al tema de la sexualidad, que puedan surgir en las puestas en escena. ***También podrán intervenir en el análisis los asistentes del taller.	Total: 30-40min.	*** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.
Cierre de sesión	Saber dudas y comentarios acerca de la sesión y los temas que se han visto durante la misma.	Reflexiones		En una lluvia de ideas se les preguntarán dudas y comentarios a cerca de la sesión.	10 minutos	

Tercera Sesión: Duración 1:05hrs.

Tema	Objetivo de la dinámica	Técnica	Material	Dinámica	Duración	Bibliografía
5.- Información acerca de las ITS	Introducir a los participantes al tema de las ITS; conocerán los síntomas de las infecciones ya desarrolladas y se les creará conciencia preventiva de ellas.	"Atínale a la vagina" Persuasión y mensajes visuales de amenaza	-12 condones inflados que contengan un papel con el nombre escrito de una ITS -dardo - Presentación de imágenes en power point.	1.-Se dividirá al grupo en 12 equipos. 2.- Un integrante de cada equipo elegirá un globo al azar y lo reventara para conocer el nombre de la ITS. 3.- Cada equipo explicará (con sus propias palabras y con la información que posean) lo que consideran son los síntomas de dicha ITS. 4.- De manera empática, una coordinadora explicara los síntomas de la ITS y posteriormente mostrara una imagen (aversiva) de una persona infectada.	25 minutos	*** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.
5.1 Vivencia del contagio de ITS	Estimular el cambio de comportamiento sexual que expone al riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual. Y las formas de prevenirlas, así mismo; concientizar a los asistentes de la rapidez con que se propagan.	"Cacería de firmas" Simulación	Hojas de papel de 9 x 9cm (tacos de oficina para tomar recados). Un bolígrafo por cada participante	1.- Se les dará a los participantes un papel con ciertas instrucciones 2.- Llevaran a cabo la actividad, según las instrucciones dadas.	30 minutos	*** Adaptaciones de las coordinadoras del taller.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE SEXUALIDAD HUMANA



Círculo de reflexión	Que los participantes relacionen la teoría con la práctica de las ITS; así como también que den cuenta de las sensaciones y pensamientos que les provocó la dinámica anterior.	Retroalimentación. Cada participante dirá que experimentó, al ponerse en el lugar del otro.		Cada participante contará la experiencia, de la actividad anterior. Contaran lo que sintieron en la actividad; y como consideran que se relaciona al real contagio de ITS. Al finalizar las expositoras relacionarán el tema con la actividad.	10 minutos	
----------------------	--	---	--	--	------------	--

Cuarta Sesión: Duración 40 min.

Tema	Objetivo de la dinámica	Técnica	Material	Dinámica	Duración	Bibliografía
Pos-test	Adquirir mediante la aplicación del pos test información para medir la efectividad de la intervención al ser este comparado con los resultados del pre-test.	Post-test	40 reproducciones del pos-test	1.- Se les repartirán los cuestionarios del post-test. 2.-Se darán las instrucciones. 3.-Los participantes al terminar de responder el cuestionario, deberán entregarlo a las coordinadoras.	30 minutos	
Cierre de sesión	Que los participantes expongan dudas y comentarios acerca de las sesiones y los temas que se han visto durante ella.	Reflexiones		En una lluvia de ideas se les preguntarán dudas y comentarios a cerca de la sesión Se les agradecerá a los participantes por haber concluido el taller.	10 minutos	

ANEXO 5

Fichas Técnicas del Taller

“Y tú ¿Usas condón?”

Primera Sesión: *Duración: 1 hora con 30 minutos*

Tema: Introducción	Técnica: Presentación de facilitadoras	Duración: 5'
--------------------	---	--------------

1. *Definición:* Presentación de las facilitadoras.
2. *Objetivo:* Facilitar la confianza, cordialidad y comunicación del grupo con las coordinadoras.
3. *Participantes:* Presentadoras del taller.
4. *Consigna de partida:* Se hará la presentación de las facilitadoras.
5. *Desarrollo:* Las coordinadoras del equipo deberán presentarse, diciendo su nombre, el lugar de origen institucional y mencionar que les trae a la institución donde se realizará el taller.

Tema: Introducción	Técnica: Pre-test.	Duración: 30'
--------------------	---------------------------	---------------

1. *Definición:* Primera evaluación de los alumnos a cerca de la información del condón.
2. *Objetivo:* Adquirir mediante la aplicación del pre test información para que una vez concluida nuestra intervención se pueda contar con información que compruebe la efectividad del taller.
3. *Participantes:* Grupo completo.
4. *Materiales:* 40 juegos de copias de los cuestionarios, *Cuestionario de Conocimientos (anexo 1)*, *Escala de Auto-eficacia y Actitud hacia el empleo del uso del condón (anexo 2)* y *Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón (anexo 3)*.
5. *Consigna de partida:* Se pedirá la atención del grupo y después se les dirán las instrucciones.
6. *Desarrollo:* Las coordinadoras les darán los cuestionarios a cada participante, después se les pedirá que los contesten de manera individual, sincera, y sin dejar ninguna respuesta en blanco; si tienen alguna duda podrán preguntarle a las coordinadoras. Una vez que los participantes hayan terminado deberán entregarlo a las coordinadoras del taller.
7. *Evaluación:* Se logrará obtener información escrita sobre los conocimientos y actitudes que los participantes tienen hacia el uso del condón.

Tema: Introducción	Técnica: Presentación del taller	Duración: 5'
--------------------	---	--------------

1. *Definición:* Presentación del taller
2. *Objetivo:* Dar a conocer los objetivos y temas que se abordarán durante las sesiones del taller.
3. *Participantes:* Presentadoras del taller.
4. *Materiales:* 2 Hojas guía de la presentación, para las facilitadoras.
5. *Consigna de partida:* Las facilitadoras desglosarán los temas que se abordarán en el taller.
6. *Desarrollo:* Las coordinadoras le dirán a los participantes el encuadre del Taller; es decir mencionarán el lugar, el horario y las fechas en que se llevará a cabo el taller esperando contar con su asistencia.

Tema: Integración grupal	Técnica: “Tiene cara de...”	Duración: 20'
--------------------------	------------------------------------	---------------

1. *Definición:* Integración grupal
2. *Objetivo:* Crear un clima de confianza y camaradería para que las actividades del taller tengan el impacto deseado ya que los participantes se sentirán parte del grupo fortaleciendo así los lazos de interacción y favorecerá la libertad de opiniones como también enriquecerá las reflexiones a nivel grupal.
3. *Participantes:* Grupo completo.
4. *Materiales:* 50 Trozos de cartulina de 10 X 5 centímetros, 25 Plumones, Cinta canela, Caja de 30 centímetros de largo, 20 de ancho, y 10 de alto (aproximadamente).
5. *Consigna de partida:* Los participantes se colocaran al centro del salón, una de las facilitadoras comenzará a dar las instrucciones de la actividad.
6. *Desarrollo:*
 - 1.- Las coordinadoras repartirán 1 trozo de cartulina a cada participante y distribuirán los marcadores.
 - 2.- Se les pedirá a los participantes que anoten su nombre con el plumón.
 - 3.- Una vez que hayan concluido, se les pedirá coloquen los trozos de cartulina con nombre en una caja la cual estará colocada en el centro de salón donde se esté impartiendo el taller.
 - 4.- Se les pedirá a los participantes que tomen un nombre al azar (pero que no sea el propio).
 - 5.- Luego de tomar el nombre cada uno comenzará a caminar en direcciones diferentes por el recinto, buscando al dueño del nombre que tomaron de la caja. Cuando lo encuentren deben pegárselo en la espalda. (Se darán 3 min. para encontrar al dueño y colocar el nombre).

6.- La coordinadora anunciara cuando ha concluido el tiempo y los integrantes deben parar y despegarse el nombre de la espalda.

7.- Se les pedirá a los participantes que hagan un solo círculo y el primer participante (asignado por una de las instructoras) se le pedirá que diga si recibió su nombre (en caso de que no, mencionara cual es), y de quien lo recibió, quien era esa persona, la cual será la segunda participante y así sucesivamente.

*** En caso de que algún participante no haya encontrado al dueño del nombre deberá decirlo en voz alta y el dueño continuar la actividad.

7. *Evaluación:* Mejorar el conocimiento entre los integrantes del grupo es de gran importancia ya que permitirá fortalecer los lazos de interacción y así favorecer la libertad de opiniones y enriquecer las reflexiones a nivel grupal.

Tema: Enfoque sistémico de la sexualidad	Técnica: “Lluvia de ideas y exposición”	Duración: 30’
--	---	---------------

1. *Definición:* Exposición de conceptos
2. *Objetivo:* Persuadir a los participantes con la plática/actividad de los holónes de la sexualidad (genero, erotismo, afectividad, y reproductividad) acerca de las implicaciones y responsabilidades que conlleva una relación sexual (Coital).
3. *Participantes:* Grupo completo y Expositora
4. *Materiales:* Tríptico informativo para que les ayude a entender mejor la exposición. (**Anexo 1)
5. *Consigna de partida:* La facilitadora expondrá los conceptos de sexualidad, sexo y el enfoque sistémico de la sexualidad.
6. *Desarrollo:*
 - 1.- El grupo se dividirá en 4 equipos y cada uno de ellos realizara una lluvia de idea acerca de un Holón de la sexualidad.
 - 2.- Posteriormente se le pedirá a cada equipo que exponga las ideas principales que surgieron.
 - 3.- Las instructoras explicarán de manera empática una visión más completa de la sexualidad (genero, erotismo, afectividad, y reproductividad).
 - 4.- La dinámica finalizará con las conclusiones aportadas por el grupo para así, dar cierre a esta primer sesión.
7. *Evaluación:* Se analizarán los conceptos de la exposición
 - Evaluar si se definieron y si se diferenciaron los conceptos
 - Lograr una familiarización con los conceptos

Segunda Sesión: *Duración: 2 horas con 5 minutos*

Tema: Información sobre el condón femenino y masculino.	Técnica: “Lo que hay que saber para usar condones y divertirse”	Duración: 30’
---	--	---------------

1. *Definición:* Exposición de condón femenino y masculino
2. *Objetivo:* Informar a los participantes sobre los siguientes temas: a) aparato reproductor femenino y masculino, b) respuestas sexuales masculinas y femeninas; c) ventajas y desventajas del correcto uso del condón femenino y masculino.
3. *Participantes:* Ponentes
4. *Materiales:* -Pizarrón
- plumones
5. *Consigna de partida:* Se proporcionará información acerca del aparato reproductor femenino y masculino, respuestas sexuales masculinas y femeninas; ventajas y desventajas del correcto uso del condón femenino y masculino.
6. *Desarrollo:* Una de las coordinadoras proporcionara información a los participantes sobre los aparatos reproductores, las respuestas sexuales y los condones femeninos y masculinos, dirá para qué sirven, su efectividad, las diferencias, el modo correcto de utilización de ambos condones, las ventajas y desventajas que presenta cada condón. Los puntos principales de cada tema serán anotados en el pizarrón para que los participantes puedan tener un mayor entendimiento de los temas.

Tema: Colocación del condón femenino y masculino	Técnica: “La práctica hace al maestro”	Duración: 25’
--	---	---------------

1. *Definición:* Dinámica de colocación de condón femenino y masculino.
2. *Objetivo:* Enseñar a los participantes la colocación del condón de manera simulada y aprendan su uso correcto de manera práctica. (De esta manera se les estará preparando para cuando estén en una situación real y quieran utilizarlo).
3. *Materiales:* -4 barras de plastilina
- 6 Condones femeninos.
- 40 condones masculinos.
- 40 pepinos
- 4 pulseras en forma de aros.
- Una mesa
4. *Participantes:* Grupo completo.
5. *Consigna de partida:* Una coordinadora enseñara el uso correcto del condón.

6. *Desarrollo:* 1.- Una instructora del taller mencionara cada uno de los pasos para colocar el condón masculino; mientras que al mismo tiempo ejecuta la colocación del condón sobre el pepino que estará sostenido en una base de plastilina con el propósito de que no se mueva. (El pepino simulará el pene).
2.- La instructora preguntará si hubo dudas, y de ser así repetirá todo el procedimiento paso a paso, hasta que quede claro para el total de los participantes.
3.- La otra instructora realizara lo mismo pero con el condón femenino usando las pulseras en forma de aro que simularan la cavidad vaginal.
4.- Tomando en cuenta la cantidad de participantes, se dividirá al grupo en equipos de 4 o 6 personas, y se les proporcionara el material correspondiente para que realicen la actividad que les explicaron momentos antes.
5- Cuando los asistentes estén practicando la colocación del condón serán asesorados por alguna coordinadora en caso de ser necesario
7. *Evaluación:* Se observará si los participantes realizan adecuadamente la actividad; así como su entusiasmo por realizar la misma.

Tema: Rol de género	Técnica: “Un día en el lugar del otro ¿Qué pasará?”	Duración: 30’ a 40’
---------------------	---	---------------------

1. *Definición:* Que los asistentes del taller puedan entender a través de la dinámica, las consecuencias de usar o no usar condón o bien de utilizarlo de manera inadecuada.
2. *Objetivo:* Concientizar a los participantes acerca del uso del condón y así crear una actitud positiva hacia su utilización.
3. *Participantes:* Grupo completo, divididos en cuatro grupos.
4. *Materiales:* -Prendas y accesorios de vestir (para hombre y para mujer).
- Papeletos que contengan núm. del 1 al 4.
- Historias redactadas que presenten una problemática a resolver:

1- Un día Marco invita a su novia María de 17 años a su casa, pues sus padres se fueron de viaje. Una cosa lleva a la otra, el caso es que terminan en un preámbulo a la relación coital cuando de pronto María saca un condón femenino de su bolsa y le dice su pareja que se lo coloque. Marco se enoja y le dice a María que ella carga con el condón porque es una fácil. ¡Ayúdale a María a no pelear con su novio, pero al mismo tiempo a convencer a Marco de protegerse usando el condón femenino que trae María!

2.- Gabo tiene 19 años y su novia Paty de 18 años le acaba de decir que está embarazada. Él se sorprende y no sabe que decirle a su novia, se le viene a la mente aborto y paternidad al mismo tiempo, pero parece que mejor quiere salir huyendo. Plantea una solución para esta pareja que vive en el D.F. ¿Habrán usado condón?

3.-Pablo tiene 25 años y es gay. Sus amigos y sus padres siempre han hablado de la homosexualidad como una degeneración y perversión de la humanidad. Su pena por la homosexualidad le ha llevado a no resolver sus dudas sobre el uso del condón en relaciones homosexuales ¿cómo lo ayudarías?

4.- Rodolfo ama a su esposa, se llevan bien, han compartido 2 años de unión libre y 9 años de casados, el romance marcha bien, él está satisfecho. Y un día descubre que su esposa le es infiel por un mensaje del cel. que decía: “Gracias por esa noche romántica y excitante Mariana. Nos vemos en el trabajo atte. Rubén”. Él se enoja, se indigna y por un momento cree que es el Karma (lo que se hace se regresa dice la religión y las malas lenguas), pues hace 1 año él tuvo una aventura de un mes con su prima lejana. ¿Qué onda con la infidelidad? ¿Cuál es la mejor opción? ¿Qué hacer? ¿Qué sentir? ¿Qué pensar? ¿Qué onda con las Infecciones de Transmisión Sexual? ¿Tendrá VIH? Todo esto se pregunta Rodolfo, pues en las relaciones sexuales maritales no usaba condón. ¡Ayuda a nuestro personaje!

A todas las historias se les anexara lo siguiente:

*** Hombres actúan a las mujeres, y las mujeres a los hombres (puedes inventar los personajes necesarios).

***recuerda que debes colocarte mínimo tres prendas del genero opuesto al propio y que corresponde con el que vas a interpretar, actuar el habla, acento, ideología, sentimientos, pensamientos, e intenciones del personaje que convenga con tu equipo.

5. *Consigna de partida:* Deberán realizar cuatro grupos, los cuales dramatizarán cuatro historias y además cambiarán el role de género que les corresponde a cada hombre y mujer.
6. *Desarrollo:*
 - 1.- Se formarán 4 equipos.
 - 2.- Después se hará una rifa, donde el representante de cada equipo, tomará un papelito que contendrán un número del 1 al 4; el mismo que corresponderá al orden en que se presentaran las historias.
 - 3.- Una vez que cada equipo conozca que historia le corresponde, tiene de 5-8 min. para ponerse de acuerdo en cómo presentarán la historia ante el grupo. En cada historia los hombres interpretaran el papel de mujeres y viceversa.
 - 4.-Las historias se convertirán en puestas de escena después de haberla leído ante el grupo y deberán interpretarse por integrantes del equipo correspondiente; planteando una solución al problema de la historia.
 - 5.- Después de cada una de las presentaciones de cada equipo los moderadores (organizadores del taller), intervendrán para mencionar aspectos relevantes al tema de la sexualidad, que puedan surgir en las puestas en escena.***También podrán intervenir en el análisis los asistentes del taller.

Tema: Cierre	Técnica: “Reflexiones”	Duración: 10’
--------------	-------------------------------	---------------

1. *Definición:* Se tratará de aclarar dudas y desmitificar mitos.
2. *Objetivo:* Saber dudas y comentarios acerca de la sesión y los temas que se han visto durante la misma.
3. *Participantes:* Grupo completo
4. *Consigna de partida:* Se hará un cierre de sesión con las vivencias y aprendizajes que haya habido en la sesión; así como clarificación de dudas.
5. *Desarrollo:* Se les aclararan dudas y/o comentarios a cerca de la sesión.
6. *Evaluación:* Anotaciones de las dudas de los participantes.

Tercera Sesión: *Duración: 1 hora con 45 minutos*

Tema: Información acerca de las ITS	Técnica: “ Atínale a la vagina ”	Duración: 25’
-------------------------------------	---	---------------

1. *Definición:* Exposición de ITS
2. *Objetivo:* Introducir a los participantes al tema de las ITS; conocerán los síntomas de las infecciones ya desarrolladas y se les creará conciencia preventiva de ellas.
3. *Participantes:* Grupo completo dividido en 12 equipos.
4. *Materiales:* -12 Condones masculinos inflados, que contengan dentro un papel con el nombre escrito de una ITS
-Dardo
-Presentación de imágenes en power point.
5. *Consigna de partida:* Se realizarán 12 equipos, para poder hacer una exposición dinámica para los participantes
6. *Desarrollo:* 1.-Se dividirá al grupo en 12 equipos.
2.- Un integrante de cada equipo elegirá un condón al azar y lo reventara para conocer el nombre de la ITS.
3.- Cada equipo explicará (con sus propias palabras y con la información que posean) lo que consideran son los síntomas y definición de dicha ITS.
4.- De manera empática, una coordinadora explicara los síntomas de la ITS y posteriormente mostrara una imagen (aversiva) de una persona infectada, impactando así a los asistentes acerca de los riesgos de no usar condón.
7. *Evaluación:* Conocimiento de los participantes a cerca de las ITS.

Tema: Vivencia del contagio de ITS	Técnica: “ Cacería de firmas ” Simulación	Duración: 30’
------------------------------------	--	---------------

1. *Definición:* Simular con un juego la rapidez con que se propaga un ITS.
2. *Objetivo:* Estimular el cambio de comportamiento sexual que expone al riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual. Y las formas de prevenirlas, así mismo; concientizar a los asistentes de la rapidez con que se propagan.
3. *Participantes:* Grupo completo.
4. *Materiales:* Hojas de papel de 9 x 9cm (tacos de oficina para tomar recados).
Un bolígrafo por cada participante

5. *Consigna de partida:* Se realizará la entrega de ciertas tarjetas y se comenzará con la actividad de cacería de firmas.
6. *Desarrollo:*
 - 1.-Se entregará un papel a cada miembro del grupo.
 - 2- A tres personas se les dirá en secreto que una de ellas no debe firmar ninguna hoja, la otra firmara pero no se dejara firmar, y la tercera que busque firmar las más posibles y/o se deje ser firmado; al resto del grupo se les pedirá que coleccionen mínimo 3 firmas de sus compañeros en sus hojas.
 - 3.-Despues de que obtengan sus 3 firmas se les pedirá que regresen a sus lugares.
 - 4.-Se les preguntará cómo se sintieron, si tuvieron alguna dificultad, si alguien se negó a firmarles, si fueron muy buscados para firmar o para ser firmados.
 - 5.- Se pedirá a la persona que firmo lo más posible que se pare en el centro del salón, se explicará; que esa persona tiene (simuladamente) el virus del VIH-SIDA. Las firmas nos van a representar un contacto sexual sin ninguna protección.
 - 6.- Se les pedirá a todos los que tienen la firma de esa persona y a quienes le firmaron que vayan al centro del salón.
 - 7.- Se pedirá a todos los que tienen las firmas de esas personas que también se coloquen en el centro del salón. Todos deben quedar de pie, excepto el participante que no firmo ni se dejo firmar, y el que solamente firmo.
 - 8.- Se les explicara al grupo que esa persona se abstuvo de firmar, (simulando que fueron relaciones sexuales) y la otra persona uso condón.
 - 9.- Se les preguntara como se sienten.
7. *Evaluación:* Comentarios de los participantes

Tema: Círculo de reflexión / cierre de sesión	Técnica: “Retroalimentación”	Duración: 10’
---	-------------------------------------	---------------

1. *Definición:* Sensaciones y reflexiones acerca de las ITS
2. *Objetivo:* Que los participantes relacionen la teoría con la práctica de las ITS; así como también que den cuenta de las sensaciones y pensamientos que les provocó la dinámica anterior.
3. *Participantes:* Grupo completo.
4. *Consigna de partida:* Cada participante contará la experiencia, de la actividad anterior. Contestarán lo que sintieron en la actividad; y como consideran que se relaciona al real contagio de ITS. Al finalizar las expositoras relacionarán el tema con la actividad.
5. *Desarrollo:* Se preguntará verbalmente a los participantes:
 - ¿Cómo se sintió la persona ‘contagiada’?
 - ¿Qué sintieron al saber que estaban contagiados?
 - ¿Cómo se sintió la persona que se le pidió no participar?
 - ¿Es difícil NO participar en una actividad en la que todos participan?
 - ¿Qué sintieron los compañeros cuando esta persona se negó a darles la firma?

¿Cómo se sintió quien descubrió que no se había infectado por el uso del condón?

¿Creen que en la realidad la Transmisión se presenta como en la dinámica?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

La persona 'contagiada' no sabía que estaba infectada, ¿cómo podríamos haber sabido esto por anticipado?

14.-Las instructoras del taller darán cierre a la dinámica, retomando elementos de las respuestas de los asistentes, relacionando al mismo tiempo la teoría de las exposiciones.

6. *Evaluación:* Comentarios y preguntas de los participantes.

Cuarta sesión: *Duración: 40 minutos*

Tema: Pos-test	Técnica: “ Post-test ”	Duración: 30’
----------------	-------------------------------	---------------

1. *Definición:* Segunda evaluación de los alumnos a cerca de los temas tratados en el taller.
2. *Objetivo:* Adquirir mediante la aplicación del pos test información para medir la efectividad de la intervención al ser este comparado con los resultados del pre-test.
3. *Participantes:* Grupo completo
4. *Materiales:* 40 juegos de copias de los cuestionarios, *Cuestionario de Conocimientos (anexo 1)*, *Escala de Auto-eficacia y Actitud hacia el empleo del uso del condón (anexo 2)* y *Escala Multidimensional de Actitud Hacia el Uso del Condón (anexo 3)*.
5. *Consigna de partida:* Se pedirá la atención del grupo y después se les dirán las instrucciones.
6. *Desarrollo:* 1.- Las coordinadoras darán la bienvenida a los asistentes y se les explicara que para fines de evaluación del taller será necesario la aplicación del cuestionario nuevamente.
2.- Una coordinadora procederá a repartir los cuestionarios del pos-test, mientras que la otra, mencionara verbalmente las instrucciones para llevar a cabo la contestación del cuestionario.
3.- Una vez que los participantes terminen de responder el cuestionario, deberán entregarlo a las coordinadoras y esperar para el cierre de sesión.
7. *Evaluación:* Se logrará obtener información escrita sobre los conocimientos y actitudes que los participantes tienen hacia el uso del condón.

Tema: Cierre de sesión	Técnica: “ Reflexiones ”	Duración: 10’
------------------------	---------------------------------	---------------

1. *Definición:* Se tratará de aclarar dudas y desmitificar mitos.
2. *Objetivo:* Que los participantes expongan dudas y comentarios acerca de las sesiones y los temas que se han visto durante ellas.
3. *Consigna de partida:* Se hará un cierre de sesión con lo vivenciado y aprendizajes que haya habido en el taller; así como clarificar dudas del mismo.
4. *Desarrollo:* En una lluvia de ideas se les preguntarán dudas y comentarios acerca del taller.
5. *Evaluación:* Comentarios de los participantes.