



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Abriendo brecha: Taller de comunicación sexual entre padres e hijos"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

**Fernando Iván Bárcenas Ramírez
Karen Gabriela Tenorio Bustamante**

Directora: Lic. **Irma Beatriz Frías Arroyo**

Dictaminadores: Lic. **Rodolfo Barroso Villegas**

Lic. **Martha Rodríguez Cervantes**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1	
QUÉ ES LA ADOLESCENCIA	10
Conceptualización de la Pubertad y la Adolescencia.....	10
Cambios en la Adolescencia.....	15
Cambios Biológicos y Cambios Físicos.....	16
Cambios Psicológicos.....	20
Cambios Sociales.....	24
CAPÍTULO 2	
PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES	27
Salud Sexual.....	27
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) más comunes en adolescentes.....	29
¿Qué es una ITS?.....	31
Herpes Genital.....	32
Tricomoniasis.....	34
Gonorrea.....	36
Sífilis.....	38
Clamidia.....	41
Candidiasis.....	43
Virus del Papiloma Humano (VPH).....	45
Ladillas.....	48
VIH/SIDA.....	49
Embarazos no deseados en la Adolescencia.....	54
Datos Epidemiológicos.....	55
Causas del embarazo no deseado.....	56
Consecuencias del embarazo no deseado.....	59
Prevención del Embarazo Adolescente.....	62
Aborto.....	63
Datos Epidemiológicos.....	64
Causas y Consecuencias.....	66
Formas de prevención.....	69
CAPÍTULO 3	
MODELOS TEÓRICOS EN LA SALUD SEXUAL	71
Modelos Teóricos.....	73
Modelo de Creencias de la Salud.....	75
Modelo de la Conducta Planeada.....	77
Modelo de la Acción Razonada.....	79
Modelo de Auto-eficacia.....	81
Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales.....	83
Educación Sexual en México, breve reseña histórica.....	93

Programas de intervención en México.....	102
Programas de Intervención.....	108
Características para el diseño e implementación de programas efectivos.....	136
CAPÍTULO 4	
MÉTODOLOGÍA.....	144
CAPÍTULO 5	
CONCLUSIONES.....	152
REFERENCIAS.....	162
ANEXOS.....	174

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo diseñar un taller basado en el modelo IMB de Fisher y Fisher (2002) sobre comunicación sexual asertiva entre padres e hijos adolescentes, en donde se pretende enseñarles a los padres mediante técnicas específicas, estrategias para una comunicación más efectiva con sus hijos, dotándolos en primera instancia, como señala el modelo, de información sobre adolescencia, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, embarazo, aborto y uso del condón. Se planteó que en cada sesión se les motivara para conocer y hablar sobre los tópicos de sexualidad seleccionados y se programaron también sesiones en donde se les dotará de habilidades conductuales para que se las enseñen a sus hijos, para que a partir de esto se dé la comunicación sexual asertiva y de esta manera puedan prevenir las conductas sexuales de riesgo. Se propone que participen 15 padres de familia, de cualquier sexo y podrán asistir uno o ambos padres de familia. Los asistentes deberán contar con una edad comprendida entre los 30 y 40 años, tener al menos un hijo adolescente el cual tenga una edad entre 11 y los 15 años. Para la evaluación de este programa se diseñó exprofeso un instrumento para evaluar la comunicación sobre temas sexuales entre los padres con sus hijos en tres áreas: Información, Motivación y Habilidades Conductuales. Se utilizará un diseño pretest-postest con intervención. Este estudio constará de cuatro fases: Fase 1. Convocatoria, Fase 2. Pre-evaluación, Fase 3. Aplicación del “Taller de comunicación sexual asertiva para padres”, Fase 4. Post-evaluación. Finalmente se sugiere para quienes retomen esta propuesta y lo lleven a la práctica que realicen los siguientes análisis: un análisis comparativo entre la Pre y la Post evaluación utilizando una *t de student* para grupos relacionados y así observar si existen diferencias significativas entre los datos obtenidos en la pre-evaluación y la post evaluación.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de cambios fisiológicos, biológicos y psicosociales, dichos cambios los sitúan como una población de alto riesgo en todas las áreas de la vida y una de las más importantes es la salud sexual, puesto que se encuentran expuestos a diversas conductas de riesgo que alteran su bienestar y su comportamiento (Florenzano, s/a), entre estas conductas se pueden encontrar al consumo del tabaco, alcohol y drogas, algunos actos delictivos, prácticas sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, entre otras (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007).

De esta forma, la OMS y la OPS (2000) mencionan que, es fundamental abordar las preocupaciones y los problemas referentes a la salud sexual de los adolescentes y encontrarles solución, no sólo porque quebrantan la salud sexual y, por ende, la salud en general de la persona, la familia y la sociedad, sino también porque su existencia puede indicar la presencia de otros problemas de salud, por ejemplo las adicciones, los problemas de alimentación, entre otros.

Un factor de protección y prevención de los problemas mencionados anteriormente es la comunicación sexual asertiva entre padres e hijos adolescentes (Ogle, Glasier & Riley, 2008), ya que como mencionan Ramírez y Escamilla (2003), el núcleo familiar es la primer institución que marca y regula los comportamientos sexuales, por lo que generalmente lo que los adultos piensan sobre la sexualidad tiene que ver con sus creencias y valores, que en la gran mayoría están inmersos en los “deberías”, creencias sobre la sexualidad que se heredan de generación en generación y que mantienen un discurso reduccionista sobre la sexualidad.

Otro elemento a considerar es la calidad de la comunicación que se brinda a los adolescentes, ya que ésta también es un factor importante, pues con el incremento en la disposición de los padres, el tipo de comunicación y el nivel de confianza, se pueden lograr grandes efectos positivos en la comunicación con sus

hijos (Afifi, Joseph & Aldeis, 2008; Miller, Levin, Whitaker & Xu, 1998; Stead, Brown & Fallowfield; 2001; Sullivan, Jaramillo, Moreau & Meyer, 1999).

La calidad de las relaciones entre padres e hijos influye en cómo el adolescente responde a las creencias de los padres sobre una conducta sexual apropiada (Eastman, Corona & Schuster, 2006; Teitelman, Ratcliffe, & Cederbaum, 2008). Esto debido a que la familia ocupa un lugar importante y su labor sólo será positiva si los padres y madres toman conciencia de la responsabilidad que implica enseñar sobre sexualidad, ya que de manera consciente o inconsciente, verbal o no verbal, transmiten a sus hijos las creencias, los estereotipos y las actitudes que ellos mismos tienen y que de una forma influyen en el desarrollo sexual en el adolescente (Rodrigo y Palacios, 1998; citado en Castillo, Gamboa y Baqueiro, 2007).

Ahora bien, las consecuencias de una falta de comunicación sexual asertiva entre padres e hijos en términos de problemas de salud sexual son: los altos índices de embarazos no deseados (Coll, s/a; García, 2010), abortos (Calero y Santana, 2001; González y Billings, 2002), infecciones de transmisión sexual (ITS) (Buil, Leter, Ross & De Pablo, 2001; OMS, 2006), VIH/SIDA en adolescentes (Afifi, Joseph & Aldeis, 2008; Allan Guttmacher Institute, 2000; Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yepéz, Abad-Franch & Aguilar, 2001) y aunado a esto las consecuencias familiares y sociales que estas conductas desatan (Andrade, Betancourt & Palacios, 2006; Delegrave, 2007) , por ejemplo el rechazo familiar, la deserción escolar, la falta de oportunidades laborales y problemas económicos, por mencionar algunos (Florenzano, s/a; Raffaelli, Bogenschneider & Fran, 1998).

Es importante señalar que la investigación de la sexualidad y el diseño de talleres de comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes es escasa en México (Fallas, 1999; citado en Rivero y Victoria, 2009), por ello hoy en día es necesario contar con un mayor número de investigaciones que aborden el tema y que permitan conocer con más detalle el o los significados de la sexualidad del mexicano a partir de su propia experiencia de vida, a fin de conocer una realidad particular, pues estos significados varían en distintas sociedades, épocas, grupos

étnicos y clases sociales (Fallas, op cit.). Si se logra lo anterior, es probable que se puedan brindar herramientas útiles para que la comunicación sexual asertiva sea una actividad común que realicen padres e hijos a fin de que posibiliten un desarrollo y ejercicio de la sexualidad más pleno y satisfactorio (Guilamo-Ramos, LCSW & Bouris, 2008).

Considerando todos los elementos señalados en párrafos anteriores, en el presente trabajo se propone un taller sobre comunicación sexual asertiva para padres de hijos adolescentes, en donde se programó enseñar a los padres mediante técnicas específicas, estrategias para una comunicación más efectiva entre ellos, mostrándoles en primera instancia los aspectos importantes de las conductas sexuales de riesgo y su prevención. Para lograrlo este taller se basó en el modelo IMB (Fisher y Fisher, 2002) que contiene tres características muy importantes para el cambio conductual, que son: Información, Motivación y Habilidades Conductuales, además de retomar las características que Kirby (2007) señala como indispensables para que un programa preventivo sea exitoso y se modifiquen los comportamientos sexuales de riesgo que realizan tanto padres y que finalmente transmiten a sus hijos, además de basarse en los aciertos de otros programas de intervención similares al presentado en este trabajo.

Con base en esos elementos, se diseñaron dos manuales, uno para el ponente y otro para los participantes. En el manual del ponente se ofrece la información que deberá brindar a los participantes de manera desarrollada, así como las actividades a realizar y la bibliografía que se sugiere revisar. Por su parte, el manual para el participante ofrece a los padres de familia la información de manera puntual y sencilla, a manera de que sus dudas puedan ser aclaradas con esa información, además de proporcionarles bibliografía a la que ellos pueden acceder con facilidad.

El presente trabajo está constituido por cinco capítulos. Dentro del primer capítulo se da a conocer la adolescencia como etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, los cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales

que conlleva, además de los aspectos que comprende dicho periodo para una mejor comprensión del tema principal de este trabajo.

En el segundo capítulo se plantea qué es la Salud Sexual y los distintos conceptos que se tienen acerca de ésta, así como los principales problemas de salud sexual en los adolescentes, los cuales son: *Embarazos no deseados*, por qué se presentan y sus consecuencias en la edad adolescente; *Aborto*, los tipos de aborto y sus consecuencias; de igual manera se abordan las *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)* en adolescentes, los diferentes tipos de ITS que existen, cómo se previenen, sus síntomas y tratamiento; exponiendo por último lo relacionado al VIH/SIDA, qué es, historia natural del VIH, formas de transmisión, prevención y tratamiento, mencionando datos epidemiológicos de cada uno de estos problemas.

En el capítulo tres se abordan los distintos modelos teóricos mediante los cuales se ha estudiado la salud sexual, con la finalidad de conocer cómo evalúan y explican los comportamientos y las situaciones de riesgo a las que los adolescentes se exponen. El tema de la educación sexual en México se expone de forma breve. Por último, se realiza un análisis crítico de los programas de intervención que se han propuesto para ayudar a los padres a comunicarse sobre temas de sexualidad con sus hijos.

Por otro lado en el cuarto capítulo se expone la metodología que deberá ser utilizada en el programa de intervención propuesto en este trabajo, en la cual se explica a detalle las características de los participantes para el taller, así como los criterios de inclusión, se menciona cómo deberá ser el escenario en donde se aplicará el taller, los materiales, aparatos e instrumentos a utilizar, el diseño de la evaluación y el procedimiento detallado del programa y las fases que contiene y, finalmente se describe el tipo de análisis estadístico que se deberá realizar a los datos obtenidos en la intervención.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones en donde se habla acerca de lo analizado en los programas de intervención revisados que evidencian

la necesidad de abordar los problemas de salud sexual de los adolescentes, tratando de explicar así, la importancia de la comunicación sexual asertiva entre padres e hijos y las consecuencias de la ausencia de dicha comunicación, a través de la propuesta de un programa de intervención adecuado a la población mexicana.

Finalmente se presentan las referencias utilizadas para llevar a cabo este trabajo, así como los anexos utilizados para como base para la realización del mismo, los cuales son: las cartas descriptivas del taller “Comunicación Sexual entre Padres e Hijos Adolescentes” propuesto por los autores de este trabajo, los manuales diseñados para aplicar el taller (manual del ponente y manual del participante) y finalmente, el instrumento que se utilizará para la pre y post evaluación.

CAPÍTULO 1

QUÉ ES LA ADOLESCENCIA

En este primer capítulo se da a conocer la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Este período de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que si no se vive satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta recibe por nombre *Adolescencia*. Debido a todos los cambios que conlleva, es de suma importancia conocer todos los aspectos que comprende dicho periodo para una mejor comprensión del tema principal de este trabajo.

Por ello, en los siguientes apartados se hablará de la adolescencia desde el punto de vista de diversos autores y los cambios que surgen durante esta etapa.

Conceptualización de la pubertad y la adolescencia

Es indispensable antes de abordar las características propias del desarrollo en la etapa de la adolescencia, definir dos conceptos básicos: adolescencia y pubertad.

La pubertad, es una etapa que se manifiesta con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en la completa maduración de los órganos sexuales, y en la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente (Paya, 1999). Esta etapa no es un incidente ambiental, pues todo ser humano tiene programado en sus genes el momento en que aparecerá la pubertad (Adair, 2000, citado en Santrock, 2004).

La pubertad puede definirse desde el punto de vista de diversos autores como:

- El fenómeno físico que acontece en la segunda década del ciclo vital y que transforma al cuerpo infantil en adulto, hasta alcanzar la maduración física y sexual (Peñacoba, Álvarez y Lázaro, 2006).

- La pubertad se refiere al período de crecimiento físico rápido y maduración sexual que pone fin a la niñez y produce por último una persona con el tamaño, las proporciones y la potencia sexual de un adulto. Las fuerzas de la pubertad son desencadenadas por una cascada de hormonas que disparan los signos externos de la vida adulta emergente. Aunque la edad de comienzo de la pubertad varía sustancialmente, la secuencia de desarrollo suele ser la misma en distintas culturas (Berger, 2006).
- En cada individuo la pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse (Horrocks, 1993).
- La pubertad se refiere a los años en los que tienen lugar los cambios relativos a la maduración sexual: aquellos años durante los cuales desarrollan las características sexuales primarias y secundarias maduras (Philip, 1999).
- Es la primera fase de la adolescencia caracterizada por la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración de las funciones sexuales. Como período de transición y de notable modificación fisiológica, ésta se caracteriza por frecuentes conflictos psicológicos unidos a la aceptación o el rechazo de la modificación corporal, que conlleva una reconfiguración de la identidad y de la forma de relacionarse con el mundo circundante (Galimberti, 2006).

De acuerdo a las definiciones de estos autores, en el presente trabajo se entenderá que, la pubertad no es más que todos aquellos cambios físicos como la aparición de los caracteres sexuales secundarios y con esto, la maduración sexual, que se desarrollan en el cuerpo del adolescente para alcanzar su maduración física y sexual.

Una vez abordado el período de la pubertad, se describen a continuación las definiciones que se han propuesto sobre la adolescencia.

- Pepin (1975) indica que esta etapa “es un período de crisis desarrollada en el lapso en que se realiza la evolución biológica pubertaria (crecimiento somático y madurez endocrino-genital)” (p.18).
- McKinney, Fitzgerald & Strommen (1982) indican que “el término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto” (p.3).
- Grinder (1993) señala que “la adolescencia es un período en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí, puesto que no hay dos personas que posean exactamente las mismas experiencias o que ocupen posiciones idénticas en la estructura social” (p.17).
- Horrocks (1993) dentro de sus puntos de referencia más importantes define a la adolescencia como “una época de desarrollo físico y crecimiento del desarrollo intelectual, en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, busca un estatus como individuo y en donde las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia” (p.14).
- Philip (1999) menciona que “La adolescencia es un período de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. La transición de una etapa a otra es gradual e indeterminada, y no se conoce la misma duración para todas las personas, pero la mayoría de los adolescentes, con el tiempo, llegan a ser adultos maduros, (...) es como un puente entre la niñez y la edad adulta sobre el cual los individuos deben pasar antes de realizarse como adultos maduros, responsables y creativos” (p.5).
- Nicolson y Ayers (2002) la definen como una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un período de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta. Por regla

general, se considera que comienza, aproximadamente, entre los 10 y los 13 años y termina entre los 18 y 20 años” (p.10).

- Santrock (2004) define a la adolescencia “como el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta; que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales (...) En la mayoría de las culturas actuales, la adolescencia se inicia aproximadamente entre los 10 y los 13 años y finalizan entre los 18 y 22 años en la mayoría de los individuos. Los cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales de la adolescencia van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia” (p.14).
- Berger (2006) a su vez, menciona que la adolescencia es “el periodo de transición, biológica, cognitiva y psicosocial desde la niñez hasta la adultez, que por lo general dura una década o más” (p.431).
- Montero (2006) señala que el término Adolescencia procede del vocablo latino *Adolescere*, que significa *crecer o desarrollarse hacia la madurez*.
- Peñacoba et al. (2006) define a la adolescencia como “el período psicosociológico de transición entre la infancia y la edad adulta, y entre su inicio y su fin podrían establecerse tres etapas: a) Adolescencia temprana: 11-14 años; b) Adolescencia media: 15-17 años y c) Adolescencia tardía: 18- 21 años” (p.114).
- Hall (s/a, citado en Ardila, 2007), menciona que “la adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más completamente, las cualidades del cuerpo y del espíritu son nuevas, el desenvolvimiento es menos gradual y más violento. El crecimiento proporcional cada año aumenta, siendo muchas veces el doble del que correspondería y aún más, surgen funciones importantes hasta ayer inexistentes” (p. 2).
- Delagrave (2007) define a la adolescencia como “una etapa de crecimiento importante, acelerado, durante el curso de la cual el joven aprende a

arreglárselas cada vez más sin sus padres, en esta etapa se cuestiona profundamente la identidad ya adquirida. Es una transformación que produce un sentimiento más personal y diferenciado de su identidad” (p.15).

Como se puede apreciar, de acuerdo al orden cronológico de las definiciones antes mencionadas, el concepto de *adolescencia* presenta muchas similitudes a lo largo de éstas décadas, lo que actualmente nos lleva a definir entonces a la *adolescencia* como: el período en el crecimiento de una persona que se encuentra entre la niñez y la etapa adulta, dicha etapa puede comprender desde los 10 años y los 20 años de edad y se caracteriza por la aparición de cambios fisiológicos, biológicos, sociales y psicológicos.

- La OMS (1975, 2011) por su parte plantea como una definición oficial de la adolescencia como el periodo durante el cual:
 - a) el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios hasta el de la madurez sexual;
 - b) los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niños a los de un adulto;
 - c) se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total u otro de relativa independencia

Y propone como el periodo de la adolescencia el comprendido entre los 10 y los 20 años de edad aproximadamente, pues puede abarcar muchos de los procesos antes señaladas, aun admitiendo al mismo tiempo que puede haber un margen de variación considerable entre los distintos medios culturales e incluso dentro de los mismos.

Menciona además las áreas del desarrollo del adolescente que son las siguientes:

- Desarrollo físico: pubertad, desarrollo sexual y desarrollo cerebral;
- Desarrollo psicológico:

- Desarrollo cognitivo: cambios en la manera de pensar;
- Desarrollo afectivo: sentimientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas; constituye la base de la salud mental;
- Desarrollo social: relaciones con la familia, los compañeros y el resto de las personas.

Con base en esto, puede resultar bastante complicado abordar el tema de la adolescencia, debido a que, todos los cambios que se presentan en esta etapa resultan difíciles de asimilar por los nuevos adolescentes, por ello se torna delicado comprender e incluso de aceptar tanto por él o ella como por la familia, lo que nos lleva a introducirnos más a fondo en estos cambios que caracterizan a esta etapa de crecimiento con la finalidad de comprender y contextualizar el objetivo del presente trabajo.

Cambios en la adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición que en un estadio con límites temporales fijos. Los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano (Paya, 1999).

No obstante, es importante saber que así como los cambios físicos y biológicos marcan el inicio de la adolescencia, ésta no sólo se basa en ellos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psicológicas y sociales. Estas transformaciones son de una graduación acelerada, a causa de ellas pueden presentarse dificultades que surgen en las relaciones del adolescente con el adulto (Paya, 1999; Ardila, 2007).

Por ello, a continuación se describirán más a detalle los cambios por los que el adolescente atraviesa durante esta etapa.

Cambios Biológicos y Cambios Físicos

Por cambios biológicos podemos entender a aquellos cambios que ocurren en el interior del cuerpo: los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, las habilidades motoras y los cambios hormonales de la pubertad, todos ellos reflejan el papel que desempeñan los procesos biológicos en el desarrollo adolescente y estos a su vez propician la aparición de los cambios físicos, que son aquellos a los que los niños(as) se van a enfrentar cuando entren a la etapa de la pubertad, cuando comienza la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como, el aumento de peso y de estatura. (Menéndez, 2006, citado en Rivero y Victoria, 2009).

En la actualidad la pubertad se presenta cada vez más pronto. Actualmente algunas niñas se vuelven púberes a los nueve años y en algunos niños el inicio de esta se sitúa hacia la edad de 11 años. Esto representa cambios físicos marcados y acelerados que resultan desestabilizantes para el adolescente (Delagrave, 2007).

Berger (2006) menciona que, estos cambios son como los del primer año de vida en velocidad y transformación, pero con una diferencia fundamental: los adolescentes están conscientes. Ellos observan con fascinación, horror y emoción los cambios que se desarrollan. Todas las partes del cuerpo cambian durante la pubertad porque las hormonas afectan todas las células. Para simplificar, la transformación de un niño en un adulto a menudo es dividida en dos partes, crecimiento y sexualidad. Pero en la realidad, ambas suelen ocurrir aproximadamente al mismo tiempo.

Los adolescentes, tienen un trabajo de integración para llevar a cabo, en lo que concierne a la imagen que tiene de sí mismo, debe hacer el duelo por la pérdida de la imagen de su cuerpo de niño, para integrar la imagen de ese nuevo cuerpo que no termina de transformarse durante un período de varios meses. Ese desequilibrio entre el cuerpo-niño y el cuerpo-adulto es difícil de vivir. Se trata de

aprender a aceptarse con su cuerpo tal como es, sin embargo, la inseguridad y la preocupación por la imagen exterior se presentan constantemente (Berger, 2006).

De esta manera, es un poco más fácil comprender la dificultad que puede representar para el adolescente vivir esta etapa, por ejemplo, en algunas niñas el hecho de tener que comenzar a usar sostén y de que sus formas comiencen a crecer les resulta bastante penoso debido a que no están acostumbradas y sienten las miradas sobre ellas. En el caso de los niños, el hecho de llegar a tener alguna erección mientras está en una clase o en una actividad con todos sus compañeros le resultará tanto penoso como incómodo, todo esto aunado con el acné juvenil para ambos sexos (Berger, op. cit. 2006).

Además, aprender a adaptarse a la función sexual, una nueva función que tendrá una gran importancia para el resto de su vida, no es una tarea que se realiza en semanas. Para Philip (1999), la maduración de los órganos sexuales se presenta durante la etapa de la pubertad tanto en los niños como en las niñas. La maduración sexual no sólo incluye el desarrollo de los órganos reproductores, sino también el de las características sexuales secundarias. Lo que significa la aparición del vello corporal, los cambios de voz, el desarrollo de los contornos corporales del hombre y mujer maduros, y otros cambios menores.

Entonces podemos decir que los cambios biológicos más importantes son los siguientes:

- La secreción de las **hormonas**, que son las responsables de la aparición del primer pelo del bigote en los chicos y del ensanchamiento de las caderas en las chicas. Estas son sustancias químicas muy potentes secretadas por las glándulas endocrinas y que le torrente sanguíneo transporta por todo el cuerpo. Hay dos clases de hormonas que tienen concentraciones significativamente distintas en ambos sexos. Los **andrógenos** son el principal tipo de hormonas masculinas y los **estrógenos** son el principal tipo de hormonas femeninas. No obstante, es importante tener en cuenta que, aunque estas hormonas predominan más

en un sexo que en el otro, están presentes en ambos sexos (Santrock, 2004).

- La **testosterona** es un andrógeno que desempeña un papel importante en el desarrollo puberal masculino, esta se asocia con el desarrollo de los genitales externos, el aumento de estatura y el cambio de voz. Mientras que el **estradiol** es un estrógeno que desempeña un papel importante en el desarrollo puberal femenino, se asocia con el desarrollo de los senos y el útero y se producen cambios esqueléticos, como el ensanchamiento de las caderas (Santrock, 2004).
- También se encuentra la **hormona del crecimiento** (*hipófisis*) la cual no solo secreta *gonadotropinas* que estimulan a los testículos y a los ovarios, sino que, a través de la interacción con el hipotálamo también secreta hormonas que, estimulan directamente el crecimiento y la maduración esquelética (Santrock, 2004).

Por otra parte, ocurren aún más cambios biológicos durante la pubertad, por ejemplo, en las niñas:

- Aparece la *menarquía*, la adolescente comienza su ciclo menstrual a los 12 o 13 años, aunque madura considerablemente tanto antes como después. La *menarquía* no sucede generalmente hasta que se han conseguido unas tasas de desarrollo máximo en altura y peso. Sin embargo, debido a la nutrición y el cuidado de la salud, las chicas comienzan la menstruación hoy en día antes que en generaciones anteriores (Stager, 1988, citado en Philip, 1999).

Y en los niños:

- Ocurre el cambio más importante en los testículos, el cual es el desarrollo de células esperma maduras. Este proceso por el cual se desarrolla la esperma recibe el nombre de *espermatogénesis*.

Los cambios biológicos mencionados anteriormente, dan pie a que se den cambios físicos notorios en los adolescentes. Según Philip (1999) los cambios físicos más importantes en las niñas son los siguientes:

- La **vagina** madura en la pubertad de muchas formas. Aumenta de tamaño y las mucosas se hacen más gruesas, más elásticas y toman un color más intenso.
- Los **labios mayores**, prácticamente inexistentes en la niñez se agrandan enormemente, así como también los **labios menores** y el **clítoris**.
- El **útero**, aumenta su tamaño al doble, mostrando un progresivo aumento desde los 10 a los 18 años de edad.
- Los **ovarios** aumentan grandemente de tamaño y en peso. Muestran generalmente un crecimiento bastante constante desde el nacimiento hasta los 8 años e edad. Desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 o 13 años), el ritmo de crecimiento se acelera un tanto, pero el aumento más rápido sucede una vez que se alcanza la madurez sexual.
- Las **trompas de Falopio** transportan a los óvulos desde los ovarios hasta el útero.

En los niños:

- El desarrollo de los **testículos** y del **escroto** se acelera, comenzando en torno a los 11 años y medio con un rápido crecimiento hasta los 13 años y medio.
- El **epidídimo** es un sistema de conductos, que corren desde los testículos a los conductos deferentes, donde el esperma madura y es almacenado. Antes de la pubertad, el epidídimo es relativamente grande, en comparación con los testículos, tras la maduración, el epidídimo es solo una novena parte de los testículos.

- El **pene** duplica su longitud y su diámetro durante la adolescencia, teniendo lugar el cambio más rápido entre los 14 y 16 años. La cabeza del pene (*glante*) está cubierta por un pliegue de piel suelto, el *prepucio*, el cual es eliminado con frecuencia quirúrgicamente en la circuncisión debido a razones higiénicas y religiosas.
- La **erección** del pene es posible desde la infancia; está puede ser causada por una ropa estrecha, por irritación local, la necesidad de orinar, o la estimulación manual.

Una vez mencionados todos estos cambios biológicos y físicos que acompañan a la pubertad pasaremos a hablar de los efectos psicológicos que propician los cambios mencionados anteriormente.

Cambios Psicológicos

Como ya se ha descrito, la adolescencia es una etapa de cambios, tanto a nivel físico como social y cognitivo, y todos esos cambios influyen en la personalidad. Estos cambios afectan especialmente al autoconcepto, la autoestima, el desarrollo moral y la consolidación de la identidad y a su vez, provocarán dudas, incertidumbre, e incluso crisis que el adolescente irá resolviendo hasta entrar en la edad adulta, etapa de mayor estabilidad (Peñacoba et al., 2006).

En los inicios de la adolescencia el autoconcepto se basa fundamentalmente en características corporales, en el aspecto físico. Más adelante, la autoestima también adquiere nuevas dimensiones durante la adolescencia, cobrando relevancia los aspectos relacionados con la orientación profesional, el atractivo físico y las relaciones sexuales (Peñacoba, et al., 2006).

Durante la adolescencia, los juicios morales se basan en las expectativas del grupo social, dado que se busca la aprobación de los otros siguiendo las reglas socialmente impuestas. Estos cambios en el desarrollo moral hacen de la adolescencia una etapa ambivalente, dado que, en algunos jóvenes, se

incrementan tanto los comportamientos de carácter delictivo como los comportamientos de carácter prosocial (Peñacoba et al., 2006)

Es así como el desarrollo psicosocial durante la adolescencia puede entenderse mejor como una búsqueda de la identidad para una definición coherente de sí mismo. La búsqueda de la identidad conduce a la crisis primaria de la adolescencia, una crisis en la cual las personas jóvenes luchan por reconciliar un sentido consciente de singularidad individual con la lucha consciente por una continuidad de la experiencia y la solidaridad con los ideales de un grupo (Erikson, 1968, citado en Berger, 2006).

Erikson (op. cit. 2006) menciona también que, si bien la identidad personal comienza a forjarse desde la infancia y sufre variaciones a lo largo de todo el ciclo vital, es en la adolescencia donde presenta un momento crítico. El gran reto que debe asumir el adolescente antes de entrar en la edad adulta, es lograr alcanzar una identidad sólida y coherente.

James Marcia (1966, citado en Peñacoba et al. 2006) menciona que, a partir de la teoría de Erikson (1968, citado en Berger, 2006), identificó cuatro estados de identidad partiendo de la presencia o ausencia de un período de conflicto en el que se analizan las distintas alternativas al tiempo que se decide sobre ellas y del grado de adhesión a una ideología u ocupación. Estos estados son:

- Difusión de identidad: El adolescente no ha vivido todavía periodos de crisis ni ha creado compromisos con alguna vocación o creencia.
- Aceptación sin raciocinio o exclusión: Existe un compromiso con una ideología y unas metas elegidas por otras personas sin haber sufrido crisis.
- Moratoria: La persona está inmersa en un estado de crisis en el que evalúa las distintas opciones ideológicas y ocupacionales, sin llegar a establecer compromisos firmes con ninguna de ellas.

- Logro de identidad: La crisis ha sido superada de forma autónoma, tras una fase de toma de decisiones en la que se han establecido compromisos ideológicos y vocacionales.

Una vez lograda la identidad, la persona tendrá una autopercepción más real que le facilitará las relaciones interpersonales, y por tanto, le permitirá una mayor adaptación al entorno social (Marcia, 1966, citado en Peñacoba et al. 2006).

Por otra parte, existe una serie de factores que intervienen en el desarrollo afectivo. La forma en que interactúen y el grado en que influyen en el individuo estos factores imprimirán en su personalidad características propias. Los principales conceptos básicos de estos factores son: *necesidad, interés, emoción y sentimiento*. Al hablar de desarrollo afectivo de los adolescentes debemos partir de que sus emociones y sentimientos dependen de la satisfacción de sus necesidades, mismas que cambian continuamente por la variedad de situaciones y experiencias que éste vive (Ardila, 2007).

Maslow (citado en Ardila, 2007) hace una jerarquización de necesidades humanas y menciona que algunas de las necesidades de los adolescentes son:

- Ampliar sus relaciones con ambos sexos de acuerdo con su nueva etapa.
- Sentir que es tomado en cuenta por los demás.
- Poner en práctica sus ideales.
- Libertad proporcionada a su capacidad, para usarla sin prejuicio para sí mismo y para los demás.
- Crear y trabajar intensamente en algo útil.
- Estudio o trabajo adaptado a su necesidad.
- Disfrutar de actividades recreativas saludables y absorbentes.
- Pensar en su futuro.

- Tener confianza en sí mismo con reconocimiento de sus capacidades y limitaciones.

De esta forma, estas necesidades del adolescente lo llevarán a comenzar sus relaciones sociales que establecerán con su grupo de amigos. En el adolescente, la vida social pasa a centrarse en los amigos, y la relación con ellos se hará más intensa y estable. Sin embargo, la presencia que el grupo ejerce sobre el joven no es siempre positiva, por lo que pueden llegar a desencadenarse comportamientos antisociales (Peñacoba, 2006).

Así mismo, esta autora menciona que, la amistad durante la adolescencia se caracteriza por la reciprocidad (se ofrece y se busca apoyo emocional e instrumental), y por la búsqueda de intimidad (se comparten sentimientos, preocupaciones, ilusiones, información, expectativas, entre otras.).

Finalmente, otro tema de suma importancia es la sexualidad, un tema bastante amplio y de gran importancia hoy en día para los y las adolescentes, en el cual no solo se tiene que analizar a la sociedad, sino principalmente a la familia o el grupo humano que rodea a cada persona, debido a que es una de las características que involucra esferas más amplias en el ámbito biológico, psicológico y social, y es quien define la base que permite al individuo comprender el mundo como hombre o mujer (Cerezo, 2006, citado en Rivero y Victoria, 2009).

La sexualidad humana es única, ya que por esta se entiende el hecho de compartir y convivir de manera sexual con otra persona del mismo o distinto sexo sea el caso de cada individuo, además es una forma de comunicación amplia, trascendente entre los seres humanos y es la forma de expresión de un sentimiento complejo e integrativo, como lo puede ser el amor (Cerezo, 2006, citado en Rivero y Victoria, 2009).

A continuación se presentan los cambios sociales por los que pasa el adolescente.

Cambios Sociales

La socialización es la adquisición de las herramientas necesarias para funcionar en nuestra sociedad, este proceso se inicia muy pronto en la vida, a partir de que una persona entra en contacto con los demás y eso no termina nunca, la finalidad de este proceso es llegar a un equilibrio que nunca se logra completamente puesto que la vida día a día nos enfrenta con nuevas relaciones (Delagrave, 2007).

Gracias al proceso de socialización las personas adquirimos, los conocimientos, las normas y los valores de la sociedad, adaptándose así al entorno social (Montero, 2006). Dichos valores y normas se adquieren a partir de familia, ya que es tomada como el centro de este aprendizaje, es ahí donde el niño aprende cómo comportarse con los demás y eso se hace a menudo mediante la conducta no verbal y la imitación. Los jóvenes al desarrollar sus habilidades para hacer transacciones sociales descubren en forma progresiva las razones que incitan a los demás a actuar, además aprenden también cómo y cuándo interactuar (Montero, 2006).

En la adolescencia, el proceso de socialización toma una nueva dimensión, por ejemplo, en la familia:

- Ahora el joven debe salir del seno familiar y construirse una vida social autónoma. El querer impedir este movimiento puede crearle serios prejuicios y suscitar numerosos conflictos. Es necesario animar y mantener las tentativas que él haga para establecer contactos con el exterior, ya que es más alarmante mirar a un adolescente que tiene pocos contactos con el exterior que a un adolescente que está constantemente en vínculo con los demás (Delagrave, 2007).
- Las relaciones entre padres e hijos fluctúan con la llegada de la adolescencia por los frecuentes conflictos desencadenados por la vestimenta, las relaciones de pareja, el reparto de las tareas domésticas, las amistades, los estudios, etc. (Peñacoba et al, 2006). Y en opinión de

Smetana (1989, citado en Peñacoba et al, 2006; Andrade, Betancourt y Palacios, 2006) el adolescente suele considerar todos estos aspectos privados y cree que sus padres no deben opinar, ni establecer reglas sobre ello

- Otro cambio social dentro de la familia y motivo por el cual la relación de los padres y los adolescentes varía es por el cambio de imagen que los hijos tienen sobre sus padres. Este periodo es evolutivo, el adolescente tiene una opinión más crítica sobre los padres, reconociendo sus virtudes y defectos, al tiempo que se desecha la imagen idealizada de sabiduría y poder (Peñacoba, et al 2006; Barocio, 2008).

Sin embargo, es necesario hacer notar que pese a las nuevas dimensiones que deben tomar los adolescentes y la nueva construcción de su vida social, los adolescentes, hoy viven en una sociedad que está sufriendo rápidos cambios tecnológicos los cuales son tan grandes que pueden ser considerados como un cambio radical y profundo en la sociedad y en la estructura social (Philip, 1999; Gascón, Navarro, Gascón, Pérula de Torres, Jurado y Montes, 2003), por ejemplo:

- Según Philip (1999) el uso de la computadora y aunado a esto el uso de la red Internet que es una de las razones más importantes para el uso de este aparato y que ha llevado a que el proceso de socialización como se conocía hace algunas décadas este cambiando totalmente. Esta fuente de comunicación y socialización es como un gran almacén en el cual el joven, una vez conectado, puede tener conversaciones privadas y de grupo, unirse a discusiones en vivo, participar en juegos, hojear artículos, páginas de música, videos y en estos tiempos diversas redes sociales que han cambiado totalmente la forma de socialización (Vargas, Barrera, Burgos y Daza, 2005).
- La socialización "cara a cara" está siendo suplantada por la pantalla del ordenador. Ahora, cuando miramos a nuestros amigos a los ojos no vemos más que nuestro propio reflejo. Las nuevas tecnologías ponen a nuestro

alcance formas de crear relaciones personales con otros usuarios, de forma rápida y protectora. Por ello, necesitamos preguntarnos si las relaciones a través de la red pueden ser consideradas reales o si sólo se deben llamar así en el caso de haber un cara a cara entre los usuarios. Si bien, ejemplos de estos tipos de redes sociales actualmente utilizadas son: Twitter, Facebook, Hi5, Metroflog, mySpace, Messenger, entre otras (Blogger, 2009; 2011).

- Otro ejemplo muy notable hoy en día en los jóvenes es el uso de videojuegos y consolas que permiten que compitan con un contrincante “imaginario” lo que hace que el joven no necesite a nadie más con quien poder continuar con el proceso de socialización (Philip, 1999).

Por otra parte, un cambio social que ha tenido lugar en los últimos años se refleja en el incremento de la violencia entre los jóvenes y el aumento de delitos y drogadicción por parte de los mismos.

- Los adolescentes no solo tienen grandes porcentajes de implicación en crímenes violentos, sino que todos ellos han sido expuestos año tras año a la violencia física y a los disturbios del mundo. Además de esto, la violencia generada en el hogar y las muertes violentas hacia algunas tribus urbanas que no son del completo gusto de algunos jóvenes y que ponen en riesgo el proceso de socialización de los mismos, lo que puede generar cambios psicológicos en ellos como una baja autoestima, bajo autoconcepto, temor, fobias sociales, por mencionar algunos ejemplos (Philip, 1999).

Sin duda, estos cambios son también consecuencia de la ampliación del círculo social del hijo, y por tanto, de la disminución del tiempo y las actividades que comparten padres e hijos.

Una vez comprendida la diferencia entre pubertad y adolescencia y abordado a fondo el tema central de este capítulo se procede profundizar en otro tema de suma importancia para los adolescentes y la sociedad, los principales problemas de salud sexual que en la actualidad aquejan a los adolescentes.

CAPÍTULO 2

PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES

La adolescencia es una etapa de cambios fisiológicos, biológicos y psicosociales, dichos cambios los sitúan como una población de alto riesgo en todas las áreas de la vida y una de las más importantes es la salud sexual. Por ello el presente capítulo se abordará los principales problemas de salud sexual en los y las adolescentes.

Salud sexual

El término salud sexual se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad (OMS; OPS, 2000). La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (OMS; OPS, 2000).

Asimismo, la OMS (1975) define a la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Es así que, el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

1. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
2. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.

3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Tal noción de salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto de la sexualidad humana; la finalidad de la asistencia prestada en ese sector debe ser el disfrute intensificado de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación o las enfermedades de transmisión sexual (OMS, 1975).

No obstante, existen diversas conductas de riesgo que alteran el bienestar de los y las adolescentes lo que conlleva a que, a su vez, también se altere su comportamiento (Florenzano, s/a), entre estas conductas podemos encontrar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, algunos actos delictivos, prácticas sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, por mencionar algunas (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007; Villagrán y Díaz-Loving, 1992).

Las consecuencias de estas conductas en términos de problemas de salud han sido estudiadas sistemáticamente por la medicina de la adolescencia y por diversas especialidades clínicas. Mencionemos aquí solo rápidamente y a modo de ejemplo algunas de estas consecuencias; embarazos no deseados, las complicaciones obstétricas, psicológicas y sociales de estos embarazos, así como la mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual, entre ellos el VIH/SIDA y las consecuencias familiares y sociales que estas conductas desatan, entre estas podemos mencionar el rechazo familiar, la deserción escolar, la falta de oportunidades laborales como consecuencia de una escasa educación y problemas económicos, por mencionar algunas (Florenzano s/a).

De esta forma, la OMS y la OPS (2000) mencionan que, es fundamental abordar las preocupaciones y los problemas referentes a la salud sexual de los adolescentes y encontrarles solución no sólo porque quebrantan la salud sexual y, por ende, la salud en general de la persona, la familia y la sociedad, sino también porque su existencia puede indicar la presencia de otros problemas de salud.

Asimismo, tales inquietudes y problemas pueden ocasionar y perpetuar otros trastornos en la persona, la familia, la comunidad y la población en general.

Es así que, para poder conocer más a fondo las problemáticas de salud sexual que aquejan, principalmente a la población adolescente, en los siguientes apartados se abordarán los temas que abarcan dichos problemas, que son: ITS, VIH/SIDA, embarazo no deseado y aborto, ya que es fundamental tener en cuenta la gran importancia de la prevención de estos problemas.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) más comunes en adolescentes.

Las ITS, son un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo, el 85% de la población en estos países es sexualmente activa, por lo que el riesgo de contraer estas infecciones se incrementa, sin embargo, es necesario hacer saber que el problema no es que sean sexualmente activos, sino que no se protegen o tienen diversas conductas de riesgo, por ejemplo, sexo sin protección, conductas sexuales en estado de ebriedad, inclusive el compartir objetos como jeringas al utilizar algunas drogas (Ramírez, 2011).

La OMS (2006) anualmente señala que se producen más de 340 millones nuevos casos de ITS curables en todo el mundo, la población afectada se encuentra en un rango de entre los 15 y 49 años. De ellos se estima que 89 millones de casos se deben a *Chlamydia Trachomatis*, 62.2 millones de casos a gonorrea, 12.2 millones son casos de Sífilis, 20 millones a Herpes Genital, 270 millones de casos al Virus de Papiloma Humano (VPH) (de los cuales 27 millones presentan Condilomas genitales) y 170 millones son casos de Tricomoniasis (Merck Sharp, Dohme & MSD, 2010). Por otra parte, el Centro para el control de enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) estima que cada día se detectan 19 millones de infecciones nuevas, casi la mitad de ellas en jóvenes de 15 a 24 años (Merck Sharp et al., 2010).

En México, las ITS se sitúan entre los cinco primeros motivos de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se encuentran entre las diez

primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (NON, 1999, citado en IMSS, 2008).

Al respecto, el INEGI (2010) señala que, para los jóvenes de 15 a 19 años, la infección más común en el 2008, fue la candidiasis urogenital cuya tasa de incidencia es de 206.96 por cada 100 000 habitantes; a esta infección le sigue el Virus de Papiloma Humano que cuya tasa es de 11.48% y, finalmente, la tercera infección para este grupo de edad es la sífilis, que se ha incrementado de 2.01% a 5.72%.

En tanto que, para la población de 20 a 24 años, nuevamente la candidiasis urogenital presenta la mayor tasa de incidencia de casos nuevos, 520.74 por cada 100 000 habitantes en 2008. El segundo lugar lo ocupan las infecciones del Virus del Papiloma Humano, con 33.81 casos por cada 100 000 en el mismo año, en tanto que el Herpes Genital ocupa el tercer lugar con 12.05 por cada 100 000, y a partir de 2004 la sífilis ocupa este mismo lugar (INEGI, 2010).

Resulta importante remarcar que, mientras en los jóvenes de 20 a 24 años la tasa de incidencia de casos nuevos por sífilis se ha mantenido entre 2000 y 2008 (3.91 y 3.87, respectivamente), entre la población de 15 a 19 años ha aumentado al pasar de 2.20 a 5.72 (INEGI, 2010).

Ante esto se puede observar que las ITS se encuentran bastante presentes en la población adolescente, lo cual es de suma importancia debido a que es una situación de riesgo para la comunidad adolescente que se debe de abordar desde diversas disciplinas, el presente estudio la abordará desde el punto de vista psicológico, par así, poder hacer cambio en las conductas de riesgo para los adolescentes (Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yepéz, Abad-Franch y Aguilar, 2001; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003).

De esta manera, una vez analizados los datos epidemiológicos de las ITS, y su importancia para la población, principalmente en los adolescentes de 13 a 24 años, es elemental conocer un poco más sobre las ITS, cuáles son las más comunes que se presentan en esta población, para lograr un conocimiento y

comprensión más a fondo de las mismas. Algunas de estas ITS se mencionarán ampliamente en los siguientes apartados y entre ellas se encuentran: Herpes Genital, Tricomoniasis, Gonorrea, Sífilis, Clamidia, Ladillas, Candidiasis, el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el VIH/SIDA.

¿Qué es una ITS?

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son infecciones que una persona le puede pasar a otra cuando tengan relaciones sexuales (Klein, Miller y Thomson, 2010).

Merck Sharp, Dohme & MSD (2010) menciona que, el desconocimiento o la falta de información son siempre obstáculos para resolver cualquier tipo de problemas, y eso es particularmente cierto cuando están implicadas las ITS y el VIH/SIDA. Ese desconocimiento puede encontrarse en todo tipo de personas y en todos los grupos de edad. Ante esto, es importante saber y dar a conocer que las ITS pueden ser causadas por hongos, parásitos, bacterias y virus que se han descubierto, son más de 20 agentes causales (CELSAM, 2006, citado en Rivero y Victoria, 2009), además que las ITS pueden afectar a los hombres, las mujeres y sus hijos (Klein et al, 2010).

Si no se tratan, las ITS pueden causar problemas de salud graves, como por ejemplo, embarazo tubárico, cáncer del cuello de la matriz, o infertilidad, por esto, cuando una persona se encuentra infectada debe recibir tratamiento lo antes posible ya que, cuando una persona tiene una ITS, puede contagiarse más fácilmente de otra ITS, incluso de VIH (Klein, Miller y Thomson, 2010).

Klein (2010), mencionan que para contagiarse de una ITS, una persona tiene que tener contacto íntimo con otra persona ya infectada. El contacto íntimo puede ser el sexo con penetración (con el pene del hombre dentro de la vagina de la mujer), el sexo anal (el pene en el ano) o, rara vez, el sexo oral (tocar los genitales o el ano con la boca). Sin embargo, a veces, para contagiarse, basta que una persona infectada frote sus genitales contra los genitales de otra persona. Un bebé también se puede contagiar de una ITS si su madre tiene una

infección, ya sea por medio de la sangre de la madre durante el embarazo, o cuando el bebé atraviesa la vagina, durante el parto.

Herpes Genital

El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por el Virus del Herpes Simple 2 (VHS-2) (CDC, 2009; Corona, Conde, Barrón y Sánchez, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 536 millones de personas en el mundo, entre los 15 y 49 años de edad, están infectadas con el virus del herpes genital, que se contrae por contacto sexual, además se indica que cada año, 20 millones de nuevos casos son reportados y que se trata de personas que resultan infectadas por este virus que se contagia para toda la vida. Este primer estudio global sobre la prevalencia del herpes genital estima que 16 por ciento de la población mundial entre los 15 y 49 años está infectada, y se concluye que el virus es más frecuente en las mujeres que en los hombres (Jakubowicz, 2011).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) la infección por herpes genital en la población de 15 a 19 años de edad ocupa el tercer lugar con 12.05 por cada 100 000 habitantes.

Formas de transmisión

Esta ITS, se contagia por contacto directo de piel con piel del sitio infectado durante el sexo vaginal, anal u oral, (IMSS, 2005; CDC, 2009). La transmisión puede darse a partir de una pareja sexual infectada que no tiene una llaga visible y que no sepa que está infectada (IMSS, CDC, op cit.)

Sintomatología

La mayoría de las personas infectadas por el VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos (CDC, 2009). Cuando se manifiestan los signos, usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en

los genitales o el recto o alrededor de los mismos por donde entra el virus. Las ampollas se rompen formando úlceras dolorosas (llagas) que pueden tardar de dos a cuatro semanas en curarse la primera vez que se presentan. Típicamente, puede presentarse otro brote semanas o meses después del primero, pero casi siempre es menos intenso y de más corta duración. A pesar de que la infección puede permanecer en forma indefinida en el organismo, la cantidad de brotes tiende a disminuir a medida que pasan los años (CDC, op cit.).

En muchos adultos el herpes genital puede causar dolorosas llagas genitales recurrentes y la infección por el herpes puede ser grave en personas con sistemas inmunitarios deprimidos sean graves o no los síntomas, el herpes genital causa con frecuencia angustia emocional en las personas que saben que están infectadas. Es importante que las mujeres eviten contraer el herpes durante el embarazo porque una infección adquirida durante una etapa avanzada del embarazo conlleva un mayor riesgo de que el virus sea transmitido al bebé. Si una mujer tiene herpes genital activo al momento del parto, se realiza por lo general un parto por cesárea. El herpes puede contribuir a la propagación del VIH, el virus que causa el sida. El herpes puede hacer que las personas se vuelvan más susceptibles a la infección por el VIH y que las personas infectadas por el VIH sean más infecciosas (CDC, 2009).

Tratamiento

No existe un tratamiento que pueda curar el herpes, pero los medicamentos antivirales así como las pomadas que se recetan pueden acortar y prevenir los brotes durante el tiempo que la persona toma los medicamentos. Adicionalmente, la terapia supresora diaria contra el herpes sintomático puede reducir la posibilidad de transmisión a las parejas sexuales de las personas infectadas (CDC, 2009).

Formas de prevención

Según la CDC (2009) algunas formas de prevención del Herpes genital son:

- Abstenerse del contacto sexual o tener una relación duradera, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada
- Los condones pueden reducir el riesgo de contraer herpes genital si se usan adecuadamente cada vez que tenga relaciones sexuales, pero el condón sólo protege el área del cuerpo que cubre, o sea que las áreas que el condón no cubre se pueden infectar.
- Lavarse los genitales, orinar o darse duchas vaginales después de tener relaciones sexuales no evitará ninguna enfermedad transmitida sexualmente.

Tricomoniasis

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual (ITS) frecuente que afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo más frecuentes los síntomas en las mujeres (CDC, 2009). Esta ITS es causada por el protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis* (Carrada, 2006).

Según la OMS (citado en Cadena, et al, 2006), se tiene un estimado anual de 180 millones de personas afectadas en el planeta.

De acuerdo con los registros del Sistema Nacional de Casos Nuevos de Enfermedades, la tricomoniasis urogenital (A50.9) figuró entre las 20 causas principales de morbilidad, tasa de incidencia poblacional 38.46 por 100,000 habitantes; sin embargo, la tasa específica en las mujeres fue 74.34 contra sólo 2.19 en los varones: 34 mujeres por cada hombre (Carrada, 2006). El 100% de las parejas sexuales de hombres con tricomoniasis tiene la infección confirmando su importancia en la propagación (Cadena, et al, 2006).

La incidencia de la infección en el hombre es menor que en la mujer y con frecuencia es asintomática (Cadena, op cit.).

Formas de transmisión

El CDC (2009) indica que, la vagina es el sitio más común donde ocurre la infección en las mujeres mientras que en los hombres es en la uretra, el parásito se transmite a través de las relaciones sexuales con una pareja infectada ya sea por el contacto entre el pene y la vagina o por el contacto de vulva a vulva (área genital en la parte externa de la vagina). Las mujeres pueden contraer esta enfermedad de un hombre o de una mujer que tiene la infección pero los hombres suelen contraerla solamente por el contacto con mujeres infectadas.

Sintomatología

En las mujeres, los síntomas pueden ser: secreciones vaginales amarillas-verdosas abundantes y espumosas, malolientes, comezón o enrojecimiento vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, malestar en la zona baja del abdomen y orinar frecuentemente (Cadena, et al, 2006), mientras que los hombres, generalmente no presentan síntomas, sin embargo, cuando los hay estos son: secreciones espumosas, picazón, ardor en el pene y dolor al orinar (IMSS, 2008).

Tratamiento

El tratamiento es a base de antibióticos, el cual debe darse también a la pareja sexual, no tener relaciones sexuales durante el tratamiento y usar condón hasta que se confirme la cura de la enfermedad (IMSS, 2008).

Cadena (et al, 2006) indican que la tricomoniasis suele curarse con una dosis oral única del metronidazol, además de que, los síntomas de la tricomoniasis en hombres infectados puede que desaparezcan en unas cuantas semanas sin tratamiento alguno. Sin embargo, un hombre infectado, aun cuando nunca haya tenido síntomas o cuyos síntomas hayan desaparecido, todavía puede continuar infectando o re-infectando a su pareja sexual hasta que no se

trate la infección. Por lo tanto, ambos en la pareja deben tratarse la infección al mismo tiempo para eliminar el parásito.

El hecho de que una persona haya tenido tricomoniasis una vez no significa que no pueda tenerla de nuevo. Una persona puede seguir siendo susceptible a la reinfección aun cuando se haya curado con el tratamiento (Cadena, et al, 2006).

Formas de prevención

La manera más segura de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual es la abstención del contacto sexual, o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas de detección y que se sabe que no tiene ninguna infección. Los condones de látex para los hombres, cuando se usan de manera habitual y correcta, pueden reducir el riesgo de transmisión de la tricomoniasis (CDC, 2009).

Gonorrea

La Gonorrea es una enfermedad bacteriana frecuente que se transmite por el contacto sexual y en el periodo perinatal. El agente causal es la bacteria conocida como *Neisseria gonorrhoeae*.

En México su incidencia se ha mostrado claramente descendente durante los últimos 50 años, ya que pasó de 213 casos por cada 100 000 habitantes en 1941 a 20 casos sobre el mismo denominador en 1989. En esta década la tendencia en México se mantiene descendente, ya que las tasas de casos nuevos notificados para 1995 y 1996 fueron de 8.8 y 13.7 por cada 100 000 habitantes, respectivamente. Sin embargo, en México se han realizado pocos estudios sobre la epidemiología de la infección por *N. Gonorrhoeae*, la mayoría se ha limitado a estimar la prevalencia de infección fundamentalmente en grupos de riesgo como son las trabajadoras sexuales (TS) (Conde y Uribe, 1997).

En varios estudios de investigación previos, se demostró que en la República Mexicana el grupo de riesgo más alto son las sexoservidoras comerciales con prevalencia de infección gonocócica del 11.5 a 11.6 por ciento, aunque la seroprevalencia fue 31.2%. El segundo grupo de interés epidemiológico son los homosexuales con prevalencia de 2.8% en el exudado uretral y 8.0%. En los registros epidemiológicos de México hubo disminución aparente de la Gonorrea del 21.27 por 100,000 habitantes en 1987 a sólo 14.77 en 1998 y 13.7 en 1999. Se tiene poca información sobre la epidemiología reciente de la gonorrea en México (Carrada, 2007).

Por su parte, Buil, Lete, Ros y De Pablo (2001), mencionan que igualmente presenta un incremento hasta 1985 con un descenso progresivo a partir de ese año. En el año 1998 la tasa fue de 5,51 por 100.000 habitantes. Es más frecuente en varones quizá por cursar de forma subclínica en mujeres. La mayor disminución se ha observado en varones heterosexuales.

Formas de transmisión

En cuanto a la forma de contagio, la gonorrea se contagia a través del contacto sexual. Este incluye el contacto del pene con la vagina, del pene con la boca, del pene con el recto y de la boca con la vagina. La gonorrea también puede ser contagiada de la madre al hijo durante el parto (Carrada, 2007).

Sintomatología

Los síntomas en el hombre referente a la manifestación principal de la gonorrea es la uretritis aguda, con un periodo de incubación de 2 a 5 días y rangos que oscilan entre 1 y 10 días. En la mujer la infección se localiza en el endocérvix. Menos frecuente se infectan otras mucosas, tales como recto, orofaringe y conjuntiva. La infección en la mujer lleva complicaciones como salpingitis aguda, una de las principales causas de infertilidad (Thompson, 2000).

El IMSS menciona que es fácil detectarla en el hombre ya que produce una secreción purulenta por la uretra con intenso dolor al orinar. En la mujer, es más

difícil detectarla ya que generalmente no da molestias y sí las da, no es muy específica, confundiéndose con otras infecciones genitales que produzcan una secreción purulenta por la vagina. La mujer sin síntomas y que tiene varias parejas sexuales es potencialmente infectante (IMSS, 2010).

Tratamiento

Las cepas de Gonorrea son, por lo general, resistentes a las penicilinas y tetraciclina, por tanto, el tratamiento de elección son las cefalosporinas de tercera generación como la cefixima 400 mg, VO, o la ceftriaxona 125 mg, intramuscular. Levofloxacin 250 mg VO o ciprofloxacina 500 mg, ambas en dosis única. Dado que el 50% de los casos con uretritis gonorréica tienen coinfección simultánea por *Chlamydia trachomatis*, se ha recomendado añadir la doxiciclina 100 mg VO, dos veces diarias, por siete días o bien, azitromicina 1 g, intramuscular (Carrada, 2007).

Formas de prevención

La manera más segura para evitar el contagio de la gonorrea es limitando la cantidad de compañeros sexuales, utilizando un condón masculino o femenino, si se piensa que puede estar infectado(a) o haber estado expuesto(a), evitar todo contacto sexual y acudir a una clínica de infecciones de transmisión sexual (ITS), a un hospital o visitar al médico, además de, notificar a todos los contactos sexuales de inmediato para que puedan ser examinados y tratados por un médico (Carrada, 2007).

Sífilis

La sífilis es causada por la bacteria *Treponema pallidum* y es curable si se detecta a tiempo. Se presenta por lo regular 21 días después de haber tenido el contacto sexual.

Durante 1998 y 2000, la Secretaría de Salud de México registró 1,732 y 1,824 casos anuales de sífilis adquirida (tasa de 1.82 por 100,000 habitantes),

estas cifras, parecerían indicar que la sífilis es un padecimiento poco frecuente en este país, sin embargo se encontró que En 1,371 hombres quienes solicitaron diagnóstico de VIH en el CONASIDA en 1992, se encontró una prevalencia de los anticuerpos séricos contra *T. pallidum* de 15.1%. En diversas seroencuestas efectuadas en sexoservidoras mexicanas entre 1992 y 1999, se registró una positividad variable del 6.4% al 16.2%. En las usuarias de los servicios de ginecología y planificación familiar de la ciudad de México y de Cuernavaca, Mor. en 1994-1995, la prevalencia de anticuerpos treponémicos fue en 1.1% a 2.5%. Esta información indica la existencia de un enorme subregistro de los casos infectados, y los médicos generales deberían estar más alertas al considerar que la sífilis es una de las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) de más frecuente hallazgo (Carrada, 2003).

Sintomatología

La lesión inicial es una úlcera no dolorosa, con secreción serosa de base dura en los genitales (glande, prepucio, surco balanoprepucial en el hombre; labios mayores o menores, vulva en la mujer), acompañada de inflamación de los ganglios de la ingle, esta úlcera desaparece espontáneamente después de 3 a 4 semanas, dando la falsa sensación de curación. Pero no es así, ya que la enfermedad silenciosamente se difunde por todo el organismo, apareciendo algunos meses después una serie de manchas en la piel e inflamación de los ganglios de la axila, cuello e ingle, lo que se llama sífilis secundaria; si la persona tiene contacto sexual en esta etapa, puede transmitir la enfermedad. Con el paso del tiempo, la enfermedad puede producir insuficiencia cardiaca, falta de memoria, parálisis y la muerte; lo que es la sífilis terciaria (IMSS, 2010).

Según el CDC (2009), las fases de la sífilis son las siguientes:

Fase primaria: La fase primaria de la sífilis suele estar marcada por la aparición de una sola úlcera (llamada chancro), pero puede que haya muchas. El tiempo que transcurre entre la infección por sífilis y la aparición del primer síntoma puede variar de 10 a 90 días (el promedio es de 21 días). Por lo general, el

chancro es firme, redondo, pequeño e indoloro y aparece en el sitio por donde la sífilis entró al organismo. El chancro dura de 3 a 6 semanas y desaparece sin ser tratado. Sin embargo, si no se administra el tratamiento adecuado, la infección avanza a la fase secundaria.

Fase secundaria: La fase secundaria se caracteriza por erupciones en la piel y lesiones en las membranas mucosas. Esta fase suele comenzar con la aparición de una erupción en la piel en una o más áreas del cuerpo. Por lo general, la irritación no produce picazón. Las erupciones de la piel asociadas a la sífilis secundaria pueden aparecer cuando el chancro se está curando o varias semanas después de que se haya curado. La erupción característica de la sífilis secundaria puede tomar el aspecto de puntos rugosos, de color rojo o marrón rojizo, tanto en la palma de las manos como en la planta de los pies. Sin embargo, en otras partes del cuerpo también pueden aparecer erupciones de aspecto distinto, o que son similares a las causadas por otras enfermedades. Algunas veces, las erupciones asociadas a la sífilis secundaria son tan leves que pasan desapercibidas. Además de estas erupciones, puede que se presenten otros síntomas durante la fase secundaria de la sífilis, como fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, caída del cabello en algunas áreas, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria desaparecen aun si no son tratados, pero si no se administra tratamiento la infección progresará a la fase latente y posiblemente hasta la última fase de la enfermedad.

Fases latente y terciaria: La fase latente (oculta) de la sífilis comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. Sin tratamiento, la persona infectada seguirá teniendo sífilis aun cuando no presente signos o síntomas ya que la infección permanece en el cuerpo. Esta fase latente puede durar años. La fase terciaria de la sífilis se puede desarrollar en un 15% de las personas que no han recibido tratamiento para la enfermedad y tiende a aparecer de 10 a 20 años después de que se contrajo la infección. En esta fase avanzada la sífilis puede dañar órganos internos como el cerebro, los nervios, los

ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones. Los signos y síntomas de la fase terciaria de la sífilis incluyen dificultad para coordinar los movimientos musculares, parálisis, entumecimiento, ceguera gradual y demencia. El daño puede ser grave y causar la muerte (CDC, 2009).

Tratamiento

El tratamiento para estas enfermedades es a base de antibióticos los cuales deben ser recetados por un médico; este tratamiento si se cumple es 100% efectivo. La pareja sexual debe recibir también tratamiento y evitar tener relaciones sexuales durante el mismo (IMSS, 2010).

La sífilis es fácil de curar en sus fases iniciales. Si una persona ha tenido sífilis durante menos de un año, la enfermedad se curará con una sola inyección intramuscular de penicilina, que es un antibiótico. Si una persona ha tenido sífilis por más de un año, necesitará dosis adicionales. Existen otros antibióticos para tratar la sífilis en personas que son alérgicas a la penicilina. La sífilis no puede curarse con remedios caseros ni con medicamentos que se venden si receta médica. El tratamiento médico matará la bacteria de la sífilis y evitará que cause más daños, pero no remediará los perjuicios ya ocasionados.

Las personas que estén tratándose contra la sífilis deben abstenerse de tener contactos sexuales con parejas nuevas hasta que las úlceras sifilíticas se hayan curado por completo. Las personas que tienen sífilis deben avisar inmediatamente a sus parejas para que se sometan a pruebas y reciban tratamiento si es necesario. (CDC, 2009).

Clamidia

Causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Los síntomas aparecen generalmente después de 7 a 14 días después de ser infectado.

En México se reportan prevalencias de *C. trachomatis* del 9% en mujeres que acuden a clínicas de Enfermedades de Transmisión Sexual, de 18% a 64%

en clínicas de esterilidad, 15.5% en embarazadas, un 22% asociado a pérdida de embarazo y 4% en población abierta. Algunos autores reportan asociación entre *C. trachomatis* y Virus del Papiloma Humano. (Fagundo, s/a).

Sintomatología

Esta enfermedad no se ve, no tiene signos. Cuando existen síntomas en los hombres típicamente incluyen dolor al orinar o secreciones del pene. Por lo general las mujeres con clamidia no tienen ningún síntoma. (IMSS, 2010).

De acuerdo a NSW Health (2002). Si una mujer tiene clamidia, es posible que note: calambres o dolores en la parte inferior del abdomen, cambios en su menstruación (es decir cambios en sus períodos), dolor al orinar, hemorragias o dolor durante o después del acto sexual, y cambios en el flujo vaginal, mientras que el hombre es posible que note: una secreción del pene, dolor al orinar, hinchazón y dolor en los testículos.

Tratamiento

La infección por clamidia puede ser fácilmente tratada y curada con antibióticos. Los tratamientos usados más frecuentemente son una dosis única del medicamento azitromicina o una semana de tratamiento con doxiciclina (dos veces al día), Es necesario que la(s) de la persona infectada tomen el tratamiento y abstenerse de tener relaciones sexuales hasta el término de tal, de lo contrario podría volver a infectarse (CDC, 2009).

Formas de prevención

Al igual que algunas de las ITS anteriores, la manera más segura para evitar el contagio de la clamidia es limitando la cantidad de compañeros sexuales, utilizando un condón masculino o femenino, si se piensa que puede estar infectado(a) o haber estado expuesto(a), evitar todo contacto sexual y acudir a una clínica de infecciones de transmisión sexual (ITS), a un hospital o visitar al médico, además de, notificar a todos los contactos sexuales de inmediato para que puedan ser examinados y tratados por un médico (Carrada, 2007).

Candidiasis

Según el Sistema Nacional Vigilancia Epidemiológica (2009), la Candidiasis urogenital está considerada como una enfermedad de transmisión sexual, es la responsable de una vulvovaginitis. Los agentes causales pueden ser la *Candida Albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Dubliniensis* y a veces otras especies de *Candida*. Su distribución es mundial, el reservorio es el ser humano, el periodo de incubación es variable, de dos a cinco días, el periodo de transmisibilidad es mientras duran las lesiones o secreciones.

Las estadísticas que este mismo Sistema presentó ante la epidemiología de esta infección muestra que en el año 2008 ocupó el catorceavo lugar con 295 914 casos e incidencia de 277.38, por cada 100 000 habitantes.

Formas de transmisión

El hongo *Candida* normalmente reside en la piel o en los intestinos. Desde estas zonas se puede propagar hasta los genitales. La *Candida* no suele ser transmitida sexualmente (MSD, 2010).

Es una causa muy frecuente de vaginitis. La candidiasis genital se ha vuelto muy frecuente, principalmente debido al uso cada vez mayor de antibióticos, contraceptivos orales y otros fármacos que modifican las condiciones de la vagina de un modo que favorece el crecimiento del hongo. La candidiasis es más frecuente entre las mujeres embarazadas o que están menstruando y en las diabéticas. Con mucha menos frecuencia, el uso de fármacos (como los corticosteroides o la quimioterapia contra el cáncer) y la presencia de enfermedades que suprimen el sistema inmunitario (como el SIDA) pueden facilitar la infección (MSD, 2010).

Sintomatología

Los síntomas en la mujer son: comezón, enrojecimiento e hinchazón vulvar, que generalmente se incrementa en la segunda mitad del ciclo menstrual, flujo blanco

con aspecto de yogurt, dolor en el contacto sexual y orinar frecuentemente con dolor.

En el hombre cuando llega a presentar síntomas, es comezón intensa. El tratamiento es a través de antimicóticos (antihongos), los cuales deben ser recetados por un médico, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad (IMSS, 2008).

Tratamiento

En las mujeres, la candidiasis se trata lavando la vagina con agua y jabón, secándola con una toalla limpia y luego aplicando una crema antimicótica que contenga clotrimazol, miconazol, butoconazol o tioconazol y terconazol. Alternativamente, se administra ketoconazol, fluconazol o itraconazol por vía oral. En los hombres, el pene (y el prepucio en los no circuncidados) debe ser lavado y secado antes de colocar una crema antimicótica (que contenga, por ejemplo, nistatina).

En ciertos casos, las mujeres que ingieren contraceptivos orales deben dejar de usarlos varios meses durante el tratamiento de la candidiasis vaginal, porque pueden empeorar la infección. Ciertas mujeres que corren riesgo de contraer candidiasis vaginal, como las inmunodeprimidas, o han tomado antibióticos durante mucho tiempo, pueden necesitar un fármaco antimicótico u otra terapia de prevención (MSD, 2010).

Formas de prevención

La manera más segura para evitar el contagio de la clamidia es limitando la cantidad de compañeros sexuales, utilizando un condón masculino o femenino, si se piensa que puede estar infectado(a) o haber estado expuesto(a), evitar todo contacto sexual y acudir a una clínica de infecciones de transmisión sexual (ITS), a un hospital o visitar al médico, además de, notificar a todos los contactos sexuales de inmediato para que puedan ser examinados y tratados por un médico (Carrada, 2007).

Virus del Papiloma Humano (VPH)

Los virus del papiloma son virus ADN tumorales que se encuentran ampliamente en las especies animales; estos virus son específicos para cada especie. El virus del papiloma que infecta a los seres humanos se llama virus del papiloma humano o VPH. Por lo general, el VPH causa proliferaciones epiteliales en las superficies cutáneas y mucosas (CDC, 2007).

Este virus es también llamado “el virus de las verrugas”. Es la más común entre las infecciones de transmisión sexual causadas por un virus tanto en hombres como en mujeres. Algunos tipos de VPH causan las verrugas que afectan los dedos de las manos y otros tipos que afectan la piel de las áreas genitales. (ASCCP, 2005; Sánchez, Uribe y Conde, 2002).

Hay cuatro tipos de verrugas genitales: 1) condiloma acuminado, que toma la forma parecida a una "coliflor", 2) verrugas papulares de 1-4 mm, suaves, generalmente de color de la piel, 3) verrugas queratósicas, (dura, callosa) con una cubierta gruesa que semeja a las verrugas vulgares, 4) verrugas planas que pueden ser pápulas (bolitas, granitos) de centro plano; todos estos tipos de verrugas puede aparecer en el pene, la vagina, vulva, uretra, cuello del útero o en la región anal; lugares del cuerpo que tienen un medio húmedo favorable para su crecimiento y reproducción, su tamaño puede aumentar obstruyendo pene, vagina y ano (IMSS, 2008).

Existen más de 100 diferentes tipos de VPH. Estos difieren en cuanto a los tipos de epitelio que infectan. Algunos infectan sitios cutáneos, mientras otros infectan superficies mucosas. Más de 40 tipos infectan las superficies mucosas, incluido el epitelio ano-genital (por ejemplo, el cuello uterino, la vagina, la vulva, el recto, la uretra, el pene y el ano). Para la mayoría de estos tipos de VPH, existen suficientes datos para clasificarlos como tipos de “alto riesgo”, por ejemplo: oncogénicos o asociados con el cáncer, y tipos de “bajo riesgo”, por ejemplo: no oncogénicos (CDC, op. cit.).

Formas de transmisión

El VPH generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales vaginales o anales). Otros tipos de contacto genital en ausencia de penetración (contacto oral-genital, manual-genital y genital-genital) pueden causar una infección por el VPH, pero esas vías de transmisión son mucho menos comunes que la relación sexual con penetración (CDC, op. cit.).

Sintomatología

Como se mencionó anteriormente, los síntomas pueden variar según la cepa del virus por el cual se fue infectado.

En las mujeres la infección genital por los tipos de VPH de bajo riesgo se asocia con las verrugas genitales. La infección persistente por los tipos de VPH de alto riesgo se asocia con casi todos los cánceres de cuello uterino y muchos cánceres de vulva, vagina y regiones anales. Sin embargo, el riesgo de padecer cánceres de ano, vulva y vagina se considera menor al del cáncer de cuello uterino (CDC, op. cit.).

En los hombres la infección genital por los tipos de VPH de bajo riesgo se asocia con las verrugas genitales en los hombres. La infección por los tipos de VPH de alto riesgo se asocia con una proporción de lesiones escamosas preinvasivas del pene (neoplasia intraepitelial del pene o PIN, por sus siglas en inglés) y con el cáncer de pene, así como con las lesiones escamosas preinvasivas del ano (neoplasia intraepitelial anal o AIN, por sus siglas en inglés) y con el cáncer de ano (CDC, *op cit*).

En un estudio realizado por Lizano, Carrillo y Contreras (2009) mencionan que la infección por el virus de papiloma humano se puede clasificar: primero una infección latente, que se caracteriza por la presencia de VPH en las células o tejidos que son aparentemente normales y sin ninguna manifestación de enfermedad. Sin embargo el virus está ahí y en ocasiones puede ser detectado

por técnicas específicas como Hibridación *in situ* o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Posteriormente la infección subclínica se manifiesta por cambios microscópicos en el epitelio cervical (coilocitos, displasias) detectados en las citologías o cortes histológicos de los tejidos afectados. La presencia de VPH en este punto se puede verificar mediante el uso de un colposcopio que evidencia cambios de coloración en el cuello uterino después de aplicar una solución de ácido acético; estos cambios se asocian a la infección con VPH y una posible lesión pre-maligna. Finalmente la infección clínica se manifiesta por la aparición de tumores visibles y es en esta etapa donde podemos encontrar gran cantidad de tejido positivo para VPH. Estos virus se encuentran viables y con capacidad de infectar otros tejidos. Sin embargo, no siempre la enfermedad se manifiesta durante esta última etapa ya que varios casos llegan a permanecer en periodo de latencia o subclínico, tiempo durante el cual se puede adquirir un estado de resistencia o regresión de las lesiones, o bien de progresión hacia un cáncer invasor.

Formas de prevención

La ASCCP (op. cit.) sugiere que se puede prevenir la transmisión del VPH a otras personas asegurándose de que cualquier lesión en la piel o verrugas genitales sean tratadas hasta que desaparezcan completamente. El uso del condón durante las relaciones sexuales puede ayudar a evitar la transmisión de la infección. Sin embargo, menciona que los condones no siempre son efectivos para evitar la transmisión del VPH, puesto que la infección puede estar presente en otras áreas de la piel no cubiertas por el condón. También sugiere que se debe comunicar esto a la pareja sexual actual y a sus parejas anteriores para que estas personas puedan ser examinadas y tratadas apropiadamente.

Sin embargo, debido a que esta infección es propiciada por un virus no existe tratamiento efectivo ya que las verrugas reaparecen frecuentemente después del tratamiento, por lo que es necesario mantener control médico. Cuando las verrugas han crecido mucho se necesitan tratamiento quirúrgicos.

Quienes hayan padecido verrugas genitales o condilomas deben de usar condón en todas sus relaciones sexuales (IMSS, 2008).

Ladillas

Esta infección es causada por ectoparásitos llamados ladillas o piojos púbicos (*Phthirus Pubis*), miden entre 2-5 milímetros y son de color marrón oscuro, la mayor parte del tiempo viven adheridos al vello y descienden a la piel sólo para alimentarse cada 4 o 6 horas (López y Beltrán, 2005).

Formas de transmisión

La transmisión se realiza en la mayoría de los casos por contacto sexual. Además de la región púbica, también pueden situarse en el cabello, las cejas, las pestañas y el vello axilar y corporal (de las piernas y los brazos, por ejemplo) (IMSS, 2010).

Debe señalarse que esta infección no solo se contagia por vía sexual sino por el simple contacto piel a piel con una persona que tenga esta infección, por ello se debe tener cuidado, además de las parejas con las que se tienen relaciones sexuales, de los lugares y sitios públicos que se frecuentan, ya que muchas veces se suele acudir a sitios con albercas, vestidores, hoteles, clubes, entre otros lugares en los que al exponerse al contacto con objetos que se comparten como toallas, sabanas, y ropa es probable que si alguien que usó esos objetos fuera portador de la infección, habría una gran probabilidad de contagiarse de la misma ITS.

Los huevos de estos animales pueden verse en forma de pequeños puntos blancos pegados al pelo cerca de la piel. El período de incubación de los huevos es de seis a ocho días. Se estima que hay más de 1 millón de casos cada año. Sin embargo, las personas que tienen más compañeros de relaciones sexuales corren un riesgo más alto de contraer piojos púbicos (IMSS, 2010).

Sintomatología

Los síntomas asociados a esta infección tanto en hombres como en mujeres son: picor en el área del vello púbico, observación de los huevos en los pelos o incluso formas adultas en movimiento y esta puede manifestarse sólo con lesiones de rascado en la zona o lesiones sobreinfectadas por el mismo rascado.

Tratamiento

El tratamiento para la pediculosis púbica se hace mediante tratamiento tópico junto a medidas higiénicas. Las ropas de cama, toallas y ropa íntima deberá ser lavada. Algunos pacientes requieren una segunda aplicación entre el 3^{er} y 7^o día tras finalizar la primera. Para el tratamiento púbico se puede usar crema de permetrina al 1% y con menor frecuencia shampoo de piretrinas combinadas con piperonil butóxido. Ambas deben aplicarse directamente sobre las áreas afectadas y lavarse a los 10 minutos. Es conveniente tratar a las parejas sexuales del infectado en el último mes (López y Beltrán, 2005).

Formas de prevención

Los preservativos no detienen el contagio de piojos públicos; la forma de prevención es asegurar que el compañero de relaciones sexuales no tenga ladillas. El parásito es capaz de vivir poco tiempo sin contacto con el cuerpo humano. Sin embargo, es conveniente no usar ropa o sábanas de otras personas.

VIH/SIDA

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmune y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de enfermedades y cánceres potencialmente mortales. Las bacterias, levaduras, parásitos y virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con un sistema inmunológico que funciona normalmente pueden provocar enfermedades mortales en las personas con SIDA.

Según la ONUSIDA (2009), hasta diciembre de 2008 aproximadamente 4 millones de personas en países de ingresos medios y bajos recibían tratamiento; un aumento diez veces mayor en cinco años. En 2008, la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH fue de 2,7 millones (2,4 millones–3,0 millones). Se estima que para ese año el número de defunciones en el mundo por enfermedades relacionadas con el sida fue de 2 millones (1,7 millones–2,4 millones). Los datos epidemiológicos más recientes indican que la propagación del VIH a nivel mundial aparentemente alcanzó su punto máximo en 1996, año en el que se contrajeron 3,5 millones (3,2 millones–3,8 millones) de nuevas infecciones por el VIH. En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH fue aproximadamente del 30%, menos que el punto máximo de la epidemia registrado 12 años antes.

En lo correspondiente a México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones (CENSIDA, 2009).

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2009), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 220,000 personas adultas infectadas por el VIH, de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales. La prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2009, es del 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. El grupo de 25 - 34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35 - 49 años de edad. En tercer lugar en importancia aparecen los jóvenes de 15 - 24 años de edad. Lamentablemente, han ocurrido alrededor de 72 mil defunciones asociadas al VIH/SIDA en población

general en México durante el período de 1988 - 2007 con casi 49 mil en el grupo de 25 a 44 años de edad, precisamente el núcleo central de la población económicamente activa (CENSIDA, *op cit*).

Formas de transmisión

Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, sangre, semen (incluido el líquido preseminal), flujo vaginal y leche materna. Sin embargo, sólo se ha comprobado el contagio a otras personas a través de sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna. La transmisión del virus ocurre:

- Durante el contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal.
- Por vía sanguínea, mediante transfusiones (en la actualidad muy poco común) o al compartir agujas.
- De la madre al niño. Una mujer embarazada puede transmitir el virus a su feto a través de compartir la circulación de la sangre o una madre lactante puede transmitirlo a su bebé por la leche.

Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de infecciones llamadas "infecciones oportunistas". El VIH destruye el sistema inmunológico de los pacientes con SIDA y son muy susceptibles a dichas infecciones oportunistas (CONASIDA, 2010).

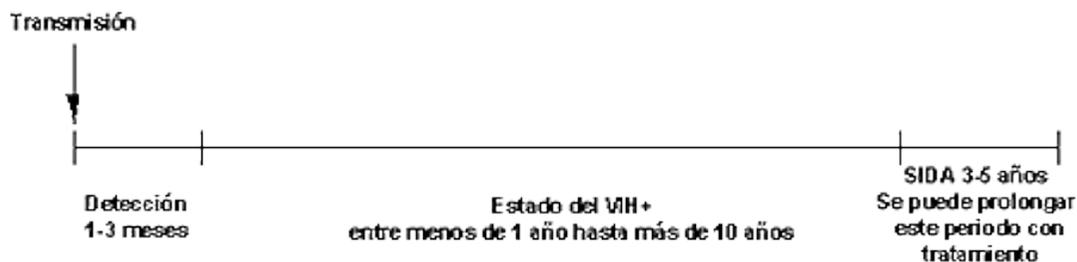
Los síntomas comunes para hombres y mujeres son fiebre, sudoración (particularmente en la noche), glándulas inflamadas, escalofríos, debilidad y pérdida de peso (CONASIDA, 2010).

Se pueden numerar en las siguientes:

- Fiebre alta, la cual parece durar unos días e incluso prolongarse a un mes, sin existir previamente otros síntomas o el diagnóstico de otra enfermedad.
- Periodos de excesiva sudoración alternados con escalofríos, sensación de fatiga por periodos de largo tiempo.
- Anorexia o pérdida de peso, especialmente la pérdida del más de 10% del peso corporal.

- Dolor muscular y articular en diferentes partes del cuerpo.
- Inflamación de los ganglios linfáticos sin causa aparente.
- Diarrea que se puede extender a periodos de más de un mes.
- Infecciones graves y frecuentes, difíciles de combatir con tratamientos convencionales.

Por otra parte, según la Organización Panamericana de la Salud (2011) la historia natural de la infección por VIH es de la siguiente manera:



Detección: De 1 a 3 meses después de la transmisión del virus se puede detectar anticuerpos en la sangre. Estos anticuerpos son productos de protección y están producidos para combatir el virus que ha entrado en el cuerpo.

En algunas personas el período en el cual no se puede detectar los anticuerpos en la sangre tardará hasta un año. En este período si se puede transmitir el virus.

Estado del VIH+: Cuando una persona tiene dos pruebas de ELISA positivas y una prueba de Western Blot positiva, se habla de una persona que vive con el VIH (VIH positiva). Este estado puede tardar mucho tiempo, hasta más que 10 años.

SIDA: El estado clínico del VIH. Se habla de una persona que está enferma con SIDA cuando cumple algunos criterios. En general el 80 hasta el 90% con diagnóstico SIDA, fallecen dentro de 3 a 5 años. Sin embargo, recientemente con un mejor acceso a los medicamentos antirretrovirales se puede extender la sobrevivencia de las personas con diagnóstico SIDA con muchos años más hasta ser una enfermedad crónica.

Formas de Prevención

Es importante señalar que no existen vacunas para prevenir la transmisión del VIH/SIDA y tampoco se puede curar, pero si existen buenas medidas para prevenir la transmisión según la OMS (2010), estas dependen de la vía de transmisión, por ejemplo, se han propuesto:

- En el caso de transmisión sexual:
 - ✓ Uso del condón en manera correcta y consistente en todas las relaciones sexuales con pareja(s) casual(es) y promiscuas.
 - ✓ Tener una sola pareja sexual que no está viviendo con el virus, y ser mutuamente fieles.
 - ✓ Conocer y reconocer los signos y síntomas de las ITS (Infecciones de Transmisión sexual), atención médica oportuna, y evitar las relaciones sexuales cuando estos síntomas estén presentes si se pueden detectar.
 - ✓ Abstinencia sexual.
 - ✓ Prevenir el abuso de alcohol porque limita el control frente las medidas de prevención del VIH (favorece las relaciones sexuales casuales sin uso del condón).
- Para la transmisión sanguínea
 - ✓ En caso de transfusión exigir que la sangre sea controlada para evitar el contagio del VIH.
 - ✓ Exigir que el material inyectable sea desechable o esterilizado.
- Para la transmisión vertical o materno-infantil

- ✓ Asistir al control prenatal durante el embarazo para descubrir y tratar posibles ITS.
- ✓ Utilizar tratamiento durante el último mes del embarazo y dejar de lactar el bebé con leche materna.

Como se ha observado, el problema de las ITS y del VIH/SIDA es un problema de salud sexual debido a la alta frecuencia en los adolescentes (Fajardo, 2006), sin embargo, no suelen ser los únicos problemas por los que los adolescentes atraviesa, a continuación se presentarán otros dos problemas de salud sexual de suma importancia en la adolescencia y que es necesario conocer, el embarazo no deseado en las adolescentes y por ende, el aborto.

Embarazos no deseados en la adolescencia

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico (Buil, et al, 2001).

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural, en nuestro país se considera que alrededor del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95% (Buil, et al, 2001; Calero y Santana, 2001).

Un embarazo no deseado, se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados" (David y cols., 1991, citado en González, 2002).

Datos epidemiológicos

Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas (Buil, Lete, Ros y De Pablo, 2001).

De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (The Alan Guttmacher Institute, 1994, citado en González, 2002).

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes (es decir, entre los 15 y 19 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial (PRB, 2002, citado en Taracena, 2003).

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan el 15 y el 20% del total de nacimientos en esta región, de los cuales el 17% no son planeados. En 1999, ocurrieron en México, 372 mil nacimientos en mujeres de entre 15 y 19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil. No obstante lo anterior, sigue existiendo una creciente concentración de la tasa de fecundidad en la juventud (Taracena, 2003)

En el 2000 había en nuestro país 5, 082,487 mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96% ya tenía hijos, es decir, 608,070, además entre enero de 1999 y febrero de 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes entre los 12 y los 14 años (INEGI, 2000; citado en Taracena, 2003). Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas tienen más de un hijo (Taracena, 2003).

En México, en el año 2000 ocurrieron más de 500,000 embarazos en menores de 19 años, de los cuales 360,000 llegaron a término, representando el 17% del total de nacimientos del país (CONAPO, 2002, citado en Rivero y Victoria, 2009).

De acuerdo a González, Rojas, Hernández y Olaiz, (2005, citado en Rivero y Victoria, 2009) de las adolescentes de entre 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales, el 55.7% han estado embarazadas alguna vez. El porcentaje de antecedentes de embarazo aumenta de acuerdo con la edad de las adolescentes, 14.8% de las jóvenes de 12 a 14 años, 48% en las de 15 a 17 años, y 63.2% en las de 18 a 19 años de edad.

Es así que, la incidencia de casos de embarazos no deseados es alta sobre todo en la población adolescente, por lo que es importante conocer las causas que llevan a las mujeres adolescentes a no tomar las precauciones necesarias en las relaciones sexuales.

Causas del embarazo no deseado

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante, según (Buil, et al, 2001 y Coll, s/a) hay tres hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.

El inicio temprano de la vida sexual es un factor que influye de manera importante sobre el antecedente de embarazo; según González, et al., (2005, citado en Rivero y Victoria, 2009), las jóvenes que la iniciaron antes de los 14 años de edad tienen 12.29 veces más probabilidad de tener antecedentes de embarazo y 13.83 veces cuando el inicio de relaciones sexuales sucede entre los 14 y 15 años, finalmente, las jóvenes que iniciaron a los 16 y 17 años tienen 5.9 veces más posibilidades de antecedentes de embarazo, en relación con aquellas mujeres que tuvieron su primera relación entre los 18 y los 19 años de edad.

Actualmente la edad promedio aproximada de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Según González (et al, 2005), entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales se pueden citar:

Factores familiares: El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes (Buil, et al, 2001).

Factores ambientales: Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes.

2. No utilizar métodos anticonceptivos

Es importante hacer saber que cuanto más joven es la mujer, es más fácil que tenga relaciones sin protección y dentro de estas ocasiones en las que, la adolescente no se proteja se encuentre la gran probabilidad de que quede embarazada, de esta manera, se puede decir que el no utilizar un método anticonceptivo es un factor muy importante para el embarazo adolescente.

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos (Buil, et al., 2001). Asimismo, estos autores indican que, dentro de la no utilización de métodos anticonceptivos se encuentran:

Falta de previsión: Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales

se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen.

De hecho, el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad (Buil, et al., op cit.).

Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos: Ciertos núcleos de la población femenina, como las adolescentes, las mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción. De acuerdo con datos de 1997, a escala nacional el 68.5% de las mujeres unidas en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que en los grupos de mujeres mencionados las proporciones eran inferiores al 50% (Consejo Nacional de Población, 2000, citado en González, 2002).

En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios (González, 2002).

Asimismo, González (op. cit) indica que otra causa del embarazo no deseado es la utilización de los métodos naturales autorizados por la Iglesia católica que son de muy baja efectividad. Además, las mujeres se embarazan también por relaciones sexuales no planeadas o como consecuencia de la violencia sexual, en un contexto donde los métodos para la anticoncepción de emergencia son todavía poco conocidos, incluso por los propios profesionales de la salud.

3. Falta de Educación Sexual

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos (Buil, et al, op cit.).

Factores ambientales: Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17% de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber (Buil, et al, op cit.).

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general se supone que la mayoría se deben a la falta de responsabilidad de las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos (González, 2003).

Consecuencias del embarazo no deseado

Las consecuencias de los altos índices de embarazos adolescentes son motivo de preocupación (Kalil y Kons, 2000, citado en Santrock, 2004). El hecho de quedarse embarazada durante la adolescencia supone riesgos para la salud tanto del hijo como de la madre. Los hijos de madres adolescentes tienen más posibilidades de nacer con bajo peso –un factor de riesgo para la mortalidad infantil y para los problemas neurológicos y las enfermedades infantiles (Dryfoos, 1990, citado en Santrock, 2004). Además, las madres adolescentes suelen dejar

los estudios. Aunque muchas madres adolescentes retoman los estudios después, generalmente, lo alcanzan el nivel educativo de aquellas mujeres que posponen la maternidad (Santrock, 2004).

De esta manera, la adolescente embarazada, debe enfrentar una gran problemática que involucra varios aspectos de los cuales Cerezo (2006, citado en Rivero y Victoria, 2009) menciona:

- ✓ **Aceptación o no del embarazo.** Debido a los posibles daños psicológicos y físicos que puede enfrentar la adolescente, estos podrían llegar a dañar su integridad.
- ✓ **Riesgo de salud física (madre-hijo).** Las adolescentes al no haber completado su desarrollo pueden tener como consecuencia de un embarazo: anemia, infecciones bacterianas graves, parto prematuro, parto obstruido y prolongado, desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales.
- ✓ **Rechazo de la paternidad.** La paternidad depende de que le joven padre lo asuma y de su posibilidad de responsabilizarse de la crianza. Ya que si la asume, generalmente lo hará a costa de su permanencia en la escuela a fin de conseguir un empleo que le permita hacer frente a las necesidades económicas de la familia.
- ✓ **Dependencia creciente de la familia.** Las adolescentes a pesar de idealizar su independencia siempre, buscan refugio en sus padres, y cuando se encuentran dentro de un problema al que no le encuentran solución, es mayor su dependencia hacia ellos. Con frecuencia, alguna de las familias de los jóvenes decide apoyar a la nueva familia. Esta ayuda representará una carga afectiva, económica y social para esa familia y será causa de actitudes hostiles hacia la o el joven ajena al núcleo original. Sin lugar a dudas, la familia vivirá esta nueva presencia como causa de la frustración a la esperanza fincada en la hija o hijo.

- ✓ **Angustia de la crianza (incluye maltrato del niño).** No se nace sabiendo ser madre, y menos cuando apenas se termina el proceso de la niñez, es por eso que las adolescentes carecen de información sobre la crianza, lo cual trae consigo maltrato físico y psicológico para los hijos de madres adolescentes.
- ✓ **Desaprobación social.** La discriminación es un comportamiento de rechazo al cual las madres adolescentes están expuestas, debido a que no obedece a los patrones normales de comportamiento según lo que la sociedad marca. Lo cual trae consigo una desaprobación social al ser rechazadas en algunos grupos como lo son: la escuela, los amigos y algunos empleos.
- ✓ **Dificultad para lograr un hogar estable.** La dependencia a los padres es algo que impide que los adolescentes puedan formar un hogar estable, y es que en muchos casos los adolescentes no están acostumbrados a ser responsables, lo cual trae consigo mucha inestabilidad tanto económica como emocional en un matrimonio adolescente o en madres solteras.
- ✓ **Pérdida de la oportunidad a un desarrollo armónico e integral.** Las adolescentes embarazadas pierden esperanzas para poder realizar todos los objetivos planeados y su desarrollo biológico puede sufrir cambios drásticos que a lo largo del tiempo no alcanzan sus aspiraciones, las adolescentes tienen un proyecto de triunfo en la vida, y un embarazo viene a deshacerle todo lo antes planeado, ya que deben tomar una responsabilidad en la cual sus aspiraciones personales quedan en segundo término.
- ✓ **Deterioro del nivel educativo.** La maternidad prematura limita la oportunidad educacional de las adolescentes y su calidad de vida se ve amenazada. Se observa que las jóvenes que se embarazan, en general tienen muy escasas oportunidades educativas. Aquellas pocas que

permanecen en la escuela generalmente la abandonan algunos meses después.

- ✓ **Deterioro del nivel económico.** La falta de oportunidades laborales para las jóvenes con escaso nivel de escolaridad se embarazan, las coloca en condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica.
- ✓ **Hijos que heredan todas las limitaciones de la madre.** De esta manera los niños no deseados tienen un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia.

Prevención del embarazo adolescente

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias (Buil, et al, 2001).

Taracena (2003) indica que los análisis del embarazo adolescente apuntan a que este fenómeno disminuiría si existieran tres elementos: 1) educación sexual, 2) servicios de salud sexual y 3) oportunidades vitales para los y las adolescentes.

- 1) La **educación sexual** en México es aún insuficiente. Los 10 millones de jóvenes que asisten a la escuela secundaria aprenden poco acerca de anatomía y fisiología de la reproducción y tal vez algo acerca de las ITS (MEXFAM, citado en Taracena, 2003), pero no hay programas que atiendan las principales dudas e inquietudes de los jóvenes respecto de su sexualidad y la forma de ejercerla sin riesgos (Taracena, op. cit).
- 2) Por otra parte, en México, apenas se empieza a reconocer la necesidad de contar con **servicios de salud sexual** y reproductiva dirigidos especialmente a la población joven y adolescente. La experiencia en otros países ha mostrado que, para lograr una buena cobertura, los servicios públicos y privados para adolescentes deben: 1) tener un bajo

costo, 2) ser confidenciales y respetar el consentimiento informado y, 3) estar disponibles inmediatamente.

- 3) Finalmente, es importante reconocer que el embarazo adolescente es un problema social frente al cual los adultos tienen que asumir una responsabilidad, pues aquí se juega no solo la ancestral carencia de poder de los jóvenes sobre sus vidas, sino pautas culturales que heredan de los adultos, como el machismo y la irresponsabilidad reproductiva. Si se toma en cuenta esto, se puede ver con claridad que no basta con darles a las y los adolescentes información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, sino que también es necesario ofrecer más oportunidades vitales a las adolescentes para que su autoestima y su interés por la vida rebasen el mistificado papel de madres. Es decir, lograr que las adolescentes tengan razones valiosas para postergar el nacimiento de un hijo.

Como se puede apreciar, es de suma importancia que se planteen nuevas oportunidades y servicios para mejorar tanto la educación, como la calidad de los servicios de salud para brindar a los y las adolescentes y de esta forma, lograr que posterguen los embarazos y el inicio de su vida sexual, o en su defecto, que esta sea responsable.

Como ya se ha mencionado un embarazo en las últimas fechas se ha observado que también puede derivar en un aborto, por ello, en el siguiente apartado se abordará a profundidad el tema del aborto, así como sus consecuencias y formas de prevención.

Aborto

Etimológicamente, la palabra aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, derivados de *ab-orior* opuesto a *orior*, nacer (Velázquez, 2003).

Sin embargo, existen diversas opiniones sobre lo que se define como aborto por ejemplo, Ardila (2007) menciona que el aborto es un asesinato de una víctima inocente, la muerte de alguien que no puede protegerse.

Por otra parte Velázquez (2003) reporta como definición de aborto el hecho de la muerte del *no nacido* en cualquier momento del embarazo, desde el punto de vista demográfico, ésta misma autora menciona que se dice aborto a las muertes fetales de menos de veintiocho semanas de gestación y a las más de veintiocho se les llama mortinatos. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (citado en Rivero, Villalba, Vidal y Ramírez, 2000) definen al aborto como la expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de quinientos gramos (o menor de veintidós semanas de gestación), independientemente de la existencia o no de vida, y que el aborto sea espontáneo o inducido.

Datos Epidemiológicos

Debido a que la mayoría de los abortos se hacen en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos, y obtener datos fiables en los países donde esta práctica es ilegal. Las investigaciones han tenido que recurrir a varios métodos indirectos, como datos sobre hospitalizaciones relacionadas con aborto y entrevistas a mujeres. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos (AGI, 2000). En América Latina, 17% de las muertes maternas se atribuyen al aborto inseguro (OMS, 2004).

En la actualidad, en la mayoría de los países de América Latina, incluso en aquellos donde el aborto se permite en algunas circunstancias, las mujeres practican el aborto inseguro poniendo en riesgo su vida, porque los servicios de aborto seguro no son accesibles, especialmente para las mujeres con menos recursos (OMS, 2004).

Datos otorgados por la OMS (2004) reportan que cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad.

Según Velázquez (2003) en México es difícil calcular un número preciso del número de casos del aborto, puesto que en los registros de hospitalización aparecen casos de complicaciones derivadas del aborto o complicaciones en el embarazo; y en una revisión documental realizada por esta autora comenta que el número de abortos depende de la fuente a la que se recurra, ya que el Instituto Nacional de Población (2001, citado en Velazquez, 2003) registra la cantidad más baja de número abortos inducidos en México (110, 000 abortos), mientras que el Instituto Alan Guttmacher (1994, citado en Velazquez, 2003) estima un número mucho mayor para la década de los noventa (533, 100 abortos). Taracena (2008), coincide con el hecho de que es difícil obtener una cifra sobre los abortos en México puesto que en la mayoría de las ocasiones está mal clasificada, puesto que en estos casos las mujeres temen aceptar que se han practicado un aborto por las cuestiones legales.

Sin embargo, según Taracena (2008), hay cifras sobre la magnitud de este problema a partir de la despenalización del aborto en México (abril de 2007) ya que el flujo de información se ha transparentado y la Secretaría de Salud de la entidad reporta periódica y públicamente la cantidad de abortos realizados, también menciona que en México, el número estimado de mujeres que han obtenido un aborto se ha incrementado 64% entre 1990 y 2006.

En México mueren alrededor de 181 mil mujeres al año, de las cuales 1,266 son de las llamadas “muertes maternas” que son aquellas que están relacionadas con el embarazo, entre las que se encuentra el aborto (Ramos, 2007). Oficialmente se reconoce que el aborto es la tercera causa de muerte materna, aunque se sabe que el registro de hemorragias o infecciones del aparato reproductor como causa inmediata de muerte no permite ver la mortalidad realmente provocada por el aborto. Debido a esto Taracena (2008), estima que

alrededor de 1,000 mujeres mexicanas pueden perder la vida cada año a causa de abortos practicados en malas condiciones.

Causas y consecuencias

Taracena (*op. cit.*) menciona diversas causas por las que una mujer decide abortar, entre ellas se encuentran las siguientes:

- **Para evitar la maternidad:** “tengo ya todos los hijos que quiero”; “no quiero tener hijos”; “mi método anticonceptivo falló”.
- **Para posponer la maternidad:** “mi último hijo es todavía muy pequeño”; “quiero retrasar la llegada de un hijo”.
- **Por condiciones socioeconómicas:** “no puedo mantener a un hijo ahora”; “quiero terminar mi carrera”; “necesito trabajar tiempo completo para mantenerme a mí misma o a mis hijos”.
- **Por problemas en la relación:** “tengo problemas con mi pareja”; “no quiero criar a un hijo sola”; “quiero que mi hijo crezca con un padre”; “debo estar casada antes de tener un hijo”.
- **Por la edad:** “creo que soy muy joven para ser una buena madre”; “mis padres no quieren que tenga un hijo”; “no quiero que mis padres sepan que estoy embarazada”.
- **Por motivos de salud:** “el embarazo puede afectar mi salud”; “padezco una enfermedad crónica”; “el feto puede tener deformaciones”; “estoy infectada de VIH”.
- **Por coerción:** “he sido violada”; “mi padre —u otro pariente— me embarazó”; “mi pareja —o una persona cercana— insiste en que tenga un aborto”.

Cuando una adolescente toma la decisión de abortar cualquiera sea la causa de éste, según Taracena (*op. cit.*) existen consecuencias que perjudican la vida, la salud y la integridad de las mujeres y pueden ser consecuencias tanto físicas como psicológicas.

- **Consecuencias Físicas:**

a) Infecciones. Las infecciones obedecen a la entrada en el útero de ciertas bacterias. Para evitar la intensificación de una infección se debe vigilar que no se presente ninguna de las señales de peligro que se listan más adelante. Una infección no atendida oportunamente puede provocar enfermedades serias, esterilidad e incluso la muerte.

b) Retención del tejido. Después de la intervención pueden quedar restos de tejido en el interior del útero. En esos casos es preciso recibir atención médica para remover el tejido, pues éste constituye un medio ideal para el desarrollo de bacterias causantes de infecciones.

c) Hemorragias. Es normal que se presente sangrado después de la interrupción del embarazo. A menudo hay sangrados escasos que aumentan poco a poco. Un sangrado moderado, similar al de una menstruación, puede prolongarse hasta seis semanas. Sin embargo si el sangrado es más abundante que el de la menstruación o persiste más allá de las tres o cuatro semanas posteriores a la interrupción del embarazo, se necesita una evaluación médica.

d) Lesiones intra-abdominales (perforación del útero y lesiones en el cérvix, que es el cuello del útero). Debido a que éstas son lesiones internas, no hay posibilidad de darse cuenta de ellas más que a través de las señales de peligro.

e) Ardila (2007) menciona que algunas mujeres que se han sometido a un aborto, posteriormente pueden tener embarazos anormales, sus criaturas nacen prematuramente, se le ha alterado su ciclo menstrual, sufren enfermedades como resultado del mismo, y se han esterilizado como consecuencia.

Cualquiera de estas consecuencias puede terminar en una consecuencia mayor que va desde la infertilidad posterior hasta la muerte si no se trata debidamente.

- **Efectos psicológicos:**

a) Las consecuencias psicológicas del aborto dependen, ante todo, de la libertad y responsabilidad con las que las mujeres elaboren sus juicios y su decisión. Una mujer que aborta presionada por circunstancias personales o sociales ante las que no puede rebelarse, llega a resentir su decisión. En cambio, cuando la decisión de abortar es firme, se fundamenta en el ejercicio consciente de la responsabilidad personal, surge del reconocimiento del propio deseo y ofrece la claridad de estar optando por el menor de los males, la mujer no experimenta daños psicológicos aun cuando, evidentemente, el aborto no sea una alternativa agradable ni deseable en sí misma (Taracena, 2008).

b) Las mujeres que deciden abortar y en específico las adolescentes pueden tener consecuencias psicológicas negativas que según González y Billings (2002) tienen una relación muy directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. Algunas de estas consecuencias derivan en depresiones post-aborto, las cuales pueden tener manifestaciones como anorexia o pérdida de peso, palpitations frecuentes, dolores de cabeza, pérdida de fuerza y ganas de vivir, culpa, tristeza, enojo, hostilidad, desesperación, pesimismo, pesadillas, nostalgia, llanto, insomnio, disminución del deseo sexual, pensamientos suicidas, consumo de alcohol. pérdida

de concentración y/o motivación y en algunos casos promiscuidad (García, 2010).

c) Taracena (*op. cit.*) menciona que algunas mujeres pueden experimentar sentimientos negativos, como la culpa. Esto se facilita en ambientes en los que la sociedad no acepta el aborto, como es el caso de México. Sin embargo, muchas otras sienten alivio o se sienten liberadas y en condiciones `de' continuar su vida con nueva fuerza. Seguramente hay quienes tienen sensaciones mezcladas o ambivalentes después de la interrupción de su embarazo.

d) Ardila (2007) menciona que en lo emocional se han convertido en víctimas de un complejo de culpabilidad, disturbios emocionales en las relaciones sexuales y enfermedades psicosomáticas. Y en las adolescentes ocurren fuertes depresiones y éstas no le permiten acercarse al conocimiento.

Formas de Prevención

Por ende es de suma importancia saber que no es necesario que los adolescentes lleguen a esta medida como solución de un problema si se previene de manera eficaz. Pérez (2008) recomienda como forma de prevención los siguientes puntos:

1. Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos.
2. Implementar la educación sexual en las escuelas.
3. Mejorar la protección social a las embarazadas y madres de niños pequeños.
4. Acceso al aborto seguro en el marco de la ley.
5. Mejoramiento de la calidad de los centros postaborto.

6. Mayor compromiso para modificar las leyes sobre aborto para reducir el peso del aborto

También es necesario promover la comunicación entre padres e hijos ya que se ha reportado que esta comunicación previene no sólo el aborto sino las ITS incluyendo el VIH/SIDA y los embarazos no deseados (Schouten, Van Den Putte, Pasmans & Meeuwesen, 2007; Lynn & Werner, 2004; O'Sullivan, Jaramillo, Moreau & Meyer, 1999; Raffaelli, Bogenschneider & Fran, 1998; Lefkowitz & Boone, 2002; Aspy, Vesel, Oman, Rodine, Marshall & McLeroy, 2007; Fasula & Miller, 2006).

Una vez abordados los principales problemas de salud sexual en los adolescentes, en el siguiente capítulo se abordaran los diferentes modelos teóricos del área de la Salud Sexual.

CAPÍTULO 3

MODELOS TEÓRICOS EN LA SALUD SEXUAL

En este apartado se hablará sobre los distintos modelos teóricos mediante los cuales se ha abordado el estudio de la Salud Sexual, con la finalidad de conocer cómo evalúan y explican los comportamientos y las situaciones de riesgo a las que los adolescentes se exponen, y de esta manera diseñar programas que impacten en la población meta. También se abordará el tema de la Educación Sexual en México, esto para conocer algunos antecedentes sobre el tema para estar al tanto de lo que ha resultado o no efectivo. Por último, se hará un análisis crítico de los programas de intervención que se han propuesto para ayudar a los padres a comunicarse sobre temas de sexualidad con sus hijos.

Para abordar el primer punto, desde la psicología se ha creado el área de Psicología de la Salud, Oblitas (2007) la define como la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y la enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

Además de lo anterior Anguiano (2006), señala que la Psicología de la Salud también se interesa en indagar la dimensión psicológica de las cuestiones de salud-enfermedad y analizar de qué manera esta dimensión interactúa junto con factores biológicos, puesto que la salud no depende solamente del perfecto funcionamiento biológico, sino también del comportamiento propio del individuo, tomando en cuenta el contexto sociocultural del mismo.

Por lo cual, la Psicología de la Salud se ha planteado los siguientes objetivos, según Anguiano (2006):

1. Promoción de la salud. Se trataría de todas aquellas acciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo.
2. Evaluar y tratar enfermedades específicas. Son muchas las alteraciones que han sido objeto de tratamientos basados en las técnicas de modificación de conducta, por ejemplo: las enfermedades crónico-degenerativas, en cuanto a la adhesión al tratamiento y las conductas que hay que cambiar para lograr una mejoría.
3. Evaluar y mejorar del sistema sanitario. En este rubro se encuadrarían todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, además de la formulación de una política de salud.
4. Prevenir enfermedades. Esta tarea pasaría por la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, bien crónicas o agudas (por ejemplo, el tabaquismo). En este aspecto, se hace aún más evidente la estrecha relación entre los ámbitos de la promoción y de la prevención. Sin embargo, existen otros muchos comportamientos de riesgo cuya eliminación es la única y más eficaz forma de evitar muchas enfermedades graves.

Así pues, en este trabajo se pondrá especial énfasis en la *prevención* de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/SIDA, los abortos y los embarazos no deseados, ya que actualmente se han considerado a estos como problemas de salud pública por sus altos índices en la población adolescente, pues por ejemplo, el INEGI (2010) señala que, para los jóvenes de 15 a 19 años, la infección más común en el 2008, fue la candidiasis urogenital cuya tasa de incidencia es de 206.96 por cada 100 000 habitantes; a esta infección le sigue el

Virus de Papiloma Humano que cuya tasa es de 11.48% y, finalmente, la tercera infección para este grupo de edad es la sífilis, que se ha incrementado de 2.01% a 5.72%. En cuanto al VIH/SIDA, el CENSIDA (2011) reporta que hay un total de 148,130 casos acumulados hasta marzo de 2011, de los cuales 3,404 (2.3%), son casos correspondientes a la población de 0 a 14 años de edad y 43,961 (29.9 %), son casos acumulados en un grupo de edad de 15 a 29 años. Lo que indica una alta incidencia en los casos de SIDA en adolescentes.

Por otra parte en México, en el año 2000 ocurrieron más de 500,000 embarazos en menores de 19 años, de los cuales 360,000 llegaron a término, representando el 17% del total de nacimientos del país (CONAPO, 2002, citado en Rivero y Victoria, 2009). De acuerdo a González, Rojas, Hernández y Olaiz, (2005, citado en Rivero y Victoria, 2009), de las adolescentes de entre 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales, el 55.7% han estado embarazadas alguna vez. El porcentaje de antecedentes de embarazo aumenta de acuerdo con la edad de las adolescentes, 14.8% de las jóvenes de 12 a 14 años, 48% en las de 15 a 17 años, y 63.2% en las de 18 a 19 años de edad. Con base en lo anterior, se considera de suma importancia la prevención de estas situaciones en la adolescencia, ya que son cuestiones que afectan directamente en la vida de esta población a nivel biológico, psicológico y social.

Para cumplir con dichos objetivos, la Psicología de la Salud utiliza diferentes modelos, estos nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, que pasos seguir, y que técnicas necesitamos para generar un cambio en las conductas de las personas y posteriormente hacer una propuesta de intervención para reducir los comportamientos de riesgo y fomentar las conductas preventivas.

Modelos teóricos

Dentro de las principales investigaciones orientadas a la prevención de VIH/SIDA, la psicología, al igual que otras disciplinas ha puesto al alcance de los

especialistas de la salud diversas alternativas para disminuir el riesgo de adquisición del VIH. El SIDA al igual que un alto porcentaje de Infecciones de Transmisión Sexual como la gonorrea, sífilis, herpes genital, Virus del Papiloma Humano (VPH), entre otros, está estrechamente ligado a factores comportamentales de riesgo, esto justifica la necesidad de promover la salud a través de la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados de los individuos, así como del medio físico y normativo en que se desenvuelven (Robles y Moreno, 2007).

Dando respuesta a esta necesidad, actualmente existen modelos que desde el punto de vista de la psicología intentan evaluar, describir e incluso predecir los comportamientos de riesgo vinculados al proceso salud-enfermedad (Robles y Moreno, 2007). Sin embargo, estos modelos parten del supuesto de que son las cogniciones de las personas, las que influyen (casualmente) en el desarrollo de conductas preventivas, negando así, la influencia de la normatividad impuesta socialmente y los factores ambientales en las interacciones de riesgo (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997, citado en Robles y Moreno, 2007)

Por ejemplo, Kirby (2007), menciona que los Modelos Teóricos son descripciones concisas, causales de los mecanismos mediante los cuales las actividades de un programa específico pueden afectar el comportamiento y comenta que como mínimo, estos modelos deben especificar los objetivos de salud a alcanzar, los tipos de comportamiento para ser cambiados con el fin de alcanzar las metas de salud, los factores de riesgo y de protección que afectan a cada tipo de comportamiento que puede ser mejorado, y especificar las actividades diseñadas para cambiar cada uno de los factores de protección y de riesgo seleccionados. Un modelo lógico también especifica las relaciones causales esperadas entre estos cuatro componentes.

Es por esto que es importante que los programas estén basados en Modelos Teóricos que abarquen todos los factores que pueden cambiar una conducta y mejorar otras, ya que como menciona Noar (2007), aquellos modelos que incluyen teorías tanto de salud como de la conducta desarrollados

específicamente para la prevención del VIH, así como las aplicadas en otras áreas, se han tornado muy importantes para los esfuerzos de prevención del VIH / SIDA, puesto que estas teorías nos ayudan a entender por qué los individuos se involucran en comportamientos sexuales arriesgados, así como proporcionar una base para numerosas intervenciones de prevención.

A continuación, se describirán algunos modelos más utilizados en la psicología de la salud para el diseño de programas, así como algunas de las críticas que se han encontrado en dichos modelos, así como la descripción del modelo que será utilizado para diseñar la propuesta de intervención preventiva que se expone en este trabajo.

Modelo de Creencias de la Salud

El Modelo de Creencias de la Salud (MCS), de Rosentock (1974, citado en Bárcena, 2008), es el modelo más antiguo utilizado en el terreno de la salud. Fue desarrollado en 1950 por un grupo de especialistas en psicología social, del departamento de salud pública norteamericana, encabezado por Hoshbaum, en la búsqueda por la escasa participación pública en programas de detección precoz y detección de enfermedades (Rosentock, Strecher & Becker, 1994, citado en Bárcena, 2008).

Este modelo se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa (*value expectancy*), el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa es la creencia de que determinada acción prevendrá o mejorará el proceso (Rosenstock et al. 1994). Considera que las conductas saludables están en función de dos tipos de factores (ver Figura 1): *la percepción de amenazas contra la salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas* (Robles y Moreno, 2007).

Desde este modelo, la emisión de conductas seguras, está en función de que las personas consideren importante el hecho de estar sanos, además es necesario que se perciban vulnerables de poder adquirir el VIH/SIDA y consideren

grave esta situación. La otra parte del modelo, hace referencia a que las personas perciban los beneficios de tener un estado saludable y que consideren que las medidas preventivas (como usar un condón o abstenerse) son útiles y necesarias para evitar el contagio, también es indispensable que las personas se consideren capaces de llevar a cabo estas conductas (Robles y Moreno, 2007).

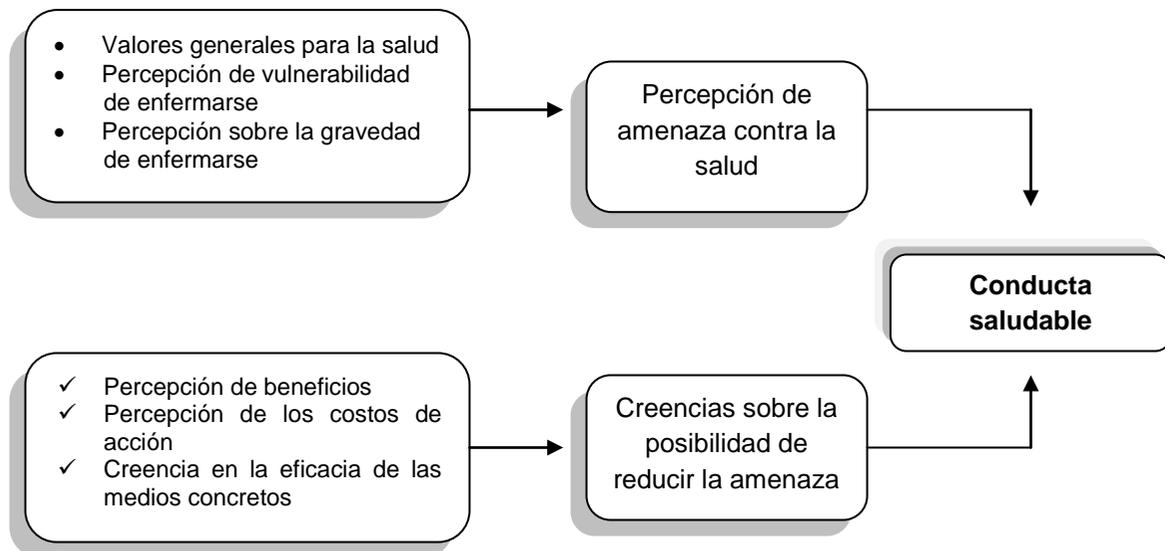


Figura 1. Diagrama del Modelo de Creencias de Salud (Rosentock, 1974, citado en Bárcena, 2008).

Como críticas al *Modelo de Creencias de Salud* se mencionan que los estudios realizados bajo esta óptica, con respecto al SIDA, suponen que con la percepción de una amenaza frente a la transmisión del VIH y una fuerte creencia sobre la posibilidad de reducir dicha amenaza, mayor será la emisión de creencias preventivas o saludables ante la posibilidad de contagio de VIH. A este respecto Soto (et. al. 1997, citado en Robles y Moreno, 2007) consideran que la relación entre percepción de vulnerabilidad de infección de VIH y la percepción de gravedad no es significativa, ya que a pesar de que existe un alto porcentaje de personas que consideran al SIDA como una enfermedad grave, estas mismas personas se consideran poco vulnerables ante la posibilidad de contagio de VIH y por ende, la percepción de amenaza es baja (Robles y Moreno, 2007).

Lo anterior constituye una de las principales críticas que se le han hecho, pues aunque existe una percepción de que el SIDA es lo suficientemente grave como para tenerlo en consideración, la percepción de vulnerabilidad es muy baja y por ende la acción o acciones para reducir la amenaza, no figuran en el repertorio de las personas (De León, Pelcastre y Rojas, 1999; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Díaz-Loving y Rivera, 1999; Díaz-Loving et al. 1999; Flores y Díaz-Loving, 1999, citado en Robles y Moreno, 2007).

Asimismo, la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad, al igual que las barreras, pueden variar de un contexto a otro, e incluso de una persona a otra (Ehrhardt et al. 2002; Páez, Ubillós, Pizarro y León, 1994, citado en Robles y Moreno, 2007). La mayoría de los estudios sobre este modelo se centran en la evaluación de cada uno de los elementos y su análisis se fundamenta en las predicciones que hacen acerca la posibilidad de que una persona tenga o no comportamientos de riesgo a partir de los elementos planteados (Robles y Moreno, 2007).

Como se mencionó anteriormente, este ha sido uno de los primeros modelos en utilizarse para crear programas de prevención del VIH/SIDA. No obstante, no ha sido el único en proponerse, por lo que a continuación se presentará otro Modelo Teórico utilizado en el estudio de este problema de salud sexual.

Modelo de la Conducta Planeada

El modelo de la conducta planeada fue propuesto por Ajzen (1985, 1991, citado en Bárcena, 2008), dicho modelo considera que el determinante inmediato de la conducta es la intención de ejecutar la conducta. El modelo explica que la *intención* depende de la actitud acerca de la conducta, y de la norma subjetiva (ver Figura 2). Tanto la actitud como la norma subjetiva están determinadas por cada una de las creencias que la persona posee hacia el objeto (sea cosa, persona o institución) y la evaluación, ya sea positiva o negativa realizada hacia

cada una de esas creencias. Esta evaluación es el componente afectivo de la *actitud*, y determina la motivación y la fuerza de la intención de conducta (Bárcena, 2008).

La *norma subjetiva* está determinada, por la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar y por la motivación del individuo para satisfacer las expectativas que tienen sobre él las personas significativas. La *percepción de control*, está conformada por variables internas (percepción de capacidad, habilidad de acción) y variables externas (oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, cooperación, etc.) (Bárcena, 2008).

En este modelo, para que una persona utilice el condón y así evitar un embarazo, ITS y/o VIH/SIDA, es necesario que tenga la intención de usarlo, que posea una actitud positiva hacia su uso, que crea que el condón es una medida segura y eficaz y que también, considere importante que las personas que son importantes para ella estén de acuerdo en emplearlas, así como, que se sienta capaz de usarlo y que los condones sean de fácil acceso, sean económicos y que se tengan expectativas favorables de su uso. Esto podría ser la principal crítica a dicho modelo puesto que si alguno de estos factores falta o tiene una valoración negativa (intención o actitudes), entonces la conducta meta no se realiza, en este caso el empleo del condón. (Bárcena, 2008).

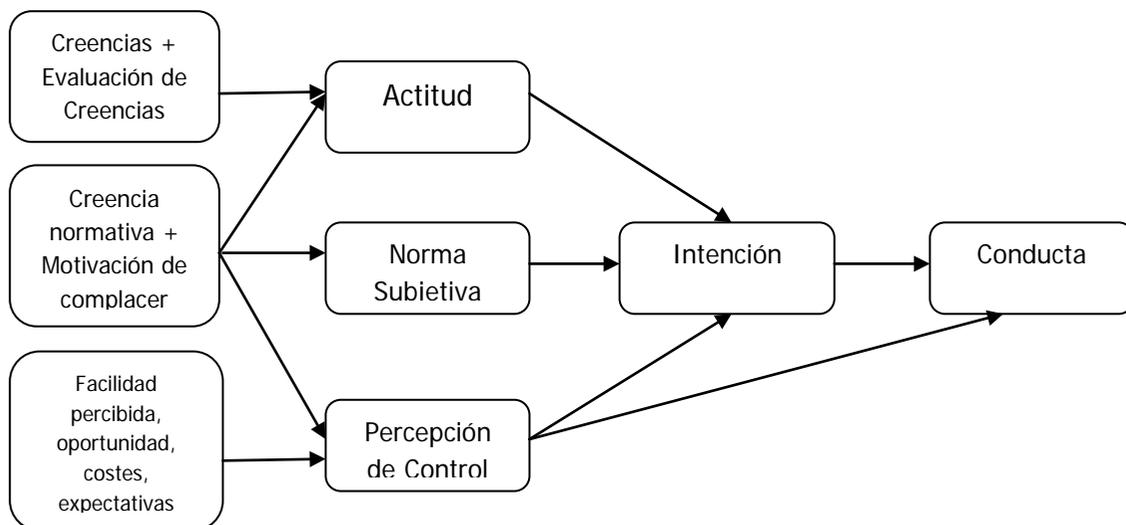


Figura 2. Modelo de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985, 1991, citado en

A continuación se presenta un modelo más, con características diferentes, pero también utilizado en estos programas de prevención.

Modelo de la Acción Razonada

Este modelo fue propuesto por Fishbein y Ajzen (1975, citado en Bárcena, 2008), y contempla como elementos de análisis las actitudes y los comportamientos, para explicar las conductas saludables. Enfatiza el rol de la intención personal como un factor determinante para la presencia del comportamiento (Ver Figura 3).

En este modelo, la intención está influenciada por dos factores: las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y las valorizaciones o normas subjetivas en relación con lo apropiado de la acción comportamental (Fishbein y Ajzen, 1975, citado en Bárcena, 2008).

Las actitudes sobre la acción específica, están determinadas por los siguientes aspectos según Fishbein y Ajzen (1975, citado en Bárcena, 2008):

- a) Las creencias respecto al resultado más probable de la conducta.
- b) La evaluación final de esas consecuencias del comportamiento.

Por otra parte, las normas subjetivas están en función de (Fishbein y Ajzen *op. cit.*):

- a) Las creencias normativas, que se refiere a lo que la persona cree que los demás piensan de la conducta.
- b) La motivación general que posee el individuo para actuar conforme a tales normas (Latorre y Beneit, 1992, citado en Bárcena, 2008)

Bajo esta perspectiva, existen pruebas de que el mostrar actitudes y creencias favorables hacia el uso del condón, no significa que las personas lo vayan a utilizar, (Villagrán y Díaz-Loving, 1999a, 1999b; Ramírez, Lizárraga, Felix, Campas y Montaña, 1998, citados en Robles y Moreno, 2007). Lo anterior deja en

claro una de las principales críticas a este modelos y es que existen *inconsistencias* entre las *actitudes* y las *conductas que se manifiestan*; resultado de las pautas de conducta culturalmente determinadas, las cuales llevan a las personas a ser resistentes ante su propia participación en el ejercicio de su sexualidad (Qu et al. 2002, citado en Robles y Moreno, 2007).

Asimismo, en algunas investigaciones se han explorado las *actitudes* que se tienen frente al SIDA, al condón o al uso del mismo como método para evitar el contagio del VIH, y reportan que *no existen diferencias significativas en las percepciones hacia el Sida de las personas que usan condón y las que no lo usan*, lo que sugiere que *no existe relación entre el uso del condón y la actitud que se tiene hacia el Sida* (Flores y Díaz-Loving, 1999, citados en Robles y Moreno, 2007) o bien que *no existe relación significativa entre el uso del condón y la percepción de riesgo -consecuencias-* (Díaz-Loving et al. 1999, *op. cit*); con lo cual se puede deducir que, contrario a lo que señala dicho modelo, por lo menos en este caso, *la intención no está en función de las actitudes originadas por la percepción de las consecuencias (percepción de riesgo)* y por ende no existe el motivo para prevenir las conductas sexuales de riesgo (Díaz-Loving et al. 1999, *op. cit*).

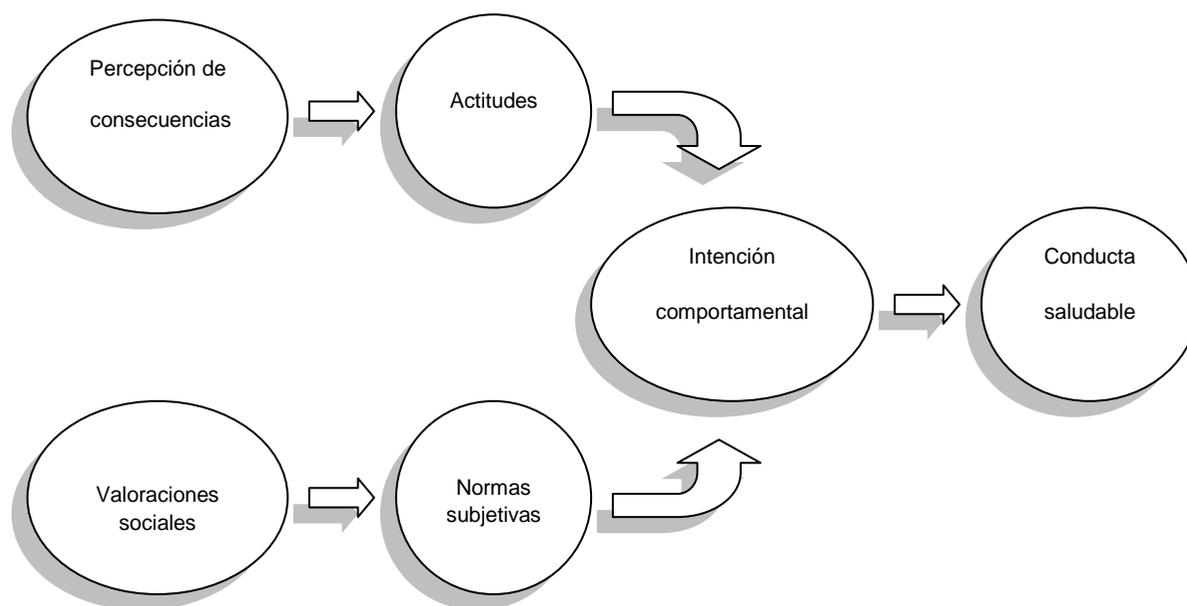


Figura 3. Representación esquemática del Modelo de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975, citando en Bárcena 2008).

Por último, se presentará un modelo más, de entre los más importantes utilizados en el análisis de problemas de salud.

Modelo de Auto-eficacia

El modelo de la auto-eficacia tiene su base teórica en la Teoría Cognitivo Social y en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1994, citado en Bárcena, 2008), menciona que la *auto-eficacia* se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para responder a un evento específico. Las bases de este modelo, se dan en términos de una tríada de causalidad recíproca, se describe por medio de tres componentes que operan en interacción unos con otros. Dichos componentes determinantes de acción son: a) determinantes personales: cogniciones, emociones y factores biológicos, b) la conducta y c) las influencias ambientales.

Desde este modelo, es necesario considerar cuatro variables que inciden en los tres componentes anteriormente mencionados (ver Figura 4), dichas variables son (Robles y Moreno, 2007):

- La **información**, la cual busca hacer conscientes a las personas sobre la vulnerabilidad de enfermarse: *Cualquier persona es vulnerable a ser contagiada por VIH/SIDA, sin importar raza, género, edad, estatus social, etc.*
- El **desarrollo de habilidades y de autorregulación**, lo cual permite transformar la información en conductas o acciones preventivas efectivas, a través de la identificación de las conductas de riesgo, autorregulación y reforzamiento de las conductas saludables: *“Si no uso condón puedo enfermarme de VIH/SIDA, por lo tanto debo usarlo constantemente”.*
- El **mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia**. El objetivo de este elemento es desarrollar al máximo las habilidades de autorregulación y las habilidades sociales, que

favorezcan el desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia: “Soy capaz de usar de manera correcta el condón en todas y cada una de mis relaciones sexuales”.

- Finalmente, la creación de una **red de apoyo social**, que facilite el mantenimiento de las conductas preventivas. Dado que la conducta se presenta en un contexto social particular, existe la presencia de la influencia social normativa. En este punto, es fundamental identificar las redes sociales que tienen una influencia positiva y aquellas que son negativas para el comportamiento saludable: “Entre las personas que me rodean, consideran importante y beneficioso el uso del condón para evitar contagios de VIH/SIDA”.

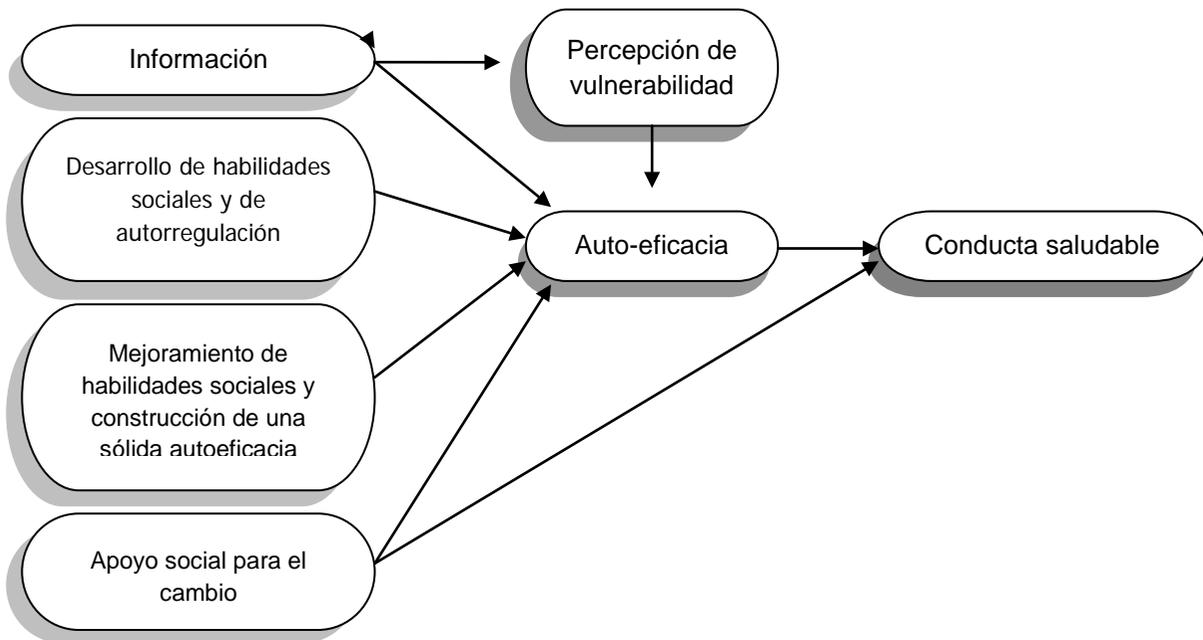


Fig. 4. Representación esquemática del Modelo de Autoeficacia (Bandura, 1994, citado en Bárcena, 2008).

En cuanto a las críticas hechas al *Modelo de Autoeficacia*, Moreno y Gil Rosales-Nieto (2003, citado en Robles y Moreno, 2007), señalan que la autoeficacia no puede considerarse la causa de la conducta puesto que siempre habrá que explicar, a su vez los determinantes de dicho proceso, lo que conduce

a un razonamiento de tipo circular. Asimismo, los autores aclaran que “no se trata de cuestionar la existencia fenoménica de este constructor y de otros parecidos, sino de si es o no científicamente admisible como objetivo, la interpretación de tales fenómenos como causas últimas de la conducta, lo que nos introduce en la misma concepción de la causalidad” (Moreno y Gil Rosales-Nieto, 2003, p. 99, citado en Robles y Moreno, 2007).

Las críticas anteriores a estos modelos han mostrado que son útiles pero un tanto insuficientes para el cambio y mantenimiento de conductas, ya que hasta el momento se han enfocado a evaluar y puntualizar factores cognitivos (creencias, actitudes, intenciones), lo que ha mostrado que las personas no siempre llevan a cabo lo que piensan; por lo que falta un aspecto más en este proceso y es que las personas lleven a la acción dichas cogniciones, además que tanto las cogniciones y las conductas no se encuentren de manera aislada, para esto una propuesta alternativa a los modelos descritos en párrafos anteriores es el modelo denominado **Información-Motivación-Habilidades Conductuales** (IMB, por sus siglas en inglés) de Fisher y Fisher (1992), el cual se describe a continuación.

Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales

El Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB), conceptualiza los determinantes psicológicos de las conductas preventivas del VIH y provee de un marco conceptual general para entender y promover la prevención entre la gente. Este modelo está basado en un análisis e integración de la teoría, la investigación en la prevención del VIH y la literatura psicosocial, y se enfoca específicamente en el conjunto de los factores de la información, la motivación y las habilidades conductuales que están conceptualmente y empíricamente asociados con la prevención del VIH, pero que frecuentemente se han tratado de forma aislada. Este modelo especifica una serie de relaciones causales entre estos constructos y un conjunto de operaciones para ser utilizados

en la traducción de este enfoque en intervenciones de prevención del VIH (Peterson y DiClemente, 2000).

Desde este modelo, se especifican tres elementos necesarios para que se dé una conducta preventiva (Fisher, *et al.*, 1994, citado en Bermúdez y Herencia, 2009). El modelo IMB afirma que la iniciación y mantenimiento de hábitos de salud sexual es mediada por tres factores determinantes (ver Figura 4): 1) Información sobre la prevención del VIH, 2) la motivación hacia la prevención del VIH y 3) habilidades conductuales para la prevención del VIH (Fisher y Fisher, 1994; citado en Bermúdez y Herencia, 2009).

El modelo IMB establece que estar bien informado y que posea información sobre salud sexual no es suficiente para provocar la ejecución de una conducta relacionada con la salud. Asimismo, las personas deben estar motivados para adoptar conductas de salud sexual, tanto a nivel personal (tienen actitudes positivas hacia la práctica personal de la conducta de salud) y social (recibir el apoyo social de los referentes importantes como la familia y amigos, recibir normas sociales positivas para la sexualidad saludable) y poseer las habilidades conductuales necesarias para el mantenimiento de la conducta.

De acuerdo con el modelo IMB, *la información* sobre la prevención del VIH que es directamente pertinente para la conducta preventiva y que puede fácilmente llevarse a cabo por el individuo, es un prerrequisito elemental para la conducta preventiva. Asimismo, la información para la prevención del VIH que está cercanamente relacionada con realización de la conducta preventiva puede incluir hechos específicos sobre la prevención y transmisión del VIH (p. ej. “El uso consistente del condón puede prevenir el VIH”), que pueden servir como una guía para acciones preventivas personales (Peterson y DiClemente, 2000).

La motivación para mejorar la prevención de VIH es un determinante adicional para la conducta preventiva e influye aún si los individuos “bien informados” estarán inclinados a actuar en lo que ellos saben sobre la prevención. De acuerdo con el modelo IMB, la motivación para la prevención del VIH, incluye

motivación personal para practicar conductas preventivas (p. ej. Actitudes hacia la práctica de actos preventivos específicos), motivación social para mejorar la prevención (p. ej. Percepción del apoyo social de llevar a cabo dichos actos), y percepciones de la vulnerabilidad personal hacia la infección del VIH (Peterson y DiClemente, 2000).

Las *habilidades conductuales* para la prevención del VIH son un prerrequisito adicional para la conducta preventiva del VIH y determina si los individuos aún “bien informados” y “motivados” serán capaces de practicar la prevención de manera efectiva. Este factor del modelo IMB está compuesto por la capacidad objetiva de un individuo y su autoeficacia percibida sobre el rendimiento de la secuencia de comportamientos de prevención del VIH que está involucrado en la práctica de la prevención. Las habilidades involucradas en la prevención del VIH pueden incluir habilidades objetivas y percibidas sobre el uso del condón, la negociación del uso del condón, y/o la habilidad para mantener las conductas preventivas propias y de la pareja a través del tiempo (Peterson y DiClemente, 2000).

. El modelo IMB especifica que la información, la motivación trabajan primordialmente a través de las habilidades conductuales para la prevención del VIH para influir en la conducta preventiva. En esencia, los efectos de la información para la prevención y la motivación hacia la prevención se expresan principalmente como un resultado del desarrollo e implementación de las habilidades conductuales de prevención que se aplican directamente a la iniciación y mantenimiento de la conducta preventiva. Este modelo también especifica que la información sobre la prevención y la motivación pueden tener efectos directos en la conducta preventiva. Finalmente, desde la perspectiva de este modelo, la información y la motivación, están considerados generalmente como constructos independientes, en el que aquellos individuos “bien informados” no necesariamente tienen que estar “bien motivados” para practicar la prevención, y que los individuos “bien motivados” no siempre están “bien informados” sobre la prevención (Peterson y DiClemente, 2000).

Al operativizar esta teoría y aplicarla para predecir el uso del preservativo, el componente de *información* se relaciona con el grado de conocimiento que la persona dispone sobre prevención y transmisión del VIH (Fisher et al., 1994, citado en Bermúdez y Herencia, 2009); la *motivación* para asumir dicha conducta depende de las actitudes que tenga la persona hacia el VIH, el uso del preservativo y de su susceptibilidad percibida (Fisher et al., 2002); y, finalmente, las *habilidades conductuales* se relacionan con la autoeficacia o control conductual percibido (Villarruel et al., 2004, citado en Bermúdez y Herencia, 2009). Esta predicción se puede concretar aún más considerando las variables psicológicas de las que depende que la persona presente altos niveles de conocimiento sobre el VIH/SIDA

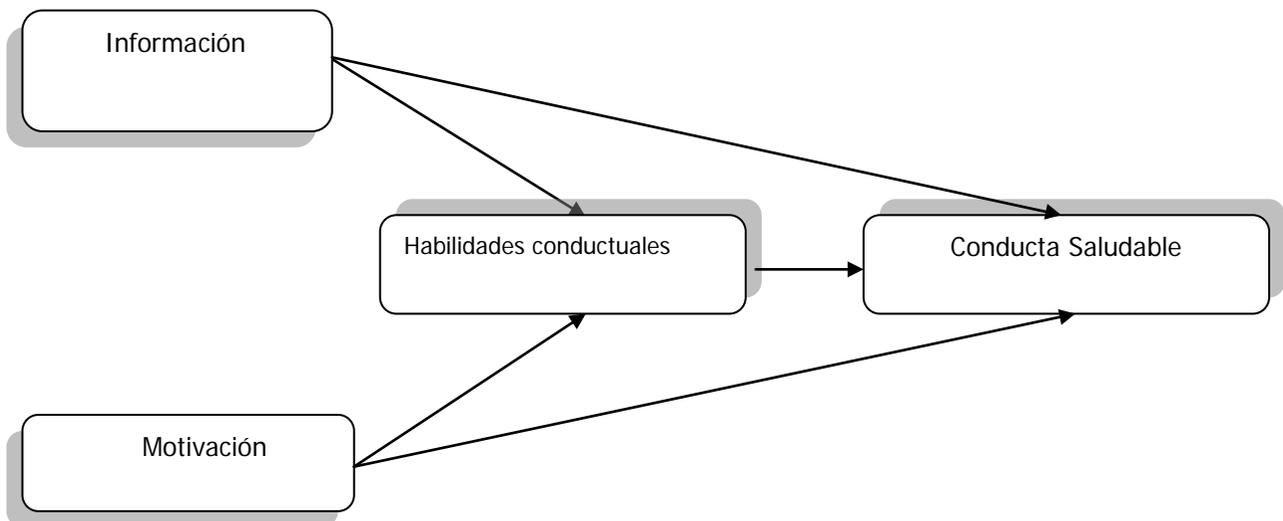


Fig. 5 Representación esquemática del modelo IMB (Fisher y Fisher, 1994; Fisher, J., Fisher, Bryan y Misovich, 2002).

Bajo este modelo se han realizado programas preventivos en el tema de la sexualidad que han resultado efectivos y/o con resultados significativos. Por ejemplo, Tulloch et al. (2004) llevaron a cabo un estudio con base en el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB), cuyo objetivo fue enseñar a los estudiantes en relaciones sexualmente activas a comunicarse con

su pareja sobre el uso del condón. Con una población de 106 estudiantes heterosexuales asignados a una de tres condiciones experimentales: sólo información, información más motivación e información-motivación y habilidades conductuales. En este último grupo las habilidades conductuales entrenadas fueron iniciar una conversación sobre el uso del condón, discutir los beneficios por usar el condón o los riesgos por no usarlo, solicitar que el compañero del participante se ponga un condón y responder en forma efectiva a la conducta de rechazo del compañero. Los resultados de la postevaluación muestran una mejor ejecución en las habilidades conductuales en el grupo que recibió entrenamiento en dichas habilidades, sin embargo, no tuvo un impacto en la consistencia del uso del condón, es decir, los estudiantes aprendieron a negociar efectivamente el uso del condón, pero esto no se vio reflejado en el autoreporte de su uso consistente.

Por otra parte, Singh (2003) quien realizó un estudio con el objetivo de estudiar la efectividad de una intervención basada en el modelo IMB en un grupo de mujeres universitarias para el cambio de conductas de riesgo ante el SIDA. Tuvo una población de 200 participantes, de las cuales 100 estuvieron en el grupo experimental, con una duración de 1 sesión por semana durante 3 semanas, y las 100 restantes en el grupo control y un diseño *Pre-Post/test*. Haciendo la medición de Prevención del SIDA mediante el cuestionario de Información, Motivación y Habilidades conductuales, desarrollado por Misovich, *et al.* (1998, citado en Singh, 2003). Destinando cada una de las sesiones a una variable del modelo y abordando las temáticas relacionadas a ellas. En los resultados encontraron que la intervención tuvo un impacto significativo en la base de conocimientos de los participantes, incrementando los puntajes de información general sobre VIH/SIDA del *pretest* al *posttest*, en comparación con el grupo control. También encontraron que el nivel de motivación, incluyendo la motivación personal y social en la intención de participar en conductas preventivas del grupo experimental incrementó significativamente después de la intervención, en comparación con el grupo control. Y finalmente, con respecto a las habilidades conductuales, en la sub-dimensión de dificultad percibida (que se refiere a qué tan fácil o difícil que es para que se involucren en conductas sexuales más

seguras) se observa que el grupo experimental después de la intervención reportaron reducir la dificultad percibida para participar en conductas de reducción del riesgo del SIDA, a diferencia de los participantes del grupo control. En la segunda sub-dimensión de las habilidades conductuales, la eficacia percibida (lo que se refiere a la capacidad del individuo para poder participar eficazmente en comportamientos de reducción de riesgo del SIDA) mejoró significativamente tras la intervención con los participantes del grupo experimental. En otras palabras, el grupo experimental reportó una mayor eficacia en la participación en el comportamiento de reducción de riesgo del SIDA, en comparación con el grupo control.

Asimismo, Robles et al. (2006) realizaron un estudio también basado en el modelo teórico IMB, con el objetivo de evaluar el impacto del entrenamiento de las habilidades conductuales preventivas y el entrenamiento en el uso correcto del condón sobre la autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales y sobre la habilidad para negociar el uso del condón. Una muestra final de 50 estudiantes universitarios (30% hombres y 70% mujeres) con una edad promedio de 20.6 años. Se utilizó un diseño *Pre-Post/test* con un grupo experimental. Evaluando las variables de la siguiente manera:

- *Conductas sexuales preventivas*: Se diseñó un cuestionario con preguntas de opción múltiple para obtener información sobre sexo, edad, estado civil, preferencia sexual, planeación de la primera relación sexual, lugar de la primera relación sexual, edad del debut sexual y parejas sexuales en toda la vida, las cuales permitieron determinar la homogeneidad entre los grupos. En este mismo cuestionario se incluyeron reactivos que evaluaron el uso de condón en la última relación sexual (sí-no) y la consistencia del uso del condón, la cual se determinó dividiendo la frecuencia del uso de condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales, multiplicando el resultado por cien.
- *Conocimientos*: Para determinar el nivel de información que los estudiantes tienen acerca del VIH/SIDA se utilizó el instrumento desarrollado por Alfaro,

Rivera y Díaz (1992; citado en Robles et al., 2006), considerando sólo los reactivos que evalúan sintomatología, transmisión y prevención. La medida de esta variable fue porcentaje de respuestas correctas.

- *Actitud hacia el uso del condón:* Se evaluó a través de dos reactivos (“el uso de condón es bueno para mi salud” y “el uso de condón disminuye la satisfacción sexual”), medidos en escala tipo Likert con valores de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).
- *Autoeficacia:* Se utilizó la escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA validada con estudiantes universitarios por Robles (2005; citado en Robles et al., 2006). Se analizaron tres factores de la escala: Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas **desconocidas** (8 reactivos), Capacidad percibida para rechazar propuestas sexuales de personas **conocidas** (5 reactivos) y Capacidad percibida para investigar la historia sexual de la pareja (4 reactivos), todos con opciones de respuesta en escala tipo Likert con valores de 1 (nada seguro) a 5 (totalmente seguro); las puntuaciones máximas posibles son de 40, 25 y 20, respectivamente.
- *Negociar el uso de condón:* A cada participante en forma individual se le dieron las siguientes instrucciones: “Imagina que estás con tu pareja en un lugar propicio para tener un encuentro sexual; imagina que tu pareja te empieza a insinuar que quiere tener relaciones sexuales contigo pero no está dispuesta a usar el condón y tú sí quieres utilizarlo porque quieres cuidar de tu salud sexual; ¿qué le dirías y cómo le harías para convencer a tu pareja de que usen el condón?” El instructor jugó el papel de la pareja del participante y la interacción se filmó para posteriormente fuera codificada por dos observadores entrenados utilizando el Test Analógico de Simulación (Roth, 1986, citado en Robles, 2006).

En este estudio encontraron que en el grupo experimental el porcentaje de relaciones sexuales protegidas incrementó del 56% en la pre-evaluación al 73% en la post-evaluación, mientras que en el grupo control la proporción fue de 47% y 48%, respectivamente, lo que demostró que el programa de intervención utilizado

tuvo efectos importantes sobre la reducción de conductas de riesgo, específicamente se redujo la proporción de encuentros sexuales no protegidos sólo en el grupo que recibió entrenamiento. También tuvo un impacto positivo en los tres elementos que se consideran en el modelo de Información, Motivación y Conducta de Fisher y Fisher (1994, citado en Robles, 2006): el grupo que recibió entrenamiento incrementó el nivel de información acerca del VIH/SIDA, mantuvo una actitud favorable hacia el uso de condón, incrementó el nivel de autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja y para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas, y mostró una mejor ejecución en la habilidad para negociar el uso de condón, comparado con el grupo control.

En concordancia con el estudio anterior Bazargan, et al. (2006), realizaron una investigación, cuyo objetivo fue aplicar la Información-Motivación-Comportamiento (IMB) para examinar las correlaciones de la intención de permanecer sexualmente inactivos entre los hispanos y los afroamericanos de secundaria, en una población de 502 hispanos y afroamericanos de secundaria. Además de las características demográficas (edad, género, etnia), la encuesta incluyó 18 ítems, que fueron diseñadas para capturar los elementos del modelo teórico IMB. El análisis de confiabilidad se llevó a cabo para estudiar las propiedades de las escalas de medición, las cuales evaluaron lo siguiente:

- *Conocimiento de enfermedades de transmisión sexual*, consta de 4 ítems. La confiabilidad de consistencia interna de esta subescala fue examinada usando coeficiente alfa de Cronbach, resultando igual a 0,70
- *Conocimiento del embarazo*, contenía 3 ítems, el alfa de Cronbach fue de 0,61.
- *Repercusiones percibidas del embarazo*, contenía 3 ítems. El alfa de Cronbach fue de 0,69.
- El siguiente factor, *actitudes hacia el sexo seguro*, fue compuesto por dos ítems. El alfa de Cronbach coeficiente para esta subescala fue de .83
- *La presión de la pareja percibida*, se compuso de un solo ítem

- El sexto factor, *las normas de la pareja percibidas*, constó de 3 elementos. El alfa de Cronbach fue de 0,85.
- El último factor, *habilidades conductuales*, contiene 2 ítems. El alfa de Cronbach fue igual a 0,62.

Este estudio encontró que sólo el 50% de la muestra informó que planea permanecer en abstinencia sexual hasta que se gradúen de la escuela secundaria. Otro 21% rechazó la idea de permanecer en abstinencia, y el 29% no estaban seguros sobre su intención de participar en actividades sexuales antes de graduarse de la escuela secundaria. Los estudiantes afroamericanos hombres fueron menos propensos que sus contrapartes femeninas y latinos para informar su intención de seguir siendo sexualmente inactivas. Utilizando la regresión logística y el control de las características demográficas, este estudio reportó a los estudiantes con (1) un mayor nivel de presión percibida, (2) un menor nivel de habilidades conductuales de rechazo para evitar la actividad sexual, (3) una actitud más positiva a practicar el sexo seguro, y (4) aquellos con un menor nivel de percepción de las repercusiones del embarazo eran menos propensos a reclamar permanecer sexualmente inactivos. Los datos de este estudio apoyan el modelo de IMB, lo que sugiere que los programas de intervención que se centran en el conocimiento por sí, son intrascendentes en la alteración de las intenciones de los adolescentes con respecto a su decisión de participar en la actividad sexual. Los programas de intervención deben centrarse en la juventud fomentando posponer la actividad sexual mediante la reducción de la presión del grupo y la construcción de la auto-eficacia a través de la mejora de las motivaciones y habilidades de comportamiento culturalmente apropiadas

De igual forma, Barzargan, et al. (2009), realizaron un estudio basado en el modelo IMB, y se llevó a cabo con una muestra de 380 49,6% hombres (N = 184), y 50,4% mujeres (N = 196), jóvenes entre 11 y 17 años, se utilizaron las variables latentes del modelo para examinar las interrelaciones y las relaciones predictivas entre las variables del modelo IMB asociados con el comportamiento sexual de riesgo, mediante un cuestionario evaluaron las siguientes variables:

- *Datos demográficos.* Dos ítems de información demográfica representada en el modelo incluye la edad en años, el género (hombre = 1, mujer = 2), y el origen étnico (1 = áfrico-americano, 2 =hispanos).
- *Conocimiento.* Ocho ítems evaluaron el conocimiento de los estudiantes acerca de las ITS/VIH y el embarazo. Las medidas de confiabilidad *test-retest* se han documentado mediante la repetición de la encuesta una semana después con 18 estudiantes (el coeficiente de correlación de Spearman = 0,85).
- *Las repercusiones negativas de embarazo.* Esta variable fue evaluada por 4 ítems que tienen opciones de respuesta que van desde 1 a 3 (coeficiente $\alpha = 0,73$).
- *Las actitudes contra las actividades sexuales.* Esta variable fue evaluada por tres ítems con opciones de respuesta que van desde 1 a 3. (coeficiente $\alpha = 0,66$).
- *Presión de la pareja percibida.* La presión percibida entre parejas se averiguó con 4 ítems con opciones en una escala de 1 a 3. (coeficiente $\alpha = 0,53$).
- *Habilidades conductuales de rechazo sexual.* Esta variable fue evaluada por 4 reactivos en una escala de 1 al 3 (coeficiente $\alpha = 0,59$).

Después de la intervención, los autores encontraron que el 60% de los participantes de 15-17 años y 1 de cada 10 participantes de entre 11 a 12 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de la intervención. De los sexualmente activos, más de la mitad reportaron haber tenido sexo sin protección y el 11% tuvo relaciones sexuales con cuatro o más parejas. Los resultados del modelo de ecuaciones estructurales indicaron que los jóvenes más grandes y las actitudes frente a las actividades sexuales tuvieron un impacto significativo y directo sobre el comportamiento sexual riesgoso. Las habilidades conductuales de rechazo, posicionada como una variable interviniente, también predijo significativamente menos relaciones sexuales de riesgo. Los conocimientos, las actitudes frente a las actividades sexuales, y la presión de la pareja percibida contra el comportamiento sexual predijeron habilidades sexuales de rechazo.

Además, hay importantes efectos indirectos sobre el comportamiento sexual de riesgo mediada a través de técnicas de rechazo de comportamiento, lo que afirma que un gran número de minorías desfavorecidas de jóvenes urbanos participan en conductas sexuales de riesgo. Los programas de intervención, en particular con los preadolescentes, deben centrarse en la construcción de habilidades conductuales de larga duración que hagan hincapié en la reducción de presión de la pareja y las influencias normativas sobre conductas sexuales de riesgo. Concluyendo que los componentes del modelo de IMB tienen claramente un papel determinante en el diseño de intervenciones eficaces.

Como se ha visto, la eficacia del modelo Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB), es contundente, es por esto la importancia de la implementación de este modelo en programas de prevención del VIH/ITS y embarazos no planeados en adolescentes. Más específicamente, en nuestro país también se han llevado a cabo esfuerzos por la realización de programas preventivos basados en modelos teóricos, enfocados en la comunicación con padres y adolescentes para la prevención del VIH/SIDA. Algunos de estos programas serán descritos en el siguiente apartado.

Educación Sexual en México, breve reseña histórica.

Al abordar el tema de sexualidad, no se puede olvidar que ésta se encuentra inmersa en una cultura. Cada sociedad vive la sexualidad de una manera determinada y, en el caso de México, se vive en una cultura de género, donde hombres y mujeres somos educados y educadas en roles diferentes, en función de las tareas que la sociedad espera que se desempeñen por ser de uno u otro sexo (Segura, 2011).

La educación sexual también debe abordar las relaciones y emociones implicadas en la experiencia sexual. Debe tocar el tema de la sexualidad como una parte natural, íntegra y positiva de la vida. Así como promover la igualdad de género, la autoestima y el respeto por los derechos de los demás. Debido a la sociedad y a la cultura, la educación sexual, tal y como la hemos recibido la

mayoría de las personas, es inexistente y esto nos lleva a que tener interiorizadas concepciones erróneas sobre la sexualidad; así como mitos, prejuicios y falsas creencias sobre la misma, que impiden mantener relaciones sexuales positivas, sanas y placenteras (Segura, 2011).

Las relaciones sexuales exigen habilidades de comunicación, capacidad para analizar nuestros sentimientos y resolver conflictos, y esto no se enseña, ni en casa ni en las escuelas. La sexualidad sigue considerándose un tema tabú, del que sólo se habla llegada la pubertad, si es que se habla, teniéndose que obtener esta información a través del grupo de iguales o a través de medios como revistas, películas, internet, libros, etc. Estos medios, en muchas ocasiones, ofrecen una visión reduccionista de la sexualidad, centrada en la dimensión biológica de la misma (Segura, 2011).

Se puede señalar que la educación sexual en el país, como responsabilidad asumida por el Estado, se remite a la década de los 30 cuando Narciso Bassols, llevó a cabo una campaña anticlerical, que se relacionó posteriormente con la educación socialista, en el sexenio de Lázaro Cárdenas. La propuesta de Bassols, en 1932 no solo trataba de evitar que las escuelas hicieran propaganda religiosa, sino también, se procuraba que la explicación de la vida se basara en conceptos y actividades alejadas de toda creencia religiosa. Por lo que establece: "La educación sexual debe impartirse desde el 3er. ciclo de la escuela primaria y en alguno o en algunos grados de la escuela secundaria." (Latapí, 2003, citado en Segura, 2011).

La educación sexual en México se incorporó en 1932 a la educación primaria y secundaria (Latapí, 2003, citado en Segura, 2011) con un enfoque biologista, desarrollado en las escuelas a través de los cursos de Biología, Ciencias Naturales y Valores y Ética. Luego, dentro de los diferentes intentos de reformas y rechazos, la educación sexual pasó por una etapa vinculada al control de la natalidad, cuyos argumentos se sustentaban en la tesis que las sociedades subdesarrolladas lo eran, por un excesivo crecimiento poblacional. Este nuevo sentido que se le dio a la política demográfica de México, logra incorporar a través

de la Reforma Educativa de 1970, contenidos referidos a la educación de la sexualidad, en las escuelas primarias y secundarias. No obstante, dichos contenidos aún tenían un enfoque biologicista (Segura, 2011).

La verdadera educación sexual que se ha registrado en México parte realmente de la administración de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), desafortunadamente porque el país se convirtió en la segunda nación a nivel mundial con el índice más alto de madres solteras, según informes del Consejo Nacional Técnico de la Educación de 1971, dicho informe estimó que ha sido un efecto de la ignorancia y de la desinformación sobre el tema (Segura, 2011).

El presidente Luis Echeverría tuvo que luchar contra las diferentes oposiciones manifestadas por la Unión Nacional de Padres de Familia. Porque la Reforma Educativa de los años setenta significó la institucionalización de los temas de sexualidad en los planes y programas de estudio de la educación básica: Modelo de Educación Sexual (MES) plasmados en los programas de estudio y en los libros de texto de la escuela primaria (CONAPO, 1988, citado en Segura, 2011).

Es importante destacar que desde la visión de las fuerzas que pugnaron por la moralidad y la preservación de las buenas costumbres, tales como la Unión Nacional de Padres de Familia y algunos sectores de la Iglesia católica, la educación sexual era asunto exclusivo de la familia, la cual estaba estructurada de manera nuclear y configurada mediante roles que debían aprender los niños según los cánones preestablecidos para cada sexo (Meneses, 1991, citado en Segura, 2011).

Desafortunadamente las fuerzas progresistas lograron imponer una visión fundamentalmente biológica en cuanto a la sexualidad, ligada además a un terrorismo verbal que justificaba el control natal por el hecho de “ser muchos y pocos los recursos”. Así, el modelo de educación sexual plasmado en programas y libros de texto se estructuró sobre dos ejes principalmente: la reproducción de

roles estereotipados y la intención de introyectar en los niños modificaciones en la conducta sexual con miras a lograr el control natal (Segura, 2011).

El Modelo de Educación Sexual (MES) se concretó de manera más clara en el 74 y 75, años en los que la propuesta se generalizó y masificó mediante la edición de más de 70 millones de libros de texto. Para 1978, con José López Portillo se realizaron algunas modificaciones con la introducción de una nueva temática: “Educación para la salud”, con la cual se buscaba mejorar el nivel de vida de los escolares en este aspecto, aunque para esta área no se diseñó libro de texto. La unidad de trabajo que de manera más directa trataba los contenidos de sexualidad era la de “Crecimiento y desarrollo”, incluida en el libro de Ciencias naturales de los grados Quinto y sexto de primaria (Meneses, 1991, citado en Segura, 2011).

Afortunadamente la SEP no dio marcha atrás en cuanto a lo anterior, pero sí introdujo algunas modificaciones a los textos de sexto grado de primaria. Fue en el periodo de José López Portillo y Pacheco (1978-1982) ya que a partir de la edición de 1978; se le agregaron frases complementarias acerca del papel del padre y la madre en la sociedad, por supuesto desde los roles tradicionales, así como la idea de que la institución de la familia es el único espacio posible para el ejercicio de la sexualidad (Pico, 1983, citado en Segura, 2011).

Con esta imagen de los libros de texto más el eslogan difundido en todos los medios de comunicación de: “La familia pequeña vive mejor” (CONAPO, 1982, citado en Segura, 2011) es como se continúa la educación sexual en las instituciones educativas hasta principios de 1992, puesto que en mayo de ese mismo año aparece el tan famoso Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica.

Las reformas introducidas a los libros de Ciencias Naturales de 5o. y 6o. grado de primaria abordan el tema de la sexualidad humana desde una perspectiva integral, ya que incorporan temas como la violencia de género, el condón, las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, las adicciones, la

eyaculación, la menstruación, entre otros. Estos cambios fueron motivo de debates, pero en esta ocasión no hubo quema pública de libros de texto por parte de organizaciones católicas, ya que en la década de los 90 era más importante detener la pandemia del SIDA e ir atacando las diferentes enfermedades de transmisión sexual.

En mayo de 1992, periodo de Carlos Salinas de Gortari, se firma el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública, parte del acuerdo fue la renovación de los libros de texto gratuitos de la educación primaria, principalmente de los textos de Ciencias Naturales de quinto y sexto grado de primaria. El cambio más importante en estos libros de texto es el nuevo enfoque para el estudio de la sexualidad. La orientación de educación sexual, vigente desde los años setenta, se sustituyó por el de educación para la sexualidad, concepto que además de los aspectos fisiológicos, comprende también los psicológicos y sociales (Segura, 2011)

Puesto que las autoridades de la Secretaría de Educación Pública, al frente Ernesto Zedillo, determinaron realizar importantes modificaciones de los contenidos sobre la educación sexual que se profesaba e incluida en los libros de texto gratuitos para la educación primaria. Los temas que se difundían, sólo eran tratados con una perspectiva exclusivamente anatómica y fisiológica. Por lo que se decide darle un enfoque integral, en donde se consideraron, no sólo los aspectos biológicos de la sexualidad y la reproducción humana, sino que se otorgó mayor importancia a los componentes afectivos y éticos de la sexualidad. Es importante destacar que en los textos del 92, se tuvo el propósito de promover relaciones más equitativas entre hombres y mujeres, ya que en los libros se intentó resaltar y reconocer el derecho a la equidad entre mujeres y hombres, porque ambos han demostrado ser inteligentes, creativos, hábiles, competentes y responsables (Segura, 2011)

En 1998 y 1999 correspondió editar dos nuevos libros de texto gratuitos para quinto y sexto grados de primaria, y nuevamente, como en otros años, los libros de Ciencias Naturales monopolizaron la atención. ¿El motivo?, el nuevo

enfoque para estudiar los contenidos relacionados con la educación para la sexualidad. Porque en el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León, se incluyen contenidos cuya finalidad era forjar una cultura de la prevención. Para lo cual se abordaron temas para prevenir sobre los efectos del alcoholismo, el tabaquismo, el consumo de drogas, las infecciones de transmisión sexual (como el SIDA) y, el cáncer de mama, entre otros. Cada uno de estos temas, se desarrollaron y explicaron acorde al grado de educación escolar, con el fin de proporcionar y reforzar una cultura sobre salud en todos los niveles escolares.

El entonces Secretario de Educación, Miguel Limón Rojas, justificó ante el Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual el nuevo enfoque de los textos. Limón Rojas dijo que *“la educación debe ser capaz de educar para la libertad, y que la formación para la libertad pasa por el conocimiento, manejo, goce y ejercicio responsable de la sexualidad”*. (Manual de sexualidad infantil y juvenil, 1997, citado en Segura, 2011). Ese nuevo enfoque trataba de erradicar, a través de los textos, la desigualdad de la mujer, los embarazos prematuros, la violencia intrafamiliar, los numerosos casos de abuso sexual y la proliferación de infecciones de transmisión sexual (Segura, 2011).

Por otra parte es relevante comentar que los textos aportaban información sobre aspectos fundamentales de las relaciones sexuales: el amor, el placer y las consecuencias de los embarazos no deseados. Además en los libros de Ciencias Naturales de quinto y sexto de primaria se mostró que en los seres humanos la reproducción no es la única función del aparato sexual. A diferencia del resto de los animales, sino que las relaciones sexuales en los seres humanos son una manera de manifestar un sentimiento muy importante, el amor a la pareja, y que implican una responsabilidad que se alcanza en la etapa adulta, cuando las personas son capaces de controlar o moderar sus actos y afrontar sus consecuencias (Segura, 2011).

Cuando Vicente Fox Quesada llegó a la presidencia de la República (2000-2006), hubo temores de que existiera un retroceso en materia de educación sexual; afortunadamente no lo hubo, pero tampoco avances. Lo que sí ocurrió fue

mayor aceptación en las instituciones sobre la educación sexual, incluso de familias de católicos practicantes que reconocieron el esfuerzo por incorporar en el currículo la educación sexual (Segura, 2011).

Para finales de diciembre del 2003, el Senado de la República Mexicana aprobó dos reformas, que fueron la Ley General de Educación y la de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, con el fin de impartir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, y desde el primer grado de primaria. El objetivo principal de la reforma a la Ley General de Educación fue que la educación sexual se imparta en todas las etapas escolares y no sólo a partir del quinto año de primaria, como se encontraba en los libros de Ciencias Naturales y establecido en los planes de estudio. Sino que debía incluirse en las pláticas con los niños desde el primer año de primaria, aunque no se encontrarán en los libros de texto gratuito. Ya que la intención es el desarrollo de una educación sexual seria y profesional, que lleve consigo el establecimiento de mecanismos que permitan la revisión de los contenidos educativos (Segura, 2011).

Por último cabe mencionar que en el sexenio de Fox, hubo un gran logro, ya que el libro de "*Sexualidad infantil y juvenil*" no se elaboró estrictamente para los niños de tercero a sexto de primaria y para los tres niveles de secundaria, sino, principalmente para los maestros que impartían clases en esos niveles educativos. Porque ofrecer a los profesores información básica y compartir algunas reflexiones para lograr que la educación sexual adquiriera cada vez mayor naturalidad en las escuelas y para que el maestro pudiera tener un marco de referencia y así poder tomar decisiones ante situaciones imprevistas y ante las preguntas o dudas de sus alumnos, así como poder orientar a las madres o a los padres de familia en cuanto a la sexualidad de sus hijos.

A la llegada de Felipe Calderón, se pensó que se podrían continuar con los avances en esa materia, pero en contraste, algunos sectores conservadores, se manifestaron en el segundo año de su gobierno, en el 2007 y pugnaron porque la educación sexual fuera una materia optativa, tanto en el nivel de primaria como en

la secundaria y que los propios padres sean quienes decidan si sus hijos deben o no tener esa información. Afortunadamente esas pugnas no han tenido eco, pero si hubo un cambio en los libros de primaria, ya que en el ciclo escolar de agosto 2008, se distribuyeron los libros de Formación Cívica y Ética. Para la realización de estos, se contó con el apoyo de diferentes instituciones y personalidades reconocidas como: la UNAM, el Ejército y la Confederación de Cámaras Industriales, el historiador Enrique Krauze, el compositor Armando Manzanero y el filósofo Adolfo Sánchez Vázquez, por nombrar algunos (Segura, 2011).

Josefina Vázquez Mota, Secretaría de Educación Pública, hasta abril del 2009 en el presente sexenio, comento que el nuevo libro de Formación Cívica y Ética, el cual contiene en un apartado información sobre educación sexual, que dicho texto pretende alcanzar consenso entre ciertos actores sociales, porque, de acuerdo con especialistas, no significa que el libro “sea bueno pedagógicamente” (La Jornada, 2008, citado en Segura, 2011) y, por otro lado, al congratularse de la inclusión de la enseñanza sexual en estos textos, destacó que una “verdadera lección cívica y ética” de la dependencia sería evitar la exclusión del libro del gobierno capitalino sobre educación sexual (Segura, 2011).

Al respecto, el texto “*Tu futuro en libertad*” editado por el gobierno del DF, de contenido progresista y más acorde con los propios planes de estudio de la SEP, ya que toca temas actuales, además de llamar a las cosas por su nombre, como, pene, vagina, cachondo, venirse; además de ponerle nombre y apellido a cada tema desarrollado. Desafortunadamente, ni el gobierno local ni el federal, dejan a un lado sus colores, y aunque los libros estén bien y sean aceptados por la población, primero ponen de manifiesto las diferencias ideológicas y dejando de lado a la educación sobre la sexualidad, aún siendo ésta mucho más importante para la población.

Desde el ciclo escolar del 2008 y 2009 el libro “*Tu futuro en libertad*” circula en varias secundarias y preparatorias del Distrito Federal, principalmente de las Delegaciones: Iztapalapa, Magdalena Contreras y Cuauhtémoc, donde el gobiernos federal y local aún sin especificar si se permitiría o fomentaría su

distribución. Pero, los maestros de esas delegaciones tal vez lo lleven en la currícula de los próximos ciclos escolares, sea o no un libro de texto oficial, pero sí como un libro complementario y fundamental para cubrir una deficiencia absoluta en el manejo de los temas de sexualidad que ocurre en el currículum formal de la educación en el Distrito Federal (Segura, 2011).

Así, el texto del GDF, estructurado en forma de preguntas y respuestas, explica sobre la masturbación: *“las investigaciones reportan que no causa daño físico ni mental; al contrario, te ayuda a conocer tu cuerpo y en su caso a ensayar tu próxima vida sexual”*, y el texto cita beneficios que trae esta práctica, como aliviar la tensión sexual o, cuando se practica en pareja, ser una forma de relación sexual segura que reduce el riesgo infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados (Segura, 2011).

Hoy día la educación sexual tiene y debe ser objeto de una política sólida de Estado, ajena a la religión y a la política de partidos. La necesidad de proporcionar una educación estructurada en materia de salud sexual y de sus posibles consecuencias es a todas luces evidente.

La educación sexual ha sido institucionalizada para adolescentes sobre salud sexual, ya que ha tenido una historia larga y con muchos altibajos, una historia de grandes diferencias a tenor del cambio de gobiernos y de los vaivenes de la opinión pública. Esos cambios han quedado reflejados en el contenido y en las ideologías que estructuran los planes de estudios sobre salud sexual y la controversia pública que a menudo provocan. Como consecuencia, la educación sexual dista de ser un concepto homogéneo o unitario, dado que abarca, por el contrario, un amplio abanico de planes de estudios que difieren en cuanto a objetivos, amplitud, aplicación y contenido. La diversidad de enfoques queda de manifiesto en la nomenclatura utilizada para describir lo que en sentido amplio se designa como educación sobre salud sexual. Así por ejemplo, a los programas se les ha etiquetado en distintas ocasiones como educación para la vida familiar, salud sexual, desarrollo personal, aclaración de valores, o sea un "límitate a decir no", respeto al sexo y salud sexual humana (Segura, 2011).

La educación sobre salud sexual puede lograr que las prácticas sexuales de las y los adolescentes sean más seguras, pero no es el elemento más influyente, de manera que el potencial de la educación para el desarrollo de pautas de comportamiento ya que debe evaluarse en el contexto de otras influencias sobre la salud sexual de la población adolescente. Sin embargo, los intentos por afinar la eficacia de los programas tropiezan inevitablemente con la preocupación moral sobre la legitimación de la actividad sexual en la adolescencia.

Aunado a lo anterior y por la falta de preparación de los padres, la educación sexual no se da en el seno familiar. También es fundamental que la educación sexual se imparta adecuadamente por docentes responsables porque durante la niñez y la adolescencia principalmente, la escuela es como la segunda casa. Lo que impide de manera importante que la Educación sobre la sexualidad sea una educación integral. Puesto que es necesario que sea una educación acorde al Estado, donde las diferencias ideológicas y la doble moral bajo la cual se maneja la sociedad mexicana no influyan en los programas de Educación Sexual y en las reformas de las leyes de educación; en la que los docentes sean responsables, se encuentren preparados y con la disposición para impartir materias relacionadas con la Educación Sexual adecuadas a todos grados escolares; y en la que los padres cuenten con la información y las habilidades necesarias para otorgar educación sexual a sus hijos, sin tabúes, sin vergüenza y con toda la confianza y asertividad que los padres puedan dar.

Programas de Intervención en México

En un estudio realizado por Walker, *et al.* (2006), se evaluó el uso del condón y otros comportamientos sexuales de un programa de prevención del VIH en la escuela, el cual promueve el uso de condones con y sin la anticoncepción de emergencia. La muestra que se utilizó para la realización de este estudio fue de 220 estudiantes de edades entre 15 y 18 años. El curso tuvo

una duración de 32 horas durante 16 semanas, no se explica en el artículo en cuántas sesiones se dividió el programa, ni la duración de cada una de ellas.

El programa se basó en la enseñanza de habilidades para la vida y seguir las directrices sobre el programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Casi la mitad del tiempo en la clase se centró en las consecuencias del sexo sin protección y cómo evitarlo. Otras clases se trataron acerca de las presiones sociales que influyen en el comportamiento sexual (la presión de grupo, los valores culturales) y en la práctica, siempre tener comunicación, negociación y habilidades para saber rechazar o posponer.

El diseño de la intervención fue *Pre-Post/test*, en el que los estudiantes completaron un cuestionario anónimo constituido por 93 ítems durante la primera clase, cuatro meses después de esta clase y finalmente un año después de estos 4 meses. El cuestionario abarcaba los conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA y anticoncepción de emergencia, la experiencia sexual, y el uso del condón en la primera relación sexual y más reciente. También se preguntó sobre el uso del tabaco, el alcohol y las drogas, sexo recompensado (intercambio de sexo por dinero, bienes o servicios), las redes sociales, el estatus socioeconómico, y la intención de continuar en la escuela. Los datos fueron ingresados dos veces para minimizar los errores en la entrada de datos.

Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención al inicio del estudio, pero se observaron diferencias significativas en el seguimiento. En el grupo de promoción del condón, las mujeres fueron ligeramente mayores, y por lo menos 10% eran más propensas a tener un novio que las mujeres de otros grupos. Los conocimientos sobre el VIH y el conocimiento de la anticoncepción de emergencia fueron mayores para el grupo de promoción del condón que con los otros grupos. Las actitudes sobre el uso del condón fueron significativamente diferentes entre los sexos, las mujeres tuvieron una actitud mucho más positiva sobre el uso del condón. Sin embargo, las actitudes sobre el uso del condón fueron significativamente menos positivas entre los jóvenes que reportaron actividad sexual. El conocimiento de la

anticoncepción de emergencia aumentó en el grupo que fue enseñado al respecto, y las mujeres de este grupo reportaron haber usado esta forma de anticoncepción. Ambas intervenciones han tenido impacto significativo en el conocimiento del VIH, pero no en el comportamiento sexual. La educación sobre la anticoncepción de emergencia no tuvo efecto significativo sobre el uso del condón.

Algunas limitaciones que se presentaron en este estudio son en primer lugar, que aunque los profesores fueron entrenados y monitoreados de cerca la observación de las clases fue limitada. A pesar de la capacitación intensiva, los maestros rara vez cambian sus prejuicios acerca de la sexualidad adolescente. En México, las mujeres jóvenes no tienen la intención de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que a los hombres se les anima a hacerlo. En segundo lugar, no se tuvo ninguna medida de la asistencia de los alumnos en el curso, a pesar de que era parte del plan de estudios requerido.

En tercer lugar, aunque el curso era intensivo, no se siguió reforzando el próximo año. Por otra parte, el mensaje central del curso fue la libre determinación de la toma de decisiones, con una acción de respuesta. Algunos expertos creen que este mensaje es demasiado vago. También, a pesar de que los cuestionarios fueron anónimos y confidenciales, estos se realizaron en presencia de los adultos, por lo que la privacidad no fue óptima. Otra más es que sólo una pequeña proporción de los estudiantes habían comenzado recientemente su actividad sexual durante el curso, y estos estudiantes no pudieron ser identificados, aunque eran los más propensos a beneficiarse de este curso durante el período de observación. Además, aunque los condones y anticonceptivos de emergencia están disponibles sin receta en cualquier farmacia, el acceso a los métodos anticonceptivos es probablemente limitada a los jóvenes mexicanos, por razones culturales, psicológicas y económicas, y esto podría haber afectado los resultados finales.

Asimismo, Torres et al. (2006), realizaron un estudio donde se describió el diseño metodológico y de evaluación de una intervención educativa para

adolescentes escolarizados, desarrollado a partir de las características de experiencias exitosas. Se trabajó con 40 escuelas preparatorias del sistema educativo público del Estado de Morelos. Participaron un total de 11, 177 alumnos, el estudio estuvo basado en el modelo de Acción Razonada. Se trabajó con un cuestionario de 95 reactivos, el cual incluía información demográfica, socioeconómica, conocimientos sobre VIH/SIDA, anticoncepción de emergencia (AE), actitudes hacia personas con VIH/SIDA, conocimientos y actitudes hacia el uso del condón, actividad sexual, embarazo, aborto, autoestima y uso de sustancias adictivas, no se mencionan las propiedades de validez y confiabilidad del instrumento utilizado.

Para este estudio se capacitó a maestros durante 5 días de 8 horas cada uno. El programa tuvo una duración total de 16 semanas, las sesiones eran semanales de dos horas, en el período de Enero-Mayo 2002. y se abordaron temáticas como VIH/SIDA, promoción del condón y anticoncepción de emergencia (AE). El diseño de la intervención fue con *Pre-post/test*. Se ubicaron dos grupos de intervención; al primero se le brindó información sobre VIH/SIDA, promoción del condón y anticoncepción de emergencia; mientras que al segundo le eliminaron la información sobre la anticoncepción de emergencia. También se ubicó un tercer grupo, el cuál era de comparación; a este grupo no se le dio intervención solamente se contó con los contenidos de sexualidad propios del sistema educativo oficial mexicano. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA fue elevado en todos los grupos. En cuanto al conocimiento, uso y negociación del condón, el 39% de los sexualmente activos reportaron haber usado protección en su primera relación sexual, sin diferencias entre sexos. Respecto a la seguridad para obtener un condón, tanto hombres como mujeres sexualmente activos e inactivos, se declararon altamente seguros de poder obtener un condón. Sin embargo, se muestra que las mujeres tienen menos habilidad que los hombres para usar un condón.

Tratándose de negociar el uso del condón en el momento de una relación sexual, las mujeres declararon tener una mayor capacidad de negociar el uso del

condón que los hombres. En cuanto a los conocimientos de anticoncepción de emergencia, un poco menos de la mitad de las mujeres y los hombres sexualmente activos sabían con exactitud que era el método. La disposición de usar AE fue tanto para hombres como para mujeres mayor que le conocimiento reportado. El inicio de vida sexual en la población adolescente está ocurriendo en condiciones que facilitan tanto el contagio de ITS como los embarazos no planeados, lo que refuerza el planteamiento que llevó a diseñar el estudio.

La limitación que se muestra en el estudio fue que la entrevista al ser anónima y confidencial ya que en ocasiones, cuando se habla de conducta sexual y el uso de sustancias ilegales, los adolescentes tienden a aminorar sus comportamientos, sin embargo no se puede estimar la magnitud del sub-reporte. No obstante, este estudio si incluyó a personas que tenían los conocimientos necesarios en las áreas que se plantearon, también se basó en un modelo lógico, se enfocó en las metas de la salud como la prevención del VIH, ITS y embarazo no deseado, sin embargo, no evalúa las necesidades de los jóvenes ni les brinda actividades, herramientas ni material al cual puedan acudir en caso de tener dudas o necesitar información.

Por último, en un estudio realizado por Gallegos et al. (2007), se evaluó el conocimiento sexual y la comunicación de los padres con sus hijos adolescentes y se identificaron las diferencias en el conocimiento sexual y la comunicación por niveles educativos y socioeconómicos de los padres. Participó una población de 829 adolescentes (458 chicas y 371 chicos) con un rango de edad entre 14 y 17 años de los cuales menos del 10% reportaron haber tenido relaciones sexuales. También participaron 791 padres de familia, la mayoría de estos eran mujeres. Se trabajó con cuatro instrumentos de evaluación; el primero medía los conocimientos sobre VIH/SIDA, embarazo, uso del condón e ITS, el instrumento estaba conformado por 24 ítems en formato verdadero-falso. El segundo instrumento constó de 10 ítems y medía la comunicación en general entre padres e hijos. El tercer instrumento medía la comunicación sexual entre padres e hijos y constó de 8 ítems; finalmente el último instrumento medía como se sienten los

padres cuando se habla de temas sexuales con sus hijos. Para evaluar el nivel socioeconómico de las familias se establecieron 5 niveles: pobre, medio-baja, medio, medio-alta y alto ingreso. El estudio se realizó durante dos sábados consecutivos de 4 horas cada uno, con un diseño *Pre-post/test* y se aplicó al inicio del estudio, a los 6 meses posteriores a este y finalmente a los 12 meses para padres; mientras que para los hijos adolescentes se aplicó al inicio y 3 meses posteriores al estudio. Los resultados mostraron que respecto al conocimiento sobre el embarazo, el VIH/SIDA, y el uso del condón con los padres los niveles generales de conocimiento fueron significativamente mayores que para los adolescentes. Por otra parte, los padres demostraron un conocimiento mayor en relación con ITS, VIH/SIDA y uso del condón. Sin embargo, tanto padres como hijos tienen bajas calificaciones sobre el conocimiento del uso del condón.

Respecto a la comunicación, esta se percibe de forma diferente entre padres e hijos. Los padres percibieron que tendían a una comunicación más general y además se sentían más cómodos con la comunicación sexual en comparación con la percepción de los adolescentes. Por el contrario, los adolescentes perciben que la comunicación es menor sobre temas sexuales. Se indicó que no había diferencias significativas entre el conocimiento sexual de los adolescentes, la comunicación general percibida, la comunicación sexual y la comodidad al hablar de temas sexuales de acuerdo con el nivel socioeconómico. Sin embargo, se indicó una diferencia significativa en la comunicación general y el conocimiento sexual en relación con el nivel de educación, ya que los mayores niveles de educación se asociaron con mejores resultados en conocimientos sexuales y una mayor percepción de la comunicación en general.

También se muestra que los padres tenían mayor conocimiento sexual que las madres, mientras que las madres perciben que tienen una mayor comunicación sexual con sus hijos adolescentes. Estos resultados apoyan la necesidad de proporcionar a los padres las habilidades que van más allá de un conocimiento preciso.

Algunas limitaciones y críticas para este estudio son que los resultados pueden no ser generalizados a los adolescentes que están fuera de la escuela ya que esta muestra fue tomada totalmente de adolescentes que acudían a la escuela. Por otra parte, los participantes no fueron seleccionados al azar, por lo que puede haber un sesgo en el nivel de comunicación y conocimiento de los padres. Sin embargo, este estudio carece de un modelo teórico en el cual deberían haberse basado, no se enfocan estrechamente en tipos específicos de conducta que causan o previenen el VIH, otras ITS o embarazos y tampoco les dejan mensajes claros a los participantes sobre los temas. No se incluyen actividades para cambiar cada uno de los riesgos específicos y para los factores de protección. Este estudio se limita solamente a evaluar, no proporciona estrategias, conocimientos o herramientas ni para los padres ni para sus hijos.

Así mismo, se han realizado una gran diversidad de programas de intervención para padres y adolescentes con el fin de mejorar o fomentar la comunicación entre padres e hijos para la prevención del ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados, en otros países (Dilorio, Resnicow, Thomas, Wang, Dudley, Van Marter & Lipana, 2002; Dilorio, McCarty & Denzmore, 2006; Dittus, Miller, Kotchick & Forehand, 2004; Eastman, Corona & Schuster, 2006; Flay, Graumlich, Segawa, Burns & Holliday, 2004; Houser & Documét, 2005; Klein, Sabaratnam, Pazos, Matos, Graff & Jo, 2005; Lederman, Chan & Roberts-Gray, 2008; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008). Estos programas, se han realizado a partir algunos de los modelos teóricos descritos con anterioridad. No obstante se han encontrado limitaciones en ellos pues, aunque podrían cumplir con su objetivo principal los resultados esperados aún no son del todo satisfactorios. En el siguiente apartado se describirán algunos de estos programas.

Programas de Intervención

Eastman et al. (2006) propusieron el programa *Talking Parents, Healthy Teens*, el cual fue diseñado para ayudar a los padres a mejorar la comunicación con sus

hijos adolescentes, promover el desarrollo sexual sano de los adolescentes y reducir las conductas riesgosas de los adolescentes. Este programa se basó en los factores más fuertes derivados de la Teoría del Aprendizaje Social, el Modelo de Creencias de la Salud y la Teoría de la Acción Razonada, que son: 1) las habilidades del individuo para participar en la conducta, 2) las intenciones del individuo para participar en la conducta, 3) la ausencia de las barreras medio ambientales que previenen la conducta o la presencia de recursos (facilitadores) para participar en la conducta, 4) Autoeficacia percibida, 5) Norma social percibida, 6) Beneficios percibidos, 7) La consistencia percibida con las normas sociales (p. ej. La conducta es consistente con la auto imagen), y 8) Respuesta emocional (p. ej. Reacción emocional a la conducta más positiva que negativa).

Con una población de 569 padres y sus hijos, el programa consistió en 8 sesiones de una hora cada una, dadas a grupos de 15 padres de adolescentes de entre 11 y 16 años de edad, llevándose a cabo en los lugares de trabajo de los padres durante la hora de comida. Se utilizó un diseño Pre-Post/test, y se contempló un grupo control en el que sólo se evaluaron las diferencias de temas hablados alguna vez, desde la primera hasta la cuarta encuesta. Las variables evaluadas antes y con un seguimiento de una semana, 3 meses y 9 meses después fueron por una parte las variables dependientes:

- Discusiones, la cual se evaluó de la siguiente manera: Para cada adolescente, los padres informaron si habían discutido 24 temas sugeridos relacionados con el sexo. Se analizaron 22 temas reportados por adolescentes. Para los padres y adolescentes, se sumaron las respuestas de la línea base. En cada seguimiento, se calculó el número de nuevos temas discutidos por primera vez entre los anteriores y los del seguimiento en curso y el número de temas anteriormente repetidos durante ese período.
- Enseñanza de padre a hijo el uso del condón: evaluó con un ítem de respuesta dicotómica (si/no), esta sólo se preguntó a los adolescentes.
- Habilidades de comunicación y apertura en la comunicación; se evaluaron con 12 ítems para padres, usando una escala de 4 puntos que van de

“muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”, con un Alfa de .86. Se usaron 7 ítems similares para los adolescentes con un coeficiente Alfa igual a .85 donde a el mayor rango indica mayor apertura.

- La Variable Independiente fue el estado de la intervención (si la persona estaba en el grupo de intervención o control).

Utilizaron folletos como material de apoyo con temáticas como: 1) “*Hechos de vida*”, 2) Habilidades de comunicación, 3) Tips para padres; además de: 4) Tarjetas llavero: tarjetas con consejos e información sobre sexualidad en tarjetas portátiles, 6) Lista de recursos y 7) Cuaderno de notas. Encontraron que después de la intervención las diferencias entre los grupos de intervención y de control fueron significativas para el número promedio de nuevos temas sexuales que los padres y los adolescentes reportaron haber discutido entre el inicio y cada uno de los seguimientos, los padres de la intervención tenían menos probabilidades que los del grupo control de no discutir temas nuevos y más probabilidad para discutir siete o más temas nuevos a los nueve meses. Algunas de las diferencias aumentaron después de la finalización del programa: una semana después del programa, el 18% de los adolescentes en el grupo de intervención y 3% en el grupo control (6% a 30%) dijeron que sus padres habían examinado cómo utilizar un condón desde la línea base, lo que aumentó a 29% v 5% (13% a 36%) a los nueve meses. En comparación con los del grupo control a los nueve meses, los padres y los adolescentes en el grupo de intervención informaron de una mayor capacidad para comunicarse entre ellos sobre el sexo y una mayor apertura en la comunicación sobre el sexo. Sólo tuvieron algunas limitaciones como las diferencias en el tamaño del lugar de trabajo y el uso de auto reportes, ya que estos pueden ser contestados incorrectamente y sesgar los resultados, además de que el seguimiento también debería hacerse evaluando las conductas resultantes de los adolescentes. Concluyeron que un programa basado en el lugar de trabajo puede tener efectos importantes en la comunicación entre padres y adolescentes sobre salud sexual. Este programa se expone de una forma clara y fácilmente podría implementarse en otro escenario, pues la información otorgada por los autores, así como las temáticas, y los materiales empleados se describen

concretamente. Sin embargo, el instrumento de medición, no es claro para algunas variables, como en las Discusiones con los hijos sobre temas sexuales. No obstante, los resultados son claros y muestran que este programa cumplió con su objetivo.

Why Parents Matter! Program fue planteado por Dittus et al. (2004), este programa se basó en varios modelos teóricos, como: Teoría del Aprendizaje Social, Teoría de la Conducta Problema, Teoría de la Acción Razonada y en la Teoría Cognitivo Social, con el objetivo de promover la crianza positiva y la comunicación efectiva entre padres e hijos sobre sexualidad y reducción del riesgo sexual. Se basa en la hipótesis de que la reducción del comportamiento sexual de riesgo será resultado de los cambios en la conducta de los padres y el entorno familiar. Armistead, Forehand, Long, Wycoff & Miller (2004), realizaron la evaluación de dicho programa con una población de 1128 familias Áfrico-Americanas con hijos adolescentes de entre 9 y 12 años de edad y mediante las siguientes variables: la conciencia de riesgo, las habilidades positivas de crianza y las habilidades de comunicación sexual, las cuales midieron a través de tres tipos de intervenciones. La Intervención Mejorada que consistió en 5 sesiones de 2.5 horas durante 5 semanas con sesiones de refuerzo a los 12 y 24 meses después. Esta intervención se centra en la crianza de los hijos en general y las habilidades de comunicación sexual mediante el uso de una variedad de modalidades de presentación, como grupo de discusión, video y juegos de rol. La Intervención Breve está formada por una sola sesión de 2,5 horas en la que los padres reciben información sobre la crianza de los hijos en general y las habilidades de comunicación sexual. Por lo tanto, esta intervención tiene por objeto proporcionar la misma información que la intervención mejorada en un formato condensado con menos interacción del grupo. La Intervención General de Salud consiste en una sola sesión de 2,5 horas y se centra en cuestiones generales de salud de los niños, como la dieta y el ejercicio en lugar de crianza de los hijos y la comunicación sexual.

La intervención PMP consta de tres componentes suministrados a través de una (Intervención Breve) o cinco (Intervención mejorada) sesiones: *la conciencia de riesgo*, un componente centrado en los padres y en su "conciencia de riesgo sexual en los adolescentes" cada vez mayor, además del papel crítico que los padres pueden desempeñar para ayudar a sus los niños a evitar tales riesgos; *habilidades positivas de crianza*, un componente centrado en el aumento de las habilidades de los padres y la auto-eficacia en relación con el seguimiento y la supervisión, la construcción de relaciones, la comunicación y el refuerzo positivo; y *las habilidades sexuales de comunicación*, un componente centrado en el aumento de las habilidades de los padres de auto-eficacia en materia de comunicación sobre temas sexuales y de transmitir sus valores y expectativas para sus hijos.

Encontraron que en relación con el grupo control, el grupo de la Intervención Mejorada tenía mayores niveles de comunicación sexual informada por los padres, y de capacidad de respuesta informada por los padres en todos los controles después de la intervención. La Intervención Mejorada y los controles también difieren en la comunicación sexual reportada por los adolescentes en la post-intervención, y en la capacidad de respuesta reportada por los adolescentes en la post-intervención y en el seguimiento de 6 meses, pero no a los 12 meses de seguimiento. En relación con el grupo control, un porcentaje menor de los hijos de padres en la Intervención Mejorada informó ser más previsores a los 12 meses de seguimiento. El grupo de intervención breve no tuvo diferencias de los controles después de la intervención. Esta intervención tuvo dificultades en el reclutamiento de los padres en los programas y por la baja asistencia, especialmente para las intervenciones de varias sesiones y recomienda tomar esto en cuenta para estudios futuros, además de que considera pertinente tomar en cuenta las creencias del rol de género de los padres y compararlas. Llegaron a la conclusión de que los programas de prevención basados en la familia de pueden ayudar a promover la comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes, ya que se asocia con una reducción de intenciones sexuales, que es el principal predictor de la iniciación de las relaciones sexuales. Este programa

no muestra el uso de material de apoyo y sólo describe muy escasamente cómo podría implementarse el programa, no existe la descripción de un instrumento de medición para cada variable presentada por el autor, y aunque lograron algunos cambios significativos en el aumento de la comunicación, el objetivo de este programa no se cumplió del todo, ya que postulan el hecho del cambio en el entorno familiar y no se muestra algún resultado en cuanto a este aspecto.

Houser y Documét (2005), presentaron *Parent-Peer Education*, este programa tuvo varios objetivos: 1) Proveer a la comunidad de las habilidades para dirigir talleres de comunicación parental sobre sexualidad y toma de decisiones sexuales; 2) proveer a los padres de las habilidades y materiales para apoyarlos a comunicarse más cómodamente con sus hijos sobre temas de sexualidad y toma de decisiones sexuales; y 3) alentar a los padres a comenzar a comunicarse sobre temas relacionados a la sexualidad antes de que sus hijos inicien la pubertad. El programa tuvo un diseño *pre-post/test* y se evaluó mediante encuestas que recolectaban información sobre las percepciones de los participantes sobre temas de salud relacionadas con la juventud, su habilidad para comunicarse con sus hijos sobre temas de salud y la familiaridad con los manuales *Family Connections* en una población de 602 participantes (padres o cuidadores) de hijos adolescentes, de los cuales el 82.9% fueron mujeres.

El programa, incluyó dos fases, una de entrenamiento y una de aplicación. En la fase de entrenamiento, de 6 a 10 residentes de diversas comunidades recibieron el entrenamiento para educar a padres, recibiendo información sobre pubertad, anticoncepción, comunicación y cómo usar la guía *Family Connections*. Posteriormente, estos padres entrenados aplicaron el taller en sus comunidades, invitaron a amigos, vecinos y conocidos a participar talleres para padres con duración de 2 a 3 horas. Algunos asistentes a los talleres fueron invitados a través de volantes distribuidos en las comunidades. Los talleres incluyeron entre seis y 12 participantes y se centraron en proporcionar información, en incrementar la comodidad en las discusiones sobre sexualidad y el uso de las guías.

En la encuesta Pre-Taller de 19 ítems evaluaron la comunicación anterior de los participantes sobre temas de salud con sus hijos, e incluía sus percepciones sobre la seriedad sobre los temas de salud que afectan a los niños y adolescentes, no se mencionan datos sobre la psicometría del instrumento. En la encuesta Post-Taller de 26 ítems evaluaron el grado de ayuda que han tenido con los manuales y el taller, no hay dato sobre la validez y confiabilidad del instrumento. Encontraron que los papás se encuentran más interesados sobre el embarazo en adolescentes, pero no más cómodos de contestar preguntas sobre iniciar o mantener conversaciones con sus hijos sobre estos temas, lo que indica que aun necesitan programas que promuevan la comunicación entre padres e hijos a través de la mejora de habilidades y el suministro de recursos. Reportan que muchos de los participantes se sintieron más cómodos al iniciar conversaciones con sus hijos y resultaron más motivados para llevar a cabo estas conversaciones en casa como resultado de su participación en el taller, además de que muchos de ellos también utilizaron el manual después del taller.

También encontraron que en comparación de los resultados del pre-y post-taller indica que el programa PPE cumplen efectivamente los objetivos establecidos. Después de asistir a un taller, los participantes fueron significativamente más propensos a sentirse cómodo hablando con sus hijos sobre temas relacionados con la sexualidad. Casi el 90% dijo estar cómodo respondiendo a preguntas de sus hijos relacionadas con la sexualidad, un aumento de casi un 25% en la encuesta previa al taller (67,0%). Además, fueron significativamente más propensos a haber hablado con sus hijos sobre estos temas y han discutido varios temas relacionados con la sexualidad cuando lo hicieron. Cerca del 64% de los participantes informó haber hablado con sus hijos sobre estos temas, y cerca de tres cuartas partes de las reportadas haber abordado múltiples temas. Los padres que asistieron al taller tuvieron significativamente más probabilidades de haber usado las guías *Family Connections*. Alrededor del 85% de los padres reportaron haber usado las guías cuando fueron entrevistados de cuatro a seis semanas después de asistir al taller, en comparación con aproximadamente el 28% antes del taller.

No obstante los resultados obtenidos, los autores recomendaron varios puntos, por ejemplo que consideran importante entrenar a miembros de la comunidad y/o a los padres para que ellos impartan el taller a otros padres. También recomiendan proveer el material de apoyo necesario y suficiente para los padres. Mencionan que una evaluación ideal sería: medir los resultados de los adolescentes, medir los resultados del padre y los hijos después de un seguimiento más largo y medir los resultados de todos los participantes y no sólo de una muestra. Críticas además de las anteriores son que el autor no menciona bajo qué modelo teórico se fundamentó este programa, siendo una cuestión de principal importancia en el diseño de programas de prevención, además, en el instrumento de medición de las variables mencionan el número de ítems que se utilizaron pero no muestran de qué tipo son, ni su validez y confiabilidad, lo que puede sesgar la información recopilada. En el artículo no hay una descripción detallada o en su defecto una descripción breve del taller, lo que impide su implementación y/o reproducción en otro escenario.

El programa *Keepin' it R.E.A.L.* fue propuesto por Dilorio et al. (2002). Se basó en el modelo de la Teoría Cognitivo Social, con el objetivo de “promover y mejorar la comunicación Madre-Adolescente”. Los objetivos principales del proyecto fueron: 1) probar la eficacia de dos intervenciones diseñadas para promover el retraso de las relaciones sexuales entre los 11 - a 14 años de edad, los adolescentes y 2) fortalecer el papel de la madre en la postergación de la iniciación sexual. En este programa participó una población de 576 adolescentes de entre 13 y 15 años de edad (60.6% hombres y 98.2% áfrico-americanos), y se evaluaron diversas variables durante 7 sesiones de dos horas cada una en 14 semanas, dichas variables fueron:

- La Conducta Sexual Íntima, con una escala de respuestas de 0 a 11, significando el puntaje más alto una gran variedad de conductas sexuales íntimas. El coeficiente Kuder-Richardson para los 11 ítems fue de .86
- Debut sexual. 1 sólo ítem. Los participantes eran clasificados en haber tenido debut sexual al responder afirmativamente a esta pregunta.

- La autoeficacia para la abstinencia fue evaluada con 12 ítems con respuestas en escala que van de 1(no estoy seguro) a 7(completamente seguro). El valor de alfa de Cronbach para la escala fue de .90
- Las Expectativas de Resultado se midieron con una escala de 19 ítems. Con respuestas para los ítems que van de 1(completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). El alfa de Cronbach fue calculada para evaluar la consistencia interna de la escala y el valor fue de .85
- Comunicación sobre sexo. Se evaluó con una escala de 25 ítems. El coeficiente alfa para la escala fue .90
- La Calidad de la Comunicación fue evaluada con una escala de Comunicación Padre-Adolescente de 18 ítems. Validada por Jueces. Las respuestas van de 1 (nunca) a 5 (siempre), indicando una relación madre-adolescente más positiva.
- El Auto concepto se evaluó por 4 subescalas dicotómicas (Conducta, Estatus Intelectual y Escolar, Felicidad y Satisfacción y Popularidad). Los coeficientes de Alfa van de .66 para Estatus Intelectual a .75 para Conducta.
- Perspectiva a futuro. Se evaluó con el inventario de Perspectiva a Futuro de Heimberg (1963, citado en Dilorio, 2002), con opciones de respuesta de 1(completamente en desacuerdo) a 5(completamente de acuerdo). El coeficiente alfa fue de .80
- La Crianza, se evaluó con una escala de 14 ítems con opciones de respuesta de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). El alfa de Cronbach para la escala fue de .84

Como estrategia de evaluación se tomaron en cuenta tres intervenciones: Intervención de la Teoría de la Conducta Problema (TCP), en la cual Madres e hijos se encontraban separados durante las sesiones y sólo durante algunos momentos de las sesiones reunían ambos, fue una intervención ampliamente interactiva usando juegos de roles y tareas para casa. En la Intervención de la Teoría Cognitivo Social (TCS) las madres y los adolescentes se reunían una vez cada 2 semanas durante 3 meses para un total de siete sesiones. Las madres y los adolescentes permanecieron juntos para las sesiones de 1, 3, 4 y 6 y se

dividieron para las discusiones de ruptura en las sesiones de 2, 5 y 7. También tomaron en cuenta un grupo control en el cual las madres e hijos recibían juntos una sola sesión sobre prevención de VIH, con un seguimiento de 4, 12 y 24 meses, fue una intervención levemente interactiva donde usaron discusiones, juegos, parodias y tareas para casa. En las intervenciones encontraron que las madres del grupo TCS reportó una mayor discusión de temas comparadas con las del grupo control. No hubo diferencias en la proporción de temas discutidos entre los miembros en el grupo TCP y los del grupo control. Se reportaron pocos adolescentes con debut sexual, son un 11% de 612 adolescentes. Encontraron un incremento general de adolescentes sexualmente activos, en función a su edad y que para cada grupo de edad, los hombres adolescentes tuvieron más probabilidad que las mujeres de reportar el inicio de la actividad sexual.

Los participantes que expresaron altos niveles de autoeficacia a resistir la presión de tener sexo, tuvieron expectativas de resultado más favorables relacionadas a no tener sexo, menos comunicación sobre sexo con sus madres, altos niveles de auto concepto relacionados con su conducta, menos niveles de auto concepto relacionado con la popularidad y menos estrés reportado en pocos tipos de conductas sexuales; lo que es consistente con la Teoría Cognitivo Social: Confianza personal sumada a las expectativas sobre el desempeño conductual ayuda a determinar sus opciones de comportamiento. También encontraron que los participantes que reportaron hablar con sus madres sobre más temas sexuales reconocieron involucrarse más en conductas sexuales.

Aquellos participantes que reportaron un mayor auto concepto en popularidad, tuvieron una mayor participación en conductas sexuales. Y los participantes con más estrés reportaron más probabilidad de involucrarse en conductas sexuales.

Los autores reconocieron como algunas limitaciones de este estudio a las diferencias entre los adolescentes como sus intereses y la motivación para el éxito, así como las diferencias entre los padres en cuanto al nivel de monitoreo u participación en la vida de sus hijos. Además de que hecho de que la muestra

haya sido con la figura materna, hace que los resultados no puedan ser generalizables a muestras sin dicha figura. Proponen que para próximos estudios es necesario un completo entendimiento del papel de las variables predictoras de riesgo y de protección de las conductas de los adolescentes, y recomiendan también incluir más a ambos padres en programas de prevención. Asimismo, aunque se mencionan las variables a medir y a pesar de la utilización de un manual (*Family Connections*) las temáticas impartidas en los talleres no aparecen descritas concretamente para cada intervención y se da por sentado que los manuales se conocen ampliamente. No menciona otro material de apoyo utilizado en los talleres además del manual antes mencionado. Y cómo es notorio en los resultados, los autores no reflejaron resultados positivos en el programa, cumplieron sólo el objetivo de probar la eficacia de los programas, sin embargo el objetivo planteado para el papel de la madre se queda con resultados poco significativos.

R.E.A.L. MEN, fue un programa de prevención sugerido por Dilorio et al. (2006), el cual se basó en la Teoría Cognitivo Social que plantea al comportamiento como resultado de interacciones entre factores personales, ambientales y el comportamiento en sí mismo. Este estudio se realizó con el propósito de probar la eficacia de la intervención en la promoción de demorar el debut sexual entre adolescentes entre 11-14 años de edad y el rol del padre como educador sexual. Evaluaron por medio de una línea base a 277 padres e hijos y posteriormente con 3 entrevistas de seguimiento durante los siguientes 12 meses y se realizó en 7 sesiones grupales de 2 horas, 6 de las cuales los padres acudieron solos y en la última sesión asistieron los hijos. Las conductas a medir fueron las siguientes:

- Comunicación Sexual entre Padres-Hijos, con variables mediadores de autoeficacia y expectativas de resultado, se midió con 16 tópicos específicos de sexo, con respuestas de 0 indicando que no han discutido algún tema, a 3 indicando que han discutido mucho. Esta escala tuvo un alfa de Cronbach de .97

- El grado de confianza de los padres al hablar con sus hijos sobre sexo se midió mediante la escala de autoeficacia para padres, 17 ítems con opciones de respuesta de 1 (no del todo seguro) a 7 (completamente seguro). El puntaje total oscilaba de 17 a 119 que indicaba el nivel de confianza. El alfa de Cronbach fue de .85
- La percepción de los padres sobre los resultados que esperan que ocurran después de hablar con sus hijos sobre temas sexuales fue evaluado usando una escala desarrollada por Dilorio (2001, citado en Dilorio, 2006). Cada uno de los 23 ítems con respuestas de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). El alfa de Cronbach para esta escala fue de .83

Para la evaluación de los resultados se tomó en cuenta la comparación entre la *Intervención*, que fomenta la auto-eficacia, incluyendo temas como la escucha efectiva, habilidades de comunicación, desarrollo de los adolescentes, pubertad, VIH y las ITS, y prácticas de prevención; y un *grupo control* que trataba temas de nutrición y ejercicio, niveles de alimentación, presión arterial, dietas y comunicación de estos temas con sus hijos. Se encontraron diferencias significativas entre la intervención y el grupo control. Las discusiones reportadas por el padre fueron más altas en la intervención que en el grupo control para cada periodo de seguimiento. Los padres de la intervención reportaron altos niveles de intentos de discutir temas relacionados con el sexo a los 12 meses de seguimiento. Los autores reportan que se obtuvieron los resultados deseados tanto en la autoeficacia como en las expectativas de resultados relacionados con hablar con sus hijos fueron más altos en intervención que en grupo control.

La evaluación de la medición da evidencia de que *R.E.A.L. MEN* mejora la autoeficacia y promueve expectativas de resultados positivas. La autoeficacia aumentó con la intervención y representó un incremento en la comunicación. Además se reporta un nivel bajo de Expectativas de resultado como mediador, una mayor autoeficacia en la comunicación de los padres aumenta la autoeficacia en los hijos. Por lo que puede notarse que los autores cumplieron sus objetivos. Los autores recomiendan para futuros estudios proponer otros mediadores

potenciales que pueden contribuir a la comunicación además de la autoeficacia, como las discusiones sobre prevención de VIH, los temas de interés según el género de los hijos, además de promover más la discusión. Mencionan que es importante reclutar una población más variada en cuanto a género. Sin embargo, en este programa no se describen las técnicas de enseñanza utilizadas en los talleres, tampoco la utilización de algún material de apoyo es mencionado. Lo que impide una visión más detallada de este taller.

A *Parent-Adolescent Intervention*, este programa lo planteó Villarruel (2008), se basa en la Teoría de la Acción Razonada que plantea que los padres que tratan de comunicarse con sus adolescentes los hacen porque tienen actitudes favorables hacia hablar de temas sexuales con sus hijos, creen que hay factores que los aprueban y creen tener la habilidad para comunicarse con sus hijos. Por lo que los propósitos de este programa son: 1) Reducir el riesgo sexual entre los adolescentes mexicanos; y 2) Determinar si la participación de los padres en una intervención de comunicación sobre riesgo sexual incrementaría la comunicación general, la comunicación sexual padres-hijos y la comodidad en la comunicación. Para la evaluación se recurrió al diseño *pre-post/test* con cuestionarios y un seguimiento de 6 y 12 meses. Participó una población de 791 padres (660 mujeres y 131 hombres) de entre 23 y 64 años, con una media de edad de 43 años. Se evaluaron las siguientes cuestiones:

- Comunicación general Padre-Adolescente, Comunicación Sexual Padre-Adolescente y confort en la comunicación. Evaluadas con escalas similares usadas con padres e hijos para medir tanto la comunicación general y la comunicación sexual. Había 10 preguntas relacionadas a la comunicación general entre los padres y los adolescentes (Hutchinson, 1999, citado en Villarruel, 2008), 8 ítems relacionados con la comunicación entre padres y adolescentes sobre temas sexuales (Hutchinson, 1999; Hutchinson y Cooney, 1998, citados en Villarruel, 2008), y 9 de qué cómodos se sienten los padres o adolescentes cuando se habla acerca de temas sexuales (Dilorio, Kelley, y Hockenberry Eaton, 1999, citados en Villarruel,

2008). Todos los ítems fueron medidos con escalas tipo Likert de 5 puntos, donde el puntaje más alto indicaba más comunicación o confort al hablar sobre temas sexuales

- Variables mediadoras:
 - Creencias de control y conducta relacionadas a la comunicación sexual Padres-Adolescentes, fueron evaluadas con escalas tipo Likert de 5 puntos. Varias de estas escalas tienen niveles bajos de confiabilidad por debajo del nivel habitual de 0.7 Sin embargo esto está bien porque las creencias salientes no se suponen sean internamente consistentes, según los autores.
 - 2 creencias conductuales se midieron
 - a) La prevención: la comunicación previene ITS, VIH/SIDA y embarazos
 - b) La reacción de la comunicación: la vergüenza de los padres o reacción negativa de los adolescentes hacia la comunicación
 - 4 creencias normativas fueron medidas:
 - a) La aprobación de los adolescentes
 - b) La aprobación de la familia
 - c) La aprobación de la Iglesia respecto a la comunicación con los adolescentes sobre la abstinencia y las relaciones sexuales
 - d) La aprobación de la Iglesia respecto a la comunicación con los adolescentes sobre el uso del condón

Escalas de 2 ítems se usaron para medir los a) y b). Ítems individuales fueron usados para medir c) y d).

- Una creencia de control fue medida: la autoeficacia en la comunicación, lo que se refiere a la creencia de los padres pueden ser capaces de hablar sobre abstinencia, relaciones sexuales y uso del condón.
- Se midió el *Familiarismo* y la *Religiosidad*: una escala de 13 ítems, se utilizó como una medida de la actitud de familiarismo (Sabogal et al., 1987, citado en Villarruel, 2008). Esta escala mide tres componentes conceptuales de familiarismo: obligaciones familiares, el apoyo percibido de la familia y la

familia como referentes. La religiosidad se midió mediante cinco preguntas (por ejemplo, "¿Con qué frecuencia vas a la iglesia?"). No se mencionan datos sobre la psicometría de ninguna de las escalas mencionadas anteriormente.

El programa *Reducción de riesgo del VIH* (experimental) se llevó a cabo en dos sesiones de 6 horas (módulos de 6 horas cada una), durante 2 sábados consecutivos, abordó temas como el embarazo y prevención del VIH, comunicación sobre sexualidad y comunicación general. Se tomó en cuenta un grupo control para la evaluación, el cual abordó temas, como enfermedades del corazón, algunos tipos de cáncer, diabetes, prevención de problemas de salud a través del cambio de algunas conductas. Cabe mencionar que ambos programas fueron similares e incluyeron componentes como discusiones de grupo, juego de roles y actividades de construcción de habilidades, el tema de la comunicación no fue tema focal en el grupo control. En los resultados encontraron más comunicación sexual y más confort en la comunicación que el grupo control. No encontraron interrelaciones significativas entre ninguna de las variables mediadoras (género de los padres e hijos, *familiarismo*, religiosidad, etc.) entre los dos grupos. La intervención fue igualmente efectiva tanto para hombres como para mujeres. Las creencias conductuales, las creencias normativas y la eficacia de la comunicación mediaron la comunicación general. La prevención, la aprobación de la Iglesia, la familia y el adolescente y la comunicación efectiva mediaron la comunicación sexual en ambos grupos. Los autores mencionan que la efectividad de la intervención se basó en la cultura y la investigación, lo que indica que los objetivos planteados por los autores fueron cumplidos.

Recomiendan incluir factores que faciliten la comunicación, como: apoyar las creencias de que el hablar con los hijos ayudará a la prevención del VIH, además del desarrollo de habilidades de los padres para promover la autoeficacia en la comunicación Padres-Adolescentes. Consideran como limitaciones de este programa la utilización del auto informe para la evaluación de las conductas. Reportan que es necesario otro análisis para determinar el impacto de la

comunicación Padres-Adolescentes en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Sin embargo este programa no menciona la utilización de una guía o manual para impartir el taller, así como tampoco la utilización de algún material de apoyo. La presentación de los temas sólo se menciona, pero no se describe cómo se impartieron en los talleres, ni bajo qué formato. La presentación de los resultados es clara y concreta para cada variable.

Lederman et al. (2008) sugirieron *Parent-Adolescent Relationship Education (PARE)* bajo el modelo de la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría Cognitivo Conductual y plantea que el comportamiento del adolescente está sujeto a los controles sociales y personales. El objetivo del programa fue determinar si las intervenciones interactivas son más efectivas en el mantenimiento y fortalecimiento de los controles sexuales y el auto control en la conducta sexual de los adolescentes. Con una población de 192 díadas (padres-adolescentes con edades de entre 12 y 14 años), se realizó en 4 sesiones de 2.5 horas y 3 sesiones reforzadoras, usaron como estrategias de enseñanza el juego de roles, la práctica de habilidades de resistencia, mantenimiento de conversaciones entre padres e hijos. Se utilizó un grupo control el cual realizó la misma intervención pero de forma tradicional didáctica. En ambos talleres se abordaron temas como: Pubertad, barreras de la comunicación entre Padres-hijos, comunicación efectiva sobre la conducta sexual y riesgos de embarazo, VIH, ITS y condiciones medioambientales que predisponen la conducta riesgosa. En este programa midieron:

- Frecuencia de la Comunicación con los padres: se midió con escala de 8 ítems, preguntando la frecuencia con la que hablaban con sus padres sobre sexo. El alfa de Cronbach para esta escala fue de .94
- Confort en la comunicación con padres: se midió con una escala de 5 puntos, preguntando “qué tan cómodos se sienten platicando con sus padres”, sobre SIDA, condones, drogas, alcohol y tener relaciones sexuales. El alfa de Cronbach fue de .91

- Las reglas parentales se midieron con una escala de 8 ítems dicotómicos, preguntando si los padres tenían reglas definitivas acerca de ir a citas, ir a fiestas con amigos, beber alcohol, desvelarse, con qué amigos estar, a donde ir después de la escuela, tener relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos. Su alfa de Cronbach resultó igual a .78
- La participación de los Padres en las actividades de los jóvenes, se evaluó con una escala de 5 puntos, preguntando con qué frecuencia los padres ayudaron con las tareas cuando se les pidió, si sabía lo que los estudiantes estaban haciendo después de la escuela, si fueron a los programas para padres en la escuela, si vio a los jóvenes en deportes o actividades, y si revisa si la tarea se llevó a cabo. El coeficiente alfa fue igual a .79
- Valorar la opinión de los padres. Se usó una escala de 5 puntos para medirla, donde se preguntó "Qué tan importante son los sentimientos o ideas de tus padres cuando se trata de:" la elección de amigos, beber alcohol, emborracharse, consumir drogas y tener relaciones sexuales. El alfa de Cronbach fue de .88
- La comunicación con los compañeros, se midió mediante una escala con 10 ítems, preguntando con qué frecuencia los estudiantes hablaron con sus amigos sobre el sexo, infecciones de transmisión sexual, prevención del embarazo, el sexo seguro, VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, condones, el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas. Obtuvo un alfa de Cronbach igual a .94
- Valorar la opinión de los compañeros, se evaluó con una escala de 5 ítems que preguntaban qué tan importantes fueron los sentimientos o ideas de los amigos a la hora de elegir amigos, beber alcohol, las drogas conseguir bebido, usar y mantener relaciones sexuales. El coeficiente alfa para esta escala fue de .93
- Para el Conocimiento Sobre la Prevención se utilizó una escala de 17 ítems dicotómicos (cierto o falso), preguntando sobre los riesgos para el embarazo y los riesgos para el VIH/SIDA. Con un coeficiente alfa de .67

- La autoeficacia para la prevención se midió mediante una escala de 8 ítems: 4 ítems preguntaron por el grado en que los estudiantes creyeron que eran eficientes para resistir las presiones para tener relaciones sexuales, y 4 ítems preguntaron qué tan cómodos se sentirían los estudiantes al conseguir anticonceptivos en una tienda y en una clínica. Se obtuvo un alfa de .91
- Las Opciones conductuales para resistir la presión a tener sexo se midieron con una escala de 11 ítems, preguntando: "Si un amigo o alguien te pide tener relaciones sexuales y que no quieres, ¿con qué frecuencia...": sólo dices no, dices no varias veces, mencionas un problema de salud, una excusa, evades, hacer una broma acerca del tema o cambias el tema. El alfa de Cronbach para esta escala es de .84

Como resultados, encontraron que éstos apoyaron su hipótesis que las actividades interactivas y las discusiones Padre-Hijo diseñadas en el programa fueron más efectivas que las actividades didácticas tradicionales. Comparado con el enfoque didáctico del grupo control, la implementación interactiva logró incrementar el control social a través de las reglas y el mejoramiento del repertorio de conductas para resistir la presión a tener sexo. La metodología de la interacción social no tuvo un efecto positivo medible en la medida en que los jóvenes dijeron hablar o sentirse cómodos hablando con sus padres sobre sexo.

Los jóvenes reportaron como "muy importantes" las opiniones de sus padres sobre cómo comportarse. No obstante los resultados del programa, los autores sugieren enfocar los programas en las interacciones familiares y en las conversaciones sobre sexo, proponen también que los programas podrían ser más efectivos, por ejemplo ayudando a los padres a explicar y a los jóvenes a entender mejor las reglas de los padres, aprovechando las oportunidades positivas para la vigilancia de los padres a través de la participación en las actividades de sus hijos y fomentar una mayor conciencia del valor que los jóvenes dan a la opinión de sus padres. Por último los autores recomiendan identificar los medios de fácil acceso y consumo para padres e hijos, para

participar conjuntamente en programas eficaces de prevención. Además de lo anterior, los autores no mencionan el uso de una guía para o manual para efectuar el taller, tampoco se hace mención de la utilización de material empleado durante el taller.

El programa *Saving Sex For Later* fue propuesto por O'Donnell et al. (2005) y se basa en la Teoría del Desarrollo Social, que subraya cómo los padres juegan un papel importante en la conformación de la conducta de sus adolescentes. Se diseñó para llegar a los padres en sus casas, basándose en los elementos de cambio de conducta postulado por el Modelo de la Conducta Planeada. La intervención trata de promover actitudes de los padres que sean consistentes con la abstinencia sexual en los hijos y aumentar la autoeficacia de los padres para actuar. El programa se llevó a cabo en una población 846 familias con hijos estudiantes de 5º y 6º grado en la ciudad de Nueva York, mediante la entrega de tres CD's multimedia por cerca de 6 meses (Un CD cada 10 semanas), además se utilizaron encuestas *Pre-Post/test* y evaluaron las siguientes variables para los padres:

- Comunicación. Evaluada con escala de comunicación de 14 preguntas (rango de respuesta 0-4, media igual a 7.9; desviación estándar, 3.8)
- Autoeficacia. Medida con escala de Autoeficacia de 7 ítems, con respuestas de 1 (no del todo preparado) a 4 (muy preparado). Media, 3.4; desviación estándar, 0.7.
- 2 ítems se utilizaron para evaluar la vigilancia parental. Respuestas en el rango de 1 (casi nunca) a 4 (siempre). Media, 3.6; desviación estándar, 0.6
- Para la encuesta de seguimiento se agregó la medida de la influencia parental percibida sobre las conductas de los hijos. No se mencionan datos psicométricos de la escala.

En el Post-test se utilizaron las siguientes evaluaciones:

- Para la comunicación se utilizó 1 ítem en escala de 1 a 5, en rango de respuesta de "nunca" a "seis veces o más"

- La autoeficacia se expandió a una escala de 11 ítems con una evaluación similar a la escala de comunicación.
- En lugar de los dos ítems de vigilancia parental en general, una escala dicotómica de siete ítems fue incluida.
- La Influencia parental fue evaluada por 14 ítems. Con respuestas de 1-4 con el rango de respuesta de “nada” a “mucho”.

Los Alfas de Cronbach oscilaron entre 0,68 (para la vigilancia parental) a 0,96 (para la auto-eficacia). Las medias de los ítems se calcularon para la comunicación (media, 2,9, desviación estándar, 1.2), la auto-eficacia (media, 3,4, desviación estándar, 0,6) y la influencia de los padres (media, 3,8, desviación estándar, 0,3). La vigilancia parental se calculó con un recuento del número de ítems aprobados (media, 6,9, desviación estándar, 0,5).

En la evaluación para los jóvenes se evaluaron las siguientes:

- El apoyo de la familia con 4 ítems en escala de 4 respuestas indicando que tan de acuerdo están con estos temas. (Media, 3.8; desviación estándar, 0.4).
- Monitoreo familiar. Se evaluó con 2 ítems, respuestas de 1-4 en rango de respuesta de “nada” a “siempre”. (Media, 1.5; desviación estándar, 1.4).
- Conductas de riesgo. Se evaluaron con 4 ítems dicotómicos. (Media, 1.5; desviación estándar, 1.4).

Como resultados encontraron que la intervención es efectiva en la promoción de prácticas positivas de crianza. Además de los beneficios al incrementar las percepciones de los jóvenes sobre lo que sus padres dicen que está permitido y qué no está permitido hacer.

La intervención puede ayudar a reducir las conductas de riesgo, lo que demuestra que los resultados son consistentes tanto para padres e hijos. Mencionan un descubrimiento importante fue que los padres se sintieron menos eficaces guiando las conductas de sus hijos que de sus hijas. Los autores

recomiendan un seguimiento más largo con medidas idénticas de crianza y constructos de los jóvenes, además de que no debería subestimarse la cantidad de ítems que los estudiantes pueden contestar en relación a las encuestas utilizadas para la evaluación de las conductas. Además, no se sugiere la utilización de un manual para llevar a cabo el programa, de igual manera el contenido de los CD's no se precisa en el contenido del artículo, así como las técnicas de enseñanza utilizada en los discos.

Gallegos et al. (2008), plantearon el programa *Intervención para Reducir Riesgo en Conductas Sexuales de Adolescentes*, basado en las siguientes Teorías: Teoría Ecológica del Desarrollo, Teoría Cognitivo Social, Teoría de la Acción Razonada y Teoría de la Conducta Planeada, en su conjunto plantean que las intenciones de los adolescentes de usar condón y anticonceptivos son determinantes por creencias conductuales, normas subjetivas y el control percibido sobre la conducta. El objetivo de esta intervención fue determinar si la intervención conductual-educativa produce un mayor incremento en las intenciones de tener sexo y usar condón y anticonceptivos en los adolescentes que la reciben, en comparación con el grupo control que abarcó temas sobre Promoción de la Salud, además de identificar las variables teóricas que median los efectos de la intervención. Ambos programas tuvieron enfoques diferentes, pero el tema “*Cuídate*” fue similar en formato y contenido

El programa se llevó a cabo en 2 sesiones de 3 horas cada una, con un diseño *Pre-Post/test* y un seguimiento de 3, 6 y 12 meses, con de 829 adolescentes de entre 14 y 17 años (459 mujeres y 370 hombres). Utilizando estrategias de enseñanza como discusiones en pequeños grupos, videos y ejercicios interactivos. Durante el programa se evaluaron las siguientes variables:

- Variables resultado: Incremento en intenciones de tener sexo y usar anticonceptivos, se midieron con reactivos que preguntaban la probabilidad de llevar a cabo la conducta (intención); tener sexo y usar anticonceptivos se cuestionó con un reactivo cada una y usar condón, con tres reactivos. No se mencionan datos de validez y confiabilidad ni la escala de puntaje.

- Variables moderadoras: Género, edad y experiencia sexual. Se evaluaron con escala de Competencia Social de Crowne-Marlowe (1964), mediante 13 reactivos para la validación de los resultados. No se mencionan datos de validez y confiabilidad, así como tampoco el puntaje de la escala anterior en este artículo.
- Variables mediadoras: Creencias conductuales, normativas y de control en las relaciones sexuales. Se evaluaron con escalas de pocos reactivos que miden creencias. Escalas tipo Likert de 5 puntos.
 - Creencias relacionadas al uso del condón: a) creencias sobre prevención, escala de 3 reactivos, con un alfa de Cronbach igual .85; b) creencias hedonistas, con una escala de de 7 reactivos con un alfa de Cronbach igual a .78; y c) creencias sobre la relación de pareja con una escala de de 5 reactivos, con un alfa de Cronbach igual a .66.
 - Creencias normativas sobre la aprobación del uso del condón por parte del padre, la madre y la pareja. Se midieron con escalas de 2 reactivos con un alfa de Cronbach igual a .58, en reactivos individuales.
- 5 creencias sobre el uso del condón: a) control de impulsos (ejercen autocontrol y usan el condón aún en periodo de excitación sexual); b) creencia sobre negociación con la pareja (pueden hablar y convencer a su pareja de usar el condón); c) creencia sobre disponibilidad de condones (tendrían acceso a los condones cuando los necesitaran); d) creencias sobre habilidades técnicas (podrían usar condones con destreza); e) autoeficacia en uso de condones (podrían usar los condones en forma apropiada). No se mencionan las opciones de respuesta de las escalas anteriores.

Los resultados obtenidos mostraron que no hubo diferencia en las intenciones de tener relaciones sexuales, pero sí mayor nivel de intenciones de usar condón y anticonceptivos entre el grupo control y el grupo experimental, dando así una intervención efectiva sobre intenciones de usar condón. Encontraron efectos en todas las variables mediadoras: creencias hedonistas y sobre control, con excepción de la disponibilidad de usar condones fueron los más fuertes, reduciendo su efecto. También mostraron que la decisión de tener

sexo es independiente de la edad, el sexo y la inclinación a complacer a quienes les cuestionan. La proporción de adolescentes con vida sexual activa que usan condón y lo usan consistentemente es mínima, por tal la incipiente necesidad de programas que brinden de conocimientos y habilidades es mayor, pues existe un alto riesgo de contraer ITS y producir embarazos no planeados. Una de las limitaciones de este programa fue la falta de evidencia en los efectos de la intervención gracias al bajo porcentaje de adolescentes sexualmente activos y el uso de auto reportes. Pese a lo anterior, no es claro el contenido de los talleres para ninguna de las intervenciones, ya que no se describen detalladamente, no menciona tampoco el uso de manuales o guías para llevar a cabo el taller y no menciona la utilización de materiales adicionales.

Flay et al. (2004) sugirieron dos programas sobre conductas de Alto Riesgo, aplicado a una población de estudiantes de 5º a 8º, sus padres y maestros: a) *Social Development Curriculum (SDC)*: consistió en 16 a 21 clases por año centrándose en las habilidades sociales de competencia necesaria para manejar situaciones en las que los comportamientos de riesgo se producen; y b) *School/Community Intervention (SCI)*, que consiste en la SDC y en los componentes del clima escolar, los padres y la comunidad. El grupo control recibió un programa de atención placebo sobre la mejora de la salud (HEC) de intensidad igual a la SDC enfocado en la nutrición, actividad física y el cuidado de la salud en general. En estos programas evaluaron la violencia, la delincuencia escolar, el uso de sustancias. En el caso de las conductas sexuales (tener relaciones sexuales y uso de condones) utilizaron ítems individuales (no hay datos sobre validez y coeficientes de confiabilidad reportados). Siguió un diseño *Pre-Post/test*, en adición al grupo control. Evaluaron variables como:

- violencia, delincuencia escolar y uso de sustancias: Las puntuaciones de la escala se formó para cada comportamiento mediante la suma de varios ítems.
- Para conductas sexuales sólo 1 ítem fue utilizado.

No se mencionan datos de validez y confiabilidad de las escalas anteriores en este artículo, así como tampoco se mencionan las opciones de respuesta de cada una de ellas.

Los autores encontraron que las intervenciones derivadas de la teoría son apropiadas para el desarrollo y culturalmente sensibles, lo cual puede tener efectos positivos en múltiples conductas. La intervención tuvo mejores resultados que aquellos que se dirigieron a un solo tópico conductual. Mencionan los autores que aquellos programas que se enfocan en múltiples conductas y los que integran a la familia y a la comunidad generalmente son más efectivos. Dentro de las limitaciones encontraron que el grupo control que usaron fue demasiado similar al programa SDC para encontrar diferencias significativas entre estos. Otra limitación fue la carencia de los efectos de la intervención detectadas en los adolescentes. En este artículo el autor no menciona el modelo teórico en el cuál se basó el programa, tampoco describe de forma clara el instrumento de evaluación de las variables, como tampoco mencionan la validez ni confiabilidad del mismo. Del mismo modo, la descripción y temáticas de los grupos experimental y control no se mencionan concretamente, lo que impide una posible reproducción del programa.

McKee et al. (2007), realizaron una intervención utilizando el Programa *Parents Matter Program* (PMP), con el objetivo de encontrar si las creencias del rol de género de la madre predicen el cambio en la comunicación sexual entre madres y preadolescentes. La población fue de 281 Áfrico-Americanos y sus madres. Guiándose en un diseño *Pre-Post/test* y utilizaron como estrategias de enseñanza la experiencia de aprendizaje estructurado, discusiones, videos, juego de roles, experiencias grupales y tareas en casa. Realizaron la evaluación de las siguientes variables:

- Información Demográfica. Los padres indicaron su género, etnia, estado civil, ingreso mensual familiar y escolaridad. Los adolescentes indicaron: género, edad y grado escolar.

- Comunicación sobre sexo. Los padres indicaban la frecuencia con la que se comunican con sus hijos, en una escala con rango de respuesta de “nunca”, “1 vez o 2”, “Muchas veces”. El mayor rango indica más comunicación. Esta escala tuvo un coeficiente alfa para la madre de .77 a .84 y para los adolescentes de .81 a .83
- Creencias del rol de género. Se midió con 13 ítems derivados de las medidas de actitudes basadas en el género de los padres hacia los roles maritales y de crianza de Hoffman y Klaska (1995, citados en McKee, 2007), con opciones de respuesta que van de “No del todo cierto”, “poco cierto” o “Muy cierto”. Los altos puntajes indican una educación menos igualitaria. El coeficiente alfa de esta escala es de .71
- Confort de los padres en la comunicación. Medido por 5 ítems reportados por el padre. Opciones de respuesta que van de “No del todo cierto”, “poco cierto” o “Muy cierto”, esta escala tuvo un coeficiente alfa de .79

Después de la intervención los autores encontraron que hay asociaciones significativas sólo en algunos análisis, la información aportó sólo algo de apoyo a la hipótesis: Mientras más equitativas sean las creencias del rol de género, más comunicación sexual. También notaron que las creencias del rol de género de la madre y la comodidad de la madre en la comunicación hicieron contribuciones independientes en la comunicación sexual, así como aquellas madres con perspectivas más igualitarias tuvieron mayores aumentos en la comunicación sexual, independientemente del sexo de los preadolescentes.

Se reportó que las madres sólo se comunican bien con sus hijos, así que las creencias del rol de género sólo fueron predictor de cambio en el seguimiento para los hombres. Las creencias del rol de género y el confort en la comunicación son predictores independientes, ya que cada uno predijo cambios tanto en hombres como en mujeres por separado.

Los autores reconocieron diversas limitaciones a su estudio, como el hecho de que la muestra utilizada no fue representativa, ya que la localización geográfica puede afectar a las creencias del rol de género y esto limita la

generalización. Otra limitante fue que las escalas empleadas para medir las creencias del rol de género, aunque están diseñadas explícitamente para intervenciones preventivas, aún no están del todo validadas. Recomiendan usar a varios informantes para la comparación de la información dada entre padres e hijos. Igualmente proponen estudiar las creencias del rol de padre puede ayudar a saber qué temas o en qué se les dificulta más a los padres iniciar la comunicación. Indican los autores que la importancia de la comunicación y las habilidades se pueden incrementar agregando más sesiones. Por último mencionan que el rol de género es menos importante cuando los padres entienden la importancia de la comunicación y tienen las habilidades para implementar dicha comunicación. Los autores no mencionan el uso de manuales, ni un contenido explícito del taller así como una descripción detallada del mismo.

Parents As Primary Sexuality Educators Program (PAPSE), fue propuesto por Klein, *et al.* (2005), con el objetivo de ayudar a los padres a sentirse más cómodos y competentes en dar información apropiada para el desarrollo, respondiendo a las preguntas de los niños y preparar a sus hijos a tomar decisiones sobre su sexualidad. No se menciona bajo qué modelo fue diseñado el programa. Con una población de 335 residentes de la comunidad, 264 (71%) asistió a ambas series de talleres, con hijos infantes y hasta 12 años de edad. Se realizaron un total de 27 series de talleres que se llevaron a cabo en varios lugares con altos índices de embarazo en adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual. El programa consistió en una serie de cuatro núcleos y dos talleres grupales opcionales, aplicados durante un período de aproximadamente un mes. Se evaluó mediante un diseño *Pre-Post/test* y un seguimiento 10 semanas después del último taller. Abordan temáticas como: Comunicación sexual con hijos, necesidades de información sexual de los hijos, anatomía humana, normas para el comportamiento sexual de los hijos.

Se evaluaron las siguientes conductas:

- Importancia de comunicarse con sus hijos. Medida con 3 ítems en escala tipo Likert de 4 puntos, con opciones de respuesta que van de “No es importante” a “Muy importante”
- Frecuencia de iniciación parental de conversaciones y nivel de comodidad al responder preguntas.
 - La comunicación parental se midió con 6 ítems con escala de 4 puntos y rango de respuesta de “Nunca” a “Frecuentemente”
 - Se utilizó una escala tipo Likert 4 puntos, con rango de respuesta de “Muy incómodo” a “Muy cómodo” para el nivel de comodidad al responder preguntas a sus hijos.

Los autores del estudio encontraron que después de participar en el taller, los padres reportaron tener una mayor habilidad para iniciar conversaciones con sus hijos y un sentimiento más confortable respondiendo sus preguntas. Se menciona que los padres adolescentes enfrentan más retos que los padres con mayor edad y pueden ser más punitivos con sus hijos y estos programas les ayudan a mejorar sus estilos de crianza y de comunicación. Además consideran necesario dirigir estos programas a padres de hijos pequeños, ya que la comunicación se desarrolla mejor cuando los hijos se encuentran en la infancia.

Asimismo, los autores reportan que si los padres aplican las habilidades aprendidas en las intervenciones con sus hijos, ellos podrían crecer en un ambiente que fortalezca una comunicación más abierta sobre sexualidad, ya que los programas para padres pueden ayudar a identificar sus propios valores y creencias sobre sexo y en comunicar esos valores a sus hijos.

Dentro de las limitaciones que encontraron en este estudio están que la población fue mayoritariamente femenina, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a los hombres. Pero las mujeres han resultado ser las principales cuidadoras de los hijos y este programa claramente resultó efectivo para ellas. De igual manera, con el uso de auto reportes de los padres resulta imposible

determinar si el programa tuvo un impacto real en la calidad y cantidad de la comunicación Padres-Hijos. Además de lo anterior, no se habla sobre el uso de manuales o una guía de los talleres, el autor no describe materiales empleados, así como tampoco menciona las técnicas de enseñanza que se utilizaron al implementar el taller. La descripción de los talleres es escasa y poco clara, pues habla de las temáticas pero no cómo fueron otorgadas dentro de los talleres.

Después del análisis anteriormente realizado a algunos programas de intervención, con base en los puntos para el diseño e implementación de programas efectivos citados por Kirby (2007) y en el modelo *Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB)* de Fisher y Fisher (2002), se encontró que éstos presentan algunas fallas, como:

- *No mencionar el Modelo Teórico utilizado:* Houser y Documét (2005), Flay et al. (2004) y Klein et al. (2005).
- *Fallas en el reclutamiento de los participantes:* Dittus et al. (2004)
- *Población no adecuada o poco representativa:* Dilorio et al. (2006), Gallegos et al. (2008), McKee et al. (2007) y Klein et al. (2005).
- *Fallas en la descripción o nula aparición del Instrumento utilizado:* Eastman et al. (2006), Dittus et al. (2004), Ball, Pelton, Forehand, Long, & Wycoff (2004), Houser y Documét (2005) y Flay et al. (2004).
- *Utilización de auto-reportes:* Eastman et al. (2006), Villarruel (2008) y Klein et al. (2005).
- *Falta de datos psicométricos del instrumento utilizado:* Houser y Documét (2005), Flay et al. (2004) y Klein et al. (2005).
- *Fallas en el diseño del instrumento utilizado:* McKee et al. (2007)
- *Fallas en la descripción de talleres:* Houser y Documét (2005), Dilorio et al. (2002), Dilorio et al. (2006), Gallegos et al. (2008), Flay et al. (2004), McKee et al. (2007) y Klein et al. (2005)
- *Fallas en la evaluación del seguimiento:* Eastman et al. (2006) y O'Donnell et al. (2005).

- *Material de apoyo insuficiente o poco adecuado*: Houser y Documét (2005) y Lederman et al. (2008).
- *Fallas en la descripción de variables independientes (uso de manuales, material de apoyo, temáticas, técnicas de enseñanza)*: Dittus et al. (2004), Dolirio et al. (2002), Dilorio et al. (2006), Villarruel (2008), Lederman et al. (2008), O'Donnell et al. (2005), Gallegos et al. (2008) y McKee et al. (2007).

Ante tal situación consideramos necesario aportar un programa que tiene presente las fallas anteriormente mencionadas y además considera retomar los puntos para el diseño e implementación de programas efectivos citados por Kirby (2007), que son los siguientes y las cuales se dividen en tres ámbitos: a) el proceso del desarrollo del programa, b) los contenidos del programa y c) el proceso de implementación del programa. Para los fines de este trabajo se considera importante describir a detalle cada una de esas características.

Características para el diseño e implementación de programas efectivos

a) Proceso del desarrollo del programa

1. Incluir diversas personas con experiencias en diferentes áreas.

Deben incluirse personas con conocimientos en áreas como la teoría de la conducta saludable, conducta sexual del adolescente, factores de riesgo y de protección que afectan la conducta sexual, la teoría del diseño instruccional, actividades específicas usadas en la educación de los jóvenes sobre temas sexuales, experiencia en enseñanza y educación de sexualidad o VIH, conocimientos culturales y evaluación en general.

2. Evaluar las necesidades y actividades que los jóvenes buscan.

Se debe tratar de conocer el por qué los jóvenes caen en conductas de riesgo y qué factores específicos de riesgo o protección previenen la conducta segura o fomentan la conducta de riesgo respectivamente (p.ej. que creencias específicas, actitudes o habilidades podrían ser cambiadas). También se trata de

determinar qué es lo que se debería hacer para cambiar estos tipos de conducta y qué situaciones pueden llevar a tener sexo no planeado y sin protección.

3. Basarse en un modelo lógico.

Según Kirby (2007), las discusiones sobre el desarrollo de un programa, el uso de una teoría, la medición de la conducta sexual y anticonceptiva, y los factores de riesgo y protección que afectan a la conducta, sugieren que en los programas en los que se ha utilizado un modelo lógico se: 1) han especificado las metas de la salud, 2) han identificado las conductas que afectan esas metas, 3) identifican factores que afectan la conducta y 4) desarrollan actividades para cambiar esos factores. Frecuentemente se han usado teorías de salud y psicosociales (teoría social, teoría cognitiva, teoría de la conducta planeada, modelo de creencias de salud, entre otras) para identificar los factores importantes de intervención (p.ej. conocimientos, actitudes, percepción de normas, autoeficacia e intenciones) que a su vez afectan a la conducta. También se ha utilizado la teoría instruccional para determinar qué tipos de actividades producirían un cambio positivo en los factores de intervención.

4. Diseño de actividades consistentes con los valores comunitarios y recursos viables.

Hay comunidades en las que la abstinencia es altamente valorada, para ello se han desarrollado programas que enfatizan a la abstinencia como la opción más segura para los jóvenes. También se han tomado en cuenta los recursos de la comunidad y su facilidad de disponibilidad, la disponibilidad de personal, las habilidades del personal, suministros y tiempo.

5. Llevar a cabo pruebas piloto en algunas o todas las actividades.

Se realizan pruebas piloto en algunas o todas las actividades antes de implementar el programa que está siendo evaluado, con la finalidad de encontrar posibles errores en el programa y poder mejorarlos.

b) Contenido del programa.

El contenido de los programas efectivos tiene ocho características comunes. Unas describen las metas y objetivos del programa y otras hacen referencia a las actividades y los métodos de enseñanza.

6. Se enfocan al menos en una de las tres metas de la salud, la prevención del VIH, la prevención de otras ITS, la prevención del embarazo no deseado.

Los programas se enfocan comúnmente en la susceptibilidad de los jóvenes hacia el VIH, hacia otras ITS, hacia el embarazo o la combinación de estas y las consecuencias negativas de la enfermedad y el embarazo no deseado. Se envía un claro mensaje sobre las metas de la salud y se trata de motivar a los jóvenes para evitar las ITS y los embarazos no deseados.

7. Se enfocan estrechamente en tipos específicos de conducta que causan o previenen el VIH, otras ITS o embarazo y dan claros mensajes sobre ellos.

Esta es una característica importante. Los programas efectivos repiten mensajes sobre sexualidad y conducta segura o de protección, claros y consistentes. Los mensajes deben ser apropiados a la edad, a la experiencia sexual, al género y al tipo de cultura al que va dirigido el programa.

8. Se enfocan en factores sexuales psicológicos específicos que afectan a tipos de conducta específicos y cambian algunos de esos factores.

En los estudios originales, estos factores de riesgo o de protección fueron escogidos en parte por la teoría y en parte por la investigación sobre los factores que afectan la conducta sexual del adolescente. Según Kirby (2007), al menos tres programas que han reducido la actividad sexual y al menos tres programas que han incrementado el uso del condón se han centrado en mejorar cada uno de los siguientes factores:

- Conocimiento, incluyendo el conocimiento sobre temas sexuales, VIH, otras ITS y el embarazo (incluyendo sus métodos de prevención).
- Percepción de riesgo del VIH.
- Creencias personales sobre el sexo y la abstinencia.
- Actitudes hacia el condón (incluyendo las barreras percibidas hacia su uso)
- Percepción de las normas de pareja y la conducta hacia el sexo.
- Confianza en la capacidad de rechazar las relaciones sexuales y el uso del condón.
- Intención hacia la abstinencia del sexo o la restricción de la frecuencia de las relaciones sexuales o el número de parejas.
- Comunicación con padres u otros adultos sobre sexo, condones y anticoncepción.

Los programas que reducen la actividad sexual se centran sobre mejorar:

- La confianza en su habilidad para evitar el riesgo de VIH, ITS, y la conducta de riesgo.
- En evitar contundentemente los lugares y situaciones que los podrían llevar a tener relaciones sexuales.

Los programas que incrementan el uso del condón se centran en mejorar:

- La intención del uso del condón.

Retomando a Kirby (2007), es necesario mencionar que existen cinco características que describen las actividades y los métodos de enseñanza de un programa efectivo.

9. Crear un ambiente seguro

Aparentemente todos los programas eficaces comienzan por crear un conjunto de reglas básicas para la participación en la clase, tales como no hacer preguntas personales y respetando la opinión de los otros. Algunos programas tratan de crear un ambiente seguro separando al grupo en grupos del mismo género para algunos temas y en ocasiones se limita el curso completo a un solo sexo.

10. Incluir múltiples actividades resonantes para cambiar cada uno de los riesgos específicos y los factores de protección.

Para incrementar el conocimiento sobre temas tales como las formas de transmisión del VIH y otras ITS, síntomas de las ITS, susceptibilidad y consecuencias de las ITS, y los métodos de prevención de las ITS y los embarazos no deseados, los programas eficaces incluyen lecturas cortas, debates, juegos de competencia, simulaciones, parodias, videos, entre otras actividades.

Ciertamente, estas actividades requieren que los asistentes obtengan y compartan la información, en vez de sólo escuchar pasivamente a los educadores y estas actividades estimulan a los estudiantes a personalizar la información.

Para incrementar la percepción de riesgo (tanto de susceptibilidad como de gravedad), los programas eficaces deben proveer de datos sobre incidencia de las ITS y embarazo no deseado, videos sobre VIH o embarazos adolescentes, testimonios sobre VIH o embarazo adolescente, y simulaciones demostrando los riesgos y consecuencias del embarazo no deseado y el VIH.

Para cambiar los valores personales y las actitudes sobre el sexo y el uso del condón y otros métodos anticonceptivos, los programas eficaces deben incluir grupos de discusión que enfatizen las ventajas de la abstinencia o el uso del condón y los métodos anticonceptivos, así como las estrategias de negociación para poder rechazar o posponer un encuentro sexual.

Para enseñar a los estudiantes cómo rechazar las relaciones sexuales no deseadas y/o desprotegidas, o sobre cómo insistir en el uso del condón o métodos anticonceptivos, los programas eficaces usan comúnmente el juego de roles. Cada participante tiene varias oportunidades para practicar importantes habilidades de comunicación.

Para incrementar la auto-eficacia en el uso del condón, se puede demostrar cómo utilizar el condón y los estudiantes podrían pasar a describir y practicar en orden los pasos para su uso correcto.

11. Emplear métodos instruccionales que envuelvan activamente a los participantes, que ayuden a los participantes a personalizar a información y que sean diseñados para cambiar riesgos específicos y factores de protección.

Los siguientes métodos de enseñanza suelen ser utilizados comúnmente por los programas: lecturas cortas, debates, pequeños trabajos en equipo, video presentaciones, historias, parodias en vivo, juego de roles, simulaciones de riesgo, juegos de competencia, actividades de elección forzada, encuestas de actitudes e intenciones con presentación anónima de resultados, actividades de resolución de problemas, hojas de cálculo, asignación de tareas (incluidas las tareas de platicar con los padres u otros adultos), tómbola de preguntas y demostraciones del uso del condón.

12. Emplear actividades, métodos instruccionales y mensajes conductuales que sean apropiadas para la cultura adolescente, edad de desarrollo y experiencia sexual.

Se han diseñado programas para grupos étnicos específicos y enfatizando los altos niveles de VIH y otras ITS o el embarazo entre estos grupos. Otros programas se han diseñado específicamente para chicas y enfatizando que ellas pueden ser capaces de controlar situaciones sexuales. Hay programas para jóvenes con menos experiencia sexual enfocados más a la abstinencia, mientras

que para los de más edad y más experimentados sexualmente, se enfocan en el uso consistente del condón.

13. Cubrir los temas en un orden lógico.

Los programas eficaces frecuentemente presentan los temas en el siguiente orden: información básica sobre VIH y otras ITS o embarazo no deseado, incluyendo la susceptibilidad y gravedad, conductas que puedan reducir la vulnerabilidad; conocimientos, valores, actitudes y barreras circundantes a la conducta segura; y habilidades que se necesitan para adoptar una conducta segura. Así pues, los programas primero mejoran la motivación de los adolescentes para evitar las ITS y el embarazo y luego dirigen el conocimiento, las actitudes y las habilidades necesarias para evitarlas.

c) Implementación del programa.

Los programas eficaces tienen cuatro características en la implementación del programa, son los siguientes:

14. Aseguran al menos un apoyo mínimo de las autoridades apropiadas.

Prácticamente, los programas eficaces deben obtener la aprobación de autoridades como los directivos de las escuelas o los directores de organizaciones locales para adolescentes. Estas aprobaciones podrían proporcionar el apoyo o las sanciones necesarias para los educadores que cubren temas polémicos para algunas culturas; además de ser ciertamente necesaria para realizar la investigación.

15. Seleccionar educadores con características deseadas (siempre que sea posible), entrenarlos y proveer de monitoreo, supervisión y apoyo.

Algunos programas utilizan profesores escolares, algunos otros utilizan sus propios educadores. Comúnmente, se contratan personas que se cree que pueden relacionarse con jóvenes y que tienen conocimientos en educación para

la salud, especialmente en sexualidad. Aunque, la mayoría de los estudios no examinan el impacto de las características de los educadores sobre los cambios en la conducta, los resultados de cinco estudios indican ni la edad ni el género ni la raza de los educadores es importante, la habilidad del educador para relacionarse con los jóvenes es lo que hace la diferencia. Prácticamente los programas entrenaron a sus educadores en la implementación del programa.

16. Implementar actividades para reclutar y retener a los adolescentes.

Si es necesario, los programas eficaces implementan las actividades necesarias para reclutar a los jóvenes y evitar o superar los obstáculos en su participación (p. ej. Se informa a los jóvenes sobre el programa, proveen alimentos y/o incentivos, se aseguran de que los padres fueron avisados, proveen transporte, implementan las actividades en los tiempos convenientes, y afirman la seguridad de los adolescentes). Si los programas se implementan en escuelas es necesaria la aprobación y el apoyo de las autoridades de ésta.

17. Se implementa el programa con entera fidelidad.

La mayoría de los programas eficaces implementan todas o casi todas las actividades del programa. Esto es en parte porque los programas fueron evaluados anteriormente.

Así mismo, en el siguiente apartado describiremos el programa propuesto en este trabajo que se basa en las críticas mencionadas anteriormente, en los puntos señalados por Kirby (2007) y en el modelo *Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB)* de Fisher y Fisher (1994; 2002).

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

Como se mencionó en el capítulo anterior, varios estudios han encontrado que los padres juegan un papel fundamental en la prevención de conductas sexuales de riesgo en sus hijos adolescentes. Sin embargo, para que esta función se desarrolle de manera exitosa depende de la información acerca de sexualidad que tengan los padres de familia y la forma en la que se comunican con sus hijos sobre el tema.

En México, como en otros países, la mayoría de la investigación sobre el conocimiento sexual y la comunicación se ha centrado en los adolescentes en lugar de los padres, haciendo a un lado la importancia de estos como la principal fuente de información sobre temas de sexualidad (Guilamo-Ramos, LCSW & Bouris, 2008). Estudios recientes realizados con adolescentes indican que hay un nivel relativamente bajo de conocimiento sexual, incluidos los comportamientos de riesgo como contraer infecciones de transmisión sexual (Castro-Sansores, López-Ávila y Góngora Biachi, 2000 citado en Gallegos et al., 2007).

Asimismo, en México hay pocos programas sobre la comunicación entre padres e hijos adolescentes en relación con temas sexuales y, como se mencionó en el capítulo anterior, en algunos de estos programas de intervención se encontraron diversas fallas como no mencionar o no partir de un modelo teórico (Flay, et al. 2004; Houser y Documét, 2005; y Klein, et al. 2005), no describen o no reportan qué tipo de instrumento emplearon (Ball, Pelton, Forehand, Long, y Wycoff, 2004; Dittus, et al. 2004; Eastman, et al. 2006; Flay, et al. 2004; Houser y Documét, 2005), no hay una adecuada descripción de los talleres (Dilorio, et al. 2002; Dilorio, et al. 2006; Flay, et al. 2004; Gallegos, et al. 2008; Houser y Documét 2005; Klein, et al. 2005 y McKee, et al. 2007), no describen detalladamente aspectos como uso de manuales, material de apoyo, temáticas, técnicas de enseñanza (Dittus, et al. 2004; Dilorio, et al. 2002; Dilorio, et al. 2006;

Gallegos, et al. 2008; Lederman, et al. 2008; McKee, et al. 2007; O'Donnell, et al. 2005 y Villarruel, 2008).

Ante tal panorama se considera importante diseñar un programa que supere y resuelva las fallas antes señaladas. El programa que se propone, en primera instancia ofrece una preevaluación de los conocimientos, motivaciones y habilidades que tienen los participantes en la comunicación con sus hijos adolescentes, su diseño está basado en el modelo IMB de Fisher y Fisher (2002) por sus tres componentes que son: Información, Motivación y Habilidades Conductuales, de manera que el taller no solo se centra en brindarle información sino en brindar también habilidades a los padres, como: uso correcto del condón, negociar uso del condón, posponer y/o rechazar encuentros sexuales, a fin de que ellos las pongan en práctica en sus respectivos hogares.

De igual manera el programa se centró en los puntos para el diseño e implementación de programas efectivos citados por Kirby (2007) mencionados en el capítulo anterior, algunos de ellos son:

- En cuanto al proceso de desarrollo del programa se toman en cuenta las necesidades y actividades que buscan los padres e hijos adolescentes, además de basarse en un modelo lógico, que en este caso es el IMB (Fisher y Fisher, 2002).
- En cuanto al contenido del programa es importante señalar que se enfoca en las metas de la salud: prevención del VIH, prevención de ITS y prevención de abortos y embarazos no deseados, además de enfocarse en las conductas que causan o previenen estos problemas de salud sexual, también se enfoca en modificar factores como el conocimiento sobre temas sexuales, las creencias personales sobre el sexo y la abstinencia, las actitudes hacia el condón, la percepción de las normas de pareja y la conducta hacia el sexo, la confianza en la capacidad de rechazar las relaciones sexuales y el uso del condón y la comunicación con padres e hijos sobre sexo, condones y anticoncepción. Asimismo, se crea un ambiente seguro ya que se comienza por crear un conjunto de reglas

básicas para que los participantes tengan una colaboración activa con los ponentes dentro del taller, por ejemplo respetar la opinión de los otros. También se incluyen múltiples actividades para incrementar el conocimiento sobre los temas, por ejemplo: conferencias, dinámicas individuales y de grupo, juego de roles, entre otras, con la finalidad de que los participantes obtengan y compartan la información, en vez de solo escuchar a los educadores, además de que estas actividades estimulan y motivan a los participantes a personalizar la información. Se emplean métodos, actividades y mensajes conductuales que envuelven a los participantes a cambiar riesgos específicos y factores de protección, por ejemplo presentaciones multimedia, juegos de roles, simulaciones, actividades de resolución de problemas, asignación de tareas, demostraciones de uso del condón, por mencionar algunas, y finalmente se puede señalar que se cubren todos los temas en un orden lógico, ya que primero se informa y se motiva y finalmente se dirigen a mejorar las actitudes y las habilidades necesarias para mejorar la comunicación de los padres con los hijos.

- En cuanto a la implementación del programa, se procura que quienes impartirán el taller sean personas que tengan los conocimientos necesarios en los temas aquí abordados, además de contar con la habilidad para relacionarse con los participantes para que el taller logre en impacto esperado. Además de procurar que se implementen todas las actividades propuestas en este programa.

También, es de suma importancia señalar que se diseñaron dos manuales, uno para el ponente y otro para los participantes. En el manual del ponente se ofrece la información sobre sexualidad, abordando los temas de ITS, VIH/SIDA, aborto, embarazos no deseados y uso correcto del condón, así como la información sobre las ventajas de la comunicación sexual asertiva entre padres e hijos para la prevención. También se ofrecen actividades a realizar en cada una de las sesiones, así como la bibliografía que se sugiere revisar.

Por su parte, el manual para el participante ofrece a los padres de familia la información sobre sexualidad abordada en el manual del ponente de manera puntual y sencilla, a manera de que sus dudas puedan ser aclaradas con esa información. Además se les ofrecen actividades que pueden llevar a cabo en casa con sus hijos. Finalmente se les proporciona bibliografía y páginas web relacionadas con el tema de la sexualidad e instituciones a las que ellos pueden acceder con facilidad para obtener mayor información sobre los temas e incluso si tienen dudas poder acudir a estas con sus hijos y que se les proporcione la información necesaria para aclarar sus dudas.

Así, el objetivo del presente trabajo fue el diseño de un taller sobre comunicación sexual asertiva para padres de hijos adolescentes, en donde se les enseñe a los padres mediante técnicas específicas, estrategias para una comunicación más efectiva entre ellos, mostrándoles en primera instancia los aspectos importantes de las conductas sexuales de riesgo y su prevención a partir de la comunicación. Para lograr lo anteriormente mencionado, dicho taller se basó en el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) incluyendo las tres características más importantes Información, Motivación y Habilidades Conductuales, también se basó en las características propuestas por Kirby (2007) que son indispensables para que un programa preventivo sea exitoso y se modifiquen los comportamientos sexuales de riesgo que realizan tanto padres y que finalmente transmiten a sus hijos.

Método

Participantes: Se programó la participación de 15 padres de familia, de cualquier sexo y podrán asistir uno o ambos padres de familia.

Criterios de inclusión: Los asistentes deberán contar con una edad comprendida entre los 30 y 40 años, tener al menos un hijo adolescente el cual tenga una edad entre 11 y los 15 años, haber obtenido un porcentaje bajo de respuestas correctas en la preevaluación, es decir, 7 aciertos de un total de 29 y

además mostrar interés en los temas a tratar y tener disposición para hablar sobre ellos.

Escenario: Un aula de usos múltiples que deberá de ser de aproximadamente de 6m x 4m. El aula podrá ser una biblioteca, un aula de una casa de la cultura e incluso en un aula de iglesia. Deberá considerarse la cantidad de 15 a 18 sillas aproximadamente, un escritorio para colocar los materiales de los instructores, una mesa para colocar el proyector, asimismo, deberá contar con contactos y energía eléctrica.

Materiales de papelería: Hojas blancas tamaño rotafolio (20 piezas), marcadores de agua marca “Aquacolor” (Paquete de 10 piezas), lápices del número 2 (20 piezas), una bola de estambre de 50g, hojas blancas tamaño carta (paquete de 100 piezas), cinta adhesiva (una pieza).

Materiales didácticos: Se diseñaron dos manuales, uno para el instructor y otro para el participante, esto con la finalidad de proporcionar una guía para facilitar el entendimiento de los temas. Dichos manuales se diseñarán a partir de los temas propuestos en el taller como son: embarazos, aborto, ITS, VIH/SIDA, uso del condón y negociación (asertividad). En el manual del instructor se proporcionará tanto información como estrategias didácticas para llevar a cabo con el grupo de participantes, dejando a criterio del instructor estas dinámicas o la oportunidad de proponer nuevas, sin salirse del tema central, éste manual será una guía para el instructor, la cual le brindará tanto la información necesaria a impartir, como herramientas, actividades, propuestas, ejercicios, trabajos en equipo, sugerencias para las ponencias y bibliografía recomendada para complementar temas si se llegase a necesitar. Por otra parte en el manual del participante se proporcionará información sobre todos los temas mencionados anteriormente, estrategias de asertividad para recordar y poner en práctica lo aprendido en el taller y finalmente algunas sugerencias de libros o fuentes de información relacionadas a los temas vistos en el taller, todo a esto en un lenguaje coloquial. Además de estos manuales el taller se apoyará en el diseño de conferencias que habrán sido elaboradas previamente con los temas centrales del

mismo, estas conferencias se apoyarán de presentaciones multimedia que brinden a los participantes un mejor entendimiento a través de videos e imágenes. También se sugiere sean apoyadas por el material físico (folletos y trípticos) que serán diseñados por los instructores.

Aparatos: Se utilizará una computadora portátil (marca a elección del instructor), una cámara fotográfica digital de 8mpx mínimo (marca a elección del instructor) y un cañón proyector de diapositivas (marca a elección del instructor).

Instrumentos: Se diseñó un instrumento para evaluar los conocimientos de los padres sobre temas sexuales. Dicho instrumento constará de cuatro secciones, en la primera sección se pedirán datos generales del participante como: nombre, edad, sexo, edad del hijo, sexo del hijo, escolaridad. En la segunda sección consta de 11 reactivos que componen la sección de "Información", estos reactivos hacen saber a los instructores que tanta información poseen los padres con respecto a temas como la sexualidad, las ITS, métodos anticonceptivos, uso correcto del condón, adolescencia y pubertad, embarazos, abortos y VIH/SIDA. Para este apartado las opciones de respuesta son cinco, desde "Totalmente en desacuerdo" a "Totalmente de acuerdo". La tercera sección consta de 8 reactivos acerca de la "Motivación", es este apartado se evalúa que tanto los padres se involucran con sus hijos en cuanto a temas sexuales y que tanto se comunican con ellos. Para este apartado las opciones de respuesta son cinco, desde "Nunca" hasta "Siempre". Finalmente la cuarta sección está compuesta por 10 reactivos sobre "Habilidades Conductuales", aquí se evalúa si los padres pueden intervenir en la educación sexual de sus hijos y de qué manera lo hacen. De igual manera, las opciones de respuesta son "Nunca" hasta "Siempre".

Diseño: Se utilizará un diseño pretest-postest con intervención, en donde se empleará un instrumento para evaluar el repertorio básico (pre-evaluación), estos serán los conocimientos que tengan los participantes con un máximo de 7 respuestas correctas de un total de 29. Se aplicará la intervención que constará de 10 sesiones y posteriormente se aplicará la post-evaluación, la cual será la

misma que fue aplicada en la pre-evaluación, con la finalidad de evaluar los cambios que se produjeron con el aprendizaje y la motivación de las sesiones en las que se estuvo trabajando. Se esperará que los participantes obtengan 29 de 29 respuestas correctas.

Procedimiento: Durante este estudio será necesaria la participación de dos ponentes para los quince participantes que se seleccionarán con base en los criterios de inclusión descritos en el apartado de participantes. Este estudio constará de cuatro fases, las cuales se describen a continuación:

- *Fase 1. Convocatoria.* Se hará la convocatoria ya sea en un municipio del Estado de México o en una delegación del Distrito Federal para de la población interesada tomar una muestra de 15 participantes, los cuales deberán cumplir con los criterios de inclusión correspondientes.
- *Fase 2. Preevaluación.* En esta fase se realizará una evaluación del repertorio de conocimientos que poseen los participantes en cuanto a temas de sexualidad. Se esperará que los participantes tengan como máximo 5 respuestas correctas (que equivalen al 20% del total) de las 29 afirmaciones con las que cuenta el instrumento evaluador. Esto se realizará en el aula previamente descrita.
- *Fase 3. Aplicación del “Taller de comunicación sexual asertiva para padres”.* Esta fase estará constituida por 11 sesiones en las que se informará y motivará a los participantes para que aprendan y apliquen nuevas habilidades conductuales para prevenir los riesgos que una sexualidad sin responsabilidad implica. Cada sesión tendrá una duración de 120 minutos y se impartirá durante dos semanas consecutivas. La primera sesión será introductoria al taller y la preevaluación. En la segunda sesión se abordará el tema de qué es la adolescencia y su relación con la sexualidad. La tercera sesión estará dedicada a definir qué es un embarazo y un aborto. La cuarta sesión tratará de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La quinta sesión hablará sobre el VIH/SIDA en la

actualidad. En la quinta sesión se abordará el tema del uso correcto del condón y su importancia como principal método de protección. La sexta sesión hablará sobre el uso correcto del condón. Durante la séptima sesión se hablará sobre como iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales. En la octava sesión se practicará como negociar una relación sexual. La novena sesión tratará de cómo negociar el uso del condón. En la décima sesión se pondrá en práctica como posponer un encuentro sexual. Y finalmente en la onceava sesión se hablará sobre como rechazar un encuentro sexual (Anexo 1). Durante esta fase se hará la redacción de una bitácora en la que se irán tomando notas de manera descriptiva acerca de lo que suceda en cada una de las sesiones, así como las problemáticas que se presenten en cada una de las mismas.

- *Fase 4. Post evaluación.* Se utilizará el mismo instrumento que en la fase de pre-evaluación. Se esperará que en esta fase todas las respuestas de los participantes en el instrumento sean correctas.

Análisis de resultados: En este apartado se realizará un análisis comparativo entre la pre-evaluación y la post evaluación, utilizando una *t de student* para muestras relacionadas y de esta manera observar si existen diferencias significativas entre los datos de la pre y la post evaluación. Para este apartado también se utilizará la bitácora para la realización de notas de campo y realizar el análisis cualitativo de los resultados. Durante el análisis de la post evaluación se evaluará si el taller resulta adecuado para la población a la que se aplicó.

Anexos:

1. Cartas descriptivas
2. Manual del ponente
3. Manual del participante
4. Instrumento de evaluación.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Con base en los capítulos 3 y 4 se hace evidente que la educación sexual en México no ha logrado consolidarse como una verdadera solución y prevención a los problemas de salud sexual, pues aunque se ha encontrado que la comunicación sobre temas de sexualidad entre padres e hijos han logrado reducir las cifras en embarazos no deseados, ITS/VIH y abortos (Dilorio, Resnicow, Thomas, Wang, Dudley, Van Marter & Lipana, 2002; Dilorio, McCarty & Denzmore, 2006; Dittus, Miller, Kotchick & Forehand, 2004; Eastman, Corona & Schuster, 2006; Flay, Graumlich, Segawa, Burns & Holliday, 2004; Houser & Documét, 2005; Klein, Sabaratnam, Pazos, Matos, Graff & Jo, 2005; Lederman, Chan & Roberts-Gray, 2008; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008), en México aún no existen los programas suficientes y eficientes que logren potencializar esta prevención, ya que los diez millones de jóvenes que asisten a educación secundaria aprenden un poco acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción y tal vez algo de las ITS (Taracena, 2003), pero los programas que atienden las principales dudas e inquietudes de los jóvenes respecto de su sexualidad y la forma de ejercerla sin riesgos, son escasos (Gallegos, 2007; Torres, 2006; Walker, 2006). Como lo menciona Taracena (2003), los programas de educación sexual y reproductiva dirigidos a los jóvenes son autoritarios, en su mayoría, sobre todo si lo que los adolescentes quieren es saber sobre sexualidad y salud sexual, sobre cómo protegerse a sí mismos y a las personas que aman, del embarazo no deseado y de las ITS incluido el VIH/SIDA.

Con base en lo anterior, el programa propuesto en este trabajo surge de la necesidad de ofrecer una alternativa a la educación sexual impartida en las escuelas (Segura, 2011), y como una propuesta de prevención de los problemas en salud sexual que en la actualidad son considerados ya como problemas de salud pública, que son: los altos índices de embarazos no deseados, ITS/VIH y abortos en adolescentes, quienes comienzan su vida sexual a edad cada vez más

temprana (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007). Surge además de la necesidad de acercar e involucrar a los padres en las vidas de sus hijos adolescentes, convirtiéndolos así en la principal fuente de información sobre sexualidad a quienes los adolescentes podrán acudir. Esta propuesta pretende superar las deficiencias y errores de aquellos programas para padres aplicados en México, específicamente en a los contenidos y estrategias de enseñanza utilizadas en ellos, para lograr un impacto mayor en la población a quienes va dirigido el programa.

Para el diseño de este programa se recurrió a la búsqueda de literatura sobre los programas de educación sexual diseñados tanto en México y en el extranjero, encontrando que los programas de educación sexual para padres e hijos enfocados en la comunicación, en nuestro país son insuficientes y muestran errores en su diseño y ejecución.

Por ejemplo, varios programas revisados no se basan en un modelo teórico específico (Dittus, 2005; Lederman, 2008 y Gallegos, 2008) o no lo mencionan en sus programas (Houser y Documét, 2005; Flay, 2004 y Klein, 2005). Tomando en cuenta lo anterior, el programa que se presenta en este trabajo muestra claramente el modelo en que está basado, además los manuales diseñados para llevarlo a cabo están diseñados de tal manera que se incluyen los tres factores del modelo del cual parte. Mostrando también una secuencia lógica en cada una de las sesiones, basándose igualmente en el mismo modelo: partiendo de lo simple, de informar a los padres sobre los temas de sexualidad, motivándolos con las dinámicas llevadas a cabo en algunas de las sesiones y terminando con lo más complejo, que es la capacitación en las habilidades de comunicación para que ellos las lleven a cabo con sus hijos adolescentes en las sesiones finales del taller.

Otro error detectado es que no presentan un instrumento de evaluación para su programa (Ball, 2004; Dittus, 2004; Eastman, 2006; Flay, 2004 y Houser y Documét, 2005), lo que impide demostrar la efectividad de esos programas de

intervención. Por lo que en el programa aquí propuesto se diseñó un instrumento que evalúa los aspectos referentes al modelo utilizado (IMB), dicho instrumento se describe a detalle, además de que puede ser resuelto en papel y lápiz, es corto y se diseñó en un lenguaje sencillo y no técnico. La validación de este instrumento queda pendiente pues el programa diseñado servirá para realizar el piloteo de este instrumento.

Por último, hubo programas en los cuales se encontraron fallas en la descripción de los talleres (Houser y Documét, 2005; Dolirio et al., 2002; Dilorio et al., 2006; Gallegos et al., 2008; Flay et al., 2004; McKee et al., 2007; y Klein et al., 2005), pues no mostraron a detalle lo abordado en cada sesión, así como su duración, las temáticas abordadas, las técnicas de enseñanza y los materiales utilizados en los programas. Sin embargo, en el programa que se propone en este trabajo se presentan los manuales que describen a detalle lo que se pretende que se aborde en cada sesión, como por ejemplo: su duración, las temáticas y objetivos de cada una de ellas, la información mínima necesaria para el ponente, así como las actividades a realizar por los participantes, los materiales utilizados en cada una de las sesiones, y el espacio de tiempo en cada sesión para resolver las dudas de los participantes, de igual forma se explica que algunas sesiones se cierran con un breve resumen de lo abordado en ellas y en otras se cierra con algunas tareas que se les piden a los participantes, resolviendo así la falla de los programas revisados.

Por otra parte, la elección del tema del presente trabajo se debió a que actualmente la salud sexual del adolescente es de suma importancia debido a los problemas en esa área que aquejan a esta población, que son: las ITS, el VIH/SIDA, los embarazos no deseados y los abortos; pues se ha visto que estos problemas pueden prevenirse gracias a la comunicación sexual asertiva entre padres e hijos y por lo cual se debe tomar en cuenta la calidad la comunicación que se brinda a los adolescentes, ya que ésta también es un factor importante, pues con el incremento en la disposición de los padres, el tipo de comunicación y el nivel de confianza entre ellos, se pueden lograr grandes efectos positivos en la

comunicación de sus hijos con sus parejas (Sullivan, Jaramillo, Moreau & Meyer, 1999; Stead, Brown & Fallowfield, 2001; Miller, Levin, Whitaker & Xu, 1998). De igual manera, la calidad de las relaciones entre padres e hijos influye en cómo el adolescente responde a las creencias de los padres sobre una conducta sexual apropiada (Eastman, Corona, & Schuster, 2006), esto debido a que la familia ocupa un lugar importante y su labor sólo será positiva si los padres y madres toman conciencia de la responsabilidad que implica enseñar sobre sexualidad, ya que esto influirá de manera importante en el desarrollo sexual del adolescente (Rodrigo y Palacios, 1998; citado en Castillo, Gamboa, y Baqueiro, 2007).

Ahora bien, la importancia de basarse en un modelo teórico en el programa aquí propuesto, radica en que de esta manera se tiene presente lo que se tiene que hacer durante el trabajo aplicado, se tiene una estructura y una coordinación y además, ayuda a que durante la aplicación del programa de intervención se mantenga el control del proceso para lograr la participación activa de los participantes, para proponer un enfoque centrado en el aprendizaje de los mismos, el cual se caracterizará por incorporar un conjunto de objetivos, estrategias y recursos orientados a lograr aprendizajes significativos en los individuos.

De esta forma, el presente programa se desarrolló con base en: los puntos propuestos por Kirby (2007) para el diseño e implementación de programas efectivos de intervención, en los déficits encontrados en otros programas revisados y, en el Modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB) de Fisher y Fisher (2002), un modelo que ha sido efectivo en cuanto al cambio de comportamiento en aquellos programas en los que fue implementado (Bazargan, 2006; Barzargan, 2009; Robles, 2006; Singh, 2003 y Tulloch, 2004), además que ha sido sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta.

Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual (Ortiz y Ortiz, 2007).

Por ende, la propuesta de utilización del IMB surge a partir de la necesidad de trabajar con un modelo que, además de brindarle información a los padres de familia, les ofrezca las habilidades necesarias para ponerlas en práctica en la vida cotidiana con sus hijos adolescentes, pero para lograrlo, es necesario que este proyecto también brinde la información necesaria para que los participantes puedan llevarlo a cabo y aprendan a recurrir a estas habilidades en el momento que sea necesario.

En cuanto a la estructura del presente programa es necesario señalar que consta de 11 sesiones con una duración de 2 horas cada una, estas se diseñaron con base al modelo *“Información, Motivación y Habilidades Conductuales”* (IMB), por lo que están constituidas de manera que se aborden estos tres componentes en ellas, seis sesiones corresponden a brindar la información detallada sobre sexualidad y las cinco sesiones restantes se dedicarán a capacitar a los participantes con las habilidades de comunicación necesarias para que, posteriormente las pongan en práctica con sus hijos adolescentes. En todas las sesiones se procura motivar a los participantes con la información dada y las actividades realizadas en cada una de ellas.

Las estrategias didácticas que se utilizarán durante el taller para impartir información a los padres estarán constituidas por actividades principalmente de trabajo en equipo, la mayoría de estas estrategias se basarán en presentaciones multimedia a través de las cuales se dará la explicación de los temas; asimismo, se utilizarán materiales en físico por ejemplo, condón femenino y masculino (tipos de condones: colores, sabores, texturas, aromas, etc.), un pene de enseñanza, una vagina de enseñanza (lo cual se utilizará para aprender los pasos para colocar correctamente el condón), así como folletos, trípticos y carteles que

apoyen la información brindada, los cuales serán diseñados por los ponentes que aplicarán el programa de intervención aquí propuesto.

Se utilizarán dos manuales que fueron diseñados para el taller, uno para el ponente y otro para los participantes. En el manual del ponente se ofrece la información sobre sexualidad, abordando los temas de ITS, VIH/SIDA, aborto, embarazos no deseados y uso correcto del condón, así como la información sobre las ventajas de la comunicación asertiva entre padres e hijos para la prevención. Dicha información se deberá brindar a los participantes de manera detallada para proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que los participantes puedan comunicarse con sus hijos. También se ofrecen actividades a realizar en cada una de las sesiones, así como la bibliografía que se sugiere revisar (Ver anexo 2).

Por su parte, el manual para el participante ofrece a los padres de familia la información sobre sexualidad abordada en el manual del ponente de manera puntual y sencilla, a manera de que sus dudas puedan ser aclaradas con esa información. Además se les ofrecen actividades que pueden llevar a cabo en casa con sus hijos poniendo en práctica lo visto en el taller, asimismo, se dan algunos consejos que pueden ser de utilidad para iniciar y mantener una comunicación asertiva de calidad con sus hijos adolescentes. Finalmente se les proporciona bibliografía, páginas web relacionadas con el tema de la sexualidad e instituciones a las que ellos pueden acudir con facilidad en caso de necesitarlo (Ver anexo 3).

Con base en lo anterior, quienes lleven a la práctica el programa aquí presentado, será necesario que tengan las siguientes características:

Habilidades Académicas

El ponente deberá contar con los conocimientos necesarios respecto a los temas relacionados a la sexualidad del adolescente, como los cambios físicos en hombres y mujeres y los cambios psicológicos que ocurren en ellos, incluyendo además las principales Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) contenidos en

este taller, así como contar con la documentación científica necesaria, ya que se requiere que las respuestas, sugerencias, opiniones, que proponga deberán estar sustentadas en la ciencia. También deberá tener un buen manejo de grupo para propiciar la participación activa de los asistentes, además de poseer la experiencia necesaria para reconocer las situaciones que requieran de atención especializada que pueda estar más allá de sus competencias y en su caso poder canalizarlos, si es solicitado. El ponente deberá presentarse como un guía, que pueda proporcionar las respuestas a las dudas y aclaraciones planteadas por los participantes y para llevar a cabo las dinámicas incluidas en el taller de una manera respetuosa y equitativa.

Habilidades Dinámicas

El ponente será el coordinador en debates, pláticas y dinámicas, llevándolas a cabo de manera imparcial y afectuosa, evitando imponer sus propios puntos de vista. En caso de que el ponente no conozca o no sepa la respuesta correcta o apropiada en alguna situación, deberá externarlo de forma honesta y se comprometerá a investigar la respuesta en el conocimiento científico, por lo que deberá contar con la habilidad de buscar dicha información. El ponente deberá tener la habilidad creativa necesaria para el diseño y la realización de material didáctico llamativo, como: carteles, trípticos, separadores, entre otros. Además de que el material que presente deberá ser limpio y sobre todo claro para los participantes. También deberá ser organizado en cuanto a la investigación, preparación y exposición de los temas, materiales y las actividades llevadas a cabo dentro del taller. Por otra parte, deberá saber enfatizar, mencionar o retomar mensajes que sean necesarios en algún momento dentro del taller. Finalmente, deberá poseer la habilidad de improvisación de ser necesario.

Habilidades Sociales

El ponente deberá contar con la capacidad de análisis y crítica constructiva, además de saber escuchar y mostrar facilidad de palabra para hablar

individualmente con una o dos personas y frente a un grupo. Deberá ser tolerante y mediador respecto de ideas, percepciones y comportamientos diferentes a los que la mayoría o él tenga.

Características de Personalidad

El ponente deberá inspirar respeto, franqueza y libertad de expresión a los participantes, así como aceptar su propia sexualidad y la de otras personas. Finalmente, convendrá que se libere de prejuicios, inhibiciones o conflictos que puedan reflejarse en sus actitudes o en sus pláticas con los demás, sus comportamientos deberán ser coherentes en cualquier contexto de acuerdo a lo abordado en el taller.

Por otra parte, las ventajas que ofrecen estos manuales radican en que, en primer lugar se convierten en una guía tanto para el ponente como para el participante, pues la sucesión de los temas vistos van ocurriendo a la par. En segundo lugar es que ambos manuales cuentan con una estructura específica, lo que permite que el taller mantenga una secuencia lógica que permita a los padres primero informarse, motivarse y finalmente llevar a cabo las habilidades aprendidas en el taller. Ambos manuales tienen objetivos en común, por ejemplo brindar no sólo información, sino motivar, enseñar habilidades y proporcionar herramientas y material de apoyo a los padres de familia y al ponente. Gracias a estos manuales podrán resolverse dudas surgidas a lo largo del taller, pues contienen la información suficiente y adecuada para este fin. Una ventaja más es que ambos manuales proporcionan actividades, estrategias y dinámicas para un mejor entendimiento y aprovechamiento de la información, propiciando así una participación activa de los participantes. Por último, estos manuales ofrecen consejos útiles y bibliografía adecuada tanto para el ponente como para los participantes sobre los temas vistos en el taller.

Se pueden tomar en cuenta algunas limitaciones o desventajas en este programa, por ejemplo: es necesario que los instructores que lleven a cabo este

programa apliquen sus conocimientos, actitudes y conductas para conducir de la manera más adecuada cada una de las sesiones, así como aplicar las evaluaciones correspondientes en el programa, de ser necesario y si así lo consideran pueden aplicar evaluaciones convenientes de conocimientos y actitudes, así como de comportamientos de los participantes, siempre y cuando se apeguen al modelo utilizado para este programa (Modelo IMB), puesto que uno de los objetivos principales del programa es la modificación de conducta y la enseñanza de habilidades de comunicación. Si se cree pertinente se pueden realizar modificaciones al programa para ser mejorado.

También se les sugiere a los instructores que deben tener en cuenta que, el nivel socioeconómico no siempre es un factor para que los padres de familia se permitan hablar sobre estos temas, por lo tanto es necesario que desde el inicio del programa se les especifique de manera concreta los temas que se tratarán en éste, anunciando inmediatamente las ventajas y las soluciones que les proporcionará asistir, en este caso que la comunicación Padres-Adolescentes prevendrá a los hijos de ITS/VIH/SIDA, embarazos no deseados y abortos, y que además de lo anterior, el programa funcionará para mejorar la relación que mantienen con sus hijos.

Asimismo, la inclusión de una evaluación de conocimientos para el coordinador y de esta manera poder considerarlo capaz de llevar a cabo esta intervención. Sin embargo se asume que quien cumpla con las características para el coordinador especificadas en el “Manual para el Ponente” podrá aplicar con éxito el programa.

El instrumento de evaluación propuesto en este programa procura evaluar los elementos del modelo utilizado (Modelo IMB), sin embargo no se llevó a cabo la validez y confiabilidad del mismo, puesto que este programa serviría como un piloteo de dicho instrumento como lo propone Kirby (2007), es por esto también que se requiere de una población más alta para poder validarlo. Otra limitación es que posterior al diseño y redacción de los Manuales surgieron algunas actividades

que podrían quedar acordes a los temas vistos en el programa e incluirse en algunas de las sesiones y por falta de tiempo ya no pudieron ser planteadas en este trabajo, por ejemplo: la participación de un padre de familia, previamente capacitado en los temas de la intervención, como apoyo al ponentes.

Por otra parte, una limitante más es la falta de trípticos, folletos, CD's con presentaciones, videos o algún otro material de apoyo extra al manual del participante, por lo que será tarea de los ponentes diseñar los materiales convenientes para mejorar la experiencia de los participantes en este programa.

Se sugiere que la población meta sea heterogénea en género y número, para una experiencia más enriquecedora para los participantes y los ponentes, en cuanto a retroalimentaciones, comentarios y opiniones.

BIBLIOGRAFÍA

- Afifi, T., Joseph, A. & Aldeis, D. (2008). Why Can't We Just Talk About It?: An Observational Study of Parents' and Adolescents' Conversations About Sex. *Journal of Adolescents Research*, 23 (6), 689-721.
- Allan Guttmacher Institute, AGI. (2000). El Aborto: Un Problema De Salud Pública. Obtenido el 24 de mayo de 2011, desde http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf
- Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Anguiano, S. (2006). Psicología y Salud. Conferencia Salud. *Antología de Psicología Clínica Teórica IV*. UNAM, FES Iztacala.
- Ardila, L. (2007). *Adolescencia, Desarrollo Emocional. Guía y Talleres para Padres y Docentes*. Bogotá: Ediciones ECOE.
- Armistead, L., Forehand, R., Long, N., Wyckoff, S. & Miller, KS. (2006). The Parents Matter Program (PMP): Effectiveness of a family-based sexual risk prevention program. XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada. Obtenido el 19 de junio de 2011, desde http://www.cdcnpin.org/parents_matter/pdf/Abstract2.pdf
- American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP). (2005). El Virus Del Papiloma Humano (VPH). Obtenida el 3 de junio de 2011, desde: http://96.10.7.92/pdfs/patient_edu/spanish/HPV.pdf
- Bárcena, S. (2008). Predictores de la habilidad para usar correctamente el condón y la intención de emplearlo en adolescentes sin experiencia sexual. Tlalnepantla, Edo. de México. FES Iztacala, UNAM.
- Barocio, R. (2008). Disciplina con amor para adolescentes. Guía para llevarte bien con tu adolescente. México: Editorial Pax.

- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yepéz, E., Abad-Franch, F. y Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10 (2), 86-94.
- Bazargan, M. & West, K. (2006). Correlates of the Intention to Remain Sexually Inactive Among Underserved Hispanic and African-American High School Students. *Journal of School Health*, 76 (1), 25-32.
- Bazargan, M., Stein, J., Bazargan, S. & Hindman, D. (2009). Using the Information, Motivation, Behavioral Model to Predict Sexual Behaviors Among Underserved Minority Youth. *Journal of School Health*, 80 (6), 287-295.
- Berger, K. (2006). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. España: Editorial Panamericana.
- Bermúdez, P. y Herencia, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), pp. 587-598.
- Blogger (2009). Nuevas formas de socialización. Obtenido el 12 de febrero de 2011, desde <http://esklatsocial.blogspot.com/>
- Blogger (2011). Socialización a través de la red ¿realidad o ficción? Obtenido el 12 de febrero de 2011, desde <http://esklatsocial.blogspot.com/>
- Buil, C., Leter, I., Ros, R. y De Pablo, J. (2001). *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y clínicos*. España: Sociedad Española de Contracepción.
- Cadena, D., Miranda, N. y Calderón, N. (2006). Tricomoniasis urogenital. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 4 (3), 84-89.
- Calero, J. y Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre la iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 27 (1), 50-57.

- Carrada, T. (2003). Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 46 (6), 236-242.
- Carrada, T. (2006). Tricomoniasis vaginal. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 53 (3). Obtenido el 21 de mayo de 2011, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt063e.pdf>
- Carrada, T. (2007). Gonorrea diseminada: caso clínico y revisión del tema. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 50 (1), 14-16.
- CENSIDA. (2011). Registro Nacional de Casos de SIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Obtenido el 18 de Septiembre de 2011, desde <http://www.censida.salud.gob.mx>
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. El VPH y los hombres. Obtenido el 29 de abril de 2011, desde www.cdc.gov/std/spanish/vph/default.htm
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. Sífilis y HSH. Obtenido el 29 de abril de 2011, desde <http://www.cdc.gov/std/Spanish/syphilis-MSM-fact-sheet-s-2009.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. Tricomoniasis. Obtenido el 29 de abril de 2011, desde www.cdc.gov/std/spanish/trichomoniasis-factsheet-s-press-2009.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. Herpes Genital. Obtenido el 29 de abril de 2011, desde <http://www.cdc.gov/std/Spanish/STDFact-Herpes-s.htm>
- Centro Nacional para el Control y Prevención del SIDA, CENSIDA. (2009). El VIH/SIDA en México 2009. Obtenido el 8 de mayo, desde <http://www.censida.salud.gob.mx>
- Coll, A. (s/a). Control prenatal de la madre adolescente. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericana*, 51 (3), 325-332.

- Conde, C. & Uribe, F. (1997). Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual. *Salud pública de México*, 39 (6), 1-7.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, CONASIDA. (2010). Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Obtenido el 12 de junio de 2011, desde <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/file,57845,es..pdf>
- Corona, E., Conde, C., Barrón, B. & Sánchez, M. (2010). Virus del herpes simplex tipo 1: un posible agente de transmisión sexual en población universitaria. *Gaceta Médica de México*, 146 (2), 98-102.
- Delegrave, M. (2007). Adolescente: manéjese con cuidado. México: Grupo Editorial Patria.
- Dilorio, C., Thomas, S., Wang, D., Dudley, W., Marter, D. & Lipana, J. (2002). Keepin' It R.E.A.L.!: Program Description and Results of Baseline Assesment. *Health Education and Behavior*, 29 (1), 104-123.
- Dilorio, C., McCarthy, F. & Denzmore, P. (2006). An Exploration of Social Cognitive Theory Mediators of Father-Son Communication About Sex. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (9), 917-927.
- Dittus, P., Miller, K., Kotchick, B. & Forehand, R. (2004). Why Parents Matter!: The Conceptual Basis for a Community-Based HIV Prevention Program for the Parents of African American Youth. *Journal of Child and Family Studies*. 13 (1), 2-20.
- Eastman, K., Corona, R. & Schuster, M. (2006). Talking Parents, Healthy Teens: A Worksite-Based Program for Parents to Promote Adolescent Sexual Health. *Preventing Chronic Disease*, 3 (4), 1-10.
- Fagundo, R. (s/a). Enfermedades de transmisión sexual. Chlamydia. Carpermor, Laboratorio de Referencia Internacional. Obtenido el 2 de junio de 2011, desde http://carpermor.aureacode.com/blog/wp-content/uploads/2010/07/E1-ETS_Chlamydia.pdf

- Fajardo, E. (2006). Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH/SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la universidad Santa María la Antigua. *Centro de Investigación y Promoción Social Urbana*, 4, 3-12.
- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A. & Misovich, S. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21 (2), 177-186
- Flay, B., Graumlich, S., Segawa, E., Burns, J. & Holliday, M. (2004). Effects of 2 Prevention Programs on High-Risk Behaviors Among African American Youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158 (4), 377-384.
- Florenzano, R. (s/a). Conductas de riesgo y factores protectores. Curso de salud y desarrollo del adolescente. Obtenido el 27 de abril de 2011, desde <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/M416Bibliografia.html>
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Vinicio, M., Onofre, D. & Zhou, Y. (2007). Research Brief: Sexual Communication and Knowledge Among Mexican Parents and Their Adolescent Children. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (2), 28-34.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland, C., Ronis, D. & Zhou, D. (2008). Intervención para Reducir el Riesgo en Conductas Sexuales de Adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50 (1), 59-66.
- García, C. (2010). Los efectos psicológicos de un embarazo no deseado en la adolescencia. Blog informativo de Psicología Práctica. Obtenido el 24 de marzo de 2011, desde <http://www.parasaber.com/salud/psicologia/autoayuda/articulo/aborto-adolescentes-consecuencias-efectos-psicologicos-embarazo-deseado-adolescencia/26230/>

Gascón, J., Navarro, B., Gascón, F., Pérula de Torres, L., Jurado, A. y Montes, G. (2003). Sexualidad y fuentes de información en población escolar adolescente. *Medicina de familia*, 4 (2), 124-129.

González, D. y Billings, D. (2002). El aborto en México. México: IPAS.

Gonçalves, S., Castellá, J. y Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (2), 161-166.

Grinder, R. (1993). Adolescencia. México: Editorial Limusa.

Guilamo-Ramos, V., LCSW & Bouris, A. (2008). Parent-Adolescent Communication about Sex in Latino Families: A Guide for Practitioners. *The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy*, 1-26. Obtenido el 12 de mayo de 2011, desde http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/parent_adolfinal.pdf

Horrocks, J. (1993). Psicología de la Adolescencia. México: Editorial Trillas.

Houser, H. & Documét, P. (2005). Parent-Peer Education: Lessons Learned from a Community-Based Initiative for Teen Pregnancy Prevention. *Journal of Adolescent Health*, 37, S100-S107.

INEGI. (2010). Estadísticas a Propósito del día Internacional de la Juventud. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Obtenido el 20 de Febrero de 2011, desde <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e>

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2008). Enfermedades de Salud Sexual. Obtenido el 5 de mayo de 2011, desde <http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/index.aspx>

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2010). Generalidades. Obtenido el 5 de mayo de 2011, desde <http://www.imss.gob.mx/salud/generalidades/Pages/index.aspx>

- Jakubowicz, S. (2011). Herpes genital. Obtenido el 23 de abril de 2011, desde <http://www.salud180.com/sexualidad/its/otras-enfermedades/candidiasis-es-comun-en-hombres-y-mujeres.html>.
- Kirby, D. (2007). Emerging Answers. Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. *National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy*.
- Klein, J., Sabaratnam, P., Pazos B., Matos, M., Graff, C. & Jo, M. (2005). Evaluation of the parents as primary sexuality educators program. *Journal of Adolescent Health* 37, 94–99.
- Klein, S., Miller, S. y Thomson, F. (2010). Un libro para parteras Atención del embarazo, el parto y la salud de la mujer. Obtenido el 19 de mayo de 2011 desde: http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_midw_2011/es_midw_2011_00SecFrontal.pdf
- Lederman, R., Chan, W. & Roberts-Gray, C. (2008). Parent-Adolescent Relationship Education (PARE): Program Delivery to Reduce Risk of Adolescent Pregnancy and STDs. *Behavioral Medicine*, 33 (4), 137-143.
- Lizano, M., Carrillo, A. y Contreras, A. (2009). Infección por Virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Instituto Nacional de Cancerología*, 4, 205-216.
- López, B. y Beltrán, A. (2005). Pediculosis. *Guías Clínicas*, 5 (10), 1-3.
- McKee, L., Forehand, R., Miller, K., Whitaker, D., Long, N. & Armistead, L. (2007). Are Parental Gender Role Beliefs a Predictor of Change in Sexual Communication in a Preventive Program? *Behavior Modification*, 31 (4), 435-453.
- McKinney, J., Fitzgerald, H. & Stromen, E. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno.

- Merck Sharp, Dohme & MSD. (2010). Enfermedades de transmisión sexual. Obtenido el 23 de junio de 2011, desde http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_17/seccion_17_189.html
- Montero, Y. (2006). Televisión, valores y adolescencia. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Nicolson D. y Ayers, H. (2002). Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia. Madrid: Ediciones Narcea.
- Noar, S. (2007). An Interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care*, 19 (3), 392-402.
- NSW Health. (2002). Clamidia. *Multicultural Health Communication Service*. Obtenido el 12 de junio de 2011, desde http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publication_pdfs/7105/DOH-7105-SPA.pdf
- Oblitas, L. (2007). Luís Armando Oblitas Guadalupe, PhD. y sus aportes a la Psicología de la Salud. Revista Electrónica de Psicología Científica.com. Obtenido el 13 de Agosto de 2010, desde <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-302-1-luis-armando-oblitas-guadalupe-phd-y-sus-aportes-a-la-psicol.html>
- O'Donnell, L., Stueve, A., Gail, A., Wilson-Simmons, R., Duran, R. & Jeanbaptiste, V. (2005). Saving Sex for Later: An Evaluation of a Parent Education Intervention. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37 (4), 166-173.
- Ogle, S., Glasier, A. & Riley, S. (2008). Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception*, 77, 283-288.
- ONUSIDA. (2009). Informe anual 2009. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA. Obtenido el 12 de junio de 2011, desde http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/2009_annual_report_es.pdf

- Organización Mundial de Salud. (1975). El Embarazo y el aborto en la adolescencia. Informe de una Reunión de la OMS. Serie de Informes Técnicos. No.583.
- Organización Mundial de la Salud, OMS., Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. *Asociación Mundial de Sexología*. Obtenido el 5 de mayo de 2011, desde <http://www2.huberlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/TESTHOM2.HTML>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2004). El Aborto: Un Problema De Salud Pública. Obtenido el 24 de mayo de 2011, desde http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Proyecto de Estrategia Mundial. *Informe de la secretaría*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). Datos fundamentales sobre la epidemia de VIH y los progresos realizados en las regiones y los países en 2010. Obtenido el 18 de octubre de 2010, desde http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/regional_facts/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Obtenido el 13 de Febrero de 2011, desde http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html.
- Paya, F. (1999). Eso que llaman: Adolescencia. Ética COU. Obtenido el 6 de enero de 2011, desde <http://www.quedelibros.com/libro/33844/Eso-Que-Llaman-Adolescencia.html>
- Peñacoba, C., Álvarez, E. y Lázaro, L. (2006). Teoría y Práctica de Psicología del Desarrollo. España: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Pepin, L. (1975). La psicología de los adolescentes. Barcelona: Oikos- Tau ediciones.

- Pérez, R. (2008). Prevención del aborto inseguro. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68 (2), 71-72.
- Peterson, J. & DiClemente, R. (2000). *Handbook of HIV Prevention*. Kluwer Academic/Plenum. New York.
- Philip, R. (1999). Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. España: Prentice Hall.
- Raffaelli, M., Bogenschneider, K. & Fran, M. (1998). Parent-Teen Communication About Sexual Topics. *Journal of Family Issues* , 19, 314-333.
- Ramírez, J. (2011). Las bacterias. Exprésate, foro estudiantil. Universidad Autónoma de Chihuahua. Obtenido el 4 de diciembre de 2011, desde <http://www.uach.mx/>
- Ramos, C. (2007). Epidemiología de la Mortalidad Materna. Aborto. *Décimo Foro Interinstitucional de Investigación en Salud*. Obtenido el 14 de junio de 2011, desde <http://salud.edomex.gob.mx/html/Medica/ABORTO,%20EPIDEMIOLOGIA.PDF>
- Rivero, J. y Victoria E. (2009) Evaluación de una programa de educación sexual para adolescentes de 17 a 21 años”, Tlalnepantla, Edo. de México. FES Iztacala, UNAM.
- Rivero, M., Villalba, M., Vidal, D. y Ramírez, N. (2000). Epidemiología. Clínica y costo hospitalario del aborto. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2000. Obtenido el 2 de junio de 2011, desde http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt/2000/3_medicas/m_pdf/m_033.pdf
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., Rodríguez, M. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22 (1), pp. 60-71.
- Robles, S. y Moreno, D. (2007). Psicología y salud sexual. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Sánchez, M., Uribe, F. y Conde, C. (2002). La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública de México*, 44 (5), 442-447.
- Santín, C., Torrico, E., López, M. y Revilla, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19 (1), 81-90.
- Santrock, J. (2004). *Adolescencia. Psicología del Desarrollo*. España: McGraw Hill.
- Segura, V. (2011). Educación Sexual en Educación Básica de Narciso Bassols a Alonso Lujambio. Obtenido el 15 de Octubre de 2011, desde http://psicoapoyoescolar.org/index.php?option=com_content&view=article&id=74:educacion-sexual-en-educacion-basica-de-narciso-bassols-a-alonso-lujambio&catid=1:psicologos-y-especialistas&Itemid=6
- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation, and behavioral skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behavior in female university students. *AIDS CARE*, 15 (1), 71-76.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2009). Morbilidad De La Candidiasis Urogenital en México, Periodo 2003 – 2008. *Secretaría de Salud, vigilancia epidemiológica*, 26 (37), 1-3.
- Taracena, R. (2003). Hoja informativa: Embarazo Adolescente. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE)*. Obtenido el 18 de abril de 2011, desde <http://www.gire.org.mx>
- Taracena, R. (2008). Hoja informativa: Cifras del aborto en México. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE)*. Obtenido el 23 de abril de 2011, desde <http://www.gire.org.mx>

- Teitelman, A., Ratcliffe, S., & Cederbaum, J. (2008). Parent-adolescent communication about sexual pressure, maternal gender norms about relationship power and HIV protective behaviors of minority urban girls. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 14*, 50-60.
- Thompson, L. (2000). Tratamiento de la gonorrea en adolescentes adultos. *Revista Chilena de Infectología, 17* (2), 158-160.
- Torres, P., Walker, D., Gutiérrez, J. y Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México, 48* (4), 308-316.
- Tulloch, H., McCaul, K., Miltenberger, R. & Smyth, J. (2004). Partner Communication Skills Condom Use Among College Couples. *Journal of American College Health, 52* (6), 263-267.
- Vargas, T., Barrera, F., Burgos, M. y Daza, B. (2005). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: El papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universidad Psychol Bogotá, 5* (1), 69-84.
- Velázquez, T. (2003). Situación Actual de Aborto. *Ciencias, 69*, 42-60.
- Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología, 9* (1), 35-40.
- Villarruel, A., Loveland, C., Gallegos, E., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008). A Parent-Adolescent Intervention to Increase Sexual Risk Communication: Results of a Randomized Controlled Trial. *AIDS Education and Prevention, 20* (5), 371-383.
- Walker, D., Gutiérrez, J., Torres, P. & Bertozzi, S. (2006). HIV Prevention in Mexican Schools: Prospective Randomized Evaluation of Intervention. *British Medical Journal, 332* (7551), 1-6.

Sesión 1: Introducción y Bienvenida al Taller “Comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes”

Objetivo: Introducir y evaluar al grupo sobre las temáticas acerca de sexualidad y comunicación entre padres e hijos en relación a estos temas.

Objetivos específicos:

1. Que los participantes se relacionen y se familiaricen con los ponentes y los demás participantes.
2. Resaltar por qué es importante la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad
3. Evaluar los conocimientos de los participantes sobre el VIH/SIDA
4. Evaluar los conocimientos de los participantes sobre el condón
5. Resaltar por qué es importante que los jóvenes se protejan
6. Discutir sobre los mitos que los padres saben sobre la sexualidad

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
1	1	Bienvenida y presentación	Dinámica “La Telaraña” Presentación de los participantes y de los ponentes a través de la dinámica para romper el hielo y conocer los motivos por los que están en el taller, así como el número de hijos que tienen los participantes y sus edades, además de comentar algo referente a ellos y sus hijos, como: sus gustos o actividades favoritas.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de estambre
	2	Comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales	Presentación y exposición sobre los objetivos del taller	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil
	3	Evaluación de los conocimientos sobre sexualidad	Aplicación de la pre-evaluación por medio de un instrumento Entrega de manuales a los participantes.	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices • Instrumento
	4	Conocimientos de marcas	Dinámica “¿Qué tanto sabes de mí?” Se les pedirá a los participantes que realicen dos listas, una de marcas de cigarros y otra de marcas de condones, esto con la finalidad de evaluar sin que ellos sepan si conocen y usan frecuentemente protección	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel • Bolígrafo • Hojas rotafolio • Pizarrón
	5	Conocimientos básicos sobre prevención	Dinámica “Lluvia de ideas” Hablar con los participantes e intercambiar puntos de vista sobre las creencias que se tienen del uso del preservativo en la relación sexual, así como dotarlos de nuevas ideas y habilidades que los motiven a cambiar las creencias erróneas	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil
	6	Mitos	Dinámica “¡100 mexicanos dicen!” Se pedirá a los participantes que aporten información sobre las ideas que tienen ellos sobre la sexualidad y sobre las creencias que les fueron inculcadas a ellos con la finalidad de discutir sobre si son verdaderas o simplemente mitos	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	7	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 2: ¿Qué es la adolescencia y cuál es su relación con la sexualidad?

Objetivo: Introducir a los padres sobre el tema de la adolescencia y la sexualidad, enfatizando la relación que existe entre estos tema

Objetivos específicos:

1. Involucrar a los padres en el completo desarrollo de sus hijos
2. Introducir a los padres al tema de la adolescencia y de la sexualidad

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
2	1	Inclusión de los padres en el desarrollo de sus hijos.	Dinámica de reconocimiento: “Espejito, espejito...” Los padres hablarán sobre sus hijos y mencionarán en qué se ven ellos reflejados en sus hijos.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno.
	2	¿Qué es la adolescencia?	<p>Dinámica: Lluvia de ideas “La adolescencia es para mi...” Los padres mencionarán qué es lo que significa para ellos la adolescencia y cómo la han vivido con sus hijos.</p> <p>Conferencia: Se hará una exposición sobre la adolescencia: hablando de los cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales, enfatizando la importancia y la atención que se debe poner en cada uno de ellos.</p>	<p>15 minutos</p> <p>20 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	3	¿Qué harás con lo que sabes?	<p>Dinámica: ¿y ahora qué? Se les planteará a los padres una situación “real” relacionada con algún problema de un adolescente y se les pedirá que escriban una posible solución, involucrándose como padres. Se les pedirá que la lean.</p> <p>Retroalimentación: Se dará retroalimentación a los padres por parte de los ponentes y de los otros padres.</p>	<p>15 minutos</p> <p>15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Bolígrafos • Pizarrón
	4	¿Qué es la sexualidad?	<p>Dinámica: Lluvia de ideas “Y la sexualidad, ¿qué?” Los padres hablarán sobre qué es para ellos la sexualidad y cuál consideran que es la relación que existe entre este y el tema de la adolescencia.</p> <p>Conferencia: Introducción a la sexualidad. Se dará una conferencia donde se aborden las cuestiones básicas de la sexualidad, en cuanto a términos técnicos de ésta y los temas relacionados (ITS, VIH/SIDA, Abortos y embarazos).</p>	<p>10 minutos</p> <p>15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	5	La naturalidad de la sexualidad	Dinámica “Las cosas como son...”: Se invitará a los padres aplicar los términos técnicos que acaban de ser vistos en la conferencia anterior, informándoles que no hay nada de malo hablar y decir “las cosas como son”.	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Bolígrafos
	6	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 3: Embarazo y aborto

Objetivo: Informar a los padres sobre temas de embarazos no deseados, no planeados, el aborto, así como las consecuencias biopsicosociales de cada uno de estos temas.

Objetivos específicos:

1. Informar a los participantes sobre los datos epidemiológicos y la definición de embarazos y abortos en adolescentes; mostrar la importancia de su prevención.
2. Informar a los participantes sobre qué son los embarazos no deseados y no planeados, hablar de sus diferencias.
3. Hablar sobre importancia de la prevención de los embarazos y por ende, de los abortos en adolescentes.

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
3	1	Embarazos y abortos: datos epidemiológicos.	<p>Dinámica: Lluvia de ideas Al iniciar la sesión, los ponentes preguntarán a los participantes lo que saben sobre estos temas y algunos datos epidemiológicos.</p> <p>Conferencia: Se les hará la exposición del tema: el embarazo. Y enfatizando la importancia de las consecuencias que éstos pueden traer.</p>	20 minutos 20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	2	Embarazo no planeado vs Embarazo no deseado.	<p>Dinámica: Discusión por equipos Cada equipo dará una breve definición de lo que es un embarazo no planeado y un embarazo no deseado, así como sus consecuencias.</p>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas rotafolio • Plumones
	3	Aborto en adolescentes.	<p>Dinámica: ¿Y tú qué sabes? Indagar en los participantes sus conocimientos respecto a la práctica del aborto.</p> <p>Conferencia: Definición y tipos de aborto Los ponentes expondrán a los participantes la definición de aborto, sus características, cuántos y qué tipos de aborto hay y las consecuencias biopsicosociales de éste tema.</p> <p>Dinámica: Reflexionando Posteriormente reflexionarán acerca de la importancia de la prevención de este aspecto en la sexualidad de los adolescentes. <i>No es necesario llegar al aborto si se puede prevenir el embarazo.</i></p>	15 minutos 20 minutos 15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	4	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 4: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Objetivo: Dar a conocer a los participantes por qué es de suma importancia saber sobre las ITS, así como exponer lo que está pasando en la actualidad y mostrar los incrementos a través de datos estadísticos.

Objetivos específicos:

1. Qué los participantes sepan que es lo que está sucediendo con las ITS en la actualidad
2. Incitar a los participantes a comunicarse con sus hijos para la prevención de las ITS

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
4	1	Qué son las ITS	Dinámica: Lluvia de ideas Los participantes deben mencionar las palabras que vienen a su mente al hablar de las ITS en general.	30 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas• Cañón• Computadora Portátil
	2	Qué son la ITS	Conferencia: se dará una breve conferencia sobre las ITS, tales como: gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis, herpes genital, candidiasis, hepatitis B, Virus Papiloma Humano (VPH), en la cual cada una abarcará los siguientes rubros: a) ¿Qué son las ITS? y ¿Cuáles son las más comunes? b) Agente causal c) Síntomas (para hombres y para mujeres) d) Tratamiento (enfaticando que debe acudir al médico) e) Consecuencias y cifras estadísticas f) Formas de prevención	60 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas• Cañón• Computadora Portátil
	3	¿Qué harás con esto?	Dinámica: Manos a la obra Se les invitará a los padres a hacer una reflexión sobre qué es lo que ellos harán en adelante a partir de la información dada con anterioridad para prevenir estas enfermedades, enfatizando la importancia de la comunicación con sus hijos.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Memorama de ITS• Cinta adhesiva
	4	Cierre	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Ninguno

Sesión 5: VIH/SIDA

Objetivo: Informar, motivar e invitar a los padres a actuar hacia la prevención del VIH/SIDA.

Objetivos específicos:

1. Indagar en los participantes sus conocimientos sobre el VIH/SIDA.
2. Informar a los participantes sobre las características del VIH/SIDA.
3. Integrar a los participantes a una forma vivencial del contagio de VIH/SIDA.

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
5	1	VIH/SIDA: definición y datos epidemiológicos.	Lluvia de ideas: ¿Y tú qué sabes? Al iniciar la sesión y después de una recapitulación de la sesión anterior, se les comentará a los participantes que se hablará sobre el VIH/SIDA y se les preguntará qué saben sobre este tema.	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas rotafolio • Plumones
	2	Conferencia: VIH/SIDA.	Conferencia sobre el VIH/SIDA Se realizará una breve conferencia sobre los aspectos más importantes del VIH/SIDA, abarcando los siguientes temas: a) Datos epidemiológicos b) Agente causal y definición VIH vs SIDA c) Formas de transmisión d) Tratamiento e) Prevención	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	3	Representación teatral	Dinámica: Cómo opera y cómo se transmite el VIH Se realizará un breve concurso de representaciones teatrales, en la que los participantes se integren en equipos y realicen una dramatización con los siguientes personajes: Sistema inmune, Virus, personas, vía de transmisión, etc. Enfatizando que es importante la prevención mediante la comunicación con sus hijos adolescentes.	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Guión teatral • Títeres • Escenario
	4	Tarea en casa	Se les indicará que la tarea de la sesión será que acudan a una condonería, sex shop, o autoservicio y que pregunten por los diferentes condones que se venden y las marcas más comunes con las que se cuenta en el lugar al que acudan, asimismo, se les indicará que deben llevar un paquete de condones que ellos elijan de la variedad que encontraron.	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	5	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 6: Condón

Objetivo: Brindar información a los participantes sobre qué es un condón y sobre algunas características del mismo.

Objetivos específicos:

1. Que los participantes den a conocer la información que tienen sobre el condón
2. Informar a los participantes sobre el condón y sus características fundamentales
3. Incitar a los padres a que reflexionen sobre el uso consistente del condón a través del juego de roles
4. Que los participantes conozcan físicamente algunos de los condones más comunes
5. Que los participantes se interesen en conocer más acerca de los condones y se den cuenta de que ellos también pueden acudir a comprarlos

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
6	1	Dinámica de reflexión	<p>Reflexionando</p> <p>Se les pedirá a los participantes que comenten sus experiencias con la tarea de la sesión anterior y que nos digan que tipos de condones les mostraron en la farmacia o autoservicio al que acudieron y las marcas más comunes que encontraron, por último que muestren los condones que adquirieron.</p>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	2	Dinámica sobre conocimientos de condón	<p>Lluvia de ideas ¿Qué tanto me conoces?</p> <p>Al terminar la reflexión, se les comentará a los participantes que se hablará sobre el Condón y se les preguntará sobre qué es un condón y si conocen algunos tipos de condones y/o algunas de sus características.</p>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	3	¿Qué es un condón?	<p>Conferencia:</p> <p>Se dará una breve conferencia sobre el condón la cual abarcará los siguientes rubros:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Qué es un condón b) Tipos de condones c) Condón femenino y condón masculino d) Material de fabricación: látex o poliuretano e) Variedad: texturizados (3 tipos), colores, sabores, aromas, etc. f) Cortes g) Tamaño de acuerdo al tamaño del pene h) Tipo de práctica 	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil

	4	Dinámica de Juego de Roles	<p>Juego de roles</p> <p>Se les pedirá a los participantes que intercambien roles con sus hijos adolescentes para poder llevar a la práctica la idea de que el uso del condón debe ser consistente y con todas y cada una de las parejas, el participante al que le corresponde ser el hijo debe cuestionar al papá acerca de por qué eligió los condones y por qué se los está entregando.</p>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	5	Dinámica para conocer el condón	<p>Te invito a conocerme</p> <p>Se les invitará a los participantes a conocer los condones de manera física, pasándoles alguna selección de condones previamente realizada por los ponentes de manera que los participantes se familiaricen con ellos</p>	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Condones
	6	Uso correcto del condón	<p>Dinámica</p> <p>Se les expondrán a los participantes los 15 pasos para el uso correcto del condón y posteriormente se les pedirá que ellos pasen a colocarlo en un pene de enseñanza y el resto del grupo junto con los ponentes darán retroalimentación.</p>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Condones • Pene de enseñanza
	7	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 7. Iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales.

Objetivo general: que los participantes aprendan a iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales.

Objetivos específicos:

- 1) Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con cualquier persona
- 2) Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con su pareja
- 3) Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con su hijo

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
7	1	Bienvenida	Se hará una breve recapitulación de lo visto en la sesiones pasadas y posteriormente se les dirá a los participantes, cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión	10 min.	Ninguno
	2	Iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales.	Lluvia de ideas: Que los participantes anoten de qué temas pueden o se sienten, ahora capaces de hacerlo.	15 min.	Hojas rotafolios Plumones
	3	Mismo tema anterior	Habilidad: Iniciar y mantener conversaciones sobre temas sexuales: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición: locutor, interlocutor, volumen de voz, contacto visual, cercanía, etc.	20 min.	Laptop, Cañón
	4	Mismo tema anterior	Modelamiento: se lleva a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audiograbaciones	10 min.	Definición de la habilidad
	5	Mismo tema anterior	Juego de Roles: En la ejecución del juego de roles se pide al participante de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes

	6	Mismo tema anterior	Retroalimentación: La <i>retroalimentación correctiva</i> es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes
	7	Mismo tema anterior	Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobreaprendizaje.	5 min.	Hoja de registro de la tarea asignada
	8	Cierre de la sesión:	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	10 min.	Ninguno

Sesión 8. Negociar una relación sexual

Objetivo general: que los participantes aprendan a negociar el tener una relación sexual.

Objetivos específicos:

- 1) Que los participantes aprendan a negociar un encuentro sexual con cualquier persona
- 2) Que los participantes aprendan a negociar un encuentro sexual con su pareja
- 3) Que los participantes enseñen a negociar un encuentro sexual a su hijo

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
8	1	Bienvenida	Se les dirá a los participantes, cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión	10 min.	Ninguno
	2	Negociar un encuentro sexual	Lluvia de ideas: Que los participantes anoten qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería negociar un encuentro sexual.	15 min.	Hojas rotafolios Plumones
	3	Mismo tema anterior	Habilidad para negociar una relación sexual: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición	20 min.	Laptop, Cañón
	4	Mismo tema anterior	Modelamiento de la habilidad: se lleva a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audiograbaciones	10 min.	Definición de la habilidad
	5	Mismo tema anterior	Juego de Roles: En la ejecución del juego de roles se pide al participante de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes
	6	Mismo tema anterior	Retroalimentación: La <i>retroalimentación correctiva</i> es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes

			realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.		
	7	Mismo tema anterior	Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobreaprendizaje.	5 min.	Hoja de registro de la tarea asignada
	8	Cierre de la sesión:	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	10 min.	Ninguna

Sesión 9. Negociar el uso del condón.

Objetivo general: que los participantes aprendan a negociar el uso del condón en un encuentro sexual.

Objetivos específicos:

- 1) Que los participantes negocien el uso del condón en un encuentro sexual con cualquier persona
- 2) Que los participantes negocien el uso del condón en un encuentro sexual con su pareja
- 3) Que los participantes enseñen a negociar el uso del condón en un encuentro sexual a su hijo

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
9	1	Bienvenida	Se les dirá a los participantes, cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión	5 min.	Ninguno
	2	Negociar el uso del condón en un encuentro sexual	Lluvia de ideas: Que los participantes anoten qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería negociar el uso del condón en un encuentro sexual.	20 min.	Hojas rotafolios Plumones
	3	Mismo tema anterior	Habilidad para negociar el uso del condón: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición	20 min.	Laptop, Cañón
	4	Mismo tema anterior	Modelamiento de la habilidad: se lleva a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audio grabaciones	10 min.	Definición de la habilidad
	5	Mismo tema anterior	Juego de Roles: En la ejecución del juego de roles se pide al participante de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes

	6	Mismo tema anterior	Retroalimentación: La <i>retroalimentación correctiva</i> es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes
	7	Mismo tema anterior	Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobreaprendizaje.	5 min.	Hoja de registro de la tarea asignada
	8	Cierre de la sesión:	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	10 min.	Ninguna

Sesión 10. Posponer un encuentro sexual

Objetivo general: que los participantes aprendan a posponer un encuentro sexual.

Objetivos específicos:

- 1) Que los participantes pospongan un encuentro sexual con cualquier persona
- 2) Que los participantes pospongan un encuentro sexual con su pareja
- 3) Que los participantes enseñen como posponer un encuentro sexual a su hijo

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
10	1	Bienvenida	Se les dirá a los participantes, cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión	5 min.	Ninguno
	2	Posponer un encuentro sexual	Lluvia de ideas: Que los participantes anoten qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería posponer un encuentro sexual	20 min.	Hojas rotafolios Plumones
	3	Mismo tema anterior	Habilidad para posponer un encuentro sexual: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición	20 min.	Laptop, Cañón
	4	Mismo tema anterior	Modelamiento de la habilidad: se llevan a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audiograbaciones	10 min.	Definición de la habilidad
	5	Mismo tema anterior	Juego de Roles: En la ejecución del juego de roles se pide al participante de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes

	6	Mismo tema anterior	Retroalimentación: La <i>retroalimentación correctiva</i> es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes
	7	Mismo tema anterior	Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobreaprendizaje.	5 min.	Hoja de registro de la tarea asignada
	8	Cierre de la sesión:	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	10 min.	Ninguna

Sesión 11. Rechazar un encuentro sexual

Objetivo general: que los participantes aprendan a rechazar un encuentro sexual.

Objetivos específicos:

- 1) Que los participantes aprendan a rechazar un encuentro sexual con cualquier persona
- 2) Que los participantes aprendan a rechazar un encuentro sexual con su pareja
- 3) Que los participantes enseñen como rechazar un encuentro sexual a su hijo

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
11	1	Bienvenida	Se les dirá a los participantes, cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión	5 min.	Ninguno
	2	Posponer un encuentro sexual	Lluvia de ideas: Que los participantes anoten qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería rechazar un encuentro sexual	20 min.	Hojas rotafolios Plumones
	3	Mismo tema anterior	Habilidad para rechazar un encuentro sexual: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición	20 min.	Laptop, Cañón
	4	Mismo tema anterior	Modelamiento de la habilidad: se lleva a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audiograbaciones	10 min.	Definición de la habilidad
	5	Mismo tema anterior	Juego de Roles: En la ejecución del juego de roles se pide al participante de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes

	6	Mismo tema anterior	Retroalimentación: La <i>retroalimentación correctiva</i> es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes
	7	Mismo tema anterior	Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobreaprendizaje.	5 min.	Hoja de registro de la tarea asignada
	8	Cierre de la sesión:	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	10 min.	Ninguna

Taller para Padres

Comunicación Sexual entre Padres e Hijos Adolescentes

Introducción

Se ha demostrado a través de investigaciones (Schouten, Van Den Putte, Pasmans & Meeuwesen, 2007; Lynn & Werner, 2004; O'Sullivan, Jaramillo, Moreau & Meyer, 1999; Raffaelli, Bogenschneider & Fran, 1998; Lefkowitz, Boone, Sigman & Kit-fong, 2002; Aspy, Veseyl, Oman, Rodine, Marshall & McLeroy, 2007; Fasula & Miller, 2006; Teitelman, Ratcliffe & Cederbaum, 2008; Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre & Zhou, 2007; Ogle, Glasier & Riley, 2007) que la comunicación con los padres es un factor importante que puede ayudar en el desarrollo de sus hijos adolescentes cuando se trata de influir en la conducta sexual de ellos, y que lo hacen a través de conductas específicas de crianza y con ayuda de la comunicación efectiva con lo cual pueden ayudar a reducir el riesgo de embarazos en adolescentes y del contagio de alguna ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Por lo que el objetivo de este manual es proveer a los profesionales de la salud de una guía práctica (basada en la investigación) que pueda ayudar a los padres a mejorar la comunicación con los adolescentes sobre la sexualidad y los temas que la circundan, con el propósito de reducir los altos índices de embarazos no deseados y las cifras de ITS en esta comunidad, alentando a los padres a aprender lo que en la actualidad es de suma importancia: proveer de confianza, orientación y valores, como el respeto, la confianza y la equidad, que promuevan el desarrollo sano de los jóvenes.

Es por esto que el diseño de este manual incluye dos partes. La primera parte (Sesión 1 a Sesión 6), enfocada a la transmisión de información referente a las temáticas de sexualidad incluidas en este taller; y la segunda parte (Sesión 7 a Sesión 11), enfocada a la enseñanza y desarrollo de las habilidades, como la negociación, la escucha efectiva y la asertividad, para una comunicación de calidad entre padres e hijos.

Perfil del Ponente

Para llevar a cabo de manera satisfactoria los objetivos de este Taller será necesario que el ponente/facilitador tenga las siguientes características: habilidades académicas, dinámicas, sociales y de personalidad que coadyuven a la participación de los asistentes.

Habilidades Académicas

- El ponente deberá contar con los conocimientos necesarios respecto a los temas relacionados a la sexualidad del adolescente, como los cambios físicos en hombres y mujeres y los cambios psicológicos que ocurren en ellos, incluyendo además las principales Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) contenidos en este taller.
- Deberá contar con la documentación científica necesaria, ya que se requiere que las respuestas, sugerencias, opiniones, que proponga deberán estar sustentadas en la ciencia.
- Deberá contar con buen manejo de grupo para propiciar la participación activa de los asistentes.
- Deberá contar con la experiencia necesaria para reconocer las situaciones que requieran de atención especializada que pueda estar más allá de sus competencias y en su caso poder canalizarlos, si es solicitado.
- El ponente deberá presentarse como un guía, que pueda proporcionar las respuestas a las dudas y aclaraciones planteadas por los participantes y para llevar a cabo las dinámicas incluidas en el taller de una manera respetuosa y equitativa.

Habilidades Dinámicas

- Será el coordinador en debates, pláticas y dinámicas, llevándolas a cabo de manera imparcial y afectuosa, evitando imponer sus propios puntos de vista.
- En caso de que el ponente no conozca o no sepa la respuesta correcta o apropiada en alguna situación, deberá externarlo de forma honesta y se comprometerá a investigar la respuesta en el conocimiento científico, por lo que deberá contar con la habilidad de buscar dicha información.
- Deberá contar con la habilidad creativa necesaria para el diseño y realización de material didáctico llamativo, como: carteles, trípticos, separadores, tarjetas informativas, entre otros. Además de que el material que presente deberá ser limpio y sobre todo claro para los participantes.
- Deberá ser organizado en cuanto a la investigación, preparación y exposición de los temas, materiales y las actividades llevadas a cabo dentro del taller.
- Deberá saber enfatizar, mencionar o retomar mensajes que sean necesarios en algún momento dentro del taller.
- Deberá contar con la habilidad de improvisación de ser necesario.

Habilidades Sociales

- Deberá contar con la capacidad de análisis y crítica constructiva.
- Deberá saber escuchar.
- Deberá mostrar facilidad de palabra para hablar individualmente con una o dos personas y frente a un grupo.
- Deberá ser tolerante y mediador respecto de ideas, percepciones y comportamientos diferentes a los que la mayoría o él tenga.

Características de Personalidad

- Deberá inspirar respeto, franqueza y libertad de expresión a los participantes.
- Deberá aceptar su propia sexualidad y la de otras personas.
- Deberá procurar liberarse de prejuicios, inhibiciones o conflictos que puedan reflejarse en sus actitudes o en sus pláticas con los demás, sus comportamientos deberán ser coherentes en cualquier contexto de acuerdo a lo abordado en el taller.

Sugerencias para el ponente respecto al manejo del manual y del taller

Para que los objetivos del taller se cumplan y el taller mismo se lleve a cabo de una manera efectiva es necesario que el o los ponentes lean atentamente la tesis y los manuales para tener claros dichos objetivos y los fundamentos en los cuales se basa este taller y el por qué es importante implementarlo. Es por esto que se hacen las siguientes sugerencias.

1. Se sugiere principalmente la participación de dos o más ponentes para la aplicación de este taller, ya que servirán de ayuda y complemento a las competencias y características de cada uno para lograr un mejor resultado dentro del taller.
2. El manual deberá ser considerado como una guía a seguir para cumplir con las actividades y entregar a los padres la información y mensajes específicos en cada sesión. Es por esto que cada ponente, deberá contar con su propio manual y entregar a los participantes el manual correspondiente, el cual incluye el contenido informativo, las estrategias y consejos que les servirán de apoyo tanto dentro del taller como en la práctica en casa con sus hijos.

3. Se sugiere que los ponentes fomenten la participación y el respeto dentro del grupo, así como procurar la integración de todos los participantes, evitando exclusiones tanto de los participantes como de los ponentes, por lo que cada ponente deberá tomar un rol activo dentro de las dinámicas aplicadas dentro del taller.
4. Es necesario que los ponentes revisen y repasen el contenido de cada sesión un día antes, para tener la información más reciente y puedan expresarse de manera correcta dentro del taller, así como tener preparados los materiales necesarios para la siguiente sesión, tales como: carteles, trípticos, conferencias (diapositivas), y demás material didáctico necesario para la sesión siguiente, mismos que serán sugeridos en este manual.
5. Se sugiere la implementación de un buzón de quejas, sugerencias y opiniones para los participantes, el cual se procurará ser revisado igualmente un día antes de cada sesión para dar respuesta a dichas opiniones.
6. Los ponentes podrán modificar las actividades y tiempos a conveniencia, sólo en caso necesario, siempre y cuando cumplan con los objetivos específicos de cada sesión.
7. Cuando algún ponente no sepa la respuesta de aquello que alguno de los participantes le pregunte, dirá: "No sé, pero investigaré y en la siguiente sesión te lo responderé". Mostrando honestidad y sobre todo la asertividad necesaria.
8. Llegar al menos 20 minutos antes (o más) de la cita, para colocar el material en su lugar de acuerdo a las actividades y momentos, probar el equipo (buzón, video, cañón o proyector).
9. Se pedirá a los participantes que lleven su manual en todas y cada una de las sesiones del taller puesto que se utilizará dentro del mismo.
10. Las opiniones dadas por los ponentes deberán estar sustentadas en el conocimiento científico, además de que deberán entregarse de manera respetuosa, asertiva y no impositiva.

Nota: Si el coordinador pretende obtener resultados de tipo cuantitativo y/o cualitativo, es necesario que las copias de los cuestionarios para pre y post-evaluación, se las quede para reportar los resultados. También se pueden grabar las sesiones con video cámara y/o grabadora, siempre y cuando, desde la primera sesión se firme una autorización (redactada por el coordinador) por cada uno de los participantes (consentimiento informado).

PARTE 1. INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SEXUALIDAD

Sesión 1

Introducción y Bienvenida al Taller:

“Comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes”

Como se mencionó anteriormente, se sabe que los padres se involucran en el desarrollo de sus hijos cuando se trata de influir en su comportamiento sexual (Aspy, Vesely, Oman, Rodine, Marshall & McLeroy, 2007; Fasula & Miller, 2006; Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre & Zhou, 2007; Lefkowitz, Boone, Sigman & Kit-fong, 2002; Lynn & Werner-Wilson, 2004; Martson, 2004; Ogle, Glasier & Riley, 2007; O’Sullivan, Jaramillo, Moreau & Meyer, 1999; Raffaelli, Bogenschneider & Fran, 1998; Schouten, Van Den Putte, Pasmans & Meeuwesen, 2007; Teitelman, Ratcliffe & Cederbaum, 2008), es por esto que la comunicación entre los padres y los adolescentes debe fortalecerse de tal manera que sea una herramienta efectiva para ayudar a reducir los altos índices de embarazos no deseados en adolescentes, así como también de las ITS incluido el VIH/SIDA.

Con el total involucramiento de los padres en este taller aprenderán la mejor manera de comunicarse con sus hijos y además de esto aprenderán a comunicarse con ellos no sólo en el tema de la sexualidad, el tema principal de este taller, sino también en cualquier área y tema relacionado con el completo desarrollo de sus hijos adolescentes.

Los padres deben ser considerados por sus hijos como la fuente principal de información a la cual ellos pueden recurrir con la mayor confianza, pues está comprobado por las investigaciones que mientras mayor sea la comunicación entre los padres y los hijos, menor será el riesgo de que los adolescentes comiencen su actividad sexual a una edad temprana y las consecuencias que esto conlleva. Así los padres se asegurarán de que sus hijos están obteniendo información verídica y exacta acerca de lo que ellos buscan y necesitan, y es aquí donde se encuentra la importancia de la comunicación efectiva entre padres e hijos adolescentes.

Asimismo la comunicación Padres-Adolescentes debe ser considerada como un *proceso continuo a través del desarrollo de los adolescentes* (Guilamo-Ramos y Bouris, 2008), y no como una sola y enorme plática sobre el tema de la sexualidad, y otros temas.

Objetivo general de la sesión: Introducir y evaluar al grupo sobre las temáticas de sexualidad y comunicación entre padres e hijos.

Objetivos específicos:

- a) Que los participantes se relacionen y se familiaricen con los ponentes y los demás participantes.
- b) Resaltar por qué es importante la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad
- c) Evaluar los conocimientos de los participantes sobre el VIH/SIDA
- d) Evaluar los conocimientos de los participantes sobre el condón
- e) Resaltar por qué es importante que los jóvenes se protejan durante las relaciones sexuales, principalmente con el uso correcto del condón para evitar embarazos no deseados y/o el contagio de alguna ITS.
- f) Discutir sobre los mitos que los padres conocen sobre la sexualidad

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes planteen, además de integrarse con ánimo a las dinámicas de bienvenida al curso.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, bola de estambre, lápices, instrumento para pre evaluación, hojas de papel, fichas bibliográficas blancas, bolígrafos y manuales para los participantes.

Duración de la sesión: 120 minutos.

Comentarios: En esta primera sesión se deben tomar en cuenta varios puntos importantes: el primero de ellos deberá ser la puntualidad con lo cual se puede pedir a los participantes, tanto al inicio como al final de las sesiones, que lleguen a la hora acordada para iniciar y de ser necesario otorgar un tiempo de tolerancia que deberá ser un máximo de 5 minutos, para poder completar las actividades de cada sesión. En su caso podrán negociarse hasta 15 minutos de tolerancia, siempre y cuando no se perjudique a los demás participantes y se cumpla con lo planeado.

Otro punto importante es fomentar en los participantes el respeto y la tolerancia dentro del grupo, pues sin la existencia de éstos, las dinámicas podrían resultar entorpecidas y difíciles de llevarse a cabo

Además, se agradecerá a los padres su asistencia al taller, el interés en temas tan importantes en la vida de sus hijos, la inquietud de conocer más acerca de ellos, se mencionará que el taller tratará de tomar en cuenta las expectativas de los participantes y será necesario que para poder conocer a los padres es indispensable su entera participación en las dinámicas.

Y por último, se hará énfasis en que los participantes deberán externar sus opiniones, sugerencias y comentarios durante la sesión, o acercándose a alguno de los ponentes, o si en su caso lo desearan, podrán escribirlos y depositarlos en un buzón

que será colocado (de preferencia) cerca de la puerta de acceso al lugar donde se lleve a cabo el taller.

Descripción de las Actividades de la Sesión

Tema 1. Bienvenida. Los ponentes deberán presentarse ante el grupo mencionando principalmente sus nombres. Posteriormente se agradecerá a los participantes su asistencia al taller y se les mencionará la importancia de involucrarse e interesarse en estos temas elementales para desarrollo de sus hijos. Se les informará que para que el taller se desarrolle en un ambiente confortable, será necesario que todos los integrantes del grupo se conozcan entre sí y que será necesaria su participación activa en las dinámicas, incluyendo a los ponentes, y se dará paso a la dinámica de integración.

Es necesario que los integrantes del grupo se sientan como iguales y que comparten los mismos “problemas”, ya que esto ayudará a fomentar la confianza mutua, tanto entre ellos como hacia los ponentes. Esto será de principal importancia tanto para el desarrollo de las dinámicas, como para que puedan acercarse a los ponentes, y en dado caso no sientan vergüenza en externar alguna preocupación o situación que esté sucediendo en casa.

Actividad1. Dinámica de integración “La Telaraña”: Los ponentes comenzarán tomando la bola de estambre, diciendo: “Mi nombre es y me gusta..., o mis actividades favoritas son...”, pasando la bola a otro ponente quien hará lo mismo. Posteriormente el último lanzará la bola a un participante al azar quien deberá decir: “Mi nombre es..., tengo (número de hijos)... le(s) gusta..., o sus actividades favoritas son..., a mí me gusta, o mis actividades favoritas son... y vine al taller porque...” y pasará la bola a otro participante al azar quien deberá recordar el nombre y lo que dijo el participante anterior, por ejemplo: “su nombre es..., tiene (número de hijos).. etc.” y posteriormente decir lo que le corresponde. Con el objetivo de formar una telaraña de integración al grupo.

Objetivo de la actividad: Que los participantes se relacionen y se familiaricen con los ponentes y los demás participantes.

Materiales: Bola de estambre.

Tiempo aproximado para la actividad: 20 minutos.

Tema 2. Comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales. Para este tema los ponentes deberán presentar formalmente el Taller para Padres y mencionar los objetivos principales de éste y de la sesión.

Actividad 1. Presentación del taller: Los ponentes deberán hacer una presentación en diapositivas, las cuales deberán incluir:

- Título del taller
- Objetivos principales
- Importancia y justificación del taller.

Se comentará que el taller tratará de tomar en cuenta sus opiniones y se esperará llenar las expectativas de los presentes, también para lo cual será necesario en todo caso que ellos externen sus quejas, sugerencias y opiniones dentro del taller o depositándolas en el buzón, además de la importante presencia del respeto y la tolerancia durante el taller.

Objetivo de la actividad: Resaltar por qué es importante la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad

Materiales: Proyector de diapositiva, presentación en diapositivas, computadora portátil.

Tiempo aproximado para la actividad: 15 minutos.

Tema 3. Evaluación de los conocimientos sobre sexualidad.

Actividad 1. Aplicación de la pre-evaluación. Esta actividad se llevará a cabo para analizar los resultados del taller por lo que los ponentes entregarán a los participantes el instrumento con el que se evaluará a los padres, pidiéndoles que lo contesten y cuando terminen se los devuelvan. Les explicarán que tal cuestionario tiene la finalidad de conocer la información que tienen hasta el momento sobre los temas a tratar en el taller y para que al término de este se haga una comparación en cuanto a cambios positivos en su conocimiento y posturas.

Objetivo de la actividad: Evaluar los conocimientos de los participantes sobre sexualidad.

Materiales: Lápices, instrumento para pre evaluación y manuales para participante.

- Se recomienda que la entrega de los manuales para los participantes se realice cuando cada vaya devolviendo su cuestionario. Cuando todos tengan en sus manos su respectivo manual, los ponentes deberán explicar qué es lo que entregaron y lo que incluye, enfatizando que les servirá como un material de apoyo en casa.

La intención es hacerlos conscientes de cuánto están enterados del mundo de la sexualidad y que en cierta forma este hecho no implica que sus hijos estén alejados de los riesgos que ello conlleva, por lo que es necesario mostrarles la gran importancia que hay en que se comuniquen con sus hijos.

Tiempo aproximado para la actividad: 15 minutos

Tema 4. Evaluación de los conocimientos sobre el condón.

Actividad 1. Dinámica “¿Qué tanto sabes de mí?”: Se les pedirá a los participantes que por equipos equitativos en el número de participantes realicen dos listas, una de marcas de cigarrillos y otra de marcas de condones, esto con la finalidad de evaluar sin que ellos sepan si conocen y usan frecuentemente protección. Posteriormente en las hojas rotafolio (2) que estarán pegadas frente al grupo se les pedirá que pasen a escribir primero las marcas de cigarrillos. Al terminar esta lista pasarán los participantes a escribir las marcas de condones que encontraron, haciéndoles saber que la regla es no repetir las marcas.

Objetivo de la actividad: Evaluar los conocimientos que tienen los padres acerca del condón, así como sus opiniones y su posición acerca de este método anticonceptivo y preventivo de ITS y VIH/SIDA.

Materiales: Hojas de papel rotafolio, hojas blancas tamaño carta, bolígrafos y plumones

Tiempo aproximado para la actividad: 10 minutos

Tema 5. Conocimientos básicos sobre prevención. Los padres cuentan con algunos conocimientos sobre la prevención de ITS y embarazos no deseados, así que la tarea del ponente será indagar en los conocimientos que poseen los padres.

Actividad 1. Dinámica “Lluvia de ideas”: Los ponentes iniciarán una conversación con los participantes e intercambiarán puntos de vista sobre las creencias que se tienen del uso del preservativo en la relación sexual, así como dotarlos de nuevas ideas y habilidades que los motiven a cambiar las creencias erróneas. Esto servirá para reforzar y afirmar los que acaban de aprender en la actividad anterior..

- El ponente comenzará diciendo: *“Como nos hemos dado cuenta, sabemos poco de marcas de condones, siendo que éste es tomado como el principal método de protección ante las ITS, el VIH/SIDA y los embarazos no deseados, ¿qué es lo que ustedes opinan acerca del poco conocimiento que tenemos sobre el condón y acerca de la prevención en la sexualidad?”*
- Cada participante pasará a escribir algunas palabras o frases en las hojas rotafolio.
- Deberán analizar cada palabra o frase y posteriormente uno de los ponentes concluirá: *“Todos tenemos cierta noción de lo que es la prevención y quizá las formas de cómo realizar esta acción, lo que nos falta es aprender cómo llevarlas a cabo y mejorar esta acción tan importante como lo es la prevención de las conductas sexuales riesgosas de nuestros adolescentes”.*

Objetivo de la actividad: Resaltar por qué es importante que los jóvenes se protejan durante las relaciones sexuales, principalmente con el uso correcto del condón para evitar embarazos no deseados y/o el contagio de alguna ITS.

Materiales: Hojas Rotafolio, plumones

Tiempo aproximado para la actividad: 20 minutos

Tema 6. Mitos acerca de la sexualidad. Los padres crecen con ciertos mitos acerca de la sexualidad, mismos que la sociedad ha inculcado en ellos a través del tiempo, dichos mitos influyen en qué tanto ellos se comuniquen y hablen con sus hijos sobre estos temas. Esto es lo que se abordará en este tema.

Actividad 1. Dinámica “¡100 mexicanos dicen!”: Se pedirá a los participantes que aporten información sobre las ideas que tienen ellos sobre la sexualidad y sobre las creencias que les fueron inculcadas a ellos con la finalidad de discutir sobre si son verdaderas o simplemente mitos. Para lo cual los ponentes deberán tener información basada en la ciencia para afirmar o refutar y explicar el por qué son verdaderos o falsos dichos mitos.

Los ponentes iniciarán: *“A lo largo de nuestra vida nos educan y nos inculcan ciertas creencias acerca del sexo y la sexualidad (mencionar las diferencias: El sexo se refiere sólo al acto de tener relaciones sexuales y la sexualidad es un tema mucho más amplio y abarca desde el rol de género (niño o niña), las actitudes, las formas de vestir y de comportarse de los adolescentes), de las cuales algunas han resultado ser falsas y muchas otras también resultan ser verdaderas, ¿podrían compartimos algunas de estas creencias?”*

Cada padre escribirá de forma anónima en una ficha bibliográfica uno o varios mitos o creencias acerca de la sexualidad y cuando todos los padres (o la mayoría) hayan terminado de escribirlas, entregarán las tarjetas a los ponentes, ellos las leerán al azar y se explicarán los mitos, por ejemplo, si en una tarjeta se lee: “Yo crecí creyendo que si mi novio(a) me daba un beso, con eso podía embarazarse o quedar embarazada”, se le mencionará si esto es verdadero o es falso y por qué.

Objetivo de la actividad: Discutir sobre los mitos que los padres conocen sobre la sexualidad

Materiales: Fichas bibliográficas blancas, bolígrafos.

Tiempo aproximado para la actividad: 20 minutos

Tema 7. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que la puntualidad es importante y se les debe invitar a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. También se les pedirá de tarea llevar una fotografía reciente de sus hijos adolescentes, que se utilizará en la siguiente sesión.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 5 minutos.

Bibliografía básica para el ponente

1. Aspy, C., Vesely, S., Osman, R., Rodine, S., Marshall, L. & McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal Adolescence*, 30, 449-466.
2. Fasula, A. & Miller, K. (2006). African-American and Hispanic Adolescents' Intentions to delay first intercourse: parental communication as a buffer for sexually active peers. *Journal of Adolescents Health*, 38, 193-200.
3. Gallegos, E., Villarruel, A., Vinicio, M., Onofre, D. & Zhou, Y. (2007). Research Brief: Sexual Communication and Knowledge Among Mexican Parents and Their Adolescent Children. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(2), 28-34.
4. Guilamo-Ramos, V., LCSW & Bouris A. (2008). Parent-Adolescent Communication about Sex in Latino Families: A Guide for Practitioners. *The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy*, 28 pp.
5. Lefkowitz, E., Boone, T., Sigman, M. & Kit-fong, T. (2002). He Said, She Said: Gender Differences in Mother-Adolescent Conversations about Sexuality. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 217-272.
6. Lynn, J. & Werner-Wilson, R. (2004). Multiple Perspectives of Parent-Adolescent Sexuality Communication: Phenomenological Description of a *Rashoman* Effect. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 273-288.
7. Martson, C. (2004). Gendered communication among young people in Mexico: implications for sexual health interventions. *Social Science & Medicine*, 59, 445-456.
8. Ogle, S., Glasier, A. & Riley, S. (2008). Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception*, 77, 283-288.
9. Raffaelli, M., Bogenschneider, K. & Fran, M. (1998). Parent-Teen Communication About Sexual Topics. *Journal of Family Issues* , 19, 314-333.
10. Schouten, B., Putte, B., Pasmans, M. & Meeuwesen, L. (2007). Parent-adolescent communication about sexuality: The role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. *Patient Education and Counseling* 66, 75-83.
11. Teitelman, A., Ratcliffe, S., & Cederbaum, J. (2008). Parent-adolescent communication about sexual pressure, maternal gender norms about relationship power and HIV protective behaviors of minority urban girls. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14, 50-60

Sesión 2

¿Qué es la adolescencia y cuál es su relación con la sexualidad?

Es necesario recalcar que la Adolescencia es una etapa importante, llena de cambios físicos, biológicos, emocionales y sociales, es por esto que es una población que se considera en riesgo por los altos índices de embarazos, ITS y VIH/SIDA en esta población, ya que, por ejemplo, en casa pocas veces se sienten con la confianza necesaria que les permita expresar sus inquietudes, en la escuela buscan apoyo de sus amigos quienes en ocasiones se encuentran en la misma situación que ellos (con miedos, dudas y desinformación), por ende buscan en sus profesores la posibilidad de una orientación que pueda ser válida para ellos. Por lo que es importante comunicarles que la sexualidad es un derecho de todos, sin embargo es necesario estar informado de las consecuencias que conlleva el hecho de ejercerlo sin responsabilidad de identificar las conductas de riesgo que llevan a los adolescentes a presentar o estar en riesgo de estas situaciones, que pueden ser:

- Tener relaciones sexuales sin condón
- Uso incorrecto del condón
- Tener múltiples parejas sexuales
- Inicio de vida sexual a temprana edad
- Consumo de drogas y tener sexo sin protección
- Consumo de alcohol y tener sexo sin protección

Dentro de los problemas referentes a la sexualidad de los adolescentes se presentan las ITS, las más comunes entre ellos las son: herpes genital, tricomoniasis, gonorrea, sífilis, ladillas, clamidia, candidiasis, Virus del Papiloma Humano (VPH) y el VIH/SIDA; además de los embarazos no deseados que en muchas ocasiones llevan a los abortos.

Objetivo general de la sesión: Introducir a los padres sobre el tema de la adolescencia y la sexualidad, enfatizando la relación que existe entre estos temas.

Objetivos específicos:

- a) Involucrar a los padres en el completo desarrollo de sus hijos
- b) Introducir a los padres al tema de la adolescencia y de la sexualidad

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, hojas blancas y bolígrafos, fotografías de los hijos de los participantes.

Duración de la sesión: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller. En esta sesión se darán dos conferencias, es necesario que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

De cierta manera los padres deberían responsabilizarse de sus hijos y saber que ellos influyen directamente en sus hijos, por ende es necesario que se involucren en sus problemas, en su situación académica y no menos importante, en su situación emocional y psicológica.

Tema 1. Inclusión de los padres en el desarrollo de sus hijos. Es importante que los padres sean partícipes del desarrollo de sus hijos, no sólo en el ámbito físico y biológico, sino también en el social y psicológico. Por lo que a través de este tema se pretende que comprendan dicha importancia y el por qué deberán comprometerse en involucrarse con sus hijos.

Actividad 1. Dinámica “Espejito, espejito...”:

Los padres hablarán sobre sus hijos y mencionarán cómo se ven reflejados en ellos. El ponente deberá

mencionar lo siguiente: *“Cuando se inicia la educación con nuestros hijos, nosotros como padres vamos inculcando valores, formas de pensar y de sentir, igualmente en la adolescencia, nuestros hijos van adoptando o rechazando esa forma de comportarse, es por eso que como padres les ofrecemos nuestra entera confianza y apoyo, mirando al espejo (fotografía) díganos: ¿cómo se ven ustedes reflejados en sus hijos?, ¿cómo consideran que esto influye en el desarrollo de sus hijos?”*

De esta forma incitarán a los padres a fomentar la confianza con sus hijos y así la comunicación sexual, que es el tema que nos compete en este taller.

Objetivo de la actividad: Involucrar a los padres en el completo desarrollo de sus hijos

Materiales: Fotografía de hijos de los participantes.

Tiempo aproximado para la Actividad 1: 20 minutos

Tema 2. ¿Qué es la adolescencia? Los padres aprenden con el tiempo y por experiencia propia lo que es la adolescencia, y muchos de ellos prefieren evitar o pasar por alto esta etapa en la vida de sus hijos diciendo simplemente: *“Es normal, es la edad de la punzada”*. Restándole importancia a esta etapa considerada vulnerable y en muchos casos se considera a las personas que se encuentran en ella como una población de riesgo. Esto es lo que se abordará en este tema.

Actividad 1. Dinámica Lluvia de ideas “La adolescencia es para mí...”: Los padres mencionarán qué es lo que significa para ellos la adolescencia y cómo la han vivido con sus hijos. Con el propósito de indagar en qué forma han abordado esta etapa en casa y cuánta importancia le dan.

- Se anotarán en hojas rotafolio las frases y/o palabras mencionadas por los padres.

El ponente concluirá la actividad mencionando lo siguiente: *“Como vemos, creemos que esta etapa de transición es sólo pasajera y durará algún tiempo con el cual sólo tenemos que lidiar un poco, sin embargo también es una etapa vulnerable en la vida de los adolescentes, ya que están en la búsqueda de su identidad, en la búsqueda de pertenencia a un grupo, en la curiosidad del noviazgo, entre otras situaciones. Es por esto que es importante nuestra presencia como padres, ya que debería ser en ustedes en quien ellos puedan apoyarse y a quien ellos podrían recurrir ante la presencia de un problema importante para sus hijos”*.

Objetivo de la actividad: Introducir a los padres al tema de la adolescencia y de la sexualidad

Materiales: Hojas rotafolio y plumones

Tiempo aproximado para la actividad 1: 15 minutos

Actividad 2. Conferencia: ¿Qué es la adolescencia? Posteriormente a que los padres hayan comentado lo que creen acerca de la adolescencia, continuará la sesión con una conferencia informativa breve, en la cual se abordarán las cuestiones básicas sobre el tema de la adolescencia:

- Los cambios Físicos
- Biológicos
- Psicológicos
- Sociales

Enfatizando la importancia y la atención que se debe poner en cada uno de ellos.

Invitándoles a reflexionar: “¿Cómo yo como padre puedo actuar ante estos cambios y de qué manera puedo apoyar a mi hijo?”

Objetivo de la actividad: Informar a los padres sobre ¿qué es la adolescencia?

Materiales: Presentación en diapositivas, computadora portátil y proyector de diapositivas.

Tiempo aproximado para la actividad 2: 20 minutos

Tiempo aproximado total para el Tema 2: 35 minutos

Tema 3. ¿Qué harás con lo que sabes? No es suficiente con que los padres sólo se enteren de qué es la adolescencia, es necesario que con la reflexión que hicieron en la actividad anterior intenten aplicar lo aprendido. Es lo que se pretende en este tema.

Actividad 1. Dinámica “Y ahora ¿qué?”: Se les planteará a los padres varias situaciones “reales” relacionadas con algún problema de un adolescente y se les pedirá que escriban una posible solución, involucrándose como padres. Se les pedirá que la compartan ante el grupo.

Se debe poner especial atención en el grupo de padres, pues la falta de participación de un padre en el contexto grupal puede indicar que se siente incómodo con el material y/o conferencias, por lo que necesita apoyo y asistencia adicional.

Objetivo de la actividad: Incitar a los padres a actuar al respecto y conforme a lo que se les informa.

Materiales: Hojas blancas, bolígrafos.

Tiempo aproximado para la actividad 1: 15 minutos.

Actividad 2. Retroalimentación: Se hará una retroalimentación hacia los padres por parte de los ponentes y también por parte de los otros padres, quienes tendrán la oportunidad de externar sus opiniones y comentarios, para mejorar la o las

soluciones planteadas. Esto ayudará a los padres a sentir más confianza en su habilidad para hacer frente a estos temas que quizá sean difíciles para ellos.

Objetivo de la actividad: Brindar a los padres la confianza necesaria para hablar sobre temas de sexualidad.

Tiempo aproximado para la actividad 2: 15 minutos

Tiempo aproximado total para el Tema 3: 30 minutos

Tema 4. ¿Qué es la sexualidad? Quizá los padres tengan una noción de qué es la sexualidad, sin embargo es posible que pocos de ellos se animen a hablar al respecto con sus hijos, lo que puede deberse a varias causas, por ejemplo que no sienten tener la suficiente información sobre sexualidad y los temas relacionados, piensan que sus hijos no tienen la suficiente confianza en ellos y quizá también la vergüenza que puede causarles el hablar de estos temas con sus hijos. Esto es lo que abordaremos en este tema.

Actividad 1. Dinámica: Lluvia de ideas “Y la sexualidad, ¿qué?” Los padres hablarán sobre qué es para ellos la sexualidad y cuál consideran que es la relación

Las buenas noticias son que los padres se sienten relativamente cómodos hablando con sus hijos sobre algunos de estos temas y que los jóvenes también aprenden y asimilan los mensajes de sus padres

que existe entre ésta y el tema de la adolescencia. Además de preguntarles si ellos han tratado de abordar este tema y cómo lo han hecho. Esto con la intención de observar e indagar dicha relación que pueden ellos encontrar y las formas en que han abordado el tema de la sexualidad en casa.

El ponente concluirá esta dinámica mencionando lo siguiente: *“Como podemos darnos cuenta, muchos padres se preocupan por el hecho de que hablar de*

sexualidad con sus hijos podría alentarlos a comenzar su actividad sexual, sin embargo hay padres que toman la decisión de hablar de sexo con sus hijos porque esto ayudará a que sus hijos eviten los embarazos y las ITS, lo que podría invitarlos a adoptar una forma de pensar más madura y de ejercer su sexualidad con responsabilidad. Y esta es la razón por la que nosotros como padres podríamos iniciar una mejor comunicación con nuestros hijos”.

Objetivo de la actividad: Indagar sobre la relación que los padres encuentran entre la adolescencia y la sexualidad, y las formas en que han abordado el tema de la sexualidad en casa

Materiales: Hojas rotafolio y plumones.

Tiempo aproximado para la actividad 1: 10 minutos

Actividad 2. Conferencia: Introducción a la sexualidad. Se dará una conferencia donde se aborde de una forma más amplia el concepto de sexualidad, en cuanto a **términos técnicos** de ésta y los temas relacionados (ITS, VIH/SIDA, Abortos y embarazos). Por lo que el ponente realizará una presentación con los términos básicos utilizados en estos temas a manera de **glosario** para que los padres comprendan lo que se hablará en sesiones posteriores.

- Se concluirá la conferencia resolviendo algunas dudas y comentarios surgidas en la conferencia y aquellas que se hayan depositado en el buzón de dudas y sugerencias

Objetivo de la actividad: Informar a los padres sobre el tema de la sexualidad y otorgar los conocimientos necesarios sobre el tema para iniciar una buena comunicación con sus hijos.

Materiales: Presentación en diapositivas, computadora portátil y proyector de diapositivas.

Tiempo aproximado para la actividad 2: 15 minutos

Tiempo aproximado total para el Tema 4: 25 minutos

Tema 5. La naturalidad de la sexualidad. En muchas ocasiones los padres consideran que hablar de sexo podría considerarse “pecaminoso”, según los valores y las creencias de cada persona, sin embargo en este taller también hemos de informarles a los padres y hacerlos conscientes de que más que “malo” debe considerarse como una situación de prevención.

No es suficiente con el material impreso y la explicación que deben leer y entender los padres. Los profesionales deben tomar un papel activo al ayudarlos a entender y a hablar sobre la sexualidad.

Actividad 1. Dinámica “Las cosas como son...”: Se invitará a los padres a aplicar los términos técnicos que acaban de ser vistos en la conferencia anterior, informándoles que no hay nada de malo en hablar y decir “las cosas como son”

El ponente iniciará la dinámica comentando: *“El sexo y la sexualidad son parte necesaria e inevitable en la vida de los seres humanos, pero muchos evadimos este tema o minimizamos su importancia poniendo apodos a lo que en realidad*

debe llamarse por su nombre: pene, vagina, clítoris, testículos, por ejemplo, pues no hay nada de malo en llamar a las cosas por su nombre”.

Posteriormente se les pedirá que en hojas blancas y por parejas (si es posible, con su pareja) realicen la dinámica:

- a) Dividirán la hoja en 12 cuadros.
- b) En cada parte escribirán las siguientes palabras (una en cada cuadro): Toalla femenina, pene, vagina, masturbación, sexo oral, anticoncepción, embarazo, aborto, acto sexual (coito), senos, menstruación, condón.
- c) Dentro de cada uno escribirán los “apodos” con los cuales se refieren la gente o ellos a la palabra principal.

Ejemplo:

Toalla femenina	Pene	Vagina	Masturbación
Sexo oral	Anticoncepción	embarazo	Aborto
Acto sexual (coito)	Senos	Menstruación	Condón

d) Al terminar, cada pareja dirá los “apodos” que escribió en cada recuadro.

e) El ponente les preguntará: “¿qué sintieron? ¿por qué?” y posteriormente les comentará: “Como se dieron cuenta, puede resultar cómica la forma en cómo nos referimos a ciertos términos y esto es común en nuestra sociedad, sin embargo es necesario que comencemos a utilizar estos términos cual si se estuvieran refiriendo a las manos, a las piernas, a la cabeza o incluso mencionar el término acto sexual como si hablaran de realizar alguna otra actividad”.

Objetivo de la actividad: Informar a los padres cuán natural es la sexualidad y la importancia de hablar con sus hijos sin rodeos.

Materiales: Hojas blancas y bolígrafos

Tiempo aproximado para la actividad: 15 minutos

Tema 6. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 5 minutos.

Bibliografía básica para el ponente

1. Ardila, L. (2007). Adolescencia, Desarrollo Emocional. Guía y Talleres para Padres y Docentes. Bogotá; Ediciones ECOE, 188 pp.
2. Berger, K. (2006). Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia. España; Editorial Panamericana, 640 pp.
3. Buil, C., Leter, I., Ros, R. y De Pablo, J. (2001). Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y clínicos. España; Sociedad Española de Contracepción, 870pp.
4. Delegrave, M. (2007). Adolescente: manéjese con cuidado. México: Grupo Editorial Patria, 199 pp.
5. Galimberti, U. (2006). Diccionario de Psicología. México; Siglo XXI, 1221 pp.
6. Grinder, R. (1993). Adolescencia. México; Editorial Limusa, 530 pp.
7. Horrocks, J. (1993). Psicología de la Adolescencia. México; Editorial Trillas, 464pp.
8. Law, D. y Harris, R. (2005). Cómo Convivir con Hijos Adolescentes. Permaneciendo en Sintonía con ellos y Proporcionándoles una verdadera ayuda en sus vidas. Barcelona; Ediciones Urano, 367pp.
9. McKinney, J., Fitzgerald, H. & Stromen, E. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México; Manual Moderno, 266 pp.
10. Montero, Y. (2006). Televisión, valores y adolescencia. Barcelona; Editorial Gedisa.
11. Nicolson D. y Ayers, H. (2002). Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia. Madrid: Ediciones Narcea, 171 pp.

Bibliografía complementaria para el ponente

1. Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
2. Blogger (2009). Nuevas formas de socialización. Obtenido el 12 de febrero de 2011 desde: <http://esklatsocial.blogspot.com/>
3. Blogger (2011). Socialización a través de la red ¿realidad o ficción? Obtenido el 12 de febrero de 2011 desde: <http://esklatsocial.blogspot.com/>
4. Maddaleno, M., Morello, P. e Infante., F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública*, 45(1), 132-139
5. Organización Mundial de Salud. (1975). El Embarazo y el aborto en la adolescencia. Informe de una Reunión de la OMS. Serie de Informes Técnicos. No.583.
6. Organización Mundial de la Salud. (2011). Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Obtenido el 13 de Febrero de 2011 desde: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html.
7. Paya, F. (1999). Eso que llaman: Adolescencia. Ética COU. Obtenido el 6 de enero de 2011 desde: <http://www.quedelibros.com/libro/33844/Eso-Que-Llaman-Adolescencia.html>
8. Peñacoba, C., Álvarez, E. y Lázaro, L. (2006). Teoría y Práctica de Psicología del Desarrollo. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.; Madrid, España. 172 pp.
9. Pepin, L. (1975). La psicología de los adolescentes. Barcelona; Oikos- Tau ediciones, 161 pp.
10. Philip, R. (1999). Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. España; Prentice Hall, 519 pp.
11. Santrock, J. (2004). Adolescencia. Psicología del Desarrollo. España; McGraw Hill, 487 pp.

Sesión 3.

Embarazo y Aborto en la Adolescencia

En esta sesión hay que centrarnos en el debut sexual sin protección de los adolescentes y lo que ello implica, que puede ser desde un embarazo no deseado, el aborto o la adquisición de una Infección de Transmisión Sexual (ITS).

En un estudio realizado por Langer (2002) se menciona que en México, el 15,2% de las menores de 20 años ya tuvo su primer hijo. Por otro lado, Taracena (2003) reporta que, en 1999 ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en 2000 ocurrieron 366 mil, en este mismo año había en nuestro país 5, 082, 487 de mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96 % ya tenía hijos, es decir, 608, 070. Además, entre enero de 1999 y febrero del 2000 se registraron 4, 214 nacimientos en adolescentes entre los 12 y los 14 años. Lo que significa que un total de 612, 284 mexicanas menores de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas tienen más de un hijo.

De acuerdo a González, Rojas, Hernández y Olaiz, (2005, citado en Rivero y Victoria, 2009) de las adolescentes de entre 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales, el 55.7% han estado embarazadas alguna vez. El porcentaje de antecedentes de embarazo aumenta de acuerdo con la edad de las adolescentes, 14.8% de las jóvenes de 12 a 14 años, 48% en las de 15 a 17 años, y 63.2% en las de 18 a 19 años de edad.

Las causas de este severo problema en la población adolescente puede referirse a la falta de información o la calidad de ella, debido a que las fuentes no son del todo confiables, por ejemplo los amigos, los medios de comunicación masiva y difícilmente se acercan a pedir información a un centro capacitado en estos temas por temor o vergüenza (Taracena, 2003).

Otra causa es la falla de los métodos anticonceptivos y no necesariamente por la calidad de ellos sino por el mal empleo de dichos métodos, ya que como es sabido, el condón se otorga de manera gratuita en distintos centros de salud, sin embargo no se les enseña a usarlo y en ocasiones se les niega, por lo que a pesar de que este método sea efectivo para evitar los embarazos, se sufren las consecuencias al no usarlo o usarlo de manera incorrecta (Buil, et al., 2001).

Por otro lado, el difícil acceso a los servicios de control natal, puesto que por la edad en la que se encuentran los adolescentes y la falta de información, difícilmente adquieren condones o píldoras anticonceptivas debido a su costo o por vergüenza (González, 2002).

Además de las causas anteriores se puede añadir una más que es considerada de suma importancia y hace referencia a la falta de comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales, ya que se ha reportado en diversos estudios (Aspy, Vesel, Oman, Rodine, Marshall & McLeroy, 2007; Fasula & Miller, 2006; Lefkowitz & Boone, 2002; Lynn & Werner, 2004; O'Sullivan, Jaramillo, Moreau & Meyer, 1999; Raffaelli, Bogenschneider & Fran, 1998; Schouten, Van Den Putte, Pasmans & Meeuwesen, 2007), que la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad retrasa el debut sexual, además de prevenir no sólo las ITS sino también los embarazos no deseados, lo cual es necesario en la actualidad y dentro de esta población.

Objetivo general de la sesión: Informar a los padres sobre temas de embarazos no deseados, no planeados, el aborto, así como las consecuencias biopsicosociales de cada uno de estos temas.

Objetivos específicos:

- a) Informar a los participantes sobre los datos epidemiológicos y la definición de embarazos y abortos en adolescentes; mostrar la importancia de su prevención.
- b) Informar a los participantes sobre qué son los embarazos no deseados y no planeados, hablar de sus diferencias.
- c) Hablar sobre la importancia de la prevención de los embarazos y por ende, de los abortos en adolescentes.

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones,

Duración de la sesión: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se darán dos conferencias, es necesario que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, indagar en sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. Embarazos y abortos: datos epidemiológicos. Es necesario informar a los padres de los altos índices de embarazos y abortos que hay en la población adolescente y de esta forma motivarlos a mejorar la comunicación con sus hijos, como una forma de prevención y así evitar que los adolescentes realicen conductas de riesgo.

Actividad 1. Dinámica: Lluvia de ideas. Al iniciar la sesión, los ponentes preguntarán a los participantes lo que saben sobre estos temas y algunos datos epidemiológicos. Esto con el propósito de saber qué tan enterados están los padres sobre el embarazo y el aborto en adolescentes, cuestión que los incitará a informarse e incluso preocuparse más de que esta situación no les suceda a sus hijos. Se sugiere que se anoten las palabras y/o frases dichas por los padres sobre el tema.

Los ponentes podrán concluir la dinámica comentando lo siguiente: *“Como podemos darnos cuenta es poco lo que sabemos acerca de estos temas, y es impresionante la cantidad de embarazos no deseados que ocurren en nuestro país, por lo que pasaremos a la siguiente actividad”*.

Objetivo de la actividad: Informar a los participantes sobre los datos epidemiológicos y la definición de embarazos y abortos en adolescentes; mostrar la importancia de su prevención.

Materiales: Hojas rotafolio y plumones

Tiempo aproximado para la actividad 1: 20 minutos

Actividad 2. Conferencia “Embarazos en adolescentes”: Los ponentes harán una exposición del tema: “el embarazo en adolescentes”. Enfatizando la importancia de las consecuencias que éstos pueden traer (físicas, biológicas y psicológicas).

Se sugiere motivar a los padres a hablar de sexo a través de revisar las consecuencias negativas de la conducta sexual adolescente, tales como las altas tasas de embarazos adolescentes, ITS y VIH entre los jóvenes, y cómo éstos interfieren en el bienestar y la vida futura de los adolescentes.

Objetivo de la actividad: Informar a los participantes sobre qué son los embarazos no deseados y no planeados, hablar de sus diferencias.

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la actividad 2: 20 minutos

Tiempo aproximado total para el Tema 1: 40 minutos

Tema 2. Embarazo no planeado vs Embarazo no deseado. La diferencia radica en que aunque un embarazo sea no planeado, podría ser deseado. Sin embargo en la adolescencia la mayor parte de las ocasiones, los embarazos son ambas cosas: no planeados y no deseados. Esto abordaremos en este tema.

Actividad 1. Dinámica “Discusión por equipos”: Cada equipo dará una breve definición de lo que es un embarazo no planeado y un embarazo no deseado, así como sus consecuencias.

- a) Los ponentes dividirán al grupo en equipos, con el mismo número de personas en cada uno.
- b) Cada equipo discutirá por un breve lapso de tiempo lo siguiente: *¿Qué es un embarazo no planeado?, ¿qué es un embarazo no deseado? ¿cómo se relacionan? Y ¿cuáles podrían ser sus consecuencias?*
- c) Al finalizar cada equipo expondrá sus puntos de vista
- d) Con ayuda del ponente se procurará llegar a un punto de vista en común, recatando la información aportada por los padres.

Los ponentes concluirán la actividad: *“Así es, entonces como ya comentamos, los embarazos en los adolescentes, sean no deseados o no planeados, o quizá ambos, afectan la vida de los adolescentes en muchos ámbitos, como el académico, el social y el psicológico”.*

Objetivo de la actividad: Hablar sobre la importancia de la prevención de los embarazos y en consecuencia de los abortos en adolescentes.

Materiales: Hojas blancas y bolígrafos.

Tiempo aproximado para la actividad 1: 20 minutos.

Tema 3. Aborto en adolescentes. Esta es una de las consecuencias más comunes del embarazo en adolescentes, sin embargo sigue siendo una forma de “solución” a este problema que aqueja a las jóvenes, es una situación que es alarmante y los padres son quienes podrían reducir estas tasas de aborto, por medio de la comunicación efectiva con sus hijos e hijas.

Actividad 1. Dinámica “¿Y tú qué sabes?” Los ponentes preguntarán a los asistentes: “¿qué es el aborto? ¿Conocen datos epidemiológicos sobre este tema? ¿Cuáles son sus consecuencias?”

- Se tomará nota de lo dicho por los participantes en las hojas rotafolio pegadas frente al grupo

Objetivo de la actividad: Indagar en los participantes sus conocimientos respecto a la práctica del aborto.

Materiales: Hojas rotafolio y plumones.

Tiempo aproximado para la actividad 1: 15 minutos.

Actividad 2. Conferencia: Definición y tipos de aborto Los ponentes expondrán a los participantes mediante una conferencia los siguientes temas:

- Definición de aborto
- Sus características
- Cuántos y qué tipos de aborto existen
- Las consecuencias biopsicosociales de éste tema

Los ponentes concluirán la actividad ofreciendo responder a dudas y comentarios.

Objetivo de la actividad: Informar a los padres sobre qué es un aborto y los tipos de aborto.

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la actividad 2: 20 minutos.

Actividad 3. Dinámica “Reflexionando”: Posteriormente se pedirá a los padres que reflexionen acerca de la importancia de la prevención de este aspecto en la sexualidad de los adolescentes. Los ponentes mencionarán: “Como se habrán

dado cuenta, el aborto no es la mejor “solución”, por qué no mejor reflexionar lo siguiente: No es necesario llegar al aborto si se puede prevenir el embarazo. Ustedes ¿qué opinan?, discútanlo entre ustedes.”

Los ponentes deben tener en cuenta que mientras los padres están motivados a hablar sobre sexualidad mediante las consecuencias negativas de la conducta sexual adolescente, existen otros factores importantes para los jóvenes, tales como: las influencias sociales y las expectativas positivas de tener sexo.

- Se otorgará un breve lapso de tiempo para la discusión y posteriormente se pedirá que compartan aquello que han discutido.

Objetivo de la actividad: Invitar a los padres a reflexionar sobre la importancia de la prevención del los embarazos no deseados y por ende de los abortos.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la actividad 3: 15 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 3: 50 minutos

Tema 4. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

- Se les pedirá de tarea investigar al menos una Infección de Transmisión Sexual.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 10 minutos.

Bibliografía básica para el ponente

1. Aspy, C., Vesely, S., Osman, R., Rodine, S., Marshall, L. & McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal Adolescence*, 30, 449-466.
2. Buil, C., Leter, I., Ros, R. y De Pablo, J. (2001). Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y clínicos. España; Sociedad Española de Contracepción, 870pp.
3. Fasula, A. & Miller, K. (2006). African-American and Hispanic Adolescents' Intentions to delay first intercourse: parental communication as a buffer for sexually active peers. *Journal of Adolescents Health*, 38, 193-200.
4. González, D. (2002). El aborto en México. IPAS, México.

5. Langer, A. (2002). El embarazo no deseado, impacto sobre la salud y la sociedad de América latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 11(3),192-205.
6. Lefkowitz, E., Boone, T., Sigman, M. & Kit-fong, T. (2002). He Said, She Said: Gender Differences in Mother-Adolescent Conversations about Sexuality. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 217-272.
7. Lynn, J. & Werner-Wilson, R. (2004). Multiple Perspectives of Parent-Adolescent Sexuality Communication: Phenomenological Description of a *Rashoman* Effect. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 273-288.
8. O'Sullivan, L., Jaramillo, B., Moreau, D. & Meyer-Bahlburg, H. (1999). Mother-daughter Communications about sexuality in a clinical sample of hispanic adolescents girls. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 21(4), 447-469.
9. Raffaelli, M., Bogenschneider, K. & Fran, M. (1998). Parent-Teen Communication About Sexual Topics. *Journal of Family Issues* , 19, 314-333.
10. Rivero, J. y Victoria E. (2009) Evaluación de una programa de educación sexual para adolescentes de 17 a 21 años”, Tlalnepantla, Edo. de México. FES Iztacala, UNAM. 258p. (TESIS)
11. Schouten, B., Putte, B., Pasmans, M. & Meeuwesen, L. (2007). Parent-adolescent communication about sexuality: The role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. *Patient Education and Counseling* 66, 75–83.
12. Taracena, R. (2003). Hoja informativa: Embarazo Adolescente. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE)*

Bibliografía complementaria para el ponente

1. Coll, A. (s/a). Embarazo en la adolescencia. ¿Cuál es el problema? *Adolescencia y juventud en América Latina*, 425-445.
2. Martí, J. (2002). Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(2), 107-111.
3. Ramos, C. (2007). Epidemiología de la Mortalidad Materna. Aborto. *X Foro Interinstitucional de Investigación en Salud*.
4. Taracena, R. (2003). Hoja informativa: Embarazo Adolescente. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE)*
5. Taracena, R. (2008). Hoja informativa: Cifras del aborto en México. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE)*

Sesión 4

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Adolescentes

Este tipo de infecciones son las que se adquieren en su mayoría por contacto sexual, es decir, durante las relaciones sexuales. Las más importantes debido al alto grado de incidencia entre la sociedad, la dificultad de curarlas y los efectos que presentan, son la sífilis, la gonorrea, el herpes y el SIDA. (OMS, 2006). Estas infecciones son causadas por microorganismos, como virus, bacterias, hongos y protozoos no solo atacan las zonas genitales, sino que pueden llegar a diversos aparatos y sistemas del paciente, e incluso causarle la muerte (OMS, op. cit.).

El INEGI (2010) señala que, para los jóvenes de 15 a 19 años, la infección más común en el 2008, fue la candidiasis urogenital cuya tasa de incidencia es de 206.96 por cada 100 000 habitantes; a esta infección le sigue el Virus de Papiloma Humano que cuya tasa es de 11.48% y, finalmente, la tercera infección para este grupo de edad es la sífilis, que se ha incrementado de 2.01% a 5.72%.

Para la población de 20 a 24 años, nuevamente la candidiasis urogenital presenta la mayor tasa de incidencia de casos nuevos, variando de 573.96 en 2000 a 520.74 por cada 100 000 habitantes en 2008. La segunda incidencia más alta, la ocupan las infecciones del Virus del Papiloma Humano, con una tendencia a incrementarse, hasta casi tres veces, pues varía de 13 en 2000 a 33.81 en 2008. Asimismo, el herpes genital ocupa el tercer lugar, que disminuye entre 2000 y 2003 (12.05 a 4.96, respectivamente), y a partir de 2004 la sífilis ocupa este mismo lugar (INEGI, 2010).

Como se muestra anteriormente, existen Infecciones que son más frecuentes y comunes entre la población adolescente, es por esto que se hablará específicamente acerca de estas Infecciones de Transmisión Sexual, entre otras que también representan un alto riesgo en esta población, como lo es el VIH/SIDA.

Así pues, en esta sesión se informará a los padres de estos y más datos epidemiológicos, con la intención de motivarlos y sean los principales promotores en la prevención de estas Infecciones entre la población adolescente.

Objetivo general de la sesión: Dar a conocer a los participantes por qué es de suma importancia saber sobre las ITS, así como exponer lo que está pasando en la actualidad y mostrar los incrementos a través de datos estadísticos.

Objetivos específicos:

- a) Qué los participantes conozcan lo que sucede con las ITS en la actualidad
- b) Incitar a los participantes a comunicarse con sus hijos para la prevención de las ITS

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, Juego de “Memorama” de ITS, Cinta adhesiva

Duración de la sesión: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, cuáles son sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Una de las barreras de la comunicación deriva de la falta de conocimiento de los padres sobre aspectos técnicos del sexo, pues sienten no tener el conocimiento necesario o las habilidades para hablar acerca del sexo con sus hijos.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. ¿Qué son las ITS? Quizá los padres estén enterados de que existen diversas infecciones derivadas del contacto sexual, pero por investigaciones al respecto se sabe que la mayoría de la gente cree que ellos están alejados de esas situaciones, pues dicen: “*eso no me va a ocurrir a mí*”, por lo que pocas veces toma en

cuenta los riesgos que implica el hecho de tener relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, aún no se sabe de alguna persona que sea inmune a estas infecciones, por lo que esto nos puede ocurrir a cualquiera que sea activo sexualmente.

Actividad 1. Dinámica “Lluvia de ideas sobre las ITS”: Para esta dinámica, los ponentes simplemente lanzarán al aire la pregunta: ¿qué son las ITS? Y se pedirá a los participantes que mencionen palabras que vengan a su mente respecto a este Tema. Esto con la intención de indagar sobre la información que puedan poseer acerca de lo que son las ITS (Pueden tomar en cuenta la tarea dejada en la sesión anterior: Investigar al menos una Infección de Transmisión Sexual)

- Se debe anotar en hojas rotafolio los comentarios dichos por los padres en la “Lluvia de ideas”.

Objetivo de la actividad: Indagar sobre la información que los participantes poseen acerca de lo que son las ITS

Tiempo aproximado para Actividad 1: 30 minutos.

Tema 2. ¿Qué son las ITS y Cuáles son las más comunes? En la comunidad adolescente puede darse el caso de que algunos ya hayan comenzado su vida sexual, por lo cual existen algunas ITS que son más frecuentes entre ellos. Esto es lo que abordaremos en este tema.

Actividad 1. Conferencia “¿Qué son las ITS?”: Se dará una breve conferencia sobre las ITS, tales como: gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis, herpes genital, candidiasis, hepatitis B, Virus Papiloma Humano (VPH), en la cual cada una abarcará los siguientes rubros:

- a) ¿Qué son las ITS? y ¿Cuáles son las más comunes?
- b) Agente causal
- c) Formas de transmisión
- d) Síntomas (para hombres y para mujeres)
- e) Tratamiento (enfaticando que debe acudir al médico)
- f) Consecuencias y cifras estadísticas
- g) Formas de prevención

Objetivo de la actividad: Informar a los participantes sobre las principales ITS y sus consecuencias.

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la Actividad: 60 minutos.

Tema 3. ¿Qué harás con esto? Uno de los principales objetivos de este taller es precisamente invitar a los padres a hacer algo con la información que se les proporciona, en este caso lo que se pretende es que comiencen o mejoren su comunicación con los adolescentes respecto a estos temas, para reducir el riesgo de contagio y prevención de estas infecciones. Esto es lo que se pretende con la siguiente dinámica.

Actividad 1. Dinámica “Manos a la obra”: Se les invitará a los padres a hacer una reflexión sobre qué es lo que ellos harán en adelante a partir de la información dada con anterioridad para prevenir estas enfermedades, enfatizando la importancia de la comunicación con sus hijos.

- a) Para lo cual el ponente comenzará mencionando lo siguiente: *“Como se han dado cuenta, estas infecciones no son nada agradables y muchas de ellas tienen consecuencias graves si no se detectan a tiempo. Son situaciones que no queremos ver más en los jóvenes, ya que son situaciones que se pueden prevenir y se ha encontrado en investigaciones que la comunicación entre padres e hijos sobre estos temas han sido una medida que puede reducir estos casos, por lo tanto les hacemos esta cordial invitación a comunicarse más con los jóvenes y qué mejor que sean ustedes como padres su principal fuente de información y apoyo, y ¿por qué no, de amor?”.*
- b) Posteriormente el ponente les dará un tiempo de reflexión, se sugieren de 5 a 7 minutos.
- c) Luego de transcurrido este tiempo se les pedirá su participación para compartir la conclusión a la que llegaron.
- d) Se les dejará como tarea escribir una sugerencia de cómo pondrán “Manos a la Obra” con sus hijos en el futuro.

Los profesionales pueden ayudar a los padres a proporcionar el conocimiento y las habilidades para hablar con sus hijos de manera efectiva, cuando estén listos para hacerlo. De principal importancia es la provisión de información accesible y exacta sobre sexo, embarazo adolescente, ITS, VIH/SIDA y anticoncepción.

Objetivo de la actividad: Incitar a los participantes a comunicarse con sus hijos para la prevención de las ITS

Materiales: Hojas blancas y bolígrafos.

Tiempo aproximado para la Actividad: 20 minutos.

Tema 4. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 10 minutos

Bibliografía básica para el ponente

1. INEGI. (2010). Estadísticas a Propósito del día Internacional de la Juventud. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Obtenido el 20 de Febrero de 2011 desde: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e>
2. Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Proyecto de Estrategia Mundial. *Informe de la secretaria*, 72 pp.

Bibliografía complementaria para el ponente

1. Ardila, L. (2007). Adolescencia, Desarrollo Emocional. Guía y Talleres para Padres y Docentes. Bogotá; Ediciones ECOE, 188 pp.
2. Aspilcueta, D., Calderón, J. y Alzamora, L. (2007). Conocimientos y uso del condón en prevención de ITS en usuarios de las estaciones "YES" de Inppares de Lima metropolitana. *Revista Médica Vallejana*, 4(1), 54-62.
3. Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yepéz, E., Abad-Franch, F. y Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 86-94.
4. Buil, C., Leter, I., Ros, R. y De Pablo, J. (2001). Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y clínicos. España; Sociedad Española de Contracepción, 870pp.
5. Cadena, D., Miranda, N. y Calderón, N. (2006). Tricomoniasis urogenital. *Revista Pacheña de Medicina Familiar*, 4(3), 84-89.
6. Carrada, T. (2003). Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 46(6).

7. Carrada, T. (2006). Tricomoniasis vaginal. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 53(3). Obtenido el 21 de mayo de 2011 desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt063 e.pdf>
8. Carrada, T. (2007). Gonorrea diseminada: caso clínico y revisión del tema. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 50(1).
9. Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. El VPH y los hombres. Obtenido el 29 de abril de 2011 desde: www.cdc.gov/std/spanish/vph/default.htm
10. CONAPO, Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana, México, 2000, p. 71.
11. Fagundo, R. (s/a). Enfermedades de transmisión sexual. Chlamydia. Carpermor, Laboratorio de Referencia Internacional. Obtenido el 2 de junio de 2011 desde: http://carpermor.aureacode.com/blog/wpcontent/uploads/2010/07/E1ETS_Chlamydia.pdf
12. Guerra, A. y González, E. (2006). El virus del papiloma humano. Repercusión en la patología dermatológica de las nuevas vacunas. *Más Dermatología*, 5, 4-13.
13. Lizano, M., Carrillo, A. y Contreras, A. (2009). Infección por Virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Instituto Nacional de Cancerología*, 4, 205-216.
14. López, B. y Beltrán, A. (2005). Pediculosis. *Guías Clínicas*, 5(10), 1-3.
15. Reina, J., Muñoz, N. y Sánchez, G. (2008). El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colombia Médica*, 39(2), 189-195.
16. Sánchez, M., Uribe, F. y Conde, C. (2002). La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública de México*, 44(5), 442-447.
17. Santín, C., Torrico, E., López, M. y Revilla, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19(1), 81-90.
18. Scott-Sheldon, L., Carey, M., Venable, P., Senn, T., Coury-Doniger, P. & Urban, M. (2010). Predicting Condom Use among STD Clinic Patients Using the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model. *J Health Psychol*, 15(7), 1093-1102.
19. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2009). Morbilidad De La Candidiasis Urogenital en México, Periodo 2003 – 2008. *Secretaría de Salud, vigilancia epidemiológica*, 26(37), 1-3.

Sesión 5

VIH/SIDA en Adolescentes

A pesar del paso de los años y del avance de las tecnologías, ha sido imposible el desarrollo de una vacuna efectiva para este virus y esto se ve reflejado en los datos epidemiológicos de esta infección.

ONUSIDA (2010) estima que hay 33,3 millones [31,4 millones-35,3 millones] personas que viven con el VIH a finales de 2009, La prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2010, es del 0.38%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras del VIH en nuestro país.

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 225,000 personas adultas infectadas por el VIH hasta el mes de marzo del 2011, en el grupo correspondiente a personas de 0 a 14 años existen 63 casos acumulados para hombres y 40 casos acumulados para mujeres por vía de transmisión sexual, 182 casos acumulados en hombres por transmisión sanguínea y 56 casos acumulados en mujeres por esta misma vía de transmisión. En lo que respecta al grupo de personas de entre 15 y 29 años de edad existen 23,938 casos acumulados en hombres y 6,035 casos en mujeres por transmisión sexual, hasta la fecha antes mencionada, de las cuales el 36.2% corresponde a población homosexual y un 93.7% a la población heterosexual (CENSIDA, 2011).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa el SIDA. Este virus es de la familia de los retrovirus porque contiene Ácido Ribonucleico (ARN) y la enzima *transcriptasa reversa*, la cual hace que el virus replique el DNA directamente de su ARN. Ataca al sistema inmunológico, destruyendo a los *Linfocitos T4* (a menor cantidad de T4 en la sangre menor capacidad para combatir infecciones), y a los *macrófagos* (glóbulos blancos de la sangre cuya función principal es rechazar las infecciones), por lo que deja al organismo vulnerable a una gran variedad de enfermedades oportunistas potencialmente mortales. Las bacterias, levaduras, parásitos y virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con un sistema inmunológico que funciona normalmente, sí pueden provocar enfermedades mortales en las personas con SIDA.

Sólo se ha comprobado el contagio a otras personas a través de sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna. La transmisión del virus ocurre sólo por las siguientes vías (COESIDA, 2010):

- Durante el contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal sin protección.
- Por vía sanguínea, mediante transfusiones (en la actualidad muy poco común), al compartir agujas o en trasplante de órganos
- De la madre al niño. Una mujer embarazada puede transmitir el virus a su hijo al momento de nacer o una madre lactante puede transmitirlo a su bebé por su leche.

Por otra parte, según la Organización Panamericana de la Salud (2011) la historia natural de la infección por VIH es de la siguiente manera:

- **Transmisión viral:** El modo de transmisión o adquisición del virus se refleja en la velocidad de progresión de la enfermedad, es decir, la carga viral en el cuerpo aumenta a tal medida que los anticuerpos del sistema inmunitario van disminuyendo, así, el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de:
 - 7 años para aquéllos que adquirieron la infección por transfusión
 - 8 a 12 años para quienes se infectaron por relación sexual.
- **Infección Aguda (momento de contagio):** La primera etapa es cuando la persona entra en contacto con el VIH y éste infecta su organismo, como respuesta el sistema inmunitario empieza a formar anticuerpos contra el virus. Se pueden dar síntomas como: *Fiebre, escalofríos, dolor de cuerpo, sudoración nocturna, salpullidos o erupciones en la piel*, que pueden confundirse con síntomas de una gripe fuerte, el 70% de las personas los presentan y el 30% restante lo presenta, pero es tan leve que no lo detectan.
 - + **Seroconversión:** Cuando una persona tiene dos pruebas de ELISA positivas y una prueba de *Western Blot* positiva, se habla de una persona que vive con el VIH (VIH positiva). En esta etapa el cuerpo empieza a producir anticuerpos contra el virus. Aproximadamente, el 97% de la gente que tiene el VIH desarrolla los anticuerpos dentro de los primeros 3 meses de la infección, el resto los desarrolla dentro de los primeros seis meses. Este estado puede tardar mucho tiempo, hasta más de 10 años.
- **Infección Asintomática:** En la segunda etapa denominada asintomática se caracteriza por el hecho de que el virus a pesar de que ya está instalado en el organismo no causa daño alguno todavía. En dicha etapa pueden transcurrir meses o hasta años (de 8 a 10 aproximadamente) para manifestar la enfermedad. Sin embargo, al final de esta etapa ocurre un rápido deterioro del sistema inmunológico y el virus se reproduce más activamente. Se pueden presentar síntomas leves y no específicos, como: fatigas, pequeñas pérdidas de peso, transpiraciones nocturnas, por citar algunas. Al término de esta fase

aparecen adenopatías generalizadas (inflamación de ganglios) que persisten por más de tres meses sin ninguna causa aparente, hasta llegar a lo que se conoce como Complejo Relacionado al SIDA (ARC).

- **Complejo Relacionado al SIDA:** La tercera etapa conocida como complejo relacionado con el SIDA es precisamente en donde el virus se activa, es decir se empieza a replicar y ataca a los linfocitos "T" del sistema inmunitario, haciéndolos perder su capacidad de defender al organismo de agentes infecciosos. Pero el organismo todavía responde a los tratamientos de las enfermedades. En esta etapa se pueden presentar síntomas, como: Adenopatías generalizadas (Inflamaciones de ganglios, cansancio permanente, fiebres y diarreas constantes, pérdida de peso y sudoración nocturna).
- **SIDA:** Finalmente, la cuarta y última etapa es la enfermedad del SIDA propiamente dicha. Es el conjunto de manifestaciones en el organismo y malestares que siente la persona cuando su sistema inmunitario se ha deteriorado gravemente, es cuando ya no puede hacerle frente a los agentes infecciosos. Los síntomas comunes son fiebre, sudoración (particularmente en la noche), glándulas inflamadas, escalofríos, debilidad y pérdida de peso. En general del 80 hasta el 90% de personas con diagnóstico SIDA, fallecen dentro de 3 a 5 años. Sin embargo, recientemente con un mejor acceso a los medicamentos antirretrovirales se puede extender la sobrevivencia de las personas con diagnóstico SIDA con muchos años más hasta ser una enfermedad crónica.

Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunológico sano. Estas se llaman "infecciones oportunistas", como algunas manifestaciones bucales, diarreas o el síndrome de desgaste. El VIH destruye el sistema inmunológico de los pacientes con SIDA y son muy susceptibles a dichas infecciones oportunistas. (COESIDA, 2010).

Con el paso del tiempo, el VIH/SIDA ha pasado de ser una enfermedad mortal a ser considerado como una enfermedad crónico-degenerativa, afortunadamente en la actualidad si se detecta y se controla a tiempo es poco probable que la persona llegue a la muerte en poco tiempo. No obstante, aunque no se ha encontrado la cura total de esta enfermedad, sí se han encontrado los medios para controlarla y tener una calidad de vida buena. Sin embargo, la prevención mediante la comunicación padres e hijos, siempre será considerada la mejor manera de evitar esta y otras consecuencias de la conducta sexual de riesgo adolescente.

Hay que fomentar el uso consistente y correcto del condón porque es el único comportamiento que evita que nos contagiemos de VIH, de algunas ITS y nos previene de embarazos no deseados.

Objetivo: Informar, motivar e invitar a los padres a actuar hacia la prevención del VIH/SIDA.

Objetivos específicos:

- a) Detectar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los participantes
- b) Informar a los participantes sobre las características del VIH/SIDA.
- c) Conocer de forma vivencial la transmisión del VIH

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su participación activa en las dinámicas diseñadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, Guiones, Escenarios, Cinta adhesiva, Anexo 1: Guión del narrador.

Duración de la sesión: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia establecido y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Para la representación teatral que se llevará a cabo en esta sesión, se requiere que los ponentes tengan listo el material que se utilizará, tales como: escenario, vestuarios, guiones, por citar algunos.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, indagar cuáles son sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

La confianza entre padres y adolescentes es importante, así como la percepción de los adolescentes sobre la paciencia, experiencia y accesibilidad de los padres. *“A mayor confianza, más comunicación y menores tasas de embarazos e ITS”.*

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. VIH/SIDA. Definición y datos epidemiológicos: En la actualidad los padres suelen tener más información sobre lo que es el VIH/SIDA, sin embargo puede ocurrir que dicha información o parte de ella sea errónea o confusa, es por esto que en esta actividad conoceremos la información que los padres poseen sobre lo que es el VIH/SIDA.

Actividad 1. Dinámica Lluvia de ideas “¿Qué sabes del VIH/SIDA?”: El ponente comenzará la dinámica mencionándoles que en esta sesión la dedicaremos al VIH/SIDA y comentando lo siguiente:

- a) *“En los tiempos actuales el VIH/SIDA ya ha tenido una larga vida a nuestro alrededor, por lo que tenemos cierta información sobre esto, podrían mencionarnos ¿qué es lo que saben sobre el VIH/SIDA?”*
- b) Uno de los ponentes irá apuntando en las hojas rotafolio las palabras o frases dichas.
- c) Otro ponente puede concluir la dinámica mencionando lo siguiente: *“Cada uno posee quizá una pequeña parte de todo lo que es y lo que gira en torno a esta Infección, a continuación trataremos de hilar esta información, aclarar ciertas cosas y resolver algunas dudas que pudieran tener, por medio de una conferencia sobre este importante tema”.*

Objetivo de la actividad: Detectar el nivel conocimientos sobre el VIH/SIDA en los participantes

Materiales: Hojas rotafolio, plumones.

Tiempo aproximado para la actividad 1: 30 minutos.

Actividad 2. Conferencia “El VIH/SIDA en adolescentes”: Es necesario que se informe a los padres acerca de esta infección pues es considerada como la que conlleva más riesgos y consecuencias al ser contagiado por este virus. Es por esto que la conferencia deberá contener lo siguiente para dar la mayor parte de la información necesaria a los padres:

- a) **Datos epidemiológicos: A nivel mundial y principalmente a nivel nacional resaltando la población adolescente**
- b) **Agente causal y definición de VIH y definición de SIDA**
- c) **Formas de transmisión**
- d) **Tratamiento**
- e) **Prevención**

- Al finalizar se resolverán algunas dudas. En caso de no haber dudas, se recurrirá al resolver las dudas depositadas en el buzón.

Objetivo de la actividad: Informar a los participantes sobre las características del VIH/SIDA.

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas, computadora portátil.

Tiempo aproximado para la Actividad 2: 35 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 1: 65 minutos.

Tema 2. Representación teatral de transmisión: Es importante que los padres comprendan lo que es el VIH/SIDA y cómo puede contagiarse, por lo que aplicarán en la siguiente representación teatral lo aprendido en la conferencia anterior.

Actividad 1. Dinámica “Cómo se transmite y cómo opera el VIH” Se realizará un breve concurso de representaciones teatrales.

- a) El instructor deberá leer los objetivos de la dinámica.
- b) Deberán formarse equipos de 6 personas para realizar un juego de roles.
- c) El participante ayudante, deberá asignar al azar los 6 roles (Narrador, persona, enfermedad, dos serán sistema inmunológico, y uno para el VIH) otorgándoles su gafete, y señalando que deben quedar visibles para la audiencia.
- d) El instructor deberá entregarle a la persona que funja como narrador el guión que leerá a la audiencia y en donde se explica cómo funciona el sistema inmunológico.
- e) El narrador deberá decirles a los otros participantes como es que deberán representar su papel y en qué momento entran en escena.
- f) Para finalizar, los padres deberán enviar el mensaje o *eslogan*: “*Es mejor comunicarte con tus hijos para que no entren intrusos en casa (virus, bacterias, hongos)*”. Se debe hacer este énfasis para motivar e incitar a los padres a la comunicación con sus hijos.
- g) El mensaje o *slogan* puede ser otro sugerido por los ponentes.

Objetivos de la Actividad:

- Aprender cómo el VIH destruye el sistema inmunológico para que las enfermedades que son sencillas se conviertan en graves.
- Conocer más acerca de cómo se transmite el VIH
- Ser capaces de explicar las diferencias entre tener VIH y tener SIDA.

Materiales: Guión del narrador (Anexo 1), 1 gafete con la palabra persona, 1 gafete con la palabra enfermedad, 1 gafete con la palabra VIH, 2 gafetes con las palabras: sistema inmunológico.

Tiempo aproximado para la actividad 1. 35 minutos.

Tema 3. Tarea en casa. Es importante que lo aprendido no se quede solamente en el aula donde los padres están aprendiendo sobre estos temas, es necesario que lo lleven consigo a casa. Es por esto que se les dejará la siguiente tarea.

Actividad 1. Comprando un condón: Se les indicará que la tarea de la sesión será que acudan a una condonería, sex shop, o autoservicio y que pregunten por los diferentes condones que se venden y las marcas más comunes con las que se cuenta en el lugar al que acudan, asimismo, se les indicará que deben llevar un paquete de condones que ellos elijan de la variedad que encontraron, pues se utilizará en la siguiente sesión.

Objetivo de la actividad 1: Invitar a los padres a experimentar la situación de comprar un condón.

Tiempo aproximado para la Actividad 4: 10 minutos.

Tema 4. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 10 minutos.

Bibliografía básica para el ponente

1. CENSIDA. (2011). Registro Nacional de Casos de SIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Obtenido el 18 de Septiembre de 2011 desde: <http://www.censida.salud.gob.mx>
2. ONUSIDA. (2006). Situación de la epidemia del SIDA. Boletín informativo, obtenido el 24 de noviembre de 2010 desde: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2009/97892917_38342_spa.pdf
3. ONUSIDA. (2006). Situación de la epidemia del SIDA. Boletín informativo, obtenido el 24 de noviembre de 2010 desde: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2009/97892917_38342_spa.pdf

Bibliografía complementaria para el ponente

1. Fajardo, E. (2006). Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH/SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la universidad Santa María la Antigua. *Centro de Investigación y Promoción Social Urbana*, 4, 3-12.
2. López, N., Vera, L. y Orozco, L. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres, jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32(1), 32-40.
3. Grunberg, M. (2002). Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes antropológicos*, 17, 47-75.
4. Guerra, A. y González, E. (2006). El virus del papiloma humano. Repercusión en la patología dermatológica de las nuevas vacunas. *Más Dermatología*, 5, 4-13.
5. López, N., Vera, L. y Orozco, L. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres, jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32(1), 32-40.
6. Miller, R., Levin, M., Whitaker, D. & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1542-1544.
7. Noar, S. (2007). An Interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care*, 19(3), 392-402.
8. Peltzer, K. & Promtussananon, S. (2003). HIV/AIDS Education in South Africa: Teacher Knowledge about HIV/AIDS: Teacher Attitude about and Control of HIV/AIDS Education. *Social Behavior and Personality*, 31(4), 349-356.
9. Peterson, J. & DiClemente, R. (2000). *Handbook of HIV Prevention*. Kluwer Academic/Plenum. New York. 337pp.
10. Pick, S., Givaudan, M., Sirkin, J. & Ortega, I. (2007). Communication as a protective factor: evaluation of a life skills HIV/AIDS prevention program for Mexican elementary-school students. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 408-421.
11. Piña, J. y Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: Su prevención con base en un modelo psicológico de la salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 71-83.
12. Sánchez, M. y León, J. (s/a). Prevención de la transmisión de VIH: Variables predictoras de la intención del uso del condón. *Universidad de Huelva*. 230-234.

13. Uribe, F. (2008). Limitaciones conceptuales en epidemiología para la clasificación del comportamiento sexual masculino en el contexto de la epidemia de VIH en México. *Andamios*, 4(8), 213-242.
14. Vera, L., López, N., Orozco, L. y Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Médica Colombiana*, 26(1), 16-23.
15. Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 35-40.
16. Walker, D., Gutiérrez, J., Torres, P. & Bertozzi, S. (2006). HIV Prevention in Mexican Schools: Prospective Randomized Evaluation of Intervention. *British Medical Journal*, 1-6.
17. Zometa, C., Dedrick, R., Knox, M., Westhoff, W., Simán, R. & Debaldo, A. (2007). Translation, cross-cultural adaptation and validation of and HIV/AIDS Knowledge and Attitudinal Instrument. *AIDS Education and Prevention*, 19(3), 231-244.

Sesión 6

El Uso Correcto del Condón

La proliferación de Infecciones de Transmisión Sexual y los embarazos no deseados pueden disminuir considerablemente con el uso correcto del condón durante las relaciones sexuales, siempre y cuando sea un uso consistente (en todas y cada una de las relaciones sexuales), ya que hasta la fecha, el condón es considerado como el método anticonceptivo y de prevención ante el contagio de ITS y VIH más efectivo y económico.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) , todos los días ocurren en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales alrededor de un millón terminan en embarazos no deseados y cerca de medio millón en el contagio de alguna infección de transmisión sexual (ITS).

Como se menciona anteriormente, en nuestro país la infección por VIH/SIDA cobra alrededor de 4 mil nuevos casos por año; más del 95% de ellos por transmisión sexual. Pero además del SIDA, existen en México otras infecciones que representan un problema de salud pública como la sífilis, la gonorrea y el herpes genital, así como la infección del virus del papiloma humano (asociada con el desarrollo de cáncer cérvicouterino), que es la segunda causa de muerte entre las mujeres de nuestro país (Lizano, Carrillo y Contreras, 2009).

Es por esto que es de suma importancia orientar a los adolescentes a que utilicen algún método de prevención de ITS y embarazos no deseados. Los padres juegan un papel importante ante esto, ya que a pesar de las barreras que pudieran existir en la comunicación con sus hijos, salvarles la vida y su futuro podría ser considerado como una razón primordial para enseñar a los adolescentes el uso correcto del condón.

Objetivo: Brindar información a los participantes sobre qué es un condón y sobre algunas características del mismo y su papel relevante en la prevención de embarazos, ITS y VIH.

Objetivos específicos:

- a) Identificar en los participantes el nivel de información que tienen sobre el condón
- b) Informar a los participantes sobre el condón y sus características fundamentales

- c) Incitar a los padres a que reflexionen sobre el uso consistente del condón a través del juego de roles
- d) Que los participantes conozcan físicamente algunos de los condones más comunes
- e) Que los participantes se interesen en conocer más acerca de los condones y se den cuenta de que ellos también pueden acudir a comprarlos y emplearlos correcta y consistentemente.

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, condones de diversas formas, tamaños, olores, sabores y pene de enseñanza.

Duración: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, indagar en sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. Condón: En la tarea dejada la sesión anterior los padres sobre la compra de condones, habrá que indagar sobre esta situación, lo que sintieron y cómo se sintieron, la información que les dieron, por ejemplo, es lo que abordaremos en esta actividad.

Actividad 1. Dinámica “Reflexionando sobre lo que pasó ayer”: Se les pedirá a los participantes que comenten sus experiencias con la tarea de la sesión anterior.

Los padres saben que es bueno comunicarse con sus hijos de una forma abierta, sin embargo reconocen que es difícil mantener la calma y apertura y que esto puede deberse a sus ansiedades sobre la conducta sexual de sus hijos. Hay investigaciones que sugieren que una manera práctica en que los padres pueden ser abiertos es hablando sobre sus propias experiencias en el noviazgo y sus relaciones de pareja.

- a) El ponente les comentará que comenten cómo les fue en la tarea de comprar un condón, lo que sintieron, cómo se sintieron, qué pensaban. Todo en cuanto a su situación personal y emocional.
- b) Posteriormente se les pedirá que digan los tipos de condones que les mostraron en la farmacia o autoservicio a la que acudieron y las marcas más comunes que encontraron.
- c) Se les preguntará si les fue suficiente con la información que les dieron, qué información les habría gustado que les dieran, si se sintieron cómodos con la explicación, si la actitud de quien los atendió fue apropiada.
- d) Se les pedirá que muestren los condones que adquirieron.
- e) Por último, se les pedirá justamente la reflexión en torno a la situación en la que un adolescente se encontraría al comprar un condón y qué es lo que ellos como padres harían ante esto.

Objetivo de la actividad: Que los participantes expresen sus dudas y comentarios sobre la tarea en casa.

Materiales: Condones que los padres adquirieron en la tarea en casa.

Tiempo aproximado para la Actividad 1: 20 minutos.

Tema 2. Conocimientos sobre el condón: Los padres poseen información sobre qué es y cómo es que debe utilizarse este método, se indagará en esta actividad dichos conocimientos

Actividad 1. Dinámica Lluvia de ideas “¿Qué tanto me conoces?:

- a) El ponente iniciará la dinámica comentando: *“Como se habrán dando cuenta el condón ya no es un extraño en la sociedad, se sabe muy bien qué es y para qué sirve, incluso las variedades que hay y qué otros tipos de condones existen, ¿podrían comentarnos qué es lo ustedes saben acerca del condón?*
- b) Se tomará nota sobre lo que los padres digan, apuntando esto en hojas rotafolio.

- c) El ponente concluirá: *“La información que nos han dado es valiosa, sin embargo vamos a complementarla con la siguiente conferencia enfocada a este tema en particular”.*

Objetivo de la Actividad: Identificar en los participantes el nivel de información que tienen sobre el condón

Materiales: Hojas rotafolio y plumones.

Tiempo aproximado para la Actividad 2: 10 minutos.

Tema 3. ¿Qué es un condón?: La información proporcionada por los padres se verá complementada y aumentada con la conferencia que se les dará acerca del condón. Los padres podrán hacer preguntas y comentarios.

Actividad 1. Conferencia “Historia del condón”: Se dará una breve conferencia sobre el condón la cual abarcará los siguientes rubros:

- A) QUÉ ES UN CONDÓN
- B) DE QUÉ MATERIAL ESTÁN HECHOS. EFECTIVIDAD.
- C) VARIEDAD: OLOR. SABOR. FORMA. TAMAÑO. TEXTURIZADOS. RETARDANTES. CON ESPERMICIDA.
- D) CONDÓN PARA CADA PRÁCTICA
- E) RECOMENDACIONES PARA SU CUIDADO
- F) TEMPERATURA RECOMENDABLE EN LA CUAL DEBE MANTENERSE.
- G) CÓMO SE DEBE TRANSPORTAR.

Objetivo de la actividad: Informar a los participantes sobre el condón y sus características fundamentales

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la Actividad 3: 25 minutos

Tema 4. El condón y los adolescentes: El juego de roles puede ayudar a los padres a identificarse de cierta forma con sus hijos, ponerse en su lugar, para así comprender de una mejor manera la etapa y las situaciones en las que pueda encontrarse, esto es lo que abordaremos en esta actividad.

Actividad 1. Dinámica “Juego de Roles”: Se les pedirá a los participantes que intercambien roles con sus hijos adolescentes, esto es, que algunos padres deberán hacerse pasar por sus hijos para poder llevar a la práctica la idea de que el uso del condón debe ser consistente en todas y cada una de las relaciones sexuales que se tengan.

- a) El ponente les pedirá que por parejas realicen esta actividad, uno de ellos estará en el papel del padre y el otro en el papel del hijo.
- b) Se les planteará la situación en la que el hijo le pregunta sobre el condón, por qué los eligió, por qué ha decidido entregárselos.
- c) Los padres deben encontrar la mejor manera de hablar con sus hijos y qué responderles, pueden tomar en cuenta la información otorgada en la conferencia anterior.
- d) El ponente concluirá comentando: *“Como ven, sus hijos pueden tener ciertas inquietudes en cuanto al sexo y los temas que lo rodean y ustedes como padres pueden fungir como una fuente confiable de información y prevención para ellos, invitando a sus hijos a utilizar el condón de forma consistente para una prevención más efectiva”*.

Objetivo de la actividad: Incitar a los padres a que reflexionen sobre el uso consistente del condón a través del juego de roles

Materiales: Ninguno

Tiempo aproximado para la Actividad 4: 20 minutos.

Actividad 2. La condonería. Aún tomando en cuenta que los padres conocen y saben acerca del condón, les mostraremos en físico los tipos y variedades de condones que existen.

Los profesionales deberían informar a los padres que si uno de sus hijos está luchando con un problema o un tema serio como la decisión de tener sexo, puede ayudar el hecho de hablar sobre sus propias experiencias de la adolescencia con este tema en específico. La apertura en esta área refuerza que los padres tengan el tipo de conocimiento y experiencia que puede ayudar a sus hijos a tratar con temas difíciles.

- a) Los ponentes comentarán: *“Para otorgarles una mayor información sobre éste método, vamos a presentarles algunos condones y juguetes sexuales para que puedan conocerlos y familiarizarse con ellos”*
- b) Posteriormente harán una previa selección de condones dentro de la variedad que existe de ellos, además de algunos tipos de lubricantes y otros “juguetes” que pueden ser utilizados en las relaciones sexuales y además que sirven de protección.
- c) Es necesario que los padres conozcan estos productos y se familiaricen con ellos, ya que de esta manera podrán hablar con más facilidad y sin *tabúes* con sus hijos acerca de este tema.
- d) El ponente concluirá la dinámica comentando lo siguiente: *“Muy bien, como vieron existen muchísimas variedades de condones, hay de colores, sabores, olores y texturas, además de una serie de cosas que complementan al condón, sirviendo de protección sin limitar el placer que pueden sentir en las relaciones sexuales. Quizá ya conocían esta parte del condón, pero ¿alguno sabe los pasos que debe seguir para que sea considerado como un uso correcto? Esto lo veremos en la siguiente actividad.*

Objetivo de la actividad: Que los participantes conozcan físicamente algunos de los condones más comunes.

Materiales: Variedad de condones, lubricantes, dedales y juguetes sexuales.

Tiempo aproximado para la Actividad: 30 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 4: 60 minutos

Tema 5. Uso correcto del condón. Así es, generalmente los padres conocen el condón y para qué se usa, sin embargo pocos saben cómo se utiliza de manera correcta, y si se pretende que los padres les enseñen es necesario que ellos también sepan cómo es un uso correcto del condón, es lo que se verá en esta actividad.

Actividad 1. Dinámica “¿Cómo es un uso correcto del condón?”: El ponente comentará lo siguiente para iniciar esta actividad: *“A través de los años nos han mencionado que hay que usar el condón para protegernos de ITS, del VIH y de los embarazos no deseados, sin embargo ¿a cuántos de ustedes les han enseñado la forma correcta de usar un condón?”*

18 pasos para un uso correcto del Condón

1. Adquirir el condón en un lugar establecido o centro de salud, adecuado para la persona y práctica sexual
2. En caso de guardarlos procurar que sea en un lugar fresco y seco, lejos de objetos punzo cortantes y/o llaves que puedan dañar el empaque, preferentemente en portacondomes.
3. Fijarse en la fecha de caducidad y de elaboración para mirar si el tiempo de vida útil del condón está dentro del rango. Si aparece la fecha de caducidad restar 3 años. Si aparece la fecha de elaboración, sumar 3 años.
4. Antes de utilizarlo notar que aún tenga la burbuja de aire.
5. Revisar por dónde se abre el condón
6. Deslizar el condón dentro del empaque al lado opuesto al que será abierto.
7. Abrir el empaque por las muescas, utilizando la yema de los dedos (evitar usar uñas, dientes o tijeras).
8. Sacar el condón e identificar el lado por el cual se desenrolla.
9. Oprimir la punta del condón (receptáculo del semen) y girarlo dos veces para evitar que entre haya aire en el condón.
10. Colocar lubricante en el pene, el condón y la vagina para evitar la fricción que pueda romper el condón.
11. Estando el pene erecto, se desliza el prepucio hacia abajo para descubrir el glande, esto en caso de que no exista circuncisión.
12. Se coloca el condón en la punta del glande oprimiendo el receptáculo con la yema de los dedos y con la otra mano se desenrolla con suavidad el condón hasta la base del pene.
13. Sujetar el condón desde la base del pene e introducirlo en la vagina.
14. Después de la eyaculación y con el pene aun erecto, sujetar de la base del pene el condón y retirarlo de la vagina, para evitar que se derrame el líquido o el condón se salga.
15. Se retira el condón del pene pasando los dedos por el cuerpo del pene, de tal forma que se lleve hacia el receptáculo el semen que se haya escurrido al cuerpo del pene.
16. Se revisa que el condón no se haya roto y se dan dos vueltas al receptáculo para evitar derrames, evitar hacer nudo. (Se explica lo del virus del VIH al contacto con el aire).
17. Se envuelve en papel higiénico
18. Se deposita en el cesto de basura, evitar tirarlo al escusado.

- a) Después de comentar lo anterior el ponente expondrá a los participantes los 18 pasos para el uso correcto del condón en un pene de enseñanza, mismos pasos que el ponente deberá saberlos con precisión. Esto lo realizará con un máximo de 2 a 3 repeticiones.
- b) Posteriormente, se les pedirá a los padres que pasen voluntariamente y uno por uno al frente, colocar el condón llevando a cabo los 18 pasos del uso correcto del condón.
- c) Se espera que los padres se equivoquen en algunos pasos, por lo que los demás participantes les darán retroalimentación en cuanto a qué hizo bien y qué pasos faltaron.
- d) Al finalizar la actividad se les pedirá a los padres que pasaron que expresen cómo se sintieron y qué opinan sobre la actividad que acaban de realizar.

Objetivo de la actividad: Que los participantes conozcan cómo se emplea de manera correcta un condón.

Materiales: Variedad de condones, y penes de enseñanza.

Tiempo aproximado para la Actividad 6: 20 minutos.

Tema 6. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para la Actividad 7: 10 minutos.

Bibliografía básica para el Ponente

1. Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Proyecto de Estrategia Mundial. *Informe de la secretaria*, 72 pp.
2. Lizano, M., Carrillo, A. y Contreras, A. (2009). Infección por Virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Instituto Nacional de Cancerología*, 4, 205-216.

Bibliografía complementaria para el Ponente

1. Aspilcueta, D., Calderón, J. y Alzamora, L. (2007). Conocimientos y uso del condón en prevención de ITS en usuarios de las estaciones "YES" de Inppares de Lima metropolitana. *Revista Médica Vallejana*, 4(1), 54-62.
2. Bárcena, S. (2008). Predictores de la habilidad para usar correctamente el condón y la intención de emplearlo en adolescentes sin experiencia sexual. Tlalnepantla, Edo. de México. FES Iztacala, UNAM. 106p. (TESIS)
3. Planes, M., Gómez, A., Gras, M., Font-Mayolas, S., Conill, M. y Aymerich, M. (2007). Influencia social y uso del preservativo en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 82, 39-47.
4. Portero, P., Cirne, R. y Mathieu, G. (2002). La intención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 577-584.
5. Scott-Sheldon, L., Carey, M., Vanable, P., Senn, T., Coury-Doniger, P. & Urban, M. (2010). Predicting Condom Use among STD Clinic Patients Using the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model. *J Health Psychol*, 15(7), 1093-1102.

PARTE 2. ENSEÑANZA Y DESARROLLO DE LAS HABILIDADES PARA UNA COMUNICACIÓN SEXUAL DE CALIDAD ENTRE PADRES E HIJOS.

Sesión 7

Iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales

Se ha encontrado en la investigación la importancia de la comunicación sexual asertiva en pareja para la reducción del riesgo y la prevención de ITS y embarazos no deseados, se han desarrollado programas de intervención para este caso (Dilorio, Resnicow, Thomas, Wang, Dudley, Van Marter & Lipana, 2002; Dittus, Miller, Kotchick & Forehand, 2004; Eastman, Corona & Schuster, 2006; Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre y Zhou, 2007; Gallegos, Villarruel, Loveland, Ronis y Zhou, 2008; Houser & Documét, 2005; Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2006). Se ha notado que entre los jóvenes esta conducta puede ser cambiada y motivada a ser diferente, pues se han obtenido resultados favorables en estos programas según Kirby (2007). No obstante al regresar al entorno familiar los tabúes, las reglas culturales y sociales inculcadas en la familia pueden provocar que los jóvenes no continúen con el cambio de las conductas sexuales de riesgo.

Es por esto que a partir de esta sesión, los padres serán quienes aprendan a comunicarse con los jóvenes, ya que se ha reportado que más que con la pareja, la comunicación sexual entre padres e hijos puede reducir considerablemente las tasas de embarazos no deseados e ITS en adolescentes y en los que también se ha reportado que los jóvenes pueden comunicarse con los padres siempre y cuando los padres muestren esa disponibilidad y confianza hacia sus hijos (Aspy, Vesel, Oman, Rodine, Marshall & McLeroy, 2007; Fasula & Miller, 2006; Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre & Zhou, 2007; Lefkowitz & Boone, 2002; Lynn & Werner, 2004; Martson, 2004; Ogle, Glasier & Riley, 2007; O'Sullivan, Jaramillo, Moreau & Meyer, 1999; Raffaelli, Bogenschneider & Fran, 1998; Schouten, Van Den Putte, Pasmans & Meeuwesen, 2007; Teitelman, Ratcliffe & Cederbaum, 2008; Usher-Seriki, Smith & Tamora, 2008)

Los padres pueden hablar de ciertos temas en específico, como: pubertad, noviazgo, abstinencia, valores y expectativas de la conducta sexual, matrimonio, embarazo y anticoncepción, con los adolescentes (Guilamo-Ramos y Bouris, 2008). No obstante aún los padres se detienen a hablar más abiertamente con sus hijos por sus ansiedades o sentimientos de vergüenza al abordar estos temas.

Se sabe que los padres no hablan tanto de sexo. Esto puede deberse a que cuando se trata de hablar de sexo, los padres no saben qué decir, cómo decirlo o cuándo comenzar. Las barreras de la comunicación en las familias son la incomodidad parental y la vergüenza. Suele ocurrir debido a las diferencias generacionales y culturales, pues muchas familias fueron educadas en familias y culturas con una limitada o nula comunicación familiar sobre el sexo y temas relacionados.

Sin embargo, en la actualidad hay padres jóvenes con ideas, creencias y valores diferentes a las de hace algunas décadas, lo que puede favorecer su disposición a hablar con más apertura sobre estos temas que para muchos de ellos pueden resultar difíciles.

Si tomamos en cuenta que cuando los padres empiecen a comunicarse con sus hijos y decidan hablar de estos temas con ellos, deberán comprender que la comunicación padres-adolescentes debe ser comprendido como *un proceso continuo a través de esta etapa de la vida de los adolescentes* y no como una “*Enorme plática sobre sexualidad*”, lo que podría apenar e incomodar a los adolescentes.

Así, las próximas sesiones estarán enfocadas a desarrollar y mejorar la habilidad de comunicación de los padres, desde iniciar una conversación sobre temas sexuales hasta aprender a negociar encuentros sexuales y el uso del condón. Con el propósito de que ellos puedan explicar a sus hijos estos comportamientos preventivos.

Objetivo general: Que los participantes aprendan a iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales.

Objetivos específicos:

- a) Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con cualquier persona
- b) Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con su pareja
- c) Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con su hijo

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, cinta adhesiva, Anexo 2: “Recordando cuando eras Adolescente”.

Duración: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas. Por último, la bibliografía básica y complementaria para el ponente referente a esta segunda parte se encuentra al final de ésta.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. Bienvenida: Los participantes han “superado” la primera parte de este taller enfocado a la información y motivación para iniciar conversaciones sobre temas de sexualidad con sus hijos. Ahora, en esta segunda parte los participantes aprenderán a desarrollar o mejorar su habilidad para comunicarse con sus hijos.

- Se hará una breve recapitulación de lo visto en la sesiones pasadas
- Posteriormente se les dirá a los participantes, cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión que en esta sesión será la de Iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales, enfatizando la importancia que hay en la comunicación con sus hijos.

Se necesita que los padres sean comunicadores proactivos, quienes comiencen las discusiones sobre sexo, antes de que sus hijos empiecen su actividad sexual y mantener las líneas abiertas de comunicación durante la adolescencia.

Múltiples conversaciones proveen a los padres con la oportunidad de reiterar mensajes previos y adaptar lo que ellos opinan sobre el sexo a las necesidades de sus hijos.

- El ponente puede comentar lo siguiente: *“Esta sesión estará enfocada a la segunda y no menos importante fase de este Taller, que es la comunicación sexual con nuestros hijos. Iniciaremos con esta habilidad principal, la de iniciar y mantener una de muchas conversaciones sobre temas sexuales que puedan tener con sus hijos”.*

Tiempo aproximado para la Bienvenida: 10 minutos

Tema 2. Iniciemos una conversación

Actividad 1. Lluvia de ideas: En este momento los participantes se encuentran informados y motivados para comunicarse con sus hijos, en esta actividad ellos anotarán los temas de sexualidad con los cuales ellos se sienten capaces para mantener una conversación. Para lo cual el ponente comentará:

- *“Sabemos que como padres tenemos la responsabilidad de la educación de nuestros hijos, y para esto es necesaria la comunicación. En este caso, ¿podrían comentarnos sobre qué temas pueden o sienten que ustedes son capaces de hablar con sus hijos en el ámbito sexual?”*
- El ponente anotará en las hojas rotafolio los temas que los padres mencionen.
 - El ponente concluirá con lo siguiente: *“Tomando en cuenta la disponibilidad que muestran para hablar con sus hijos y que hay diversos temas que ustedes abordarían comenzaremos a desarrollar esta habilidad”.*

El ponente debe enfatizar el siguiente mensaje:

“Hablar con tus hijos sobre esperar en tener relaciones sexuales es importante por muchas razones además de la prevención del embarazo y las ITS. Esto demuestra que eres un padre responsable. Demuestra también que te preocupas por tus hijos y lo que les sucede. También puede ser el caso que si tu hijo no se ha involucrado en una relación sexual con otro adolescente, entonces puede enfocarse más en la escuela. Mientras hables con tus hijos sobre estos temas, los ayudarás a pensar de una forma más madura. Estarás enseñando a tus hijos a ser personas más maduras. Estas cosas ayudarán a tu hijo a ser mejor en la vida. Recuerda: Tu hijo quiere escuchar de ustedes que ¡pueden hacer la diferencia!”.

Objetivo de la actividad: Indagar en los participantes su disposición para hablar sobre temas sexuales con sus hijos y qué temas abordarían.

Materiales: Hojas rotafolio, plumones.

Tiempo aproximado para la actividad: 10 minutos

Actividad 2. “Recordando cuando era Adolescente”: Según las investigaciones sobre comunicación entre padres e hijos, una buena estrategia para que los padres puedan abrirse a hablar sobre sexualidad con sus hijos con una mayor facilidad es que se pongan en el lugar de sus hijos y recuerden cuando ellos eran adolescentes.

- El ponente comentará: *“¿Recuerdan su adolescencia? también fue difícil quizá y muchas veces deseamos que alguien nos orientara o guiara en muchos aspectos de nuestra vida, nuestros hijos esperan esto también de nosotros, y antes de conversar con sus hijos pueden recordar cuando eran adolescentes, esto les ayudará a comprenderlos un poco más”*.
- Se les entregará el cuestionario “Recordando cuando eras adolescente” (Anexo 2).
- Se les dará un breve lapso de tiempo para responderlo.

Objetivo de la actividad: Que los padres recuerden esta etapa de su vida y así la importancia de estar cerca e involucrarse en el sano desarrollo de sus hijos.

Materiales: Anexo 2. Cuestionario: “Recordando cuando eras adolescente”.

Tiempo aproximado para Actividad 2: 10 minutos

Tiempo aproximado total para Tema 2: 20 minutos

Tema 3. Habilidad: Iniciar y mantener conversaciones sobre temas sexuales:

Actividad 1. Definición de la Habilidad. Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición, para una comunicación efectiva: locutor, interlocutor, volumen de voz, proximidad física.

- Posteriormente el ponente les mencionará a los participantes que estos componentes deberán tenerlos presentes para tener una mejor comunicación.

Objetivo de la actividad 1: Informar a los participante sobre los componentes de una comunicación de calidad.

Materiales: Presentación en diapositivas, computadora portátil y proyector de diapositivas.

Tiempo aproximado para la actividad 1: 20 minutos.

Actividad 2. Modelado de la habilidad: Los padres han aprendido los componentes de una comunicación efectiva, es necesario que se les demuestre cómo se debe llevar a cabo, por lo que en esta actividad abordaremos dicha habilidad.

- El ponente comentará que es necesario que a los padres se les debe mostrar la forma en cómo podría iniciarse una conversación de una forma correcta.

- Se lleva a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audio grabaciones.

Objetivo de la actividad 2: Enseñar a los participantes cómo puede llevarse a cabo una conversación de calidad.

Materiales: Ninguno

Tiempo aproximado para la actividad 2: 10 minutos.

Actividad 3. Juego de Roles: Posteriormente a la demostración de la habilidad, los padres deben poner en práctica lo aprendido, esto es lo que llevaremos a cabo en esta actividad.

- En la ejecución del juego de roles se pide al participante de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad.
- Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.

Objetivo de la actividad 3: Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con su pareja.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la actividad 3: 25 minutos

Actividad 4. Retroalimentación: Es necesario que a los padres se les indica qué hicieron bien y qué es lo que pueden corregir en esta habilidad, con el objetivo de desarrollar y mejorar esta habilidad.

- La *retroalimentación correctiva* es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Lo que ayuda a los padres a sentirse con más confianza en su habilidad para hacer frente a estos temas difíciles.
- Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.

Objetivo de la actividad 4: Que los participantes evalúen su ejecución y de los demás en el juego de roles.

Tiempo aproximado para la actividad 3: 20 minutos.

Actividad 5. Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobre aprendizaje.

- **Asignación de tarea:** Se les pedirá a los padres que practiquen en casa la habilidad aprendida en esta sesión, turnándose los papeles. Esto ayudará a que la habilidad se refuerce y se mejore.

Objetivo de la actividad 5: Que los participantes inicien y mantengan una conversación sobre temas sexuales con sus hijos

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 7: 5 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 3: 80 minutos

Tema 4. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 10 minutos.

Sesión 8

Negociar una relación sexual

Objetivo general: Que los participantes aprendan a negociar el tener una relación sexual.

Objetivos específicos:

- a) Que los participantes aprendan a negociar un encuentro sexual con cualquier persona
- b) Que los participantes aprendan a negociar un encuentro sexual con su pareja
- c) Que los participantes enseñen a negociar un encuentro sexual a su hijo

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, Cinta adhesiva.

Duración: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, indagar en sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. Bienvenida. Los padres ya han aprendido el primer paso dentro de la comunicación, en esta actividad se les informará cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión, que en este caso será la situación de negociar una relación sexual. Y posteriormente se pedirá a los participantes que comenten cómo les fue con la tarea asignada.

- El ponente comentará: *“Cuando existe comunicación efectiva y asertiva, necesariamente puede existir la negociación, en este caso aprenderán a negociar una relación sexual de manera asertiva”*
- Posteriormente se les pedirá que voluntariamente comenten sus experiencias sobre cómo se sintieron, y cómo les fue en la Tarea asignada la sesión anterior.

Tiempo aproximado para la Bienvenida: 10 minutos.

Tema 2. Negociar un encuentro sexual: Es importante tanto para los padres como para los hijos desarrollar esta habilidad, pues puede darse el caso de que los adolescentes se encuentren en esta situación, por lo cual los padres pueden intervenir comunicándose y enseñando de cierta forma a sus hijos cómo poder negociar un encuentro sexual.

Actividad 1. Lluvia de ideas: Para que los participantes comprendan de qué trata esta habilidad se les comentará lo siguiente:

- *“En una negociación es necesario que ambas partes lleguen a un acuerdo sustentado en bases y argumentos válidos para poder lograr algún propósito, ustedes ¿qué argumentos darían y de qué manera consideran que se debería negociar un encuentro sexual?”.*
- Los ponentes tomarán nota en las hojas rotafolio de lo comentado por los participantes.
- El ponente concluirá: *“Como ven existen argumentos y formas para poder llegar a acuerdos para un bien común, tomando en cuenta lo que mencionaron, pasaremos a desarrollar esta habilidad”.*

Los profesionales pueden ayudar a los padres a entender que una proporción significativa de gente joven comienza a tener sexo a muy temprana edad: uno de cada siete adolescentes tiene sexo antes de los 15 años.

“Es más fácil demorar el inicio de la conducta sexual que detenerla una vez que ha iniciado”. Los profesionales deben hacer saber a los padres que deberían comenzar a hablar “temprano” en lugar de “muy tarde”, esto puede ser entre los 10 y los 12 años.

Objetivo de la actividad 1: Indagar en los participantes el nivel en su habilidad de negociación de un encuentro sexual.

Materiales: Hojas rotafolio y plumones.

Tiempo aproximado para la actividad 1: 15 minutos.

Actividad 2. Definición de la habilidad para negociar una relación sexual: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición.

- Los ponentes deberán hacer esta presentación para informar a los padres sobre los componentes de esta habilidad.

Objetivo de la actividad 2: Informar a los padres sobre los componentes de una buena negociación.

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la Actividad 3: 20 minutos.

Actividad 3. Modelado de la habilidad: Después de informar a los padres en qué consiste esta habilidad, es necesario mostrarles cómo debe realizarse en un escenario real.

- Se llevará a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audio grabaciones

Objetivo de la actividad 3: Demostrar a los participantes cómo se lleva a cabo una negociación de calidad

Tiempo aproximado para la actividad 3: 10 minutos.

Actividad 4. Juego de Roles: Los participantes deberán poner en práctica lo aprendido, por lo cual es necesario el juego de roles para reforzar la habilidad.

- El ponente pedirá a los participantes de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad.
- Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.

Objetivo de la actividad 4: Que los participantes aprendan a negociar un encuentro sexual con su pareja.

Materiales: Ninguno

El ponente deberá enfatizar lo siguiente:

Es vergonzoso, sin embargo recuerden que el futuro de sus hijos está en juego y un poco de vergüenza no debe impedirles a sus hijos la mejor oportunidad de una vida sana y exitosa. Recuerda, los adolescentes aprecian la honestidad. Tú puedes hacer saber a tus hijos que hablar de sexualidad es difícil para ti porque tus padres raramente o nunca hablaron contigo sobre este tema, si es el caso. Comenta a tus hijos que lucharás con la dificultad porque te preocupas por ellos. Con práctica, podremos trabajar juntos para hacerlo más cómodo. ¡La vergüenza no debe ser un sentimiento permanente!

Tiempo aproximado para la Actividad 5: 25 minutos.

Actividad 5. Retroalimentación: La *retroalimentación correctiva* es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.

- El ponente pedirá a los demás participantes que den sus críticas a los que voluntariamente participaron ante el grupo, mencionándoles qué es lo que hicieron bien y qué es lo que pueden mejorar.
- Esto alentará a los padres a mejorar su confianza tanto para sí mismos y en su habilidad para manejar las situaciones en casa.

Objetivo de la actividad 5: Que los participantes evalúen su ejecución y la de los demás en el juego de roles.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la actividad 5: 25 minutos.

Actividad 6. Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobre aprendizaje.

- **Tarea en casa:** Se les pedirá a los participantes que practiquen esta habilidad en casa, con su pareja, intercambiando los papeles. Lo que ayudará a comprender la situación de la otra persona.

Objetivo de la actividad 6: Que los participantes enseñen a negociar un encuentro sexual a su hijo.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 7: 5 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 2: 80 minutos.

Tema 3. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 10 minutos.

Sesión 9

Negociar el uso del condón

Objetivo general: que los participantes aprendan a negociar el uso del condón en un encuentro sexual.

Objetivos específicos:

- a) Que los participantes negocien el uso del condón en un encuentro sexual con cualquier persona
- b) Que los participantes negocien el uso del condón en un encuentro sexual con su pareja
- c) Que los participantes enseñen a negociar el uso del condón en un encuentro sexual a su hijo

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, Cinta adhesiva.

Duración: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, indagar en cuanto a sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. Bienvenida: Los padres ya han comprendido la importancia de la comunicación en casa y saben por qué es que se les está enseñando esta habilidad. En esta ocasión se les enseñará otra situación más dentro de la comunicación sexual que es la Negociación del Uso del Condón

Si los padres no saben cómo iniciar una conversación sobre estos temas, se sugiere que los profesionales les propongan como solución establecer “momentos educativos”, quizá una vez al mes para tratar temas importantes, o una rutina que garantice el “momento y el lugar” para discutir no sólo temas de sexualidad, sino también temas relacionados con otras conductas de riesgo en la escuela, como las adicciones.

- El ponente comentará: *“Dentro de las relaciones de pareja puede darse el inicio de las relaciones sexuales, con nuestros adolescentes puede darse esta situación por la curiosidad, la presión de la pareja o de los amigos, sin embargo está en nuestras manos la parte de la comunicación, que puede en un inicio retrasar este debut sexual, y mejor aún informar a nuestros hijos de los riesgos que implica. Sin embargo, puede ocurrir que ocurra un debut sexual, en este caso lo que debe de preocuparnos no es dicho debut, sino la posibilidad de un embarazo o peor aún, el contagio de una ITS, así*

que abordaremos la negociación del uso del condón en esta sesión”.

Tiempo aproximado para la Bienvenida: 5 minutos.

Tema 2. Negociar el uso del condón en un encuentro sexual: Es importante recordar a los padres que el objetivo primordial del taller es la prevención. Por lo que una de las cosas que queremos prevenir con la comunicación es el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, la prevención de un embarazo no deseado, la prevención de contagio por alguna ITS incluido el VIH/SIDA. Es por esto que los padres necesariamente deben aprender y mejorar esta habilidad.

Actividad 1. Lluvia de ideas: Se les preguntará a los padres qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería negociar el uso del condón en un encuentro sexual.

- El ponente comentará: *“Muchas veces puede darse la ocasión en la cual los jóvenes se encuentren en una situación de riesgo, por ejemplo: un encuentro sexual sin protección, ustedes ¿qué argumentos y de qué manera se podría o debería negociar el uso del condón en un encuentro sexual?”.*
- Se tomará nota de todo aquello que los padres mencionen al respecto.

Objetivo de la actividad 1: Indagar en los participantes el nivel en su habilidad para negociar el uso del condón.

Materiales: Hojas rotafolio y plumones.

Tiempo aproximado para la Actividad 2: 20 minutos.

Actividad 2. Definición de la habilidad para negociar el uso del condón: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición.

- Los ponentes deberán hacer esta presentación para informar a los padres sobre los componentes de esta habilidad.

Objetivo de la actividad 2: Informar a los participantes sobre los componentes de esta habilidad.

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la Actividad 3: 20 minutos.

Actividad 3. Modelado de la habilidad: Después de informar a los padres en qué consiste esta habilidad, es necesario mostrarles cómo debe realizarse en un escenario real.

- Se llevará a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo o en video.

Objetivo de la actividad 3: Demostrar a los participantes cómo se lleva a cabo una negociación de calidad.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 4: 10 minutos.

Actividad 4. Juego de Roles: Los participantes deberán poner en práctica lo aprendido, por lo cual es necesario el juego de roles para reforzar la habilidad.

El ponente deberá enfatizar lo siguiente:

"La investigación ha demostrado que los adolescentes muestran menor probabilidad de tener sexo cuando los padres son su mayor fuente de información sobre sexualidad. Los padres deberían estar cómodos hablando sobre anticoncepción aun si ellos se oponen a que los adolescentes tengan sexo. Si ustedes hablan de anticoncepción y no desean que sus hijos tengan sexo, necesitan ser muy claros en estos deseos. No dejen lugar a la ambigüedad. ¡Esto hará la diferencia! Una estrategia es comentarles a sus hijos que ustedes hablarán con ellos sobre anticonceptivos y cómo usarlos, pero que esa información será para el futuro, cuando sean un poco más grandes y estén listos para tener sexo. Ustedes explicarán estas cosas ahora para que ellos estén plenamente informados".

- El ponente pedirá a los participantes de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad.
- Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.

Objetivo de la actividad 4: Que los participantes practiquen la negociación del uso del condón con su pareja

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la actividad 4: 25 minutos.

Actividad 5. Retroalimentación: La *retroalimentación correctiva* es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.

- El ponente pedirá a los demás participantes que den sus críticas a los que voluntariamente participaron ante el grupo, mencionándoles qué es lo que hicieron bien y qué es lo que pueden mejorar.
- Esto alentará a los padres a mejorar su confianza tanto para sí mismos y en su habilidad para manejar las situaciones en casa.

Objetivo de la actividad 4: Que los participantes evalúen su ejecución y la de los demás en el juego de roles

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 6: 25 minutos.

Actividad 6. Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobre aprendizaje.

- **Tarea en casa:** Se les pedirá a los participantes que practican esta habilidad en casa, con su pareja, intercambiando los papeles. Lo que ayudará a comprender la situación de la otra persona.

Objetivo de la actividad 6: Que los participantes enseñen a sus hijos a negociar el uso del condón.

Tiempo aproximado para la Actividad 7: 5 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 2: 80 minutos.

Tema 3. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 10 minutos.

Sesión 10.

Posponer un encuentro sexual

Objetivo general: Que los participantes aprendan a posponer un encuentro sexual.

Objetivos específicos:

- a) Que los participantes pospongan un encuentro sexual con cualquier persona
- b) Que los participantes pospongan un encuentro sexual con su pareja
- c) Que los participantes enseñen como posponer un encuentro sexual a su hijo

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, Cinta adhesiva.

Duración: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, indagar en cuanto a sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. Bienvenida: Dado que los padres han aprendido las habilidades necesarias dentro de la comunicación, se les explicará que en esta sesión aprenderán la habilidad de Posponer un Encuentro Sexual.

- El ponente comentara: *“Recordando lo visto en la sesión anterior, la prevención es nuestro propósito. El debut sexual en los adolescentes es riesgoso y es necesario retrasarlo, al menos hasta que nuestros hijos estén lo*

suficientemente preparados, es por esto que en esta sesión aprenderemos a Posponer un encuentro sexual”.

- **Tiempo aproximado para la Bienvenida:** 5 minutos.

Tema 2. Posponer un encuentro sexual: Lo que se pretende es que los padres aprendan esta habilidad para poder enseñarles a sus hijos en el futuro cómo lograr esto, con el objetivo de que sus hijos adolescentes no se dejen llevar por la presión o la curiosidad y puedan posponer un encuentro sexual.

Actividad 1. Lluvia de ideas: Se les preguntará a los padres qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería posponer un encuentro sexual.

- El ponente comentará: *“¿Cuántas veces puede ocurrir que los adolescentes quieran experimentar su primera relación sexual? Sin embargo, a través de la comunicación los adolescentes comprenderán que es mejor posponer el encuentro sexual hasta sentirse preparados, pero puede ocurrir que sientan la presión de su pareja o de sus amistades y no están listos para esta experiencia, ¿ustedes qué argumentos darían para posponer un encuentro sexual? ”.*
- Se tomará nota de todo aquello que los padres mencionen al respecto.

Objetivo de la actividad 1: Indagar en los participantes el nivel en su habilidad para posponer un encuentro sexual.

Materiales: Hojas rotafolio y plumones.

Tiempo aproximado para la Actividad 1: 20 minutos.

Actividad 2. Definición de la habilidad para posponer un encuentro sexual: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición.

- Los ponentes deberán hacer esta presentación para informar a los padres sobre los componentes de esta habilidad.

Muchos padres se preocupan con el hecho de que hablar de sexualidad con sus hijos podría alentarlos a comenzar su actividad sexual. Por otra parte otros padres han mostrado que su decisión para hablar de sexualidad tiene su raíz en la creencia de que ayudarán a sus hijos a evitar los embarazos y las ITS alentándolos a adoptar una forma de pensar y una toma de decisiones más madura.

Objetivo de la actividad 2: Informar a los participantes sobre los componentes de esta habilidad.

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la actividad 2: 20 minutos.

El ponente deberá enfatizar lo siguiente:

“Mantén la atención en tu hijo. Si tu hijo te pregunta si tuviste sexo en tu adolescencia, tú puedes contarle que el punto de la discusión no eres tú. Si a caso crees que tu historia sexual no podría ser parte de la discusión, comenta a tus hijos que eso no es relevante. Informa a tus hijos que el punto está en sus decisiones y no en las tuyas. Destaca que la contundente mayoría de los jóvenes se lamenta de haber tenido relaciones sexuales muy pronto y que tú no quieres que tus hijos también se arrepientan. También puedes explicar que los riesgos son más severos en la actualidad que cómo lo fueron en el pasado. Ayuda a tus hijos a entender tus valores y deseos para ellos de evitar embarazarse o causar un embarazo”.

Actividad 3. Modelado de la habilidad: Después de informar a los padres en qué consiste esta habilidad, es necesario mostrarles cómo debe realizarse en un escenario real.

- Se llevará a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo o en video.

Objetivo de la actividad 3: Demostrar a los participantes cómo se lleva a cabo esta habilidad.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 4: 10 minutos.

Actividad 4. Juego de Roles: Los participantes deberán poner en práctica lo aprendido, por lo cual es necesario el juego de roles para reforzar la habilidad.

- El ponente pedirá a los participantes de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes

o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad.

- Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.

Objetivo de la actividad 4: Que los participantes pospongan un encuentro sexual con su pareja.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 5: 25 minutos.

Actividad 5. Retroalimentación: La *retroalimentación correctiva* es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.

- El ponente pedirá a los demás participantes que den sus críticas a los que voluntariamente participaron ante el grupo, mencionándoles qué es lo que hicieron bien y qué es lo que pueden mejorar.
- Esto alentará a los padres a mejorar su confianza tanto para sí mismos y en su habilidad para manejar las situaciones en casa.

Objetivo de la actividad 5: Que los participantes evalúen su ejecución y la de los demás en el juego de roles.

Tiempo aproximado para la actividad 5: 25 minutos.

Actividad 6. Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobre aprendizaje.

- **Tarea en casa:** Se les pedirá a los participantes que practican esta habilidad en casa, con su pareja, intercambiando los papeles. Lo que ayudará a comprender la situación de la otra persona.

Objetivo de la actividad 6: Que los participantes enseñen a sus hijos la habilidad de posponer un encuentro sexual.

Tiempo aproximado para la actividad 6: 5 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 2: 80 minutos.

Tema 3. Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos a externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para el cierre de sesión: 10 minutos.

Sesión 11.

Rechazar un encuentro sexual

Objetivo general: Que los participantes aprendan a rechazar un encuentro sexual

Objetivos específicos:

- a) Que los participantes aprendan a rechazar un encuentro sexual con cualquier persona
- b) Que los participantes aprendan a rechazar un encuentro sexual con su pareja
- c) Que los participantes enseñen como rechazar un encuentro sexual a su hijo

Actividades de los participantes: Responder a las preguntas que los ponentes les planteen, además de su completa participación en las dinámicas planeadas para esta sesión.

Materiales: Diapositivas, cañón, computadora portátil, hojas rotafolio, pizarrón, plumones, Cinta adhesiva.

Duración: 120 minutos.

Comentarios: Se comenzará la sesión después del tiempo de tolerancia acordado y enfatizando la importancia de la puntualidad en el transcurso del taller y se les dará la bienvenida nuevamente a los asistentes agradeciendo su presencia, recordándoles que deben llevar sus manuales a todas las sesiones del taller y realizando una breve recapitulación de lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se realizará una conferencia, se necesita que el ponente tenga preparado el equipo y las presentaciones necesarias para ellas.

Es necesario preguntar a los padres cómo se han sentido en el taller, indagar en cuanto a sus necesidades y también responder a las opiniones dejadas en el buzón de sugerencias.

Descripción de las Actividades de la Sesión.

Tema 1. Bienvenida: Dado que los padres han aprendido las habilidades necesarias dentro de la comunicación, se les explicará que en esta sesión aprenderán la habilidad de Rechazar un Encuentro Sexual.

- El ponente podrá comentar: *“Muchas veces, la presión de la pareja o de las amistades de nuestros hijos puede ser un factor por el cual ellos sientan que deben iniciar a tener relaciones sexuales, en esta sesión aprenderemos a rechazar un encuentro sexual”.*

Tiempo aproximado para la Bienvenida: 5 minutos

Tema 2. Rechazar un Encuentro Sexual. En esta sesión los padres aprenderán la habilidad de Rechazar un encuentro sexual.

Actividad 1. Lluvia de ideas: Se les preguntará a los padres qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería posponer un encuentro sexual.

- El ponente comentará: *“Nuestros hijos pueden encontrarse en la situación en la que su pareja o sus amigos le presionen para tener una relación sexual y es natural que no se sientan preparados, por esta razón se les enseñará a los padres la habilidad para Rechazar un encuentro sexual”.*

Objetivo de la actividad 1: Indagar en los participantes el nivel en su habilidad para rechazar un encuentro sexual.

Materiales: Hojas rotafolio y plumones.

Tiempo aproximado para la Actividad 2: 15 minutos.

Actividad 2. Definición de la habilidad para posponer un encuentro sexual: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición.

- Los ponentes deberán hacer esta presentación para informar a los padres sobre los componentes de esta habilidad.

Objetivo de la actividad 2: Informar a los padres sobre los componentes de esta habilidad.

Enfatizar lo siguiente:

“Sea Honesto. Si ustedes deciden contarle a su hijo que han tenido sexo en la adolescencia, consideren de antemano qué decir. Por ejemplo, pueden utilizar esta oportunidad para hablar de sus razones para tener sexo a una temprana edad y discutir cómo se siente sobre eso de una forma retrospectiva. Quizá usted tuvo una experiencia negativa. Si no fue así, los padres pueden decir que tan sólo fueron lo suficientemente afortunados de escapar a un embarazo prematuro, lo que no significa que tus hijos corran con la misma suerte. Aproveche esta oportunidad para hablar con sus hijos para hablar con su hijo acerca de cómo tratar con esta decisión tan difícil en la adolescencia, y lo que piensan en el sexo, el amor, las relaciones y los valores familiares. Ayude a su adolescente a entender los valores inculcados en casa, así como su fuerte deseo para ellos de evitar un embarazo a temprana edad.”

Materiales: Presentación en diapositivas, proyector de diapositivas y computadora portátil.

Tiempo aproximado para la Actividad 3: 20 minutos.

Actividad 3. Modelado de la habilidad: Después de informar a los padres en qué consiste esta habilidad, es necesario mostrarles cómo debe realizarse en un escenario real.

- Se llevará a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audio grabaciones

Objetivo de la actividad 3: Demostrar a los participantes cómo se lleva a cabo esta habilidad.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 4: 10 minutos.

Actividad 4. Juego de Roles: Los participantes deberán poner en práctica lo aprendido, por lo cual es necesario el juego de roles para reforzar la habilidad.

- El ponente pedirá a los participantes de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad.
- Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.

Objetivo de la actividad 4: Que los participantes aprendan y rechacen un encuentro sexual con su pareja.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 5: 25 minutos.

Actividad 5. Retroalimentación: La *retroalimentación correctiva* es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los

participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.

- El ponente pedirá a los demás participantes que den sus críticas a los que voluntariamente participaron ante el grupo, mencionándoles qué es lo que hicieron bien y qué es lo que pueden mejorar.
- Esto alentará a los padres a mejorar su confianza tanto para sí mismos y en su habilidad para manejar las situaciones en casa.

Objetivo de la actividad 5: Que los participantes evalúen su ejecución y la de los demás en el juego de roles.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 6: 20 minutos.

Actividad 6. Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el aprendizaje.

- **Tarea en casa:** Se les pedirá a los participantes que practiquen esta habilidad en casa, con su pareja, intercambiando los papeles. Lo que ayudará a comprender la situación de la otra persona.

Objetivo de la actividad 6: Que los participantes enseñen a sus hijos la habilidad para rechazar un encuentro sexual.

Materiales: Ninguno.

Tiempo aproximado para la Actividad 7: 5 minutos.

Tiempo aproximado total para el Tema 2: 70 minutos.

Tema 3. Evaluación de los conocimientos sobre sexualidad.

Actividad 1. Aplicación de la post-evaluación. Esta actividad se llevará a cabo para analizar los resultados del taller por lo que los ponentes entregarán a los participantes el instrumento con el que se evaluará a los padres, pidiéndoles que lo contesten y cuando terminen se los devuelvan. Les explicarán que tal cuestionario tiene la finalidad de conocer la información que aprendieron hasta el momento sobre los temas tratados en el taller y para que hacer una comparación en cuanto a cambios positivos en su conocimiento y posturas antes y después del Taller.

Objetivo de la actividad: Evaluar los conocimientos de los participantes sobre sexualidad después de asistir al taller.

Materiales: Lápices, instrumento para pre evaluación y manuales para participante.

Tiempo aproximado para el Tema 3: 15 minutos

Tema 4.Cierre de la sesión. Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación, recordándoles que debe ser importante la puntualidad e invitándolos externar sus opiniones y/o depositarlas en el buzón de sugerencias. Y se resolverán algunos comentarios, quejas y sugerencias depositadas en el buzón la sesión anterior.

Tiempo aproximado para el Cierre de sesión: 5 minutos.

Tema 5. Cierre del Taller. Se realizará una reseña de lo visto en el Taller, se les preguntará acerca de cómo se sintieron en el taller y de qué forma creen que les ayudará en el futuro lo aprendido. De igual manera se les pedirán sus opiniones y una breve retroalimentación hacia el Taller, preguntándoles qué mejorarían y que agregarían; y por último una retroalimentación a los ponentes sobre qué hicieron bien y qué podrían mejorar. Los ponentes deberán tomar nota sobre lo dicho en las retroalimentaciones para mejorar en el futuro este taller.

Tiempo aproximado para el Cierre del Taller: 15- 20 minutos.

Bibliografía básica para el Ponente

1. Armistead, L., Forehand, R., Long, N., Wyckoff, S. & Miller, KS. (2006) The Parents Matter! Program (PMP): Effectiveness of a family-based sexual risk prevention program. XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada.
2. Bazargan, M., Stein, J., Bazargan, S. & Hindman, D. (2009). Using the Information, Motivation, Behavioral Model to Predict Sexual Behaviors Among Underserved Minority Youth. *Journal of School Health*, 80(6), 287-295.
3. Dilorio, C., Thomas, S., Wang, D., Dudley, W., Marter, D. & Lipana, J. (2002). Keepin' It R.E.A.L.!: Program Description and Results of Baseline Assessment. *Health Education and Behavior*, 29(1). 104-123.
4. Dittus, P., Miller, K., Kotchick, B. & Forehand, R. (2004). Why Parents Matter!: The Conceptual Basis for a Community-Based HIV Prevention Program for the Parents of African American Youth. *Journal of Child and Family Studies*. 13(1), 2-20.
5. Eastman, K., Corona, R. & Schuster, M. (2006). Talking Parents, Healthy Teens: A Worksite-Based Program for Parents to Promote Adolescent Sexual Health. *Preventing Chronic Disease*, 3(4), 1-10.
6. Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A. & Misovich, S. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21(2), 177-186
7. Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland, C., Ronis, D. & Zhou, D. (2008). Intervención para Reducir el Riesgo en Conductas Sexuales de Adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50(1), 59-66.
8. Guilamo-Ramos, V., LCSW & Bouris, A. (2008). Parent-Adolescent Communication about Sex in Latino Families: A Guide for Practitioners. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 28pp.
9. Houser, H. & Documét, P.(2005). Parent-Peer Education: Lessons Learned from a Community-Based Initiative for Teen Pregnancy Prevention. *Journal of Adolescent Health*, 37, S100-S107.
10. Jiménez, S., Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 9(2), 147-162.
11. Kirby, D. (2007). Emerging Answers. Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. *National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy*. 204 p.

Bibliografía complementaria para el Ponente

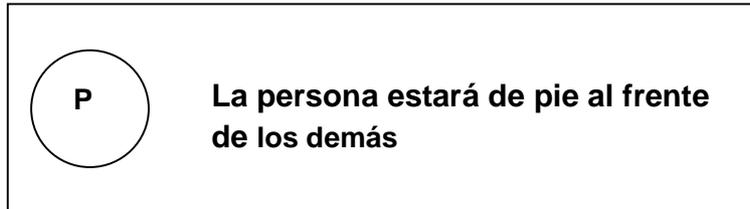
1. Afifi, T., Joseph, A. & Aldeis, D. (2008). Why Can't We Just Talk About It?: An Observational Study of Parents' and Adolescents' Conversations About Sex. *Journal of Adolescents Research*, 23(6), 689-721.
2. Barocio, R. (2008). Disciplina con amor para adolescentes. Guía para llevarte bien con tu adolescente. México; Editorial Pax, 212 pp.
3. Fasula, A. & Miller, K. (2006). African-American and Hispanic Adolescents' Intentions to delay first intercourse: parental communication as a buffer for sexually active peers. *Journal of Adolescents Health*, 38, 193-200.
4. Gallegos, E., Villarruel, A., Vinicio, M., Onofre, D. & Zhou, Y. (2007). Research Brief: Sexual Communication and Knowledge Among Mexican Parents and Their Adolescent Children. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(2), 28-34.
5. Guilamo-Ramos, V., LCSW & Bouris, A. (2008). Parent-Adolescent Communication about Sex in Latino Families: A Guide for Practitioners. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 28pp.
6. Lefkowitz, E., Boone, T., Sigman, M. & Kit-fong, T. (2002). He Said, She Said: Gender Differences in Mother-Adolescent Conversations about Sexuality. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 217-272.
7. Lynn, J. & Werner-Wilson, R. (2004). Multiple Perspectives of Parent-Adolescent Sexuality Communication: Phenomenological Description of a *Rashoman* Effect. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 273-288.
8. McKee, L., Forehand, R., Miller, K., Whitaker, D., Long, N. & Armistead, L. (2007). Are Parental Gender Role Beliefs a Predictor of Change in Sexual Communication in a Preventive Program? *Behavior Modification*, 31(4), 435-453.
9. Miller, R., Levin, M., Whitaker, D. & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1542-1544.
10. Ogle, S., Glasier, A. & Riley, S. (2008). Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception*, 77, 283-288.
11. O'Sullivan, L., Jaramillo, B., Moreau, D. & Meyer-Bahlburg, H. (1999). Mother-daughter Communications about sexuality in a clinical sample of hispanic adolescents girls. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 21(4), 447-469.
12. Pérez, F., Fuster, E. y Mucitu, G. (1988). Diferencias en los tópicos de comunicación entre padres e hijos según la dirección de la comunicación y las variables sexo, edad y status. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 31-41.

13. Pick, S., Givaudan, M., Sirkin, J. & Ortega, I. (2007). Communication as a protective factor: evaluation of a life skills HIV/AIDS prevention program for Mexican elementary-school students. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 408-421.
14. Raffaelli, M., Bogenschneider, K. & Fran, M. (1998). Parent-Teen Communication About Sexual Topics. *Journal of Family Issues*, 19, 314-333.
15. Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., Rodríguez, M. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), pp. 60-71.
16. Stead, M., Brown, J. & Fallowfield, L. (2001). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: a qualitative study. *EWJM*, 176, 836-837.
17. Schouten, B., Putte, B., Pasmans, M. & Meeuwesen, L. (2007). Parent-adolescent communication about sexuality: The role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. *Patient Education and Counseling* 66, 75-83.
18. Tulloch, H., McCaul, K., Miltenberger, R. & Smyth, J. (2004). Partner Communication Skills Condom Use Among College Couples. *Journal of American College Health*, 52(6), 263-267.

ANEXOS

ANEXO 1

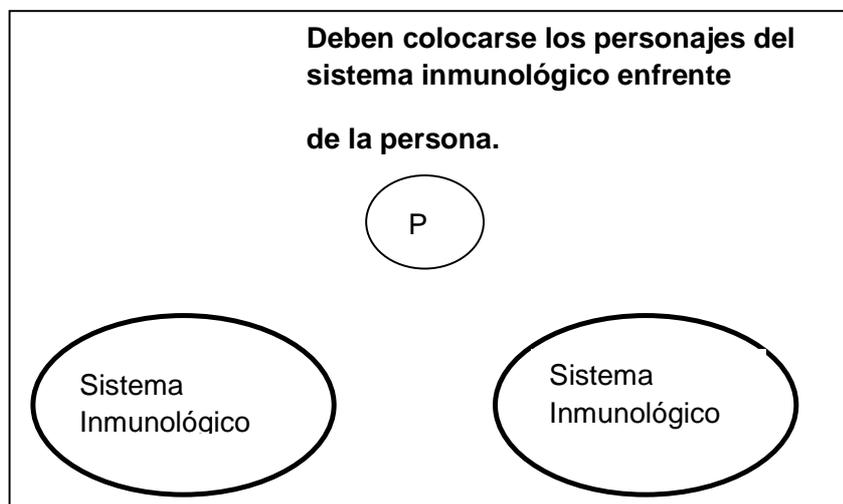
GUIÓN PARA EL NARRADOR.



Ahora harás la presentación para el personaje de la persona, para lo cual puedes guiarte por el siguiente texto:

NARRADOR: ¿Esta persona parece saludable? Nosotros vamos a demostrar lo que pasa cuando una persona como él o ella se infecta por el VIH. VIH son las siglas del Virus de Inmunodeficiencia humana.

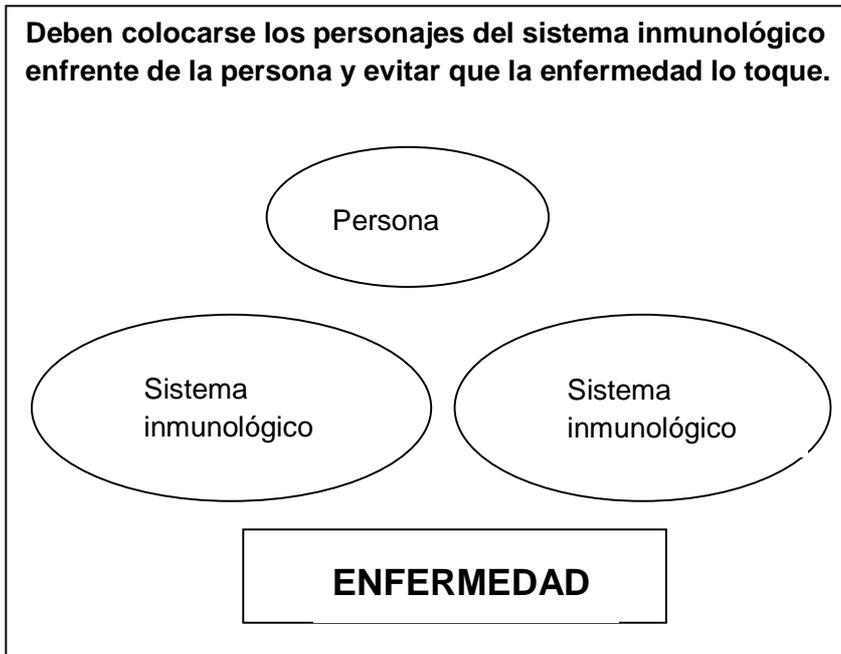
En este momento pedirás o harás una seña para que el sistema Inmunológico entre al escenario y se coloque enfrente de la persona como bloqueadores.



NARRADOR: Todos tenemos un sistema inmunológico. Las defensas del sistema inmunológico protegen a las personas de las infecciones y ayudan a las personas a mejorarse cuando ellas están enfermas.

Ahora, harás la introducción para el personaje de la Enfermedad.
Le haces una señal y le dices al público:

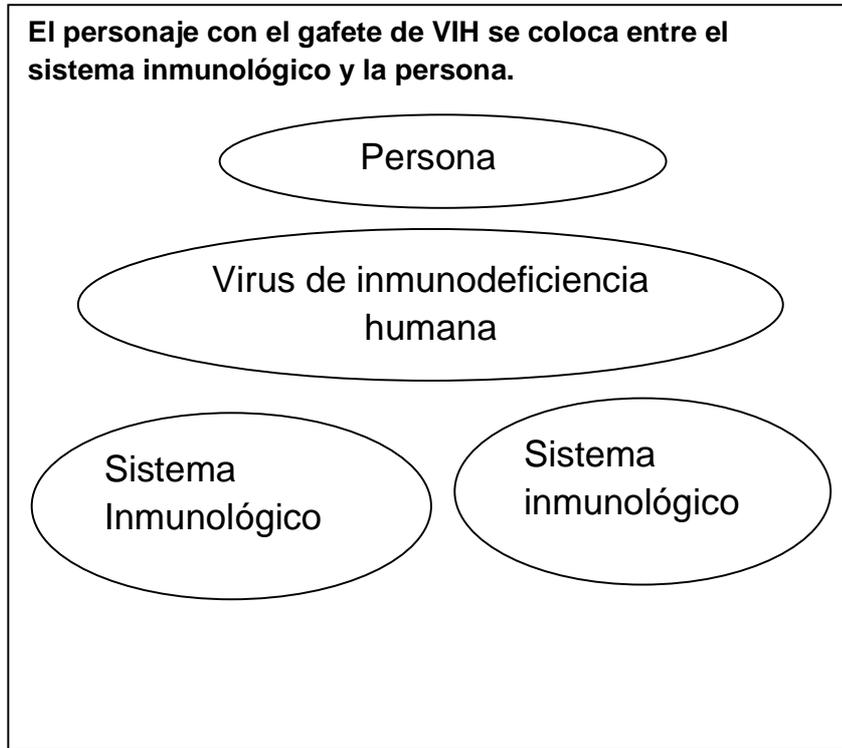
Esta (señalando al actor con el gafete de enfermedad) **puede ser un resfriado, gripe, pulmonía, una infección, cáncer o muchas otras cosas más.**



La enfermedad intenta tocar a la persona, sólo que está bloqueada por el Sistema Inmunológico. Después de ser bloqueada, la enfermedad se hace a un lado.

NARRADOR: Muchas enfermedades normalmente no pueden atacar a las personas porque el sistema inmunológico protege a la persona.

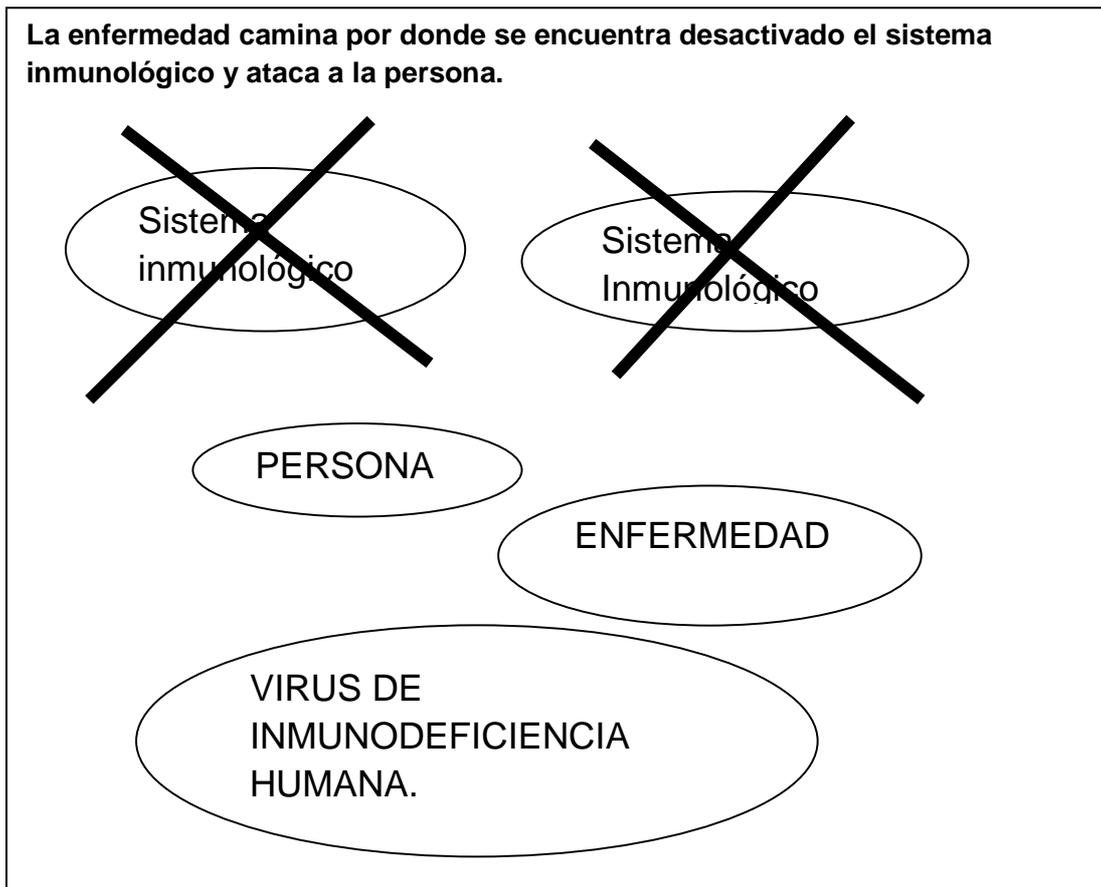
La persona gira sobre su eje o da 3 vueltas (lo cual representa a las conductas de riesgo, como el sexo sin protección), posterior a esto el personaje con el gafete de VIH se coloca entre el sistema inmunológico y la persona.



NARRADOR: Si la persona tiene sexo sin protección con una persona infectada o comparte agujas sucias, el VIH puede entrar a la sangre de la persona.

El personaje del VIH empuja a las personas que representan el Sistema inmunológico a un lado, entonces esas 2 células del sistema mueren.

NARRADOR: El VIH es un virus que destruye al Sistema Inmunológico, dejando a la persona vulnerable a las infecciones y enfermedades que a la mayoría de las personas con un sistema inmunológico saludable no atacan o están protegidas.



NARRADOR: Con un sistema inmunológico debilitado, las enfermedades como la pulmonía atacan o infectan fácilmente a la persona. Ella tardará más tiempo en recuperarse. Esta es una de las enfermedades a las que se les ha denominado oportunistas y que quizá mate a la persona con VIH. Cuando una persona con VIH desarrolla una enfermedad oportunista, entonces se dice que la persona tiene SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

ANEXO 2.

Recordando cuando eras Adolescente...

Nombra algo que quisiste que los adultos en tu vida te dijeran ¿Por qué? ¿Qué adultos?

Recuerda a alguien que ha tenido una influencia positiva en tu vida. ¿Cómo te hizo sentir esa persona? ¿Qué cosas hizo para hacerte sentir de esa manera?

Recuerdo, como un adolescente, enamorándome y pensando...

Ahora, como un adulto..

Yo creo que los adolescentes y el amor, el sexo y la relación:

- A) No se mezclan...
- B) Son posibles...
- C) Es algo que tiene que suceder...

Debido a esto, creo que debo decirles a los adolescentes, _____

Creo que las ideas de los jóvenes sobre el amor, el sexo y las relaciones deben hacer hincapié en

- A) Las consecuencias médicas y el uso de condones para protegerse de las infecciones de transmisión sexual
- B) Los aspectos románticos de lo que es cuidar a alguien
- C) Las consecuencias religiosas de las acciones sexuales
- D) Todas las anteriores
- E) Otras _____

Crees que la abstinencia es....

- A) La meta final de alcanzar para alguien que no está casado
- B) Sólo vale la pena cuando se es virgen
- C) Es el mensaje de la iglesia y por lo tanto, nada más debe mencionarse
- D) Es el mensaje de la iglesia y tiene que estar presente en la iglesia, pero se debe dar la oportunidad a los adolescentes de escuchar otros mensajes cuando lo necesitan.

¿Crees que la mayoría de los adolescentes saben la diferencia entre lo que está bien y lo que está mal? ¿Crees que la mayoría de los adultos saben la diferencia entre lo que está bien y lo que está mal? ¿Cómo lo saben?

Algunos adolescentes dicen: “Tengo el derecho de hacer lo que quiera con mi cuerpo”. Algunos adultos dicen: “Eres demasiado joven para tener relaciones sexuales y deberías esperar”. ¿Tú qué piensas al respecto?

¿Qué piensas sobre el matrimonio? Describe a la pareja ideal:

¿Cómo me siento acerca de que los adolescentes tengan relaciones sexuales entre ellos? ¿Con personas mayores que ellos?

Taller para Padres



Abriendo Brecha: Comunicación Sexual entre Padres e Hijos Adolescentes



Indice



Dedicatoria _____ 3



Introducción _____ 4



Recomendaciones para uso del manual _____ 8



Tema 1: Adolescencia y sexualidad _____ 10



Recomendaciones y sugerencias _____ 22



Tema 2: Embarazo y Aborto en la
adolescencia _____ 23



Recomendaciones y sugerencias _____ 39



Tema 3: Infecciones de Transmisión
Sexual _____ 40



Tema 4: VIH/SIDA _____ 55

Recomendaciones y sugerencias ITS Y
VIH/SIDA _____ 61





Tema 5: Uso correcto del condón _____ 62



Recomendaciones y sugerencias _____ 75



**Tema 6: Comunicación Asertiva y
Habilidades _____ 76**



Tema 7: ¿Cómo comunicarte con tus hijos? ___ 89

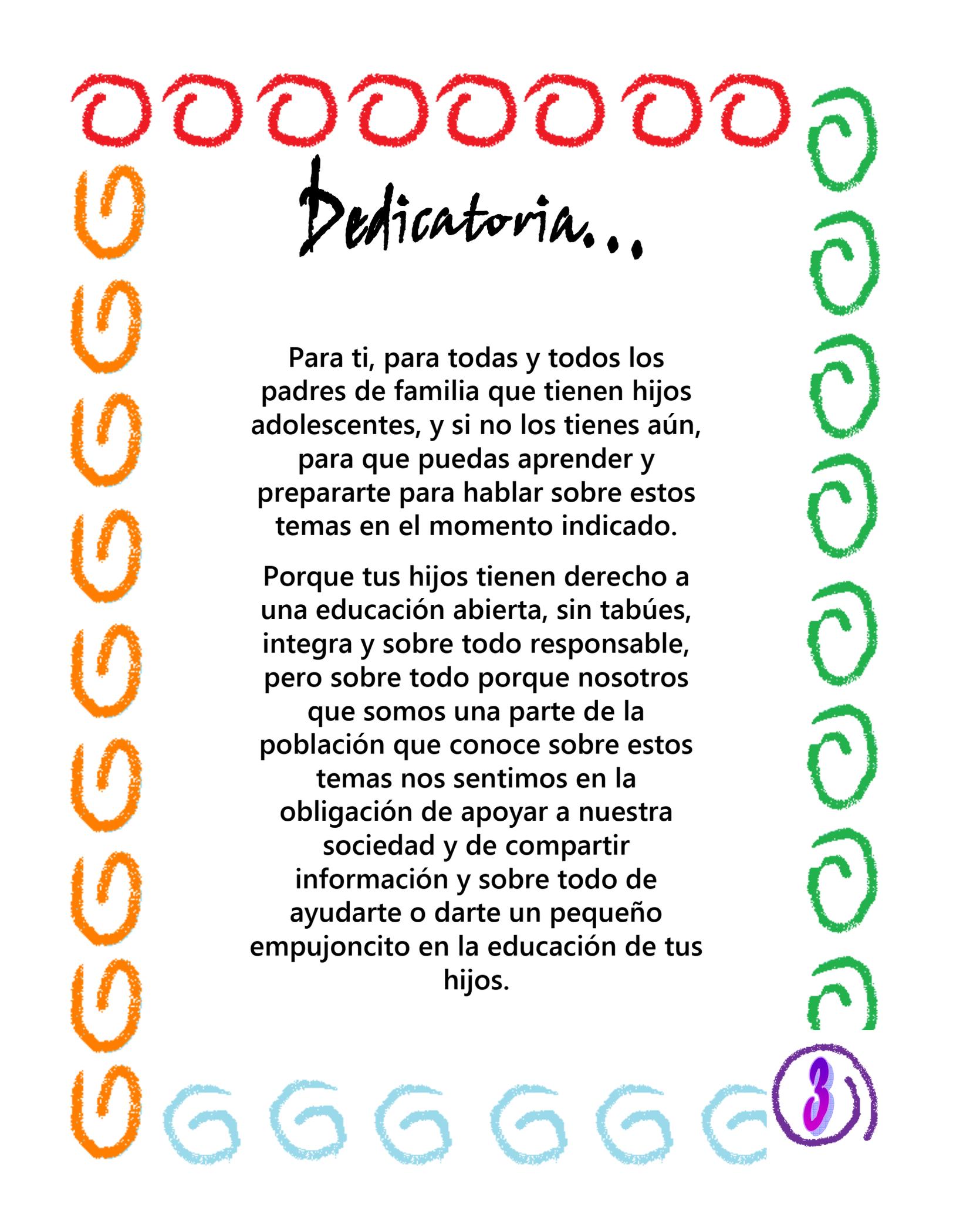


Recomendaciones y sugerencias _____ 100



Bibliografía _____ 101





Dedicatoria..

Para ti, para todas y todos los padres de familia que tienen hijos adolescentes, y si no los tienes aún, para que puedas aprender y prepararte para hablar sobre estos temas en el momento indicado.

Porque tus hijos tienen derecho a una educación abierta, sin tabúes, integra y sobre todo responsable, pero sobre todo porque nosotros que somos una parte de la población que conoce sobre estos temas nos sentimos en la obligación de apoyar a nuestra sociedad y de compartir información y sobre todo de ayudarte o darte un pequeño empujoncito en la educación de tus hijos.



Introducción

“La Comunicación como principal fuente de Educación entre padres e hijos”

Fernando Iván Bárcenas Ramírez

Karen Gabriela Tenorio Bustamante

UNAM-FES Iztacala

La adolescencia es una etapa de cambios fisiológicos, biológicos y psicosociales, dichos cambios sitúan a los adolescentes como una población de alto riesgo en todas las áreas de la vida y una de las más importantes es la salud sexual, puesto que los adolescentes se encuentran expuestos a los problemas que se suscitan en esta área, ya que existen diversas conductas de riesgo que alteran el bienestar de los y las adolescentes lo que conlleva a que, a su vez, también se altere su comportamiento, entre estas conductas podemos encontrar el consumo del tabaco, alcohol y drogas, algunos actos delictivos, prácticas sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, entre otras. Estos problemas son las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH/SIDA, los embarazos no deseados y con esto, los abortos.





Estos problemas a los que se enfrentan los jóvenes en la actualidad quizá no son tan distintos a los de antes, sin embargo, las tasas elevadas de estos hacen una gran diferencia entre generaciones. Ante esto, es fundamental abordar las preocupaciones y los problemas referentes a la salud sexual de los adolescentes y encontrarles solución, no sólo porque quebrantan la salud sexual y, por ende, la salud en general de la persona, la familia y la sociedad, sino también porque su existencia puede indicar la presencia de otros problemas de salud.

Con base en lo anterior, se puede decir que un factor de protección y prevención de los problemas mencionados anteriormente es la comunicación asertiva entre padres e hijos adolescentes, ya que el núcleo familiar es la primer institución que marca y regula los comportamientos sexuales, por lo que generalmente lo que los adultos piensan sobre la sexualidad tiene que ver con sus creencias y valores, que en la gran mayoría están inmersos en los “deberías”, creencias sobre la sexualidad que se heredan de generación en generación y que mantienen un discurso reduccionista sobre la sexualidad.

Además se debe tomar en cuenta la calidad de la comunicación que se brinda a los adolescentes, ya que éste también es un factor importante, pues con el incremento en la disposición de los padres, el tipo de comunicación y el nivel de confianza, se pueden lograr grandes efectos positivos en la comunicación con hijos.





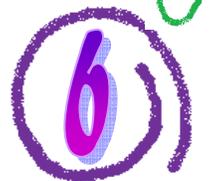
La calidad de las relaciones entre padres e hijos influye en cómo el adolescente responde a las creencias de los padres sobre una conducta sexual apropiada. Esto debido a que la familia ocupa un lugar importante y su labor sólo será positiva si los padres y madres toman consciencia de la responsabilidad que implica enseñar sobre sexualidad, ya que de manera consciente o inconsciente, verbal o no verbal, transmiten a sus hijos las creencias, los estereotipos y las actitudes que ellos mismos tienen y que de una forma decisiva establecen el desarrollo sexual en el adolescente.



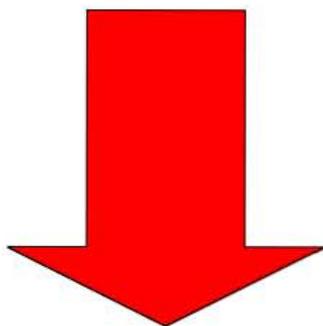
Por lo tanto, las consecuencias de una falta de comunicación asertiva entre padres e hijos en términos de problemas de salud sexual son: los altos índices de embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA en adolescentes y aunado a esto las consecuencias familiares y sociales que estas conductas desatan, por ejemplo el rechazo familiar, la deserción escolar, la falta de oportunidades laborales y problemas económicos, por mencionar algunos.



Es así que, para la elaboración de este manual nuestra prioridad fuiste TÚ!! Esperamos aproveches al máximo este manual que tienes en tus manos y que diseñamos con todo gusto y con mucha dedicación con la misión de brindarte una herramienta para educar a tus hijos.



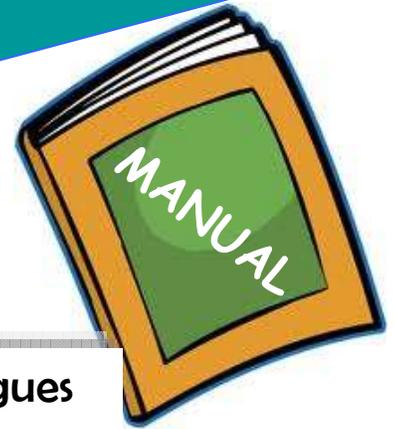
Este manual pertenece a:



(Nombre del participante)



RECOMENDACIONES PARA USAR ADECUADAMENTE ESTE MANUAL



- Es importante que **TÚ como** participante llegues puntualmente a cada una de las sesiones.
- Durante cada sesión **TÚ como** participante **DEBERÁS** traer contigo **TÚ** manual ya que, es indispensable para el desarrollo de las actividades.
- Subraya o indica lo que **CONSIDERES** importante o **Subraya El Texto Donde Te Surgieron Dudas o No Entendiste.**
- Anota en **TÚ** manual los **temas, consejos o aspectos** que **TÚ CONSIDERES** importantes a lo largo de las sesiones del taller.

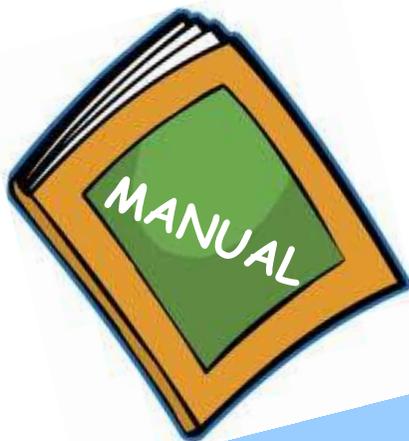
- Realiza **TODAS** las actividades en el momento indicado.
- Evita **EXCEDERTE** en el tiempo destinado para cada una de las actividades.
- **SIGUE** las indicaciones del instructor para **QUE LE SAQUES EL MEJOR PROVECHO (Y LE DES EL USO ADECUADO) A ESTE MANUAL**



- En casa **PODRÁS** revisar libremente el contenido del manual y **ANOTARÁS** las dudas que surjan para hacérselas saber al instructor en la sesión posterior.

✚ En este manual **PODRÁS INTEGRAR** las fichas, folletos, hojas, (entre algunos otros materiales) que el coordinador proporcione a lo largo de las sesiones con la finalidad de consultarlos las veces que sean necesarias para aclarar dudas o recordar temas.

✚ **TE SUGERIMOS HACER** uso de las fuentes electrónicas y bibliográficas que se recomiendan en este manual las veces que sea necesario, para una mejor comprensión de los temas.



*Nota: Es fundamental que cuando uno de los demás participantes del curso-taller participe o de su punto de vista **MUESTRES RESPETO** hacia ellos y hacia su comentario aunque **NO ESTES DE ACUERDO.***



"Adolescencia y Sexualidad"

¿Por qué la elección de este tema?

- Es un tema muy interesante del que se puede aprender y aportar mucho en casa con nuestros hijos adolescentes.
- Es una de las etapas más importantes para el desarrollo posterior de nuestros hijos.
- Nos ayudará a comprender la etapa por la que atraviesan nuestros hijos.
- Porque se piensa que la comunicación temprana con los hijos adolescentes evita muchas conductas de riesgo para los mismos.

Adoles... qué??



¡Adolescencia!

Esta es una etapa de crecimiento en la que ocurre la transformación de la infancia a la edad adulta, se caracteriza por diversos cambios muy significativos tanto en la personalidad como cambios físicos, cambios en las relaciones sociales y en la forma de pensar y ver el mundo. Este período comienza alrededor de los 10 años y termina a los 21 años.

Es importante saber que los cambios físicos y biológicos marcan el inicio de la adolescencia, sin embargo, ésta no sólo se basa en ellos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psicológicas y sociales. Estas transformaciones son de una graduación acelerada, a causa de ellas pueden presentarse dificultades que surgen en las relaciones del adolescente con el adulto.

Pubertad...

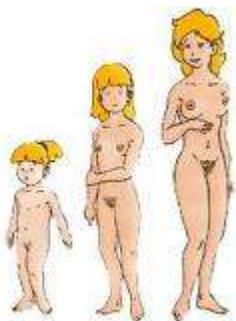


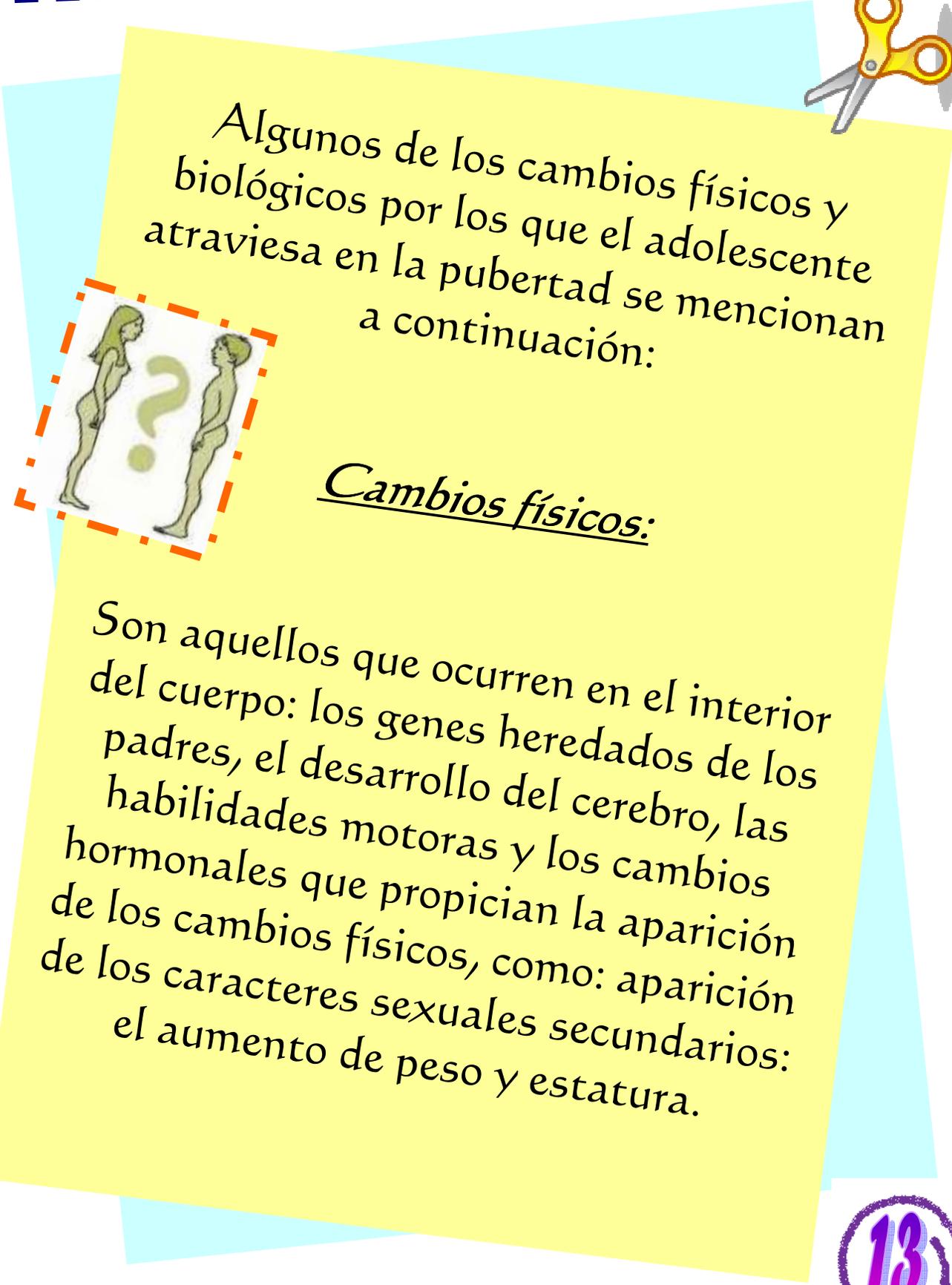
Esta es una etapa que va a la par con la adolescencia.

Es la primera fase de la adolescencia caracterizada por la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración de las funciones sexuales.

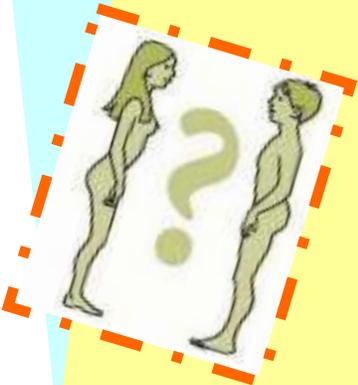


La pubertad se refiere al período de crecimiento físico y maduración sexual que pone fin a la niñez y produce por último una persona con el tamaño y las proporciones sexuales de un adulto.





Algunos de los cambios físicos y biológicos por los que el adolescente atraviesa en la pubertad se mencionan a continuación:



Cambios físicos:

Son aquellos que ocurren en el interior del cuerpo: los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, las habilidades motoras y los cambios hormonales que propician la aparición de los cambios físicos, como: aparición de los caracteres sexuales secundarios: el aumento de peso y estatura.



Algunos de los cambios psicológicos y sociales por los que el adolescente atraviesa son:

Cambios psicológicos:

El desarrollo psicosocial durante la adolescencia puede entenderse mejor como una búsqueda de la identidad para una definición coherente de sí mismo.

La búsqueda de la identidad, es decir, aquello que lo va a identificar, sus gustos, su forma de pensar, de sentir, de ser, eso que lo hace único y que lo diferencia de los demás y que, en ocasiones hace que pueda pertenecer a un grupo social.

Por otra parte, existe una serie de factores que intervienen en el desarrollo afectivo. Al hablar de desarrollo afectivo de los adolescentes debemos partir de que sus emociones y sentimientos dependen de la satisfacción de sus necesidades, mismas que cambian continuamente por la variedad de situaciones y experiencias que éste vive.

Cambios sociales:



La socialización es la adquisición de las herramientas necesarias para funcionar en nuestra sociedad, este proceso se inicia muy pronto en la vida, a partir de que una persona entra en contacto con los demás y eso no termina nunca, la finalidad de este proceso es llegar a un equilibrio que nunca se logra completamente puesto que la vida nos propone con irregularidad nuevas relaciones.

Ahora el joven debe salir del seno familiar y construirse una vida social autónoma.

Las relaciones entre padres e hijos fluctúan con la llegada de la adolescencia por los frecuentes conflictos desencadenados por la vestimenta, las relaciones de pareja, el reparto de las tareas domésticas, las amistades, los estudios, etc.

Otro cambio social dentro de la familia y motivo por el cual la relación de los padres y los adolescentes varía es por el cambio de imagen que los hijos tienen sobre sus padres.

El uso de la computadora y aunado a esto el uso de la red Internet que es una de las razones más importantes para el uso de este aparato y que ha llevado a que el proceso de socialización como se conocía hace algunas décadas este cambiando totalmente.

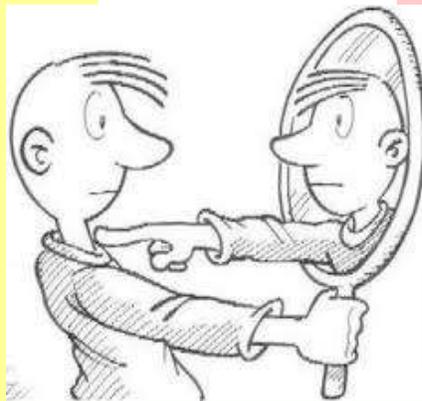


Es así como, este nuevo adolescente persigue tres objetivos importantes:

1

• La conquista de su madurez, lo cual se entiende como el logro de una personalidad responsable.

2 El logro de la independencia



3

• La realización de ser un chico o chica con personalidad independiente de todas las demás.

De esta manera, podemos entender que la Adolescencia es un proceso de maduración personal, como una etapa de "inmadurez en busca de madurez".

Retomando un poco los cambios biológicos que se presentan en esta etapa, hablaremos un poco acerca de otro cambio el cual recibe el nombre de "Maduración sexual".

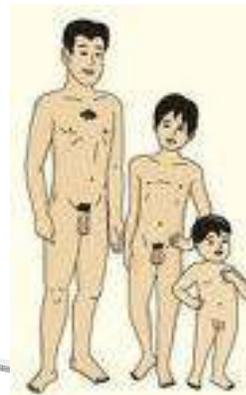
16

Maduración Sexual

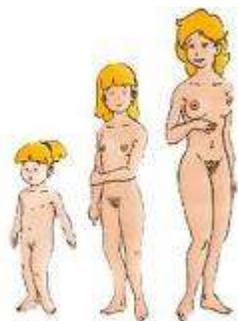


La maduración sexual en los varones principalmente se manifiesta con el aumento de tamaño de los genitales. Puede observarse a la par el crecimiento del vello púbico, ligado a esto también se presenta el crecimiento del vello axilar y facial. La voz se hace notablemente más grave. Se pueden presentar algunas erecciones incontrolables y eyaculaciones iniciales que pueden sorprender y preocupar a algunos jóvenes.

En este período el pene se encuentra bastante sensible y tiene respuesta a una gran variedad de estímulos psicosexuales, por ejemplo, algunas visiones provocativas, sonidos, olores, frases, entre otras.



La maduración sexual en las mujeres se manifiesta con el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de las caderas. El crecimiento del útero y la vagina ocurre simultáneamente con el crecimiento de los senos y también se agrandan los labios vaginales y el clítoris. Posteriormente aparece la menstruación, la cual es un símbolo de madurez sexual y de estatus futuro como mujer.



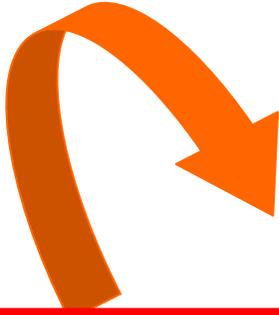


La sexualidad y sus distintas manifestaciones constituyen una parte esencial en nuestras vidas, tanto que nuestra existencia misma es producto de una interacción sexual.

Desde el mismo momento en que nacemos, o aun antes, somos objeto de una serie de categorizaciones sociales de acuerdo a nuestra pertenencia a uno u otro sexo. De ahí que el desarrollo de la identidad sexual, el aprendizaje de los roles y normas de género y la formación de relaciones íntimas que sirvan de contexto a las expresiones sexuales, constituyen tareas centrales en el desarrollo individual .

En las diferentes sociedades muchas veces se le da gran importancia a diversos aspectos que se relacionan con la sexualidad, sin embargo, algunas personas siguen tomando las actitudes y costumbres de otras generaciones lo cual contribuye a que la sexualidad se siga viendo como algo malo o algo de lo que no se debe hablar.





La gran importancia que tiene la sexualidad en el desarrollo individual se manifiesta de diversas formas, como que las personas recuerden de manera muy especial sus primeras experiencias sexuales, que se involucren en fantasías sexuales de muy diversos tipos, que hagan chistes acerca de asuntos sexuales, que presten especial atención a estos temas en los medios de comunicación, que intenten aumentar su atractivo sexual y también que algunas veces experimenten intensas emociones negativas frente a dificultades o conflictos de índole sexual.



Componentes de la sexualidad:

Sexo biológico

Se refiere a las características físicas determinadas genéticamente.

Sexo de asignación

Es cuando se le asigna al individuo la etiqueta de hombre o mujer en función del aspecto de sus genitales externos.

Sexo psicológico o Identidad de género

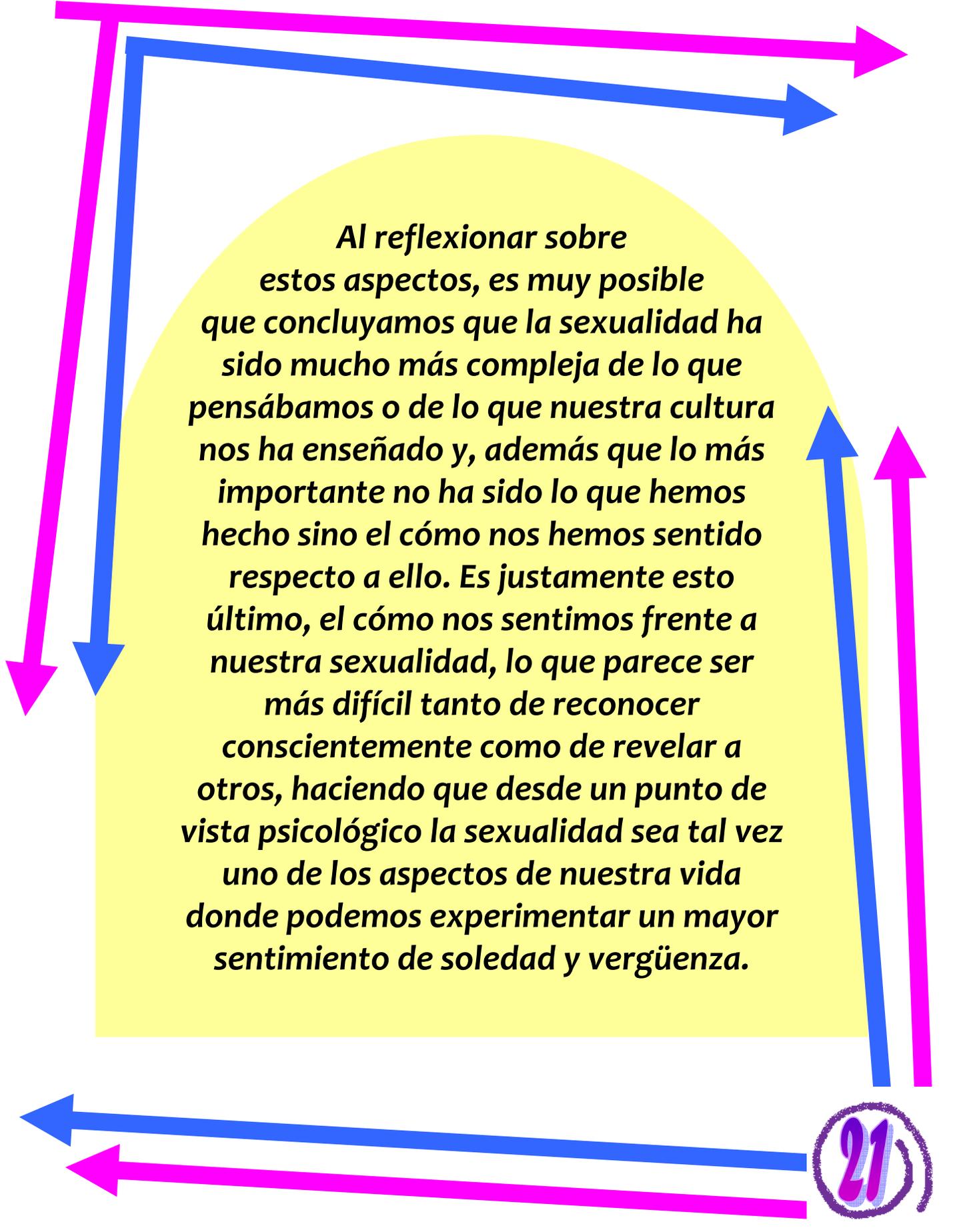
Se refiere a la identificación de sentimientos, actitudes, comportamientos, juegos, que va desarrollando el niño/a con uno u otro sexo.

Sexo social o rol sexual

Se refiere al comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo.

Identidad u orientación sexual

Se caracteriza por una permanente atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia individuos de un género en particular.



Al reflexionar sobre estos aspectos, es muy posible que concluyamos que la sexualidad ha sido mucho más compleja de lo que pensábamos o de lo que nuestra cultura nos ha enseñado y, además que lo más importante no ha sido lo que hemos hecho sino el cómo nos hemos sentido respecto a ello. Es justamente esto último, el cómo nos sentimos frente a nuestra sexualidad, lo que parece ser más difícil tanto de reconocer conscientemente como de revelar a otros, haciendo que desde un punto de vista psicológico la sexualidad sea tal vez uno de los aspectos de nuestra vida donde podemos experimentar un mayor sentimiento de soledad y vergüenza.



RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Habla con tus hijos y extérnale tus dudas y aclara las de él.

Brinda la suficiente confianza y comunicación para que se acerquen a ti.

No los regañes y mejor hablen para llegar a acuerdos.

Bríndales consejos sobre cualquier tema y en especial, sobre temas de sexualidad.

Si tienes dudas sobre lo que te preguntan, investiguen juntos en libros, en paginas confiables de Internet, en manuales y/o folletos y salgan de dudas ambos.

Acude con expertos (orientadores, psicólogos, médicos, sexólogos) para pedir la información que necesitan tú y tus hijos.

Ayuda a que otros resuelvan sus dudas, se quiten las telarañas y falsas creencias acerca de los diferentes temas de la sexualidad.

Involucra a los demás miembros de la familia y amigos en el manejo del tema, para que se quiten el miedo o pena al hablar sobre la sexualidad.

Difundan el material que tengas y que a otros les pueda servir.

Revisa el contenido de este manual con tus hijos de manera que ambos estén informados, tal vez hasta te hagan otras sugerencias y ayude a que ellos hablen del tema contigo sin tantas dificultades.



"Embarazo y Aborto en la Adolescencia"

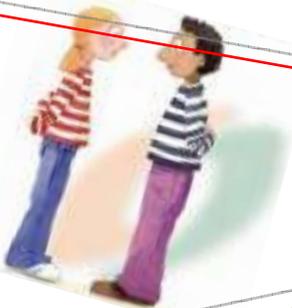


Un embarazo no deseado, se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados.

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico

Causas del embarazo no deseado

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general se supone que la mayoría se deben a la falta de responsabilidad de las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Es cierto que el acceso a la información y un ejercicio más responsable de la sexualidad permite de manera importante el hecho de que las mujeres no deseadas; no obstante, el hecho de que las mujeres cuenten con información de los métodos anticonceptivos que ya que cualquiera de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, aún cuando se use correctamente, puede fallar.



Por otro lado, la responsabilidad de evitar embarazos que no se desean es una decisión que debe tomarse entre la pareja, no solo uno de los dos.

La responsabilidad de ejercer la sexualidad con plenitud es de ambos y no solo cuando se tiene una pareja estable, sino en cada una de las relaciones sexuales que se tengan, sean o no con una sola pareja.

El embarazo adolescente tiene diversos orígenes y por ello requiere múltiples soluciones.



Hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.

El inicio temprano de la vida sexual es un factor que influye de manera importante sobre el antecedente de embarazo; normalmente las jóvenes que la iniciaron antes de los 14 años de edad tienen 12.29 veces más probabilidad de tener antecedentes de embarazo y 13.83 veces cuando el inicio de relaciones sexuales sucede entre los 14 y 15 años, finalmente, las jóvenes que iniciaron a los 16 y 17 años tienen 5.9 veces más posibilidades de antecedentes de embarazo, en relación con aquellas mujeres que tuvieron su primera relación entre los 18 y los 19 años de edad.





Actualmente la edad promedio de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Según diversos expertos, entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales se encuentran:

Factores biológicos



Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.



Factores familiares

El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes.

No utilización de método anticonceptivo eficaz.



Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Dentro de la no utilización de métodos anticonceptivos se encuentran:

Falta de previsión

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso.

Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos

Ciertos núcleos de la población femenina, como las adolescentes, las mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción





Falta de Educación Sexual

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, profesionales de la salud, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos.



Factores ambientales

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17% de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber.



CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

Algunas de las problemáticas que se pueden presentar en la adolescente embarazada se mencionan a continuación:

Aceptación o no del embarazo.

Debido a los posibles daños psicológicos y físicos que puede enfrentar la adolescente, estos podrían llegar a dañar su integridad.

Riesgo de salud física (madre-hijo).

Las adolescentes al no haber completado su desarrollo pueden tener como consecuencia de un embarazo: anemia, infecciones, parto prematuro, parto obstruido y prolongado.

Rechazo de la paternidad.

La paternidad depende de que el joven padre lo asuma y de su posibilidad de responsabilizarse de la crianza.

Desaprobación social.

La discriminación es un comportamiento de rechazo al cual las madres adolescentes están expuestas, debido a que no obedece a los patrones normales de comportamiento según lo que la sociedad marca.

Angustia de la crianza (incluye maltrato del niño).

No se nace sabiendo ser madre, es por eso que las adolescentes carecen de información sobre la crianza, lo cual trae consigo maltrato físico y psicológico para sus hijos en la adolescencia.

Consecuencias

Dificultad para lograr un hogar estable. En muchos casos los adolescentes no están acostumbrados a ser responsables, lo cual trae consigo mucha inestabilidad tanto económica como emocional en un matrimonio adolescente o en madres solteras.

Pérdida de oportunidades. Algunas adolescentes embarazadas pierden esperanzas para poder realizar todos los objetivos planeados y su desarrollo biológico puede sufrir cambios drásticos que a lo largo del tiempo no alcanzan sus aspiraciones.

Deterioro del nivel educativo. La maternidad prematura limita la oportunidad educacional de las adolescentes y su calidad de vida se ve amenazada. Se observa que las jóvenes que se embarazan, en general tienen muy escasas oportunidades educativas. En ocasiones, en las mismas escuelas rechazan y les exigen abandonar sus estudios argumentando que son "la fruta podrida que contagiará a las sanas"



Deterioro del nivel económico. La falta de oportunidades laborales para las jóvenes que se embarazan las coloca en condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica ya que, el embarazo trae consigo el abandono de los estudios lo que las hace contar con un escaso nivel de escolaridad y por ende, con pocas posibilidades de obtener un buen empleo.

Hijos que heredan todas las limitaciones de la madre. De esta manera los niños no deseados tienen un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia, esto debido a que el vínculo entre la madre y el niño puede ser afectado por diversas circunstancias, lo principal es que son "niñas cuidando niños".

Prevención Del Embarazo Adolescente

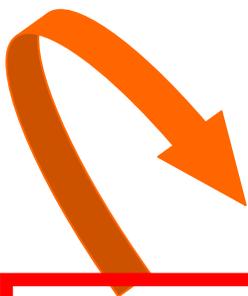
El embarazo adolescente disminuiría si existieran tres elementos:

La **educación sexual** en México es aún insuficiente. Los 10 millones de jóvenes que asisten a la escuela secundaria aprenden poco acerca de anatomía y fisiología de la reproducción y tal vez algo acerca de las ITS, pero hay pocos programas que atienden las principales dudas e inquietudes de los jóvenes respecto de su sexualidad y la forma de ejercerla sin riesgos.



En México, apenas se empieza a reconocer la necesidad de contar con **servicios de salud sexual** y reproductiva dirigidos especialmente a la población joven y adolescente. La experiencia en otros países ha mostrado que, para lograr una buena cobertura, los servicios públicos y privados para adolescentes deben: 1) tener un bajo costo, 2) ser confidenciales y respetar el consentimiento informado y, 3) estar disponibles inmediatamente.

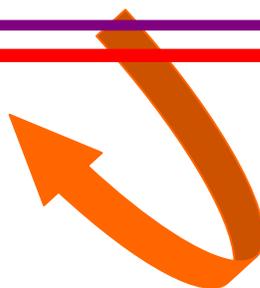




Es importante reconocer que el embarazo adolescente es un problema social frente al cual se debe asumir una gran responsabilidad.

Aquí se muestra como es que los jóvenes carecen de poder sobre sus vidas y sus decisiones y también se pueden apreciar en la mayoría de las ocasiones las costumbres que heredan de los adultos, como el machismo y la irresponsabilidad para no planificar el número de hijos que van a tener como pareja.

Si se toma en cuenta lo mencionado anteriormente se puede observar que no es suficiente darles a los y las adolescentes información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, sino que es necesario brindarles más oportunidades para elevar su autoestima y su interés por la vida, antes de pensar o planear tener un hijo a su corta edad.





ABORTO

Es la muerte del feto en el vientre de su madre producida durante cualquier momento de la etapa que va desde la fecundación (unión de óvulo con el espermatozoide) hasta el momento previo del nacimiento.

La Organización Mundial de la Salud define al aborto como la expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de quinientos gramos, independientemente de la existencia o no de vida, y que el aborto sea espontáneo o inducido.

Causas

Existen diversas causas por las que una mujer decide abortar, entre ellas se encuentran las siguientes:



Para evitar la maternidad:
“soy muy joven para tener hijos”, “qué voy a hacer con un hijo”, “Mi vida se va a arruinar con un hijo”

Para posponer la maternidad:
“no tengo edad para tener un hijo”, “Estoy estudiando, un hijo va a frustrar mis planes”



Por coerción:

“he sido violada”; “mi padre -u otro pariente- me embarazó”

Por condiciones socioeconómicas:

“no puedo mantener a un hijo ahora”; “quiero terminar mi carrera”

Por problemas en la relación:

“no quiero criar a un hijo sola
“debo estar casada antes de tener un hijo”.



Por la edad:

“creo que soy muy joven para ser una buena madre”; “mis padres no quieren que tenga un hijo”; “no quiero que mis padres sepan que estoy embarazada”.

Por motivos de salud:

“el embarazo puede afectar mi salud”; “el feto puede tener deformaciones”; “estoy infectada de VIH”.

Consecuencias

Cuando una adolescente toma la decisión de abortar cualquiera que sea la causa de esta decisión, existen consecuencias que perjudican la vida, la salud y la integridad de las mujeres y pueden ser consecuencias tanto físicas como psicológicas.

Físicas:

Infecciones: Las infecciones obedecen la entrada en el útero de ciertas bacterias. Una infección no atendida oportunamente puede provocar enfermedades serias, esterilidad e incluso la muerte. Cabe señalar que también ocurren desgarros, perforaciones y hasta la extracción completa del aparato reproductor femenino.

Hemorragias.

Si el sangrado es más abundante que el de la menstruación o persiste más allá de las tres o cuatro semanas posteriores a la interrupción del embarazo, se necesita una evaluación médica.

Retención del tejido. Después de la intervención pueden quedar restos de tejido en el interior del útero, sobre todo si la persona lo hace por sus propios medios o de manera clandestina. En esos casos es preciso recibir atención médica para remover el tejido, pues éste constituye un medio ideal para el desarrollo de bacterias causantes de infecciones.



Algunas mujeres que se han sometido a un aborto, posteriormente pueden tener embarazos anormales, sus criaturas nacen prematuramente, se les altera su ciclo menstrual, pueden sufrir enfermedades a causa del aborto y en algunas ocasiones pueden llegar a quedar estériles.

Psicológicas:

Existen algunos factores (por ejemplo, la crianza, los padres, los valores, la sociedad, la familia, entre otros) que pueden llegar a hacer que algunas mujeres experimenten sentimientos negativos, como la culpa, el rechazo hacia la criatura, depresión, agresión, por mencionar algunos.

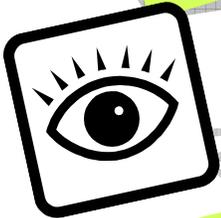
Otras sienten alivio o se sienten liberadas y en condiciones de continuar su vida con nueva fuerza. Seguramente hay quienes tienen sensaciones mezcladas después de la interrupción de su embarazo.

Una mujer que aborta presionada por circunstancias personales o sociales ante las que no puede rebelarse, llega a resentir su decisión



En lo emocional se pueden sentir como víctimas de lo que les pasó y a veces culpables, pueden experimentar diferentes emociones y conductas negativas y agresivas en las relaciones sexuales.

Y en las adolescentes ocurren fuertes depresiones y éstas no le permiten acercarse al conocimiento y manejo de sus emociones, lo cual dificulta más la recuperación



Formas de prevención



Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos.

Implementar la educación sexual en las escuelas.

Acceso al aborto seguro en el marco de la ley.

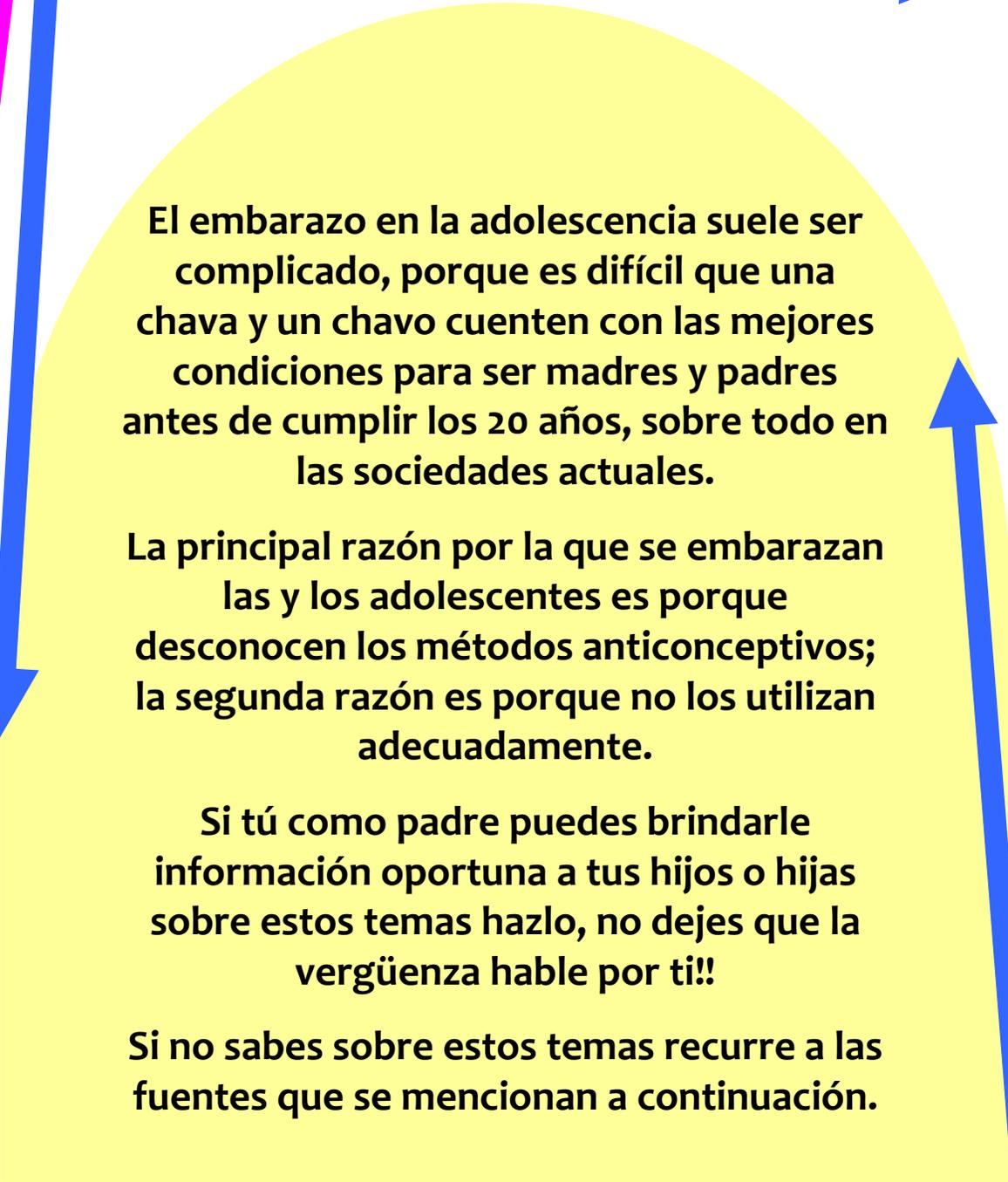
Mejorar la protección social a las embarazadas y madres de niños pequeños.

Mejoramiento de la calidad de los centros postaborto

Utilizar el preservativo correctamente en todas y cada una de las relaciones sexuales

Mayor compromiso para modificar las leyes sobre aborto para reducir el peso del aborto

Hablar con sus hijos sobre sexualidad, condones, embarazos y abortos!!



El embarazo en la adolescencia suele ser complicado, porque es difícil que una chava y un chavo cuenten con las mejores condiciones para ser madres y padres antes de cumplir los 20 años, sobre todo en las sociedades actuales.

La principal razón por la que se embarazan las y los adolescentes es porque desconocen los métodos anticonceptivos; la segunda razón es porque no los utilizan adecuadamente.

Si tú como padre puedes brindarle información oportuna a tus hijos o hijas sobre estos temas hazlo, no dejes que la vergüenza hable por ti!!

Si no sabes sobre estos temas recurre a las fuentes que se mencionan a continuación.





RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Proporcionar la información necesaria para resolver las dudas de los adolescentes

Como padres, formar valores y actitudes de aceptación de la sexualidad
Para poder hablar con los hijos

Capacitarse sobre estos temas para de esta manera, poder capacitar a nuestros hijos y ayudarlos a desarrollar habilidades para vivir la Sexualidad de manera responsable y segura

Debemos tomar en cuenta que algunos de los embarazos no deseados también son producto de la violencia sexual hacia las mujeres de parte de su pareja, sin embargo, se debe educar a los hijos que tienen decisiones propias en cuanto a su sexualidad siempre y cuando la ejerzan con responsabilidad

Ante todo, goza de la libertad para elegir y vivir plenamente tu sexualidad

Si tu hija está embarazada y tiene dudas para tener a su hijo, habla con ella y tomen la decisión más adecuada, si decide abortar llévala a un lugar seguro y que cumpla con las medidas de higiene necesarias.

Toma en cuenta que el aborto no es algo malo, solamente es necesario hacer saber a los hijos que tampoco es un juego porque ponen en riesgo su salud y su propia vida.

"Infecciones de Transmisión Sexual" (ITS)

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas que una persona infectada le puede pasar a otra sana cuando tienen relaciones sexuales sin protección.

Las ITS pueden ser causadas por hongos, parásitos, bacterias y virus, son más de 20 agentes causales, pueden afectar a los hombres, las mujeres y sus hijos.

Las ITS pueden causar problemas de salud graves, como por ejemplo, cáncer en el cuello de la matriz, o infertilidad, por esto, cuando una persona se encuentra infectada debe recibir tratamiento junto con su pareja lo antes posible ya que, cuando una persona tiene una ITS, puede contagiarse más fácilmente de otra ITS, incluso de VIH.



ITS curables

- Tricomoniasis

- Gonorrea

- Sífilis (siempre y cuando sea tratada en las fases iniciales)

- Clamidia

- Candidiasis

- Ladillas

ITS sólo tratables (No Curables)

- Herpes

- Virus del Papiloma Humano (VPH)

- VIH/DSIDA

ITS

En la actualidad, las ITS son un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo, debido a que el 85% de su población es sexualmente activa, por lo que el riesgo de contraer estas infecciones se incrementa.



El desconocimiento o la falta de información son siempre obstáculos para resolver cualquier tipo de problemas, y eso es particularmente cierto cuando están implicadas las ITS y el VIH/SIDA. Ese desconocimiento puede encontrarse en todo tipo de personas y en todos los grupos de edad.



Algunas ITS:



HERPES GENITAL



El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por el Virus del Herpes Simple 2 (VHS-2).

Esta ITS, se contagia por contacto directo de piel con piel del sitio infectado durante el sexo vaginal, anal u oral. La transmisión puede darse a partir de una pareja sexual infectada que no tiene una llaga visible y que no sepa que está infectada.

La mayoría de las personas infectadas por el VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos. Cuando se manifiestan los signos, usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en los genitales o el recto o alrededor de los mismos.

No existe un tratamiento que pueda curar el herpes, pero los medicamentos antivirales así como las pomadas que se recetan pueden acortar y prevenir los brotes durante el tiempo que la persona toma los medicamentos.



TRICOMONIASIS

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual (ITS) frecuente que afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo más frecuentes los síntomas en las mujeres. Esta ITS es causada por el protozooario flagelado *Trichomonas vaginalis*.

La prevalencia de tricomoniasis en nuestra población es desconocida, debido a que la infección no es notificada y a la baja sensibilidad de métodos de diagnóstico comúnmente empleados. La incidencia actual ocurre entre los veinte y cincuenta años de edad (periodo de mayor actividad sexual).

La vagina es el sitio más común donde ocurre la infección en las mujeres mientras que en los hombres es en la uretra, el parásito se transmite a través de las relaciones sexuales con una pareja infectada ya sea por el contacto entre el pene y la vagina o por el contacto de labios mayores de mujer con mujer (área genital en la parte externa de la vagina). Las mujeres pueden contraer esta infección de un hombre o de una mujer que esté infectada, pero los hombres suelen contraerla solamente por el contacto con mujeres portadoras de la infección.





Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en las mujeres, los síntomas pueden ser: secreciones vaginales amarillas-verdosas abundantes y espumosas, malolientes, comezón o enrojecimiento vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, malestar en la zona baja del abdomen y orinar frecuentemente, mientras que los hombres, generalmente no presentan síntomas, sin embargo, cuando hay síntomas estos son: secreciones espumosas, picazón, ardor en el pene y dolor al orinar.

El tratamiento es con base en antibióticos, el cual debe darse también a la pareja sexual, no tener relaciones sexuales durante el tratamiento y usar condón hasta que el especialista confirme la cura de la enfermedad.

El tratamiento es a través de antimicóticos (antihongos), los cuales deben ser recetados por un especialista, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.



GONORREA

La Gonorrea es una infección bacteriana frecuente que se transmite por el contacto sexual y en el periodo perinatal. El agente causal es la bacteria conocida como *Neisseria gonorrhoeae*.

Este contacto sexual incluye la unión del pene con la vagina, del pene con la boca, del pene con el recto y de la boca con la vagina. La gonorrea también puede ser contagiada de la madre al hijo durante el parto.

El IMSS menciona que es fácil detectarla en el hombre ya que produce una secreción ponzosa por la uretra con intenso dolor al orinar. En la mujer, es más difícil detectarla ya que generalmente no da molestias y sí las da, no es muy específica, confundándose con otras infecciones genitales que produzcan una secreción purulenta por la vagina. La mujer sin síntomas y que tiene varias parejas sexuales es potencialmente infectante.

El tratamiento es a través de antimicóticos (antihongos), los cuales deben ser recetados por un especialista, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.





SÍFILIS

La sífilis es causada por la bacteria *Treponema pallidum* y es curable si se detecta a tiempo. Se presenta por lo regular 21 días después de haber tenido el contacto sexual con una persona infectada y sin protección.

La lesión inicial es una herida no dolorosa, con mucosidad de base dura en los genitales (extremidad del pene, o prepucio en el hombre; labios mayores o menores), acompañada de inflamación de los ganglios de la ingle, esta herida desaparece espontáneamente después de 3 a 4 semanas, dando la falsa sensación de curación.

Fases de la sífilis:

Fase primaria: La fase primaria de la sífilis suele estar marcada por la aparición de una sola úlcera (llamada chancro), pero puede que haya muchas. El tiempo que transcurre entre la infección por sífilis y la aparición del primer síntoma puede variar de 10 a 90 días (el promedio es de 21 días).





Fase secundaria: La fase secundaria se caracteriza por erupciones en la piel y lesiones en las membranas mucosas. Esta fase suele comenzar con la aparición de una erupción en la piel en una o más áreas del cuerpo. Además de estas erupciones, puede que se presenten otros síntomas durante la fase secundaria de la sífilis, como fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, caída del cabello en algunas áreas, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga.

Fases latente y terciaria: La fase latente (oculta) de la sífilis comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. Sin tratamiento, la persona infectada seguirá teniendo sífilis aun cuando no presente signos o síntomas ya que la infección permanece en el cuerpo. Esta fase latente puede durar años.

El IMSS indica que el tratamiento para estas infecciones es a base de antibióticos los cuales deben ser recetados por un especialista; este tratamiento si se cumple es 100% efectivo. Las personas que tienen sífilis deben avisar inmediatamente a sus parejas para que se sometan a pruebas y reciban tratamiento si es necesario.

La pareja sexual debe recibir también tratamiento y evitar tener relaciones sexuales mientras dure este tratamiento.

CLAMIDIA

Causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Los síntomas aparecen generalmente después de 7 a 14 días después de ser infectado.

Si una mujer tiene Clamidia, es posible que note: calambres o dolores en la parte inferior del abdomen, cambios en su menstruación (es decir en sus períodos menstruales), dolor al orinar, hemorragias o dolor durante o después del acto sexual, y cambios en el flujo vaginal, mientras que el hombre es posible que note: una secreción del pene, dolor al orinar, hinchazón y dolor en los testículos.

La infección por clamidia puede ser fácilmente tratada y curada con antibióticos, para ello es necesario que acuda con un especialista. Es necesario que la persona infectada tome el tratamiento y se abstenga de tener relaciones sexuales hasta el término de tal, de lo contrario podría volver a infectarse.

El tratamiento es a través de antimicóticos (antihongos), los cuales deben ser recetados por un especialista, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.



LADILLAS



Esta infección es causada por ectoparásitos llamados ladillas o piojos púbicos (*Phthirus Pubis*), miden entre 2-5 milímetros y son de color marrón oscuro, la mayor parte del tiempo viven adheridos al vello y descienden a la piel sólo para alimentarse cada 4 o 6 horas. La transmisión se realiza en la mayoría de los casos por contacto sexual, aunque también en raras ocasiones puede suceder al usar prendas que han estado en contacto con algún portador. Además de la región púbica, también pueden situarse en el cabello, las cejas, las pestañas y el vello axilar y corporal (de las piernas y los brazos, por ejemplo). Sus huevos pueden verse en forma de pequeños puntos blancos pegados al pelo cerca de la piel.

Los síntomas asociados a esta infección tanto en hombres como en mujeres son: picor en el área del vello púbico, observación de los huevos en los pelos o incluso formas adultas en movimiento y esta puede manifestarse sólo con lesiones de rascado en la zona o lesiones sobre-infectadas por el mismo rascado.

El tratamiento es a través de jabones y shampoos especiales para piojos, los cuales deben ser recetados por un especialista, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.



CANDIDIASIS



La Candidiasis urogenital está considerada como una infección de transmisión sexual, es la responsable de una inflamación de los labios mayores de la mujer acompañada de un aumento en la secreción vaginal. Los agentes causales pueden ser la *Candida Albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Dubliniensis* y a veces otras especies de *Candida*.

La candidiasis es más frecuente entre las mujeres embarazadas o que están menstruando y en las diabéticas. Los síntomas en la mujer son: comezón, enrojecimiento e hinchazón vulvar, que generalmente se incrementa en la segunda mitad del ciclo menstrual, flujo blanco con aspecto de yogurt, dolor en el contacto sexual y orinar frecuentemente con dolor. En el hombre cuando llega a presentar síntomas, es comezón intensa. El tratamiento es a través de antimicóticos (antihongos), los cuales deben ser recetados por un especialista, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.

En las mujeres, la candidiasis se trata lavando la vagina con agua y jabón, secándola con una toalla limpia y luego aplicando una crema antimicótica. En los hombres, el pene (y el prepucio en los no circuncidados) debe ser lavado y secado antes de colocar una crema antimicótica.



Virus del Papiloma Humano (VPH)

Este virus es también llamado “el virus de las verrugas”. Es la más común entre las infecciones de transmisión sexual causadas por un virus tanto en hombres como en mujeres. Algunos tipos de VPH causan las verrugas que afectan los dedos de las manos. Otros tipos del VPH pueden afectar la piel de las áreas genitales.

Ocasionalmente estas infecciones genitales del VPH pueden causar las llamadas verrugas genitales, cambios precancerosos, o hasta el cáncer del cérvix.

El VPH generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales vaginales o anales). Otros tipos de contacto genital en ausencia de penetración (contacto oral-genital, manual-genital y genitalgenital) pueden causar una infección por el VPH, pero esas vías de transmisión son mucho menos comunes que la relación sexual con penetración



En las mujeres la infección genital por los tipos de VPH de bajo riesgo se asocia con las verrugas genitales. La infección persistente por los tipos de VPH de alto riesgo se asocia con casi todos los cánceres de cuello uterino y muchos cánceres de vulva, vagina y regiones anales. Sin embargo, el riesgo de padecer cánceres de ano, vulva y vagina se considera menor al del cáncer de cuello uterino



En los hombres la infección genital por los tipos de VPH de bajo riesgo se asocia con las verrugas genitales en los hombres. La infección por los tipos de VPH de alto riesgo se asocia con una proporción de heridas ásperas del pene y con el cáncer de pene, así como con las heridas ásperas del ano y con el cáncer de ano.





FORMAS DE PREVENCIÓN

Algunas formas de prevención de las ITS son:

- ✚ Abstenerse del contacto sexual o tener una relación duradera, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada
- ✚ Los condones pueden reducir el riesgo de contraer herpes genital si se usan adecuadamente cada vez que tenga relaciones sexuales, pero el condón sólo protege el área del cuerpo que cubre, o sea que las áreas que el condón no cubre se pueden infectar.
- ✚ Lavarse los genitales, orinar o darse duchas vaginales después de tener relaciones sexuales no evitará ninguna infección que se transmita sexualmente.





VIH/SIDA

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Hay que recalcar que VIH Y SIDA no es lo mismo, si no se trata a tiempo el VIH las consecuencias serán el paso a la enfermedad de SIDA y con ello una calidad de vida menos adecuada.

Este virus ataca al sistema inmune y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales. Las bacterias, levaduras, parásitos y virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con un sistema inmunológico que funciona normalmente pueden provocar enfermedades mortales en las personas con SIDA.

Formas de transmisión

Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, sangre, semen (incluido el líquido preseminal), flujo vaginal y leche materna. Sin embargo, sólo se ha comprobado el contagio a otras personas a través de sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.



La transmisión del virus ocurre:

- ✓ Durante el contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal sin protección.
- ✓ Por vía sanguínea, mediante transfusiones (en la actualidad muy poco común) o al compartir agujas sucias empleadas por personas con problemas de adicción a drogas inyectables y que estén infectadas.



- ✓ De la madre al niño. Una mujer embarazada puede transmitir el virus a su producto a través del canal vaginal al momento de nacer o una madre lactante puede transmitirlo a su bebé por la leche.

Historia Natural de la Infección por VIH



Historia natural de la infección por VIH es de la siguiente manera:

Detección: De 1 a 3 meses después de la transmisión del virus se puede detectar anticuerpos en la sangre. Estos anticuerpos son productos de protección y están producidos para combatir el virus que ha entrado en el cuerpo.

En algunas personas el período en el cual no se puede detectar los anticuerpos en la sangre tardará hasta un año. En este período si se puede transmitir el virus.

Estado del VIH+: Cuando una persona tiene dos pruebas de ELISA positivas y una prueba de Western Blot positiva, se habla de una persona que vive con el VIH (VIH positiva). Este estado puede tardar mucho tiempo, hasta más que 10 años.

SIDA: El estado clínico del VIH. Se habla de una persona que está enferma con SIDA cuando cumple algunos criterios. En general el 80 hasta el 90% con diagnóstico SIDA, fallecen dentro de 3 a 5 años. Sin embargo, recientemente con un mejor acceso a los medicamentos antirretrovirales se puede extender la sobrevivencia de las personas con diagnóstico SIDA con muchos años más hasta ser una enfermedad crónica.

Síntomas



Entre los síntomas comunes del SIDA se encuentran:

- Fiebre alta, la cual parece durar unos días e incluso prolongarse a un mes, sin existir previamente otros síntomas o el diagnóstico de otra enfermedad.
- Periodos de excesiva sudoración alternados con escalofríos, sensación de fatiga por periodos de largo tiempo.
- Anorexia o pérdida de peso, especialmente la pérdida del más de 10% del peso corporal.
- Dolor muscular y articular en diferentes partes del cuerpo.
- Inflamación de los ganglios linfáticos sin causa aparente.
- Diarrea que se puede extender a periodos de más de un mes.
- Infecciones graves y frecuentes, difíciles de combatir con tratamientos convencionales.

Prevención

No existen vacunas para prevenir la transmisión del VIH/SIDA y tampoco se puede curar, pero si existen buenas medidas para prevenir la transmisión según la Organización Panamericana de la Salud, estas dependen de la vía de transmisión, por ejemplo, se han propuesto:



- En el caso de transmisión sexual:

- ✓ Uso del condón de manera correcta y consistente en todas las relaciones sexuales con pareja(s) casual(es), promiscuas y estable.
- ✓ Tener una sola pareja sexual que no está viviendo con el virus, y ser mutuamente fieles.
- ✓ Conocer y reconocer los signos y síntomas de las ITS (Infecciones de Transmisión sexual), atención médica oportuna, y evitar las relaciones sexuales cuando estos síntomas estén presentes si se pueden detectar.
- ✓ Abstinencia sexual.
- ✓ Prevenir el abuso de alcohol y/o drogas porque limita el control frente las medidas de prevención del VIH (favorece las relaciones sexuales casuales sin uso del condón y prácticas sexuales de riesgo).



● Para la transmisión sanguínea

- En caso de transfusión exigir que la sangre sea controlada para evitar el contagio del VIH.
- Exigir que el material inyectable sea desechable o esterilizado y nuevo.



● Para la transmisión vertical o materno-infantil

- ❖ Asistir al control prenatal durante el embarazo para descubrir y tratar posibles ITS y/o VIH.
- ❖ Utilizar el tratamiento recetado por el especialista durante el último mes del embarazo y dejar de lactar el bebé con leche materna.



RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS ITS, VIH/SIDA

Recuerda usar condón correctamente cada vez que tengas un contacto sexual.

Puedes optar por realizar el sexo seguro que se refiere a caricias y besos

Habla con tu pareja respecto al sexo y pregúntale si tiene alguna ITS

Si tu pareja o tu presentan síntomas de alguna ITS acudan sin miedo con el especialista, él les brindará la información que necesitan.

Limita tu número de parejas sexuales, así evitarás contraer alguna ITS o incluso el VIH/SIDA

Toma las precauciones necesarias cuando acudas a algún lugar a donar sangre y evita el contacto con agujas o jeringas de dudosa procedencia o fuera de su empaque.

No mezcles sexo con alcohol o con otras drogas.

No tengas relaciones si sospechas que tu pareja tiene una ITS, mejor hablen y acudan con un especialista.



USO CORRECTO DEL CONDÓN!!

La transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual y los embarazos no deseados pueden disminuir considerablemente con el uso correcto del condón durante las relaciones sexuales, siempre y cuando sea un uso consistente **que significa que se use en todas y cada una de las relaciones sexuales y con todos los tipos de parejas** sexuales que se tengan, ya que hasta la fecha, el condón es considerado como el método anticonceptivo y de prevención ante el contagio de ITS **y VIH/SIDA** más efectivo y económico.

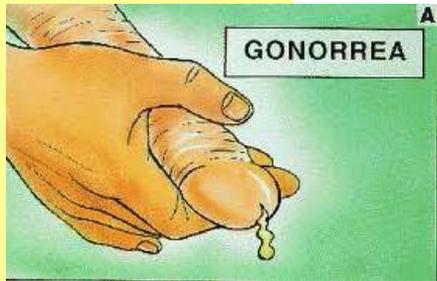
¿Qué es un condón?

El condón masculino o preservativo es una bolsa de plástico (látex, poliuretano) y algunos de piel de animales) que se aplica al pene en erección con el propósito de evitar el paso de espermatozoides y el contacto piel a piel o con las mucosas entre dos personas que sostienen relaciones sexuales.

El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de INFECCIONES de transmisión sexual, incluyendo el VIH, también existen condones femeninos, los cuales se colocan en la vagina y son hechos de poliuretano.

¿Cuál es su función?

Cuando se usan correctamente y de una manera consistente, los condones de látex protegen contra la mayoría de las **INFECCIONES** de transmisión sexual.



Las infecciones de transmisión sexual como el VIH, gonorrea, clamidia, tricomoniasis, son transmitidas por a través del intercambio de semen o el flujo vaginal, o puede ser a través de la piel

También previenen embarazos no planeados, impidiendo la entrada de espermatozoides a la vagina.



Los condones de látex o de poliuretano forman una barrera entre la uretra/semen y la cervix/vagina, boca o el ano, previniendo así la transmisión de infecciones sexuales.

¿De qué están hechos los condones?

Los condones habitualmente están hechos de látex o poliuretano. Los condones de látex sólo pueden ser usados con lubricantes a base de agua, y no con lubricantes a base de aceite como la Vaselina o aceites, o cremas a base de petrolatos ya que destruyen el látex.



Una pequeña cantidad de personas sufre de reacción alérgica al látex y puede usar condones de poliuretano (pueden ser femeninos o masculinos) en lugar de los de látex.

Los condones de poliuretano están hechos de un tipo de plástico. Son más gruesos que los condones de látex, y aumentan la transmisión de calor, son más agradables al tacto y en apariencia para algunos usuarios. Son más costosos que los condones de látex y un poco menos flexibles de modo que puede ser necesaria más lubricación. Sin embargo, se pueden usar con ellos tanto lubricantes a base de aceite como de agua.

Tipos de condones

Masculino



Femenino



Los condones vienen en diversas formas. La mayoría tienen una punta de reserva aunque algunos tienen una punta chata. Los condones pueden ser de forma regular (con los lados rectos), de forma de calce (hendidos debajo de la cabeza del pene) o pueden ser acampanados (más anchos sobre la cabeza del pene).

Estos condones tienen doble lubricación, por dentro y por fuera y además están texturizados



Los condones también vienen en varios colores. Sin embargo, estos no son recomendables para penetración.



Existen otros condones que son fluorescentes los cuales solo se recomienda para un rato ameno de juego en la pareja.

Algunos condones son saborizados para hacer más agradable el sexo oral.



¿Qué condones se deben usar para el sexo anal?

Con el sexo anal se pone más tensión sobre el condón. Se pueden usar condones más resistentes (que son más gruesos) como los de la marca triángulo o los condones femeninos



68



La elección de la forma es personal, y se debe ajustar al tamaño y grosor del pene. Todas las diferencias en la forma están diseñadas para adaptarse a diferentes preferencias personales y aumentar el placer. Es importante comunicarse con la pareja para asegurarse de que están usando condones que satisfacen a ambos.



¿Cuándo se usa un condón?

**SIEMPRE , EN TODOS LOS ENCUENTROS SEXUALES Y
CON CADA UNA DE MIS PAREJAS SEXUALES**

Hay que usar un condón nuevo cada vez que se tiene relaciones sexuales. Nunca use el mismo condón dos veces. Si se pasa de sexo anal a sexo vaginal se debe considerar cambiar de condón.

¿Dónde puedo conseguir un condón?

Los condones están disponibles para la compra en supermercados, tiendas de 24hs y en estaciones de servicio. Las máquinas expendedoras que venden condones se encuentran en baños públicos en muchos lugares.

También los encuentras en condonerías, sex-shops y farmacias.



¿Cómo puedo convencer a mi pareja de que debemos usar condones?

Puede ser difícil hablar acerca del uso de condones. Pero no se debe permitir que la vergüenza se convierta en un riesgo para la salud. La persona con la que está pensando tener sexo puede no estar de acuerdo al principio cuando diga que desea usar un condón al tener sexo. Por ello, es necesario saber que las negociaciones se hacen en cualquier momento en que se platique con la pareja, no debemos esperar a estar en la cama, ya que es necesario hablar del tema, de la utilidad, y de las ventajas y desventajas del asunto en cuestión.

Estos son algunos comentarios que se pueden hacer y algunas respuestas que se pueden intentar...

EXCUSA	RESPUESTA
¿No confías en mí?	La confianza no es la cuestión, las personas pueden tener infecciones DE TRANSMISION SEXUAL sin saberlo
No se siente tan bien con un condón	SI LO USO , Me sentiré más relajado, si estoy más relajado puedo hacer que se sienta mejor para ti.
No mantengo la erección cuando me pongo un condón	Te ayudaré a ponértelo, eso te ayudará a mantener la erección Y ADEMÁS PUEDES UTILIZAR UN CONDÓN QUE TE AYUDA A RETARDAR LA EYACULACIÓN Y SENTIRÁS SUPER .



No siento nada cuando uso un condón.	Si lo utilizas durarás aún más y eso lo compensará.
No tengo un condón conmigo	Yo sí
Depende de él... es su decisión	Es nuestra salud. ¡Debe ser nuestra decisión también!
Estoy tomando la píldora, no necesitas un condón	La píldora no nos protege de ITS Y DEL VIH/SIDA. Me gustaría usarlo de todos modos.
No es tan sensible y no siento nada	Pero existe una variedad de condones por ejemplo los ultrasensitivos, los de doble estimulación y con retardante amor que ayudan a retardar tu eyaculación amor, y sentirás mucho más rico, ¿los probamos?
Ponérselo interrumpe todo	No si ayudo a ponértelo
Supongo que realmente no me amas	Sí te amo, pero no creo que sea necesario arriesgar nuestro futuro para probar que te amo, además es bastante prueba de amor el tratar de prevenir que te contagies de algo amor, realmente me importas.
Me retiraré a tiempo	Las mujeres pueden embarazarse y contraer ITS ya que existen espermatozoides en el líquido preeyaculatorio
Pero yo te amo	Entonces nos ayudarás a protegernos, verdad?.
Sólo esta vez	Una vez es todo lo que hace falta para infectarnos de alguna its/vih/sida



Pasos para colocar correctamente un condón

18 pasos para un uso correcto del Condón

1. Adquirir el condón en un lugar establecido o centro de salud, adecuado para la persona y práctica sexual
2. En caso de guardarlos procurar que sea en un lugar fresco y seco, lejos de objetos punzo cortantes y/o llaves que puedan dañar el empaque, preferentemente en portacondones.
3. Fijarse en la fecha de caducidad y de elaboración para mirar si el tiempo de vida útil del condón está dentro del rango. Si aparece la fecha de caducidad restar 3 años. Si aparece la fecha de elaboración, sumar 3 años.
4. Antes de utilizarlo notar que aún tenga la burbuja de aire.
5. Revisar por dónde se abre el condón
6. Deslizar el condón dentro del empaque al lado opuesto al que será abierto.
7. Abrir el empaque por las muescas, utilizando la yema de los dedos (evitar usar uñas, dientes o tijeras).
8. Sacar el condón e identificar el lado por el cual se desenrolla.
9. Oprimir la punta del condón (receptáculo del semen) y girarlo dos veces para evitar que entre haya aire en el condón.



Pasos para colocar correctamente un condón

18 pasos para un uso correcto del Condón cont.

10. Colocar lubricante en el pene, el condón y la vagina para evitar la fricción que pueda romper el condón.
11. Estando el pene erecto, se desliza el prepucio hacia abajo para descubrir el glande, esto en caso de que no exista circuncisión.
12. Se coloca el condón en la punta del glande oprimiendo el receptáculo con la yema de los dedos y con la otra mano se desenrolla con suavidad el condón hasta la base del pene.
13. Sujetar el condón desde la base del pene e introducirlo en la vagina.
14. Después de la eyaculación y con el pene aun erecto, sujetar de la base del pene el condón y retirarlo de la vagina, para evitar que se derrame el líquido o el condón se salga.
15. Se retira el condón del pene pasando los dedos por el cuerpo del pene, de tal forma que se lleve hacia el receptáculo el semen que se haya escurrido al cuerpo del pene.
16. Se revisa que el condón no se haya roto y se dan dos vueltas al receptáculo para evitar derrames, evitar hacer nudo. (Se explica lo del virus del VIH al contacto con el aire).
17. Se envuelve en papel higiénico
18. Se deposita en el cesto de basura, evitar tirarlo al escusado.



RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Los condones son el único anticonceptivo que ayuda a prevenir tanto embarazos como la propagación de INFECCIONES de transmisión sexual (incluyendo VIH) cuando se usan DE FORMA CORRECTA y CONSISTENTE (EN TODOS ENCUENTROS SEXUALES)

Los condones no tienen ninguno de los efectos secundarios que pueden tener otros métodos de control natal.

Los condones están disponibles en varias formas, colores, sabores, AROMAS, texturas y tamaños - para aumentar la diversión de hacer el amor con PROTECCIÓN, SEGURIDAD, TRANQUILIDAD Y RESPONSABILIDAD.

Los condones sólo se necesitan cuando se tiene sexo, a diferencia de otros anticonceptivos que requieren que se los tome o se los tenga todo el tiempo.

Cuando compre condones, no se avergüence. En todo caso, esté orgulloso. Demuestra que es responsable y seguro, que cuando llegue el momento valdrá la pena.

Puede ser más divertido ir a comprar condones con la pareja o CON un amigo

Hable con su pareja acerca de usar un condón antes de tener sexo. Quita la ansiedad y la vergüenza, ADEMÁS AYUDA A CONOCERNOS .

Si es nuevo con los condones, la mejor forma de aprender cómo usarlos es practicar colocándoselos uno mismo o con la pareja.

Puede resultar realmente erótico si la pareja ayuda a colocarlo o si lo hacen juntos.



Comunicación Asertiva y Habilidades

“El hombre
valeroso debe ser
siempre cortés y
debe hacerse
respetar antes que
temer”...

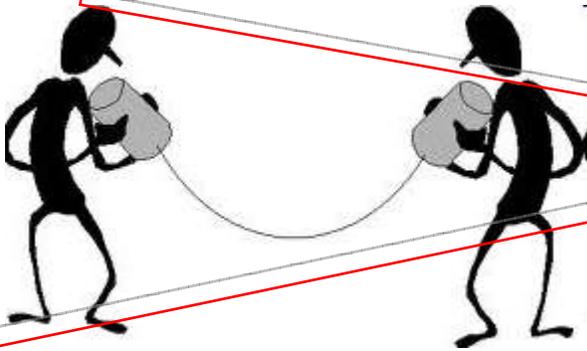


Quilón de Esparta

¿Qué es la comunicación?

La comunicación es el proceso más importante de la interacción del ser humano.

Es el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias que han ido moldeando las actitudes, conocimientos, sentimientos y conductas ante la vida.



La mala comunicación puede alterar los mensajes que intentamos emitir, ya que si no nos comunicamos de la manera adecuada se puede alterar la forma en la que la persona (a quien intentamos decirle algo) nos entienda nuestras ideas o sentimientos.



¿Qué es la comunicación asertiva?



La comunicación asertiva se basa en ser claro, decisivo, rápido, y conciso haciendo entender al máximo nuestro mensaje de una forma clara con lo cual aumenta las expectativas de que el mensaje sea entendido y aceptado.



Ejemplo

Una comunicación no asertiva es, por ejemplo, si tu pareja te pregunta qué es lo que tú quieres a la hora de tener una relación sexual, y tú le contestaras: pues verás, no lo tengo del todo decidido... por una parte... pues verás, lo que yo quiero exactamente y espero que puedas entenderlo es algo que se debemos procurar mucho, usar protección..., quiero usar condón en nuestra relación, ¿me entiendes lo que quiero?

La asertividad no es otra cosa que el hacernos valer y respetar, decir lo que pensamos y opinamos sin temor a represalias, eso si, haciéndolo siempre con elegancia y desde una posición de respeto máxima.

Ventajas de ser asertivos

- Tener la capacidad de defender los propios derechos dando importancia a los intereses y derechos de otras personas.
- Ser honesto con sí mismo y con los demás.
- Poder de comunicar las opiniones de manera directa, sin dar lugar a malos entendidos.
- Ser auto-afirmativo sin sentirse culpable, ni perder el cariño de los demás.
- Poder de mantener amistades y conversaciones con familiares y amigos.
- Ser capaz de aceptar las propias limitaciones Y aprovechamiento de sus capacidades individuales, conservando el respeto y la valoración por sí mismo.



Comportamiento Asertivo



Implica firmeza para utilizar los derechos, expresar los pensamientos, sentimientos y creencias de un modo directo, honesto y apropiado y sin violar los derechos de otras personas.



Comportamiento NO Asertivo

La comunicación no verbal incluye un contacto visual evasivo, los movimientos corporales y de las manos muestran nerviosismo, los hombros están caídos, las manos pueden cubrir la boca, la voz es baja, el lenguaje no es fluido y poco claro, y en general se tiende a suavizar lo que se dice para que la otra persona no se ofenda.



Comportamiento Agresivo

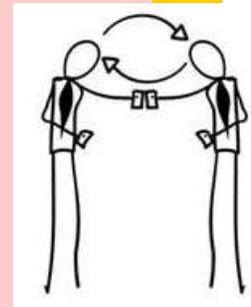


Se encuentran los componentes no verbales, y son los que dominan o intimidan a otras personas. Aquí se incluye un contacto visual que trata de hacer bajar la vista del otro y dominarlo, la voz está fuera de lugar, se usa un tono sarcástico y los gestos corporales se caracterizan por un señalamiento constante con los dedos.



Aprende a expresarte...

Entre más expresemos lo que realmente queremos decir, mejor nos sentimos acerca de nosotros mismos, y entre mejor nos sentimos acerca de nosotros mismos, más confiados nos sentimos para decir lo que tenemos que decir.



Para mejorar la interacción con otras personas simplemente lo que todos debemos aprender son algunas habilidades

🕒 **Defender sus derechos.** Sin duda ante cualquier situación debemos defender nuestros derechos y no ceder ante las situaciones si eso nos incomoda o no nos permite estar y sentirnos plenos.

🕒 **Solicitar cambios de conducta a otras personas.** Si en el terreno sexual nuestra pareja actúa de manera que nos hace sentir incómodos, asertivamente podemos solicitarle un cambio en la o las cosas que no nos parecen.

🕒 **Pedir favores.** Así como en ocasiones las personas nos piden favores, nosotros estamos en el derecho de recurrir a ellas para pedirles de igual forma favores siempre y cuando no abusemos de los demás.

🕒 **Decir no.** Todos tenemos derecho a decir NO ante situaciones que no nos parezcan adecuadas o ante situaciones que simplemente no queremos hacer o nos incomoda hacer, como por ejemplo a decir NO si nuestra pareja nos pide tener relaciones sexuales y no nos sentimos plenos para tenerlas.

🕒 **Manejar su comunicación no verbal.** Cuidar que nuestros movimientos corporales vayan de acuerdo al sentimiento que nos invade en el momento.



Para mejorar la interacción con otras personas simplemente lo que todos debemos aprender son algunas habilidades

- ① **Interactuar con nuestra pareja.** Aprender a comunicarnos con nuestra pareja para llegar a acuerdos en todos los ámbitos y desarrollar esta habilidad para posteriormente trabajarla con nuestros hijos.
- ② **Discutir y Negociar.** Aprender a discutir el inicio de una relación sexual, la negociación del uso del condón o cualquier método de anticoncepción.
- ③ **Actuar en un conflicto.** Si se presentan conflictos para comunicarnos con nuestra pareja o hijos actuar de manera que nadie salga perjudicado y que se puedan llegar a buenos acuerdos. Brindar siempre la confianza necesaria y manejar la comunicación ante todo.
- ④ **Tomar decisiones.** Todos tenemos derecho a pensar si las decisiones que vamos a tomar son adecuadas o no, por ello siempre debemos tener en cuenta que somos libres de elegir lo que queremos y cuándo lo queremos.

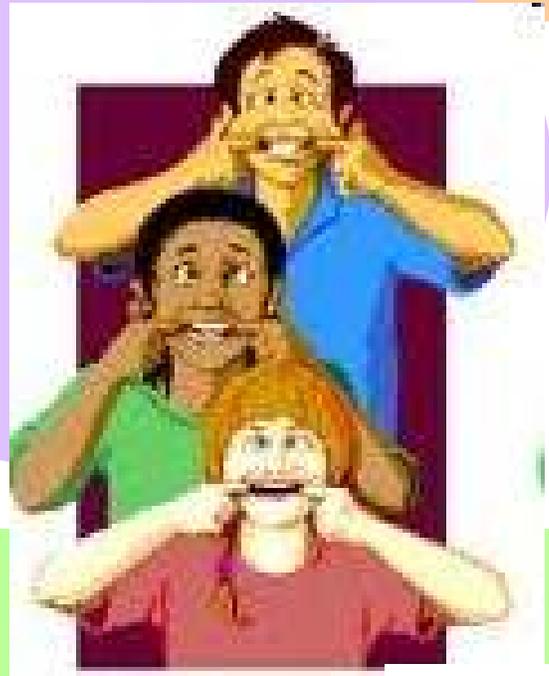


Técnicas de enseñanza

Existen también otras habilidades que pueden respaldar las anteriormente mencionadas y que sirven para poner en práctica los temas de sexualidad tanto con la pareja como con sus hijos.

MoDeLaMiEnTo O iMiTaCiÓN

En el *modelamiento* se llevan a cabo demostraciones de la habilidad o de segmentos de la habilidad (Comportamientos verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audiograbaciones.





Debe haber:

- **Un actor (el que recibe el entrenamiento)**
- **Un co-actor (persona con la que se interactúa para presentar la habilidad)**
y, en caso del modelamiento en vivo,
- **Un escenario que se asemeje lo más posible a una situación real donde podría ocurrir la habilidad en cuestión (situaciones semiestructuradas).**



Juego de Roles

El *juego de roles*, en esta habilidad se pide al participante que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.

Por ejemplo:



Al querer enseñar a nuestros hijos el tema de la negociación de uso del condón pueden intercambiar los papeles (*juego de roles*) en el cual uno de los padres tomará el lugar del hijo o la hija e intentarán llevar a la realidad la discusión de manera que entre ellos formen un tipo de juego que les deje un aprendizaje que podrán utilizar posteriormente en la realidad.

Retroalimentación Correctiva



Este paso es posterior a los anteriores.

La *retroalimentación correctiva* es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.

Posteriormente de las actividades de modelamiento y juego de roles se sugiere que tanto los padres como los hijos critiquen indicando lo que se puede mejorar de las ejecuciones realizadas anteriormente, de manera que con la práctica cada vez haya menos errores.

Transferencia del entrenamiento

Finalmente, con la *transferencia del entrenamiento* se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria.

Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobre-aprendizaje.

Es decir, una vez aprendido y practicado las habilidades anteriores, es hora de llevarlas a la práctica diaria en escenarios reales, la casa, una relación de pareja, con los hijos sobre todo, enseñarles y aclarar todas sus dudas.



¿Cómo comunicarte con tus hijos?

Tips para papás



Hablar de la importancia del respeto.

El respeto es importante tanto para padres y adolescentes. Dígale a su hijo por qué cree que el respeto es importante, piense en ejemplos en los que ayude a mostrar el respeto. Tratar de usar ejemplos utilizando a los miembros de la familia o a personas que son importantes para su hijo, esto puede ayudar a mejorar su comprensión

Dar respeto.

La mejor manera de conseguir el respeto es dándolo. Algunos padres creen que porque tienen autoridad sobre sus hijos adolescentes no es necesario escuchar las opiniones de ellos o mostrarles respeto, pero los adolescentes al no tener ese respeto se sienten desconfiados. Tu como padre...
¿muestras respeto por ellos?

Una manera de dar respeto es escuchar a tu hijo y tomar sus opiniones en serio.

¿Cómo comunicarte con tus hijos?

Tips para papás



Hacer énfasis en el apoyo de unos a otros.

La comunicación con su hijo adolescente se vuelve más fácil cuando le haga comprender la importancia de la unidad y apoyo en la familia, incluso cuando usted no esté de acuerdo en algo. Aunque usted y su hijo adolescente pueden estar en desacuerdo, la importancia de mantener buenas y estrechas relaciones es un objetivo común entre ambos.

Estar dispuesto a admitir cuando se está equivocado.

Algunas veces la gente cree que tiene siempre la razón y por lo tanto no respeta las opiniones de los demás. Si usted como padre comete algún error, este dispuesto a admitirlo frente a su o sus hijos. Cuando lo haga esto le mostrará a su hijo que usted valora la honestidad. Practicando lo que predica puede tener un impacto poderoso en su hijo.



¿Cómo comunicarte con tus hijos?

Tips para papás



Pasar tiempo juntos

Las familias hoy en día están muy ocupadas entre el trabajo, las tareas domésticas y otras cosas, lo que provoca que a menudo les sobre poco tiempo para disfrutar de la mutua compañía de cada uno de los integrantes. Es necesario tomarse un tiempo para estar con su hijo adolescente ya que de esta manera puede llegar a conocerlo y se construirá una buena relación entre ambos.

Mantenerse en contacto

Hable con su hijo adolescente regularmente, incluso cuando todo va sin problemas. Dígale a su hijo lo que está pasando en su vida y descubra lo que él o ella están haciendo con la suya. Mantenerse en contacto constante con su hijo adolescente es una de las cosas más importantes que puede hacer como padres. Los adolescentes, como cualquier persona, no quieren sentirse ignorados.



¿Cómo comunicarte con tus hijos?

Tips para papás



No evitar el conflicto

Algunos padres de familia previeren evitar los conflictos y no plantear las cuestiones ante sus hijos adolescentes, sin embargo, hay momentos en los que hay que hablar directamente, incluso si el conflicto ocurre. Si su hijo rompe las reglas y acuerdos es necesario hablar de ello, ya que usted no quiere que eso vuelva a suceder y su hijo adolescente debe entender que las reglas son importantes.

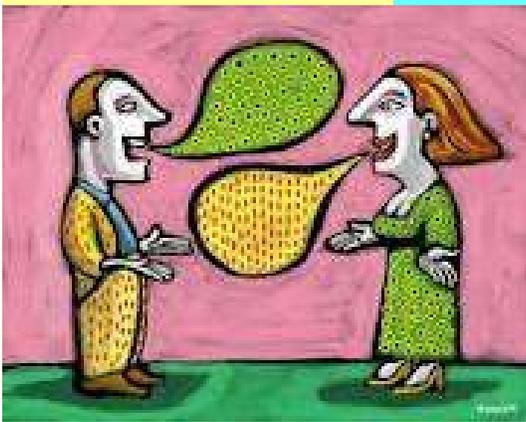
Explique las reglas

Es importante que los adolescentes entiendan el por qué usted tiene las reglas. Al imponerle una regla a un adolescente éste querrá saber el por qué. Los adolescentes aceptarán más estas reglas si se les dan las razones de las mismas.



¿Cómo comunicarte con tus hijos?

Tips para papás



Mantenga su palabra

Si hace una promesa a su hijo adolescente, manténgala, si usted es incapaz de mantener su promesa por algo que no está en sus manos, hable al respecto con su hijo y hágale entender el por qué. Si usted mantiene su palabra su hijo o hija tiene más probabilidades de mantener la suya.

Sea sincero con su hijo.

Algunas de las ideas anteriores pueden parecer ir en contra de lo que muchas familias ven como una “Buena educación”. Pero, es necesario que consideren que pueden ser herramientas útiles que construyen confianza entre usted y su hijo adolescente. Su adolescente será capaz de verlo como una persona sincera, como alguien que está realmente preocupada por su bienestar.



¿Cómo deben hablar los padres con sus hijos adolescentes sobre sexualidad?



Sea Abierto.
Los adolescentes quieren que ustedes hablen con ellos de manera abierta. Recuerde que los jóvenes aprecian la sinceridad de sus padres y quieren saber de sus propias experiencias acerca de relaciones de noviazgo. Este tipo de sinceridad por parte de los padres puede ayudar a que sus hijos entiendan mejor sus mensajes sobre el comportamiento sexual aceptable y su deseo que sus hijos estén seguros.

Sea el Experto.

Los adolescentes que creen que sus padres saben mucho son más propensos a escucharles. Aún si usted no piensa que tenga todas las respuestas, tome el tiempo para escuchar y responder. Ser experto en la vida de sus hijos significa hablar con ellos y escuchar su punto de vista. Si sus hijos le hacen preguntas que no sabe contestar, está bien decir, "No sé." Dígales que encontrará la respuesta y luego la compartirá con ellos. Dependiendo de la pregunta, ustedes pueden tratar de encontrar la respuesta juntos.

¿Cómo deben hablar los padres con sus hijos adolescentes sobre sexualidad?

Manténgase Tranquilo.

Algunos adolescentes se preocupan que sus padres puedan reaccionar de una forma negativa si se enteran de que están teniendo relaciones sexuales o pensando tenerlas. Los adolescentes dicen que mantenerse tranquilo es algo que los padres pueden hacer para mejorar las conversaciones sobre asuntos delicados como el sexo. Aún si usted tiene opiniones fuertes sobre algún tema, trate de mantenerse calmado cuando hable con sus hijos. Evite gritar. Si las cosas se vuelven demasiado acaloradas o emocionales, sugiera que tomen una pausa hasta que todos se hayan tranquilizado.



Sea Confiado.

Los adolescentes quieren hablar con sus padres sobre el sexo, pero a veces temen que supondrán que estén teniendo relaciones sexuales. Los hijos quieren que sus padres les tengan confianza y que les muestren que les quieren, pase lo que pase. Esto no quiere decir que usted tenga que ser demasiado permisivo o esconder su desaprobación a las decisiones de sus hijos. Hable con ellos sobre el tema de la confianza y lo que significa para cada uno de ustedes confiar en el otro.

¿Cómo deben hablar los padres con sus hijos adolescentes sobre sexualidad?

Haga Preguntas Abiertas.

Es común que a las personas les guste hablar de sí mismos y de sus propias ideas. Pregúnteles a sus hijos lo que ellos piensan, haciendo preguntas abiertas (las que no se pueden contestar con un mero “sí” o “no”). Sea curioso sobre las ideas y opiniones de sus hijos.

¡Usted todavía tiene mucho que aprender sobre sus jóvenes adolescentes!



Póngase en el Lugar de sus Hijos.

A los jóvenes adolescentes les gusta que los padres tratemos de ver las cosas desde su punto de vista. Haga un esfuerzo para ponerse en el lugar de sus hijos y pensar en las cosas desde su perspectiva. Déjeles saber a sus hijos que usted está tratando de hacer esto, diciendo cosas sencillas como, “Te entiendo...” o “Tuve algunas de las mismas experiencias cuando yo tenía tu edad...” Si no sabe exactamente cómo les fue a sus hijos, pida que le cuenten más sobre sus experiencias. Así, les mostrará a sus hijos que usted se preocupa por ellos y que está interesado en su vida.

¿Cómo deben hablar los padres con sus hijos adolescentes sobre sexualidad?

Apele a Metas Comunes.

Hay que recordarles a sus hijos que usted está a su lado. A menudo quiere las mismas cosas que sus hijos. Cuando quiera que sea posible, ponga énfasis en las metas comunes y dígales a sus hijos que usted quiere todo lo mejor para ellos. Sea compasivo.



Demuestre su Interés.

Asegúrese de que sus hijos sientan que usted está prestándoles toda su atención.

Aún si tiene que hablar mientras hace otra cosa, mantenga contacto visual con sus adolescentes cuando habla. Asiente con la cabeza para indicar que entiende lo que sus hijos están diciendo y diga cosas que indiquen que usted está prestando atención y que está interesado.



RECUERDA...

Ser asertivo no es ser maleducado eso tienes que tenerlo muy claro, siempre que vayas a practicar la asertividad si dicha asertividad no incluye elegancia y respeto con los demás no es asertividad.





iii Hemos llegado al final de TU manual!!!

Ahora ya posees las habilidades necesarias para tener una mejor *Comunicación Sexual Asertiva* con tu pareja, pero sobre todo, ya posees suficientes habilidades para enseñar y seguir aprendiendo con tu o tus hijos adolescentes.

iii LLÉVALAS A LAS PRÁCTICA!!!





RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Considera tus propias necesidades, eres libre de hacerlo.

Cambia de opinión las veces que sea necesario, lo importante es estar totalmente convencido de lo que se va a hacer.

Comete tus propios errores y hazle saber a tus hijos que no importan los errores que cometan siempre y cuando tengan la confianza de hablarlos contigo

Recuerda que tienes todo el derecho de ser tratado con respeto y dignidad siempre, sin importar las decisiones que tomes.

Puedes rehusar peticiones sin sentirte culpable. Cada persona tiene sus necesidades y responsabilidades, y no existe la obligación de ceder a las peticiones de los demás.

**Las mejores decisiones se toman con tiempo. Las prisas llevan a tomar decisiones de las cuales es posible arrepentirse.
Tomate tu tiempo**

Siempre ten presente que, antes de satisfacer las necesidades de los demás, debes satisfacer tus propias necesidades, si das lo mejor de ti, procura recibir lo mismo.

Siéntete bien contigo mismo(a) siempre y ante todo.



Quieres conocer más???

Puedes visitar y consultar los siguientes libros y sitios de Internet...

- ✓ Allan Guttmacher Institute, AGI. (2000). El Aborto: Un Problema De Salud Pública. Obtenido el 24 de mayo de 2011 desde: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf
- ✓ Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- ✓ Ardila, L. (2007). Adolescencia, Desarrollo Emocional. Guía y Talleres para Padres y Docentes. Bogotá; Ediciones ECOE, 188 pp.
- ✓ Bárcena, S. (2008). Predictores de la habilidad para usar correctamente el condón y la intención de emplearlo en adolescentes sin experiencia sexual. Tlalnepantla, Edo. de México. FES Iztacala, UNAM. 106p. (TESIS)
- ✓ Barocio, R. (2008). Disciplina con amor para adolescentes. Guía para llevarte bien con tu adolescente. México; Editorial Pax, 212 pp.
- ✓ Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yepéz, E., Abad-Franch, F. y Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 86-94.



- ✓ Berger, K. (2006). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. España; Editorial Panamericana, 640 pp.
- ✓ Blogger (2009). Nuevas formas de socialización. Obtenido desde: <http://esklatsocial.blogspot.com/>
- ✓ Blogger (2011). Socialización a través de la red ¿realidad o ficción? Obtenido desde: <http://esklatsocial.blogspot.com/>
- ✓ Calero, J. y Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre la iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 27(1), 50-57.
- ✓ Carrada, T. (2003). Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 46(6).
- ✓ CENSIDA (2010). El VIH en México. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Obtenido el 10 de agosto desde: <http://www.censida.salud.gob.mx>
- ✓ CENSIDA. (2011). Registro Nacional de Casos de SIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Obtenido el 18 de Septiembre de 2011 desde: <http://www.censida.salud.gob.mx>
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. El VPH y los hombres. Obtenido el 29 de abril de 2011 desde: www.cdc.gov/std/spanish/vph/default.htm
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. Sífilis y HSH. Obtenido el 29 de abril de 2011 desde: <http://www.cdc.gov/std/Spanish/syphilis-MSM-fact-sheet-s-2009.pdf>
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. Tricomoniasis. Obtenido el 29 de abril de 2011 desde: www.cdc.gov/std/spanish/trichomoniasis-factsheet-s-press-2009.pdf

- ✓Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2009). Hoja informativa de los CDC. Herpes Genital. Obtenido el 29 de abril de 2011 desde: <http://www.cdc.gov/std/Spanish/STDFact-Herpes-s.htm>
- ✓Centro Nacional para el Control y Prevención del SIDA, CENSIDA. (2009). El VIH/SIDA en México 2009. Obtenido el 8 de mayo desde: <http://www.censida.salud.gob.mx>
- ✓Coll, A. (s/a). Embarazo en la adolescencia. ¿Cuál es el problema? *Adolescencia y juventud en América Latina*, 425-445.
- ✓CONAPO, Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana, México, 2000, p. 71
- ✓Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, CONASIDA. (2010). Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Obtenido el 12 de junio de 2011 desde: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/file,57845,es..pdf>
- ✓Corona, E., Conde, C., Barrón, B. y Sánchez, M. (2010). Virus del herpes simplex tipo 1: un posible agente de transmisión sexual en población universitaria. *Gaceta Médica de México*, 146(2), 98-102.
- ✓Delegrave, M. (2007). *Adolescente: manéjese con cuidado*. México: Grupo Editorial Patria, 199 pp.
- ✓Fagundo, R. (s/a). Enfermedades de transmisión sexual. Chlamydia. Carpermor, Laboratorio de Referencia Internacional. Obtenido el 2 de junio de 2011 desde: http://carpermor.aureacode.com/blog/wp-content/uploads/2010/07/E-1-ETS_Chlamydia.pdf
- ✓Fajardo, E. (2006). Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH/SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la universidad Santa María la Antigua. *Centro de Investigación y Promoción Social Urbana*, 4, 3-12.

✓ Florenzano, R. (s/a). Conductas de riesgo y factores protectores. Curso de salud y desarrollo del adolescente. Obtenido el 27 de abril de 2011 desde: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/M416Bibliografia.html>

✓ Flores, L. (2004). Psicología de la salud. Obtenido el 29 de marzo de 2010 desde: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>

✓ Galimberti, U. (2006). Diccionario de Psicología. México; Siglo XXI, 1221 pp.

✓ García, C. (2010). Los efectos psicológicos de un embarazo no deseado en la adolescencia. Blog informativo de Psicología Práctica. Obtenido el 24 de marzo de 2011, desde: <http://www.parasaber.com/salud/psicologia/autoayuda/articulo/a-bordo-adolescentes-consecuencias-efectos-psicologicos-embarazo-no-deseado-adolescencia/26230/>

✓ Gascón, J., Navarro, B., Gascón, F., Pérula de Torres, L., Jurado, A. y Montes, G. (2003). Sexualidad y fuentes de información en población escolar adolescente. *Medicina de familia*, 4(2), 124-129.

✓ González, D. y Billings, D. (2002). El aborto en México. IPAS, México.

✓ Gonçalves, S., Castellá, J. y Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.

✓ Grinder, R. (1993). Adolescencia. México; Editorial Limusa, 530 pp.

✓ Grunberg, M. (2002). Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes antropológicos*, 17, 47-75.

✓ Guerra, A. y González, E. (2006). El virus del papiloma humano. Repercusión en la patología dermatológica de las nuevas vacunas. *Más Dermatología*, 5, 4-13.

✓ Horrocks, J. (1993). *Psicología de la Adolescencia*. México; Editorial Trillas, 464 pp.

✓ INEGI. (2010). Estadísticas a Propósito del día Internacional de la Juventud. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Obtenido el 20 de Febrero de 2011 desde: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e>

✓ INMUJERES (2007). Cifras en torno a la despenalización del aborto. Obtenido el 8 de agosto desde: http://www.inmujer.df.gob.mx/abortos/documentos/cifras_encuestas.html

✓ Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2008). Enfermedades de Salud Sexual. Obtenido el 5 de mayo de 2011 desde: <http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/index.aspx>

✓ Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2010). Generalidades. Obtenido el 5 de mayo de 2011 desde: <http://www.imss.gob.mx/salud/generalidades/Pages/index.aspx>

✓ Jakubowicz, S. (2011). Herpes genital. Obtenido el 23 de abril de 2011 desde: <http://www.salud180.com/sexualidad/its/otras-enfermedades/candidiasis-es-comun-en-hombres-y-mujeres>

✓ Jiménez, S., Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 9(2), 147-162.

✓ Klein, S., Miller, S. y Thomson, F. (2010). Un libro para parteras Atención del embarazo, el parto y la salud de la mujer. Obtenido el 19 de mayo de 2011 desde: http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_midw_2011/es_midw_2011_00SecFrontal.pdf

✓ Langer, A. (2002). El embarazo no deseado, impacto sobre la salud y la sociedad de América latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 11(3),192-205.

✓ Law, D. y Harris, R. (2005). *Cómo Convivir con Hijos Adolescentes. Permaneciendo en Sintonía con ellos y Proporcionándoles una verdadera ayuda en sus vidas.* Barcelona; Ediciones Urano, 367pp.

✓ Libreros, L., Fuentes, L. y Pérez, A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una comunidad educativa. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(4).

✓ Lizano, M., Carrillo, A. y Contreras, A. (2009). Infección por Virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Instituto Nacional de Cancerología*, 4, 205-216.

✓ López, N., Vera, L. y Orozco, L. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres, jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32(1), 32-40.

- ✓ Martí, J. (2002). Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(2), 107-111.
- ✓ McKinney, J., Fitzgerald, H. & Stromen, E. (1982). *Psicología del desarrollo. Edad adolescente*. México; Manual Moderno, 266 pp.
- ✓ Merck Sharp & Dohme, MSD. (2010). *Enfermedades de transmisión sexual*. Obtenido el 23 de junio de 2011 desde: http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_17/seccion_17_189.html
- ✓ Montero, Y. (2006). *Televisión, valores y adolescencia*. Barcelona; Editorial Gedisa.
- ✓ Morales, H. (1998). Actitudes de los y las adolescentes ante la sexualidad. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, IV(2), 229-257.
- ✓ Nicolson D. y Ayers, H. (2002). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia*. Madrid: Ediciones Narcea, 171 pp.
- ✓ ONUSIDA. (2006). *Situación de la epidemia del SIDA*. Boletín informativo, obtenido el 24 de noviembre de 2010 desde: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2009/9789291738342_spa.pdf
- ✓ ONUSIDA. (2009). *Informe anual 2009. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA*. Obtenido el 12 de junio de 2011 desde: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/2009_annual_report_es.pdf
- ✓ Organización Mundial de Salud. (1975). *El Embarazo y el aborto en la adolescencia. Informe de una Reunión de la OMS. Serie de Informes Técnicos. No.583*.

✓ Organización Mundial de la Salud, OMS., Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. *Asociación Mundial de Sexología*. Obtenido el 5 de mayo de 2011 desde: <http://www2.huberlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/TESTHOM2.HTM>

✓ Organización Mundial de la Salud, OMS. (2004). El Aborto: Un Problema De Salud Pública. Obtenido el 24 de mayo de 2011 desde: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf

✓ Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Proyecto de Estrategia Mundial. *Informe de la secretaria*, 72 pp.

✓ Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). Datos fundamentales sobre la epidemia de VIH y los progresos realizados en las regiones y los países en 2010. Obtenido el 18 de octubre de 2010 desde: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/regional_facts/es/

✓ Organización Mundial de la Salud. (2011). Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Obtenido el 13 de Febrero de 2011 desde: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html.

✓ Organización Panamericana de la Salud. (2008). Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, D.C: *Publicaciones científica y técnica No. 594*. pp. 5-17.

✓ Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007) Psicología de la Salud. Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapeutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.

- ✓ Paya, F. (1999). Eso que llaman: Adolescencia. Ética COU. Obtenido desde: <http://www.quedelibros.com/libro/33844/Eso-Que-Llaman-Adolescencia.htm>
- ✓ Peña, M., Torres, J. y Pérez, F. (2005). Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1), 1-12.
- ✓ Peñacoba, C., Álvarez, E. y Lázaro, L. (2006). Teoría y Práctica de Psicología del Desarrollo. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.; Madrid, España. 172 pp.
- ✓ Pepin, L. (1975). La psicología de los adolescentes. Barcelona; Oikos-Tau ediciones, 161 pp.
- ✓ Pérez, F., Fuster, E. y Mucitu, G. (1988). Diferencias en los tópicos de comunicación entre padres e hijos según la dirección de la comunicación y las variables sexo, edad y status. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 31-41.
- ✓ Pérez, R. (2008). Prevención del aborto inseguro. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68(2), 71-72.
- ✓ Philip, R. (1999). Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. España; Prentice Hall, 519 pp.
- ✓ Portero, P., Cirne, R. y Mathieu, G. (2002). La intención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 577-584.
- ✓ Ramírez, J. (2011). Las bacterias. Exprésate, foro estudiantil. Universidad Autónoma de Chihuahua. Obtenido el 4 de diciembre de 2011 desde: <http://www.uach.mx/>

- ✓ Ramos, C. (2007). Epidemiología de la Mortalidad Materna. Aborto. *X Foro Interinstitucional de Investigación en Salud*.
- ✓ Reina, J., Muñoz, N. y Sánchez, G. (2008). El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colombia Médica*, 39(2), 189-195.
- ✓ Rivero, J. y Victoria, E. (2009). Evaluación de un programa de educación sexual para adolescentes de 17 a 21 años. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, UNAM.
- ✓ Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2006). Programa de Intervención para Prevenir Problemas de Salud Sexual en Universitarios. *Asociación Mexicana de Psicología Social*, 1-9.
- ✓ Robles, S. y Moreno, D. (2007). Psicología y salud sexual. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. pp. 43-62
- ✓ Salazar, A., Santa María, A., Solano, I., Lázaro, K., Arrollo, S., Araujo, V., Luna, B. y Echazu, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 7(2), 79-85.
- ✓ Sánchez, M. y León, J. (s/a). Prevención de la transmisión de VIH: Variables predictoras de la intención del uso del condón. *Universidad de Huelva*. 230-234.
- ✓ Sánchez, M., Uribe, F. y Conde, C. (2002). La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública de México*, 44(5), 442-447.

- ✓ Santacreu, J., Márquez, M., y Rubio, V. (1997). La Prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 10, 81-92.
- ✓ Santín, C., Torrico, E., López, M. y Revilla, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19(1), 81-90.
- ✓ Santrock, J. (2004). Adolescencia. *Psicología del Desarrollo*. España; McGraw Hill, 487 pp.
- ✓ Taracena, R. (2003). Hoja informativa: Embarazo Adolescente. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE)*. Obtenido el 18 de abril de 2011 desde: www.gire.org.mx
- ✓ Taracena, R. (2008). Hoja informativa: Cifras del aborto en México. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE)*. Obtenido el 23 de abril de 2011 desde: www.gire.org.mx
- ✓ Vargas, T., Barrera, F., Burgos, M. y Daza, B. (2005). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: El papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universidad Psychol Bogotá*, 5(1), 69-84.
- ✓ Velázquez, T. (2003). Situación Actual de Aborto. *Ciencias*, 69, 42-60.
- ✓ Vera, L., López, N., Orozco, L. y Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Médica Colombiana*, 26(1), 16-23.
- ✓ Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 35-40.

Sitios de Internet e Instituciones a las que puedes acudir:

- <http://www.educacionsexual.com>
(comunicación y educación sexual)
- www.gire.org.mx
(Sexualidad y Derechos Reproductivos)
- <http://www.gentejoven.org.mx> (sexualidad)
- <http://guiajuvenil.com/> (hijos, adolescencia y padres)
- <http://www.guiainfantil.com/educacion/educacion.htm>
(guía de educación sexual)
- <http://www.usalo.df.gob.mx/index.php>
(uso del condón)
- <http://www.plannedparenthood.org/esp/padres/como-hablar-de-sexo-con-sus-hijos-4422.htm>
(como hablar de sexo con sus hijos)
- http://www.pediatraldia.cl/sex_ensenar.htm
(cómo hablar de tus hijos acerca de la sexualidad)
- www.salud.gob.mx/unidades/conasida
(Secretaría de Salud del Distrito Federal)
- www.andar.org.mx
(Interrupción Legal del Embarazo)

➤ Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX)

<http://www.imesex.edu.mx/>

Calzada de Las Águilas 657,

Col. Ampliación Águilas,

Del. Álvaro Obregón, C.P. 01710

Tel / Fax: 5564 2850 / 5574 9070

➤ Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. (MEXFAM)

<http://www.mexfam.org.mx/>

Juárez 208, Tlalpan, 14000,

México, DF.

TEL: (55) 5487 0030

FAX: (55) 5487 0042

➤ Democracia y Sexualidad (DEMYSEX)

<http://www.demysex.org.mx/>

Avenida Coyoacán No. 1878, Col. Del Valle,

Del. Bnito Juarez, México D.F.

Tel: 55-24-9496

➤ Programa “Familia DIF-Familia DF”

Se transmite por Radio Capital, martes y jueves de 10:00 a 10:30 horas, con repetición el sábado de 10:00 a 11:00 horas.

➤ Instituto de la Juventud del D.F.

<http://www.jovenes.df.gob.mx/>

Av. México Tacuba 235 Col.

Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11340

Teléfono 5341 7488

➤ Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)

<http://www.inmujeres.gob.mx/>

Alfonso Esparza Oteo 119, Col. Guadalupe Inn,
Del. Álvaro Obregón, C.P. 01020, México D.F.

Tel. 55) 53 22 42 00

➤ Centros nueva vida

<http://www.nuevavida.salud.gob.mx/>

Paseo de la Reforma 450, Col. Juárez, 06600
México, D.F.

Tel: 5208 1040, 5208 2426, 5208 2429

ó 5208 2433, ext. 117 y 118

➤ Librería “El armario abierto”

<http://www.elarmarioabierto.com/>

Agustín Melgar No. 25, Col. Condesa

Tel: 52-86-08-95

Anexo 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL ENTRE PADRES E HIJOS

Instrucciones: A continuación se le presenta una serie de preguntas acerca de la comunicación que usted como padre tiene con su hijo acerca de temas sexuales. Utilizando la escala marcada abajo, por favor indique la respuesta que más se asemeje a su realidad. Recuerde que no hay respuestas malas ni buenas. La información que nos proporcione será confidencial y utilizada solo con fines académicos.

Escala de respuestas:

1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Siempre
a. Totalmente en desacuerdo	b. En desacuerdo	c. Indiferente	d. De acuerdo	e. Totalmente de acuerdo

Sección de datos personales:

Nombre:

Edad:

Sexo: F M

Edad del hijo(a):

Sexo del hijo(a): F M

Nivel máximo de estudios:

Información

		a	b	c	d	e
1	Doy información a mi hijo(a) acerca de la sexualidad					
2	Doy información a mi hijo(a) acerca de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA					
3	Doy información a mi hijo(a) sobre métodos anticonceptivos					
4	He revisado con mi hijo(a) los pasos para el uso correcto del condón					
5	El período de crecimiento físico y de maduración sexual se conoce como Pubertad					
6	Un embarazo se puede prevenir si se utiliza adecuadamente un método anticonceptivo					

7	Es imposible que después de un aborto se presente una infección	a	b	c	d	e
8	Todas las ITS se contagian por contacto sexual	a	b	c	d	e
9	EL Virus del Papiloma Humano es una ITS que se puede curar	a	b	c	d	e
10	El VIH se puede contagiar al saludar de mano a una persona infectada	a	b	c	d	e
11	Algunos de los síntomas del VIH son: Fiebre alta, pérdida de peso, diarreas e infecciones graves frecuentes	a	b	c	d	e

Motivación						
1	Mi hijo debe usar condón en sus relaciones sexuales	1	2	3	4	5
2	Yo me protejo empleando condón en todas mis relaciones sexuales	1	2	3	4	5
3	Me preocupa el tipo de parejas que elije mi hijo	1	2	3	4	5
4	Investigo la vida sexual de mi pareja en turno para protegerme de alguna infección	1	2	3	4	5
5	Cualquier persona que tiene sexo sin protección se expone al contagio por VIH	1	2	3	4	5
6	La comunicación con mis hijos es buena para prevenir ITS/VIH/SIDA	1	2	3	4	5
7	Mi hijo puede contraer VIH si no se protege en sus relaciones sexuales	1	2	3	4	5
8	Inclulco en mis hijos el uso del condón para prevenir ITS/VIH/SIDA	1	2	3	4	5

Habilidades Conductuales						
1	Platico con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad	1	2	3	4	5
2	Platico con mis hijos sobre temas de sexualidad?	1	2	3	4	5
3	Cuando mi hijo(a) me hace preguntas sobre sexualidad le respondo de manera honesta	1	2	3	4	5
4	Puedo discutir con mi hijo(a) sobre sexualidad sin sentimientos vergonzosos	1	2	3	4	5
5	Es fácil hablar de sexualidad con mi hijo(a)	1	2	3	4	5
6	Cuando hablo con mi hijo(a) lo escucho sin interrumpirlo	1	2	3	4	5
7	Trato de comprender a mis hijos poniéndome en su lugar	1	2	3	4	5
8	Me intereso en las actividades que realizan	1	2	3	4	5

	mis hijos durante el día					
9	Cuando es necesario existe la negociación entre mis hijos y yo para llegar a un acuerdo	1	2	3	4	5
10	Cuando existe algo que comentar con mi hijo(a) procuro comunicarme con el/ella	1	2	3	4	5

AGRADECEMOS SU COOPERACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”