



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ENTRENAMIENTO POR EXPOSICIÓN DEL USO CORRECTO  
DEL  
CONDÓN FEMENINO EN ESTUDIANTES DE NIVEL  
SECUNDARIA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTAN:

**ALMA DELIA FLORES ORDAZ  
SANDRA ITZEL QUIÑONES SANDOVAL**

**DIRECTOR:** Mtro. Edgar Landa Ramírez.

**Revisora:** Lic. Ofelia Reyes Nicolat

**Asesor metodológico:** Lic. Miguel Ángel Luna Izquierdo

**Sinodal:** Dr. Juan José Sánchez Sosa

**Sinodal:** Dra. Silvia Susana Robles Montijo

México D. F.

2014



El presente estudio fue posible gracias al subsidio J-056 dado por el Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal (ICYTDF).



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

### *Agradecimientos.*

A nuestra alma máter, la Universidad Nacional Autónoma de México, que es fuente de conocimiento y desarrollo de la ciencia. Gracias por mantener el avance de esta; lo cual, nos permitió llegar hasta aquí.

Para nuestra Facultad de Psicología, sus académicos, alumnos, personal al cual sinceramente agradecemos la manera en que acogen a su alumnado, haciéndola sentir de tal forma como un segundo hogar. Por todo lo que la conforma, inmensas gracias, fue un orgullo ser parte de esta gran casa de estudios.

La realización de este proyecto no fue posible sin el apoyo de nuestras familias, por su comprensión, consejos, amor. ¡Vaya! por ser el pilar de nuestras vidas en esta travesía que aún continúa.

A todas las personas que madrugaron y nos brindaron su presencia y apoyo para la recolección de nuestros datos y a las cuales les agradecemos: Nallely Zenil, Adayr Rivera, Carolina Cruz, Eva Corona, Jani Aviña y Omar Ortega.

Por la atención brindada y colaboración de este trabajo, sinceras gracias a la Escuela Secundaria Diurna N° 27 “Alfredo E. Uruchurtu”, turno matutino. A todos sus alumnos del tercer año, Prefectos y Directivos, ya que con su apoyo dio resultados tan satisfactorios.

Eterno agradecimiento a todo nuestro sínodo, ya que sin sus consejos, apoyo, revisiones, trabajo constante, dedicación y confianza, este trabajo no sería lo que es; una entrega a la ciencia.

Por último y con un gran énfasis; le damos las inmensas gracias al Maestro Edgar Landa Ramírez, por confiar en nosotras desde el primer momento, por su dedicación, profesionalismo, entrega, sinceridad, compañía y amistad, por hacer valer nuestros ideales cuando otros nos cerraban puertas y por continuar siendo la persona que confía en nosotras, nos guía, orienta y da apoyo incondicional... ¡Simplemente alguien ejemplar!

## **DEDICATORIAS**

### **Alma Flores.**

#### **A MIS PADRES:**

Les doy las gracias principalmente por brindarme su amor y apoyo incondicional en todos los ámbitos de mi vida, por estar a mi lado, darme ejemplos de perseverancia y constancia, la educación y los valores que me inculcaron para ser lo que hoy soy, pero sobre todo gracias por el esfuerzo que ambos realizaron y que dedicaron su vida a la mía para poder cumplir este gran logro.

**LES AMO PROFUNDAMENTE.**

#### **A MI HERMANA:**

A quien especialmente le dedico este trabajo, gracias Tere por estar siempre conmigo, por cuidarme y protegerme pero sobre todo por creer en mí, y enseñarme a gozar de la vida, y darme el valor de aferrarme y luchar por lo que quiero gracias por brindarme tu apoyo y darle mucha alegría a mi vida.

#### **A MI AMIGA:**

A quien admiro por su lucha constante por conseguir lo que quiere, por su bondad la que te caracteriza muchas gracias Sandra, por que más que mi compañera de Tesis eres una gran amiga, sino es que la mejor, gracias porque me enseñaste el sentido de la amistad, siempre confiaste en mis locuras y fuiste parte de ellas, fuiste paciente y comprensiva y hoy le doy gracias a la vida de que este logro se haya completado junto a ti, mi compañerita de clases, cursos, talleres, fiestas, entre muchas cosas más. Gracias por darme la mano cada vez que me caía, por estar ahí justo cuando te necesitaba, no tengo más que agradecerle mi querida amiga, nuestro logro es una de las experiencias más especiales.

#### **MI FAMILIA FLORES:**

Quienes me han acompañado a lo largo de mi vida apoyándome siempre, a mis tías, tíos, primas y primos. En especial a mis tíos Ana y José, a quienes amo y admiro profundamente, porque creyeron y creen en mí, por enseñarme a seguir mis sueños, pero especialmente porque me escuchan y me aconsejan.

#### **MIS AMIGAS:**

Gracias chicas por dejarme ser parte de ustedes durante todos estos años, y pasar momentos inolvidables el cual muchos de esos nos hicieron sonreír o llorar, pero siempre dejándonos una experiencia el cual nos hizo crecer y valorar cada vez nuestra amistad gracias por esa lealtad y amor pero sobre todo por acompañarme en este proceso, animarme y echarme porras para que pudiera terminarla. Gracias por la alegría que han traído consigo a mi vida: Nallely, Dulce, Caro, Fanny.

#### **A MIS MAESTROS:**

Que dejaron una huella en mí y me regalaron su conocimiento, al que debo todo el aprendizaje obtenido. A mi querida Maestra Griselda, quien me introdujo a la psicología, y tuvo paciencia y tolerancia; Alejandra Manjarrez, a quien le debo mi formación como psicoterapeuta; Maestra Selma, a quien respeto y admiro, ella a quien me enseñó a tejer mi camino; al Profesor Luna, al que agradezco inmensamente su colaboración e interés, por que más que un maestro, es un amigo, y finalmente al Maestro Edgar Landa quien en poco tiempo me enseñó a aferrarme a mis metas.

## **Dedicatorias...**

### **Sandra Quiñones.**

*Por ésta; la más suave esencia impregnada en letras, trabajo, en ciertos tiempos y momentos... de ésta, mi entrega personal e intelectual deseo dedicar a:*

*Mis padres; estas personitas, a las que más amo en el mundo y admiro con profundo respeto. Les entregó un fruto del esfuerzo, dedicación, desvelos, alegrías y tristezas; este, mi pequeño gran trabajo que sin su presencia y confianza no hubiera sido posible.*

*A mi mami, Jose. Por nunca abandonarme, por estar a mi lado en los momentos más crudos de mi existencia, por ser la mejor mamá del mundo, mi ejemplo a seguir, la mujer perfecta, por ser una guerrera... TE AMO con todo mi ser y nunca terminare de agradecer el que estés en mi pasado, presente y futuro. Lo logré mami, lo logré; ahora yo preparare lo necesario para que estés cómoda y feliz, más feliz que nunca. Para ti, ¡¡todas las rosas del mundo!!.*

*Mi papá, Inés. Ahora más que nunca entiendo, eres un Ángel, y lo fuiste desde el primer momento en que llegaste a nuestras vidas. Tu entrega, sacrificios, desvelos, amor, el enfrentarte a tantos peligros; todo esto se resume en: EL MEJOR PADRE. Estoy simplemente agradecida por la forma en que nos rescataste y has protegido, muy pronto me tocara a mí, y con gusto lo haré.*

*Marco Antonio, mi hermano; tanto que hemos atravesado, tanto que reímos y lloramos, y otro tanto que sigue. Por ser mi protector, consejero, amigo; por abrazarme con tanta fuerza cuando no entendía muchas cosas, por siempre estar cuando más te necesito. Eres el mejor hermano que podían darme. Te amo hermaniwuis y tu dedicación ha sido un gran ejemplo a seguir, tanto profesional, laboral y personal. Aquí te dejo mi trabajo y creo que ahora yo puedo abrazarte fuerte, fuerte.*

*Mi hermanita, mi princesa, a la más hermosa personita, a ti Nataly, mi mejor hermana. Te dedico este esfuerzo, esto que tú también construiste, por esas noches de desvelo, por ser mil veces mi conejillo de indias, por las locuras, pleitos, abrazos, risas; por ser esta magnífica persona que me va enseñando tantas cosas, por todo lo que veo en ti. Te amo, que nunca te quepa duda y siempre estaré para ti, siempre seré tu sombra (bromita eh); se que serás lo que más deseas y es una gran satisfacción ver cómo vas avanzando poco a poco en esta gran carrera llamada vida; continua así, nada es fácil, pero tampoco nada es imposible.*

*A mi familia; Abu Sol, Tía Malena, Ara, Mari, a mis príncipes Fer y Joshua. Por su cariño y amor, por hacerme sentir tan a gusto, tan querida y por estar tan presentes en mi existencia; también va para ustedes este trabajo que brilla a su lado.*

*No sé cómo fue, pero llegaste así y llenaste mi vida de alegría; gracias a ti he comprendido muchas cosas, gracias a tu persona he podido encontrar el sentido de lo que es amar. A ti Adayr, eres lo más bello que me ha sucedido; tu sinceridad, apoyo, amistad, amor, entrega, compañía, todo esto y más me han ayudado a superar tantos fantasmas. Por tu apoyo y enseñanzas incondicionales, de igual forma pude lograr esto. Y que lo nuestro siga tan resplandeciente... Te Amo!!!*

*Para ti, mi compañera, amiga, confidente, y amiguita del bosque (titulo recibido por un profe je!), Alma; sinceras gracias por tu confianza en tantas cosas, realmente sin ti nuestro trabajo no sería esto, algo extraordinario. Admiro tu fortaleza y valentía, agradezco eternamente el que me tendieras tu mano en situaciones que sólo tú conoces y el siempre tener palabras alentadoras para mí, igualmente las risas, pensamientos, palabras, experiencias, llantos, miedos y todo lo que hemos formado; amo nuestra amistad. Eres una guerrera y una mujer sin igual. Que esto no sea un Fin, que esto sea un...Continuará.*

*Para las personas que lejos, pero siempre constantes, también va esto. Su presencia, amistad y voces atentas han sido un motor en mi vida; saben lo que hemos pasado y lo que nos falta, estoy tan feliz de contar con ustedes y tan orgullosa de ver lo que son; unos seres ejemplares. Cariño eterno a Eva Corona, Diego Benítez y Juan Solis.*

*A todas mis amistades de la Facultad de Psicología, las cuales me han brindaron su cariño, momentos imborrables y que sin ustedes, mi estancia en esta no sería lo que es... ¡De lo más hermoso en mi vida!. Aplauzos a: Ana Lau, Rocio, Nalle, Dulce, Alma, Marisol, Abel, Omar, Jani, Adayr, Mariana, Karen, Rocío, Ruth, Paoky y a todos los que han tenido una presencia amiga en mi vida.*

*Sin que sean maravillosas, mis otras amistades que siempre han estado presentes a lo largo de mi vida y a las que me han alentado a ser lo que soy... Javier, Bianca, Alejandro, Carlos, Luis, Adyery, Yessi, Esme, Ilse y Sara.*

*A todas las y los académicos que me han brindado su experiencia, conocimientos y apoyo para llegar a ser la profesional que soy. Incondicionalmente a la Mtra. Selma González, Mtra. Ena Niño, Lic. Zoraida Meléndez, Mtra. Griselda Torres, Lic. Alejandra Manjarrez, Dra. Susana Robles, Mtro. Edgar Landa, Mtra. Eva Hernández y Lic. Miguel Ángel Luna. En mi vida, iluminaron y guiaron con su presencia.*

*Y por último, dedico este trabajo a la vida, a lo más bello que tengo y que siempre tendré. A las experiencias y momentos que me han acompañado y forjado a llegar hasta aquí. Esto no es punto final, aún no termina; simplemente es un paso más, simplemente es de lo mejor y que continúe así... ¡Iluminando!*

*Para ustedes, todo esto...*

## ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
<b>Capítulo 1. Adolescencia y cambios biopsicosociales.....</b>	<b>2</b>
1. Adolescencia.....	2
1.2. Marco de referencia .....	3
2. Desarrollo adolescente.....	8
2.1. Cambios físicos.....	8
2.2. Cambios psicológicos.....	12
2.3. Cambios sociales.....	13
3. La sexualidad y salud sexual en los adolescentes.....	14
3.1. La sexualidad.....	14
3.2. La salud sexual de los adolescentes.....	18
4. Conclusión.....	22
<b>Capítulo 2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....</b>	<b>23</b>
1. Antecedentes históricos de las ITS.....	23
1.2. Concepto y generalidades de las ITS.....	24
1.3. Epidemiología general de las infecciones transmitidas sexualmente.....	27
2. Descripción de cinco principales ITS.....	28
2.1. Sífilis.....	28
2.2. Gonorrea.....	30

2.3. Chlamidya.....	32
2.4. Virus del Papiloma Humano (VPH).....	33
2.5. Virus de inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).....	34
3. Conclusión.....	39
<b>Capítulo 3. Métodos anticonceptivos.....</b>	<b>41</b>
1. Marco conceptual.....	41
2. Tipos de métodos anticonceptivos.....	42
2.1. Naturales.....	42
2.2. Temporales.....	44
2.3. Permanentes.....	45
2.4. De barrera.....	45
3. Especificaciones del Condón Femenino (CF).....	47
4. Conclusión.....	49
<b>Capítulo 4. Estudios empíricos del condón femenino/masculino.....</b>	<b>51</b>
1. Marco conceptual.....	51
2. Principales estudios.....	51
3. Conclusión.....	55
<b>Capítulo 5. Investigación empírica.....</b>	<b>57</b>
1. Justificación.....	57

2. Pregunta de investigación.....	58
3. Objetivo.....	58
4. Hipótesis.....	59
5. Método.....	59
5.1. Participantes.....	59
5.2. Escenario.....	61
5.3. Procedimientos estadísticos utilizados.....	62
5.4 Variables.....	63
5.5. Diseño.....	66
5.6. Procedimiento.....	66
<b>Capítulo 6. Resultados.....</b>	<b>70</b>
<b>Capítulo 7. Discusión.....</b>	<b>79</b>
REFERENCIAS.....	88
APÉNDICES	
1. Consentimiento informado.....	100
2. Hoja de datos socio-demográficos.....	102
3. Hoja de registro con base al Test Analógico de Simulación (TAS) de Roth (1986).....	103

4. Hoja de los 12 pasos correctos del CF basado en la División de apoyo en la empresa de salud femenina [FHC] (2012).....	104
5. Cartas descriptivas (Adolescencia y sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual [ITS], Métodos anticonceptivos y Condón Femenino [CF]).....	105

## Resumen

### ENTRENAMIENTO POR EXPOSICIÓN DEL USO CORRECTO DEL CONDÓN FEMENINO EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA.

El presente estudio evaluó la efectividad de un entrenamiento por exposición para el desarrollo de habilidades del uso correcto del condón femenino (CF) en estudiantes de secundaria. Fue un estudio experimental de dos grupos (control e intervención); con evaluaciones pre, post. Participaron 121 estudiantes, elegidos de manera no probabilística accidental; y asignados de manera aleatoria simple a una de las dos condiciones (61 intervención; 60 grupo control). Durante el entrenamiento se les enseñó los 12 pasos para utilizar correctamente el CF, utilizando CF y vaginas de entrenamiento. Se observaron diferencias significativas en la pre y post evaluaciones de las condiciones lo dijo, lo hizo; se usó la prueba t para muestras relacionadas, encontrándose rechazo de la  $H_0$  a favor de  $H_a$ ;  $p < .01$  en los tres grupos (total, hombres y mujeres) indicando diferencia significativa. En grupo intervención (total) se obtuvo  $t = -17.392$  (LD) y  $t = -22.887$  (LH); y en grupo control (total),  $t = -20.22$  (LD) y  $t = -24.36$  (LH). Se contrastaron sexos sin encontrar diferencia significativa. Se observó diferencia significativa entre la condición LH comparada a LD en los tres grupos, indicando a corto plazo un desarrollo de habilidades que les pueden prevenir a los jóvenes embarazos no deseados, ITS y/o VIH/SIDA en ambas intervenciones y se discuten las implicaciones de los hallazgos.

**Palabras clave:** entrenamiento por exposición; Condón femenino; Estudiantes de secundaria; prevención embarazos no deseados; VIH/SIDA.

### **Abstract.**

This study evaluated the effectiveness of training by exposure to the development of skills in the correct use of the female condom (FC) in high school students. Was an experimental study two groups (control and intervention) with pre, post 121 students participated, a non-probabilistic elected accidental, and simply randomly assigned to one of two conditions (61 intervention, 60 control group). During training were taught the 12 steps to properly use the CF, using CF and training vaginas. Significant differences were observed in pre, post conditions evaluation said, he did; t test was used for related samples, finding rejection of  $H_0$  in favor of  $H_a$ ,  $p < .01$  in the three groups (total, male and female ) indicating significant difference. In intervention group (total) was obtained  $t = 17.392$  (LD) and  $t = 22.887$  (LH) and in control group (total),  $t = -20.22$  (LD) and  $t = -24.36$  (LH). Sexes were contrasted not find significant difference. Significant difference was observed between the LH condition compared to LD in the three groups, indicating short term support skills development in young people to prevent unwanted pregnancies, STIs and / or HIV / AIDS in both interventions, and discuss the implications of the findings.

**Key words:** training for exposure, Female Condom, secondary students, preventing unwanted pregnancies, HIV / AIDS.

## INTRODUCCIÓN

*“Por el desarrollo de la ciencia,  
por un apoyo al bienestar de las actuales generaciones.”  
Anónimo.*

Desde la antigüedad, la humanidad se ha enfrentado a diversos problemas de salud; entre estos destacan las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Estudios por parte de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007); previeron en el 2005, que cada año se presentan un número elevado de nuevos casos de ITS curables en adultos de 15 a 49 años, sin contar infecciones como el VIH u otras que llegan a ser mortales para la población; por lo cual se está en la necesidad de enfrentar y realizar acciones necesarias para reducirlo.

De acuerdo a datos reportados por la ONUSIDA/OMS (2012), una de las ITS de mayor preocupación mundial es el VIH/SIDA, ya que a finales del 2011 se calculó que 34 millones de personas estaban infectadas y 2,7 millones de personas la contrajeron; sin dar a entender que estos datos minimicen las demás ITS. La forma en la que se transmiten puede ser por la vía sexual, materno-infantil o intravenosa; es importante conocer la vía de transmisión, esto con el fin de tener un conocimiento general e implementar acciones para una prevención para no adquirirlos. Desafortunadamente, por un aumento en las conductas de riesgo como el alcoholismo, drogadicción, mal uso de métodos anticonceptivos, desinterés y conductas prevalentes en la población juvenil, se puede encontrar que estos son vulnerables a las ITS y VIH/SIDA; debido a que más del 50% de la población mundial está propensa a adquirir nuevas infecciones entre los 10 y 24 años de edad y un 25% en menores de 25 años, se visualiza como un dato alarmante.

Por lo cual; nuestro objetivo primordial, con base en los datos anteriormente mencionados, dada la vulnerabilidad en jóvenes y en búsqueda de un bienestar y plenitud hacia esta población; se diseñó y evaluó un entrenamiento por exposición dirigido a adolescentes de nivel secundaria con el propósito de obtener las habilidades y herramientas para el uso correcto del método anticonceptivo “condón femenino”, mediante un modelamiento; y así desarrollar en cada uno de los participantes, el manejo de este anticonceptivo en situaciones inmediatas, mediatas o futuras; ya que es fundamental la conservación de la salud, y así poder prevenir riesgos a nuestros jóvenes.

## Capítulo 1. Adolescencia y cambios biopsicosociales.

*“Te acompaño en tu transformación, con profundo respeto por tu persona,  
tu camino y tu destino.. a través de tu búsqueda, yo puedo aclarar la mía.  
En pocas palabras, me ayudas a despertar.”*  
R. Barocio.

*“Las sexualidades y los seres humanos son únicos...  
así, como los copos de nieve.”*  
B. Whipple, A. K. Ladas y J. D. Perry.

### 1. Adolescencia.

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), en su vigésima segunda edición (2001); define adolescencia como la “edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Por lo tanto la adolescencia es ese puente que se atraviesa de la niñez dependiente a la adultez interdependiente.

Piaget e Inhelder (1985) aluden que psicológicamente, la adolescencia es la edad en la que el individuo se inserta en el mundo de los adultos, donde se siente al mismo nivel de sus mayores, por lo menos en cuanto a sus derechos (igualdad y reciprocidad), y más frecuentemente por encima de él, debido al egocentrismo o narcisismo formado en ellos.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008), clasifica a la adolescencia en: adolescencia temprana (10-13 años de edad), adolescencia media (14-16 años de edad), y adolescencia tardía (17-19 años de edad), sin dejar de reconocer que es un periodo amplio; pudiendo no tener el mismo significado y siendo en diferentes edades cronológicas para diversos entornos sociales y económicos.

Por lo general, se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse (Papalia, 2005).

La adolescencia es una etapa de definición y consolidación de la personalidad. Es en este periodo cuando el joven debe tomar decisiones con respecto a la elección de amigos y pareja, decisiones acerca de su vocación y de los valores según los cuales orientará su vida. Estas decisiones forman parte del proceso de maduración. El joven ya

tiene una autoconciencia de ser social, una cierta competencia y adecuación en sociedad y se siente integrado e identificado con un grupo de iguales. (Toledo, Loengo, Lobos, Fuentes, y Siraqyan, 2004)

Combrinck (1991) menciona que los pasos de desarrollo psicológico se dan, por supuesto, dentro del contexto del desarrollo físico del adolescente: estos vienen acompañados de transformaciones físicas en el crecimiento, el cambio corporal, la voz, la fuerza física y las características sexuales secundarias que marcan la transformación del niño en adulto joven. Quienes estudian el desarrollo han descrito a la adolescencia en términos de la preocupación individual por la identidad emergente y la renegociación de las relaciones familiares, reflejada con el concepto del segundo proceso de separación/individuación (Blos, 1962).

Por consiguiente, la adolescencia es el periodo que se caracteriza por insólitos desarrollos en todo aspecto donde el individuo se busca, se descubre; encontrando sentimientos desconocidos, que lo conllevan a responsabilidades y a nuevas ideologías que lo conducirán a formar su propia identidad.

Rodríguez-Tomé, H. (2003), menciona que uno de los acontecimientos más importantes que se producen en el curso de la adolescencia es el desarrollo puberal; se trata de un proceso evolutivo universal, cuya regulación está inscrita en el patrimonio genético de la especie humana y que en un tiempo relativamente breve, hace que el cuerpo del niño se convierta en un cuerpo de adulto, en su forma y en su funcionamiento.

Cabe entonces hablar de una verdadera metamorfosis impuesta por la naturaleza, que modifica las imágenes de uno mismo, estimula nuevas conductas y nuevas competencias y transforma necesariamente las relaciones del joven con su medio familiar y social.

## **1.2. Marco de referencia.**

La antigua Grecia (S. IV y V A.C); fuente de tantas ideas que influyeron en la historia de occidente, tanto Platón cómo Aristóteles, veían la adolescencia como la tercera fase diferenciada de la vida después de la infancia (del nacimiento a los 7 años)

y la niñez (de los 7 a los 14 años). En sus doctrinas, la adolescencia se extendía de los 14 a los 21 años. Ambos, veían la adolescencia como la etapa de la vida en que se empezaba a desarrollar la capacidad de razonar (Jeffrey, 2008).

En realidad, la adolescencia se convirtió en un término difundido apenas a final del siglo XIX y el inicio del siglo XX (Kett, 1977). Antes de este tiempo, era más común referirse a la gente entre los 14 y 20 años como la juventud o simplemente como jóvenes (Modell y Godman, 1990).

Por su parte, Santrock (2003), menciona que para algunos historiadores, G. Stanley Hall, es el padre del estudio científico de la adolescencia, el cual afirmaba que ésta consiste en un periodo tormentoso y de tensión, por lo cual, la visión constituye el concepto de ser una etapa turbulenta, cargada de conflictos y cambios de humor.

Sin embargo, no se ha tenido en cuenta un relevante aspecto de la adolescencia: no forman un grupo homogéneo (Galambos y Tilton-Weaver, 1996), debido a que una gran parte de los adolescentes llegan con éxito a la madurez adulta, pero por aspectos que se engloban en un contexto histórico y psicosocial, algunos no lo logran.

La cultura adolescente se encuentra influida por mitos y espacios de origen, incluye su peculiar historia, la cual, va variando con las distintas épocas. Estos cambios que se han dado con base en lo político, social y económico originándose desde la segunda mitad del siglo XX, han transformado los modos de vida de todas las etapas del ciclo vital, haciendo hincapié en la etapa adolescente. Y ubicando un contraste por parte de la sociedad contemporánea; se encuentra que las conductas de los adolescentes, no pueden ser practicadas libremente, ya que se les limita y al mismo tiempo se les propicia una salida al mundo adulto. Obteniendo así una complicación entre el trabajar, convivir o establecer relaciones afectivas duraderas; y a pesar de que están biológicamente aptos para la reproducción, psicológicamente no se encuentran preparados.

Al considerar dichas limitantes y contradicciones de la sociedad hacia las y los adolescentes, se llegan a encontrar con diversas ideologías respecto a su individualidad; ubicándose entre el inicio y fin, tanto de una vida adulta, como de una niñez que no está realmente abandonada por esta etapa.

Es por eso, que se debe aclarar la diferencia entre adolescencia y pubertad, ya que; como mencionó Branconnier, A. (2001), la entrada a la adolescencia comienza con

la pubertad, cuyo inicio se sitúa en nuestros días entorno a los 10-13 años de edad, más precozmente que antes y se define como el conjunto de cambios fisiológicos y anatómicos que desembocan en el cuerpo de adulto y en la capacidad de reproducción.

Cabe resaltar que pubertad no es sinónimo de adolescencia, ya que acaba mucho antes de que finalice ésta y a menudo, se considera como el marcador del inicio de dicha etapa (Santrock, 2004). Y con ello; la pubertad no es un incidente ambiental. Todo ser humano tiene programado en sus genes el momento en el que aparecerá (Adair, 2000).

Es de suma importancia retomar la cantidad de población de adolescentes a nivel mundial y nacional; ya que es un grupo relevante y en pleno desarrollo, poniendo así énfasis a dicha etapa de vulnerabilidad. En la actualidad, la OMS (2008), informa que los jóvenes de 10 a 24 años representan una enorme proporción de la población mundial, más de 175 000 millones. Y todos estos adolescentes tienen necesidades específicas de salud y desarrollo, además de que atraviesan dificultades que afectan a su bienestar, como la pobreza, la falta de acceso a información sanitaria y servicios de salud, así mismo la insalubridad del medio ambiente. En el mundo una de cada cinco personas es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo. Casi el 70 % de las muertes prematuras y un 30% de morbilidad total de los adultos se relacionan a comportamientos que dan inicio en la juventud como el consumo de tabaco, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2006), comentó que en el 2006 el grupo de 10 a 24 años de edad constituía 28% (161 millones) de la población total de América Latina y el Caribe. El creciente número de población joven ejercerá presión sobre los sistemas de educación, de salud, laborales, legales y de recreación.

En los datos de la Dirección de la investigación y Estudios sobre Juventud [DIEJ] (2008), el incremento por década a nivel nacional en este grupo, se puede observar un crecimiento relevante. En 20 años (de 1970 a 1990) la población juvenil prácticamente se duplicó, pero es el periodo de 1990 a 2000 en donde se registró la elevación más importante ya que en tan sólo 10 años, la población de 12 a 29 años creció 40.6%.

De acuerdo con los cálculos de la DIEJ (2008), en el año 2012, la población juvenil en México alcanzó su máximo histórico, ubicando 35, 911,530 personas. La figura 1 muestra la evolución de este grupo desde 1970 hasta el año 2030, mostrando que, después de haber alcanzado el máximo, para este último año la población juvenil habrá decrecido casi 15% y se tendrá tan sólo 30, 285, 419 jóvenes entre 12 y 29 años.

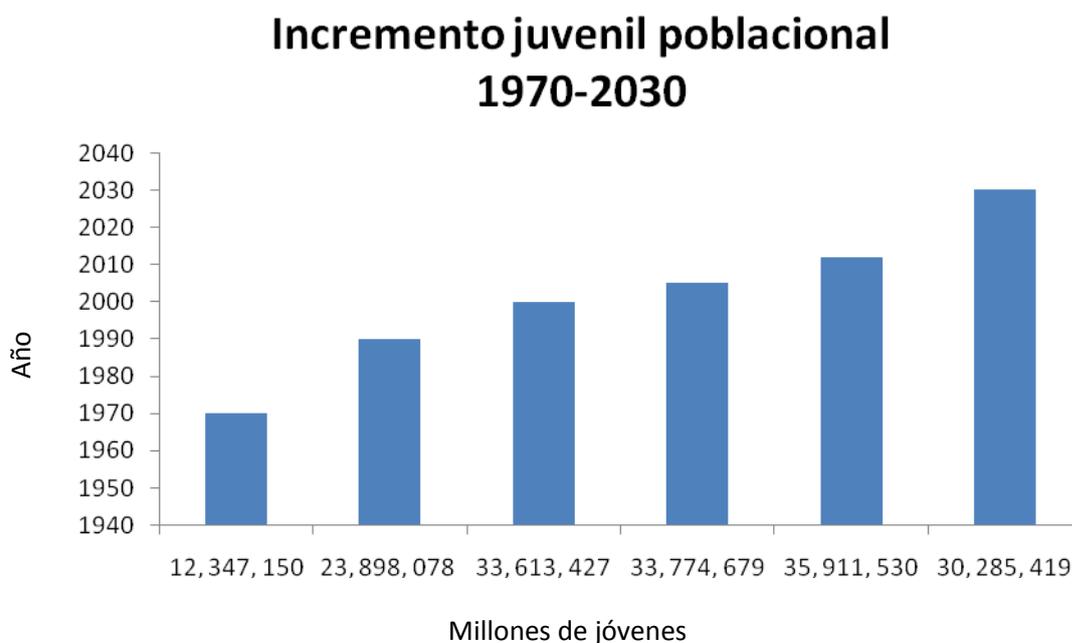


Figura 1. Estimación e incremento de población juvenil por década, de 1970 al 2030 de acuerdo con datos de la Dirección de la investigación y Estudios sobre Juventud 2008.

En el 2011, la Encuesta Nacional de Juventud (ENJUVE), en el contexto demográfico de juventud y de acuerdo con el censo de población de 2010, refirieron que se encontraban en ese año, 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29, teniendo 17.8 millones (49.2%) de hombres y 18.4 millones (50.8%) de mujeres. Son 8 las entidades federativas donde se concentra más de la mitad (52.9%) de la población entre 12 y 29 años; siendo en Estados de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Chiapas y Michoacán (Véase tabla 1).

Tabla 1. Contexto demográfico de juventud de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda INEGI 2010.

Jóvenes entre 12 y 29 por grupo de edad en México.

Grupo de edad (años)	Hombres	Mujeres	Total
12 a 14	3.3 mill. (50.6%)	3.2 mill. (49.4%)	6.5 mill.
15 a 19	5.5 mill. (50.1%)	5.5 mill. (49.9%)	11.0 mill.
20 a 24	4.8 mill. (48.7%)	5.1 mill. (51.3%)	9.9 mill.
25 a 29	4.2 mill. (47.9%)	4.6 mill. (52.1%)	8.8 mill.
Total	17.8 mill. (49.2%)	18.4 mill. (50.8%)	36.2 mill.

Las cifras antes observadas, representan la proporción de este grupo; el cuál es muy elevado; además de que interviene la salud y el desarrollo biopsicosocial, los cuales están estrechamente interrelacionados con la etapa adolescente.

Ubicando diversos factores entrelazados en esta etapa, uno de los más importantes (sin ser el primordial), es el desarrollo en diversas áreas; para el área física, se localizan los cambios sexuales y corporales producidos en la adolescencia, entrelazándose con los cambios psicosociales característicos de este periodo y al desarrollo cognitivo (cambios en la manera de pensar) y afectivo (sentimientos positivos o negativos relacionados con ideas y experiencias constituyendo la base de la salud mental), todos ellos dirigidos a una etapa decisiva en el camino hacia la edad adulta.

## 2. Desarrollo adolescente.

Inicia de manera complicada aislar las diferentes esferas que entrelazan al desarrollo, debido a que estas van de la mano una de la otra, en los cambios físicos por ejemplo implican los cambios cognitivos y emocionales; además de mirar con suma importancia que podría ser diferente la forma en la que se desarrollan estas áreas, podemos mirar a varios adolescentes que físicamente están desarrollados, sin embargo; su desarrollo psicológico, no parece lo suficientemente maduro.

En la tabla 2 de acuerdo a Pick y Vargas (1999), se presentan los principales cambios entre la niñez y la adolescencia del hombre y de la mujer, manifestados de manera física, social y psicológica.

Tabla 2. Cambios morfo-fisiológicos en la adolescencia.

CAMBIOS FISICOS	CAMBIOS PSICOLOGICOS	CAMBIOS SOCIALES
El desarrollo del cuerpo alcanza su madurez sexual. Cambios internos y externos y un crecimiento general acelerado.	Surge una inquietud por conocer más sobre la sexualidad. Cambio de ideología y adquisición de identidad.	Cuestionamiento del medio familiar, escolar y social. Mayor acercamiento e identificación con grupos de la misma edad y el mismo sexo.

### 2.1. Cambios físicos.

Como ya se mencionó antes, la pubertad da inicio entre los 10 y los 17 años, se considera que llega a su fin con la función de la reproducción como menciona Branconnier (2001). La pubertad dura alrededor de 5 años, por ello no podemos decir que hay equivalencia exacta entre la adolescencia propiamente dicha que va más allá del marco estricto de las transformaciones corporales y la pubertad.

La pubertad se inicia con la producción y secreción episódica de la hormona hipotalámica liberadora de las gonadotropinas hipofisarias o GnRH, esta hormona al llegar a la glándula hipófisis estimula la síntesis y secreción de las gonadotropinas, las

hormonas luteinizante y estimulante del folículo, ambas ejercen un efecto estimulador del testículo y del ovario, activando una serie de mecanismos intracelulares que culminarán con la producción de las hormonas sexuales y de otros factores sexuales esenciales para la maduración de los gametos (Ulloa, Díaz y Méndez, 1994). Esta es la etapa en donde ocurren modificaciones importantes en el nivel de función de las gónadas las cuales se traducen en cambios físicos de casi todos los sistemas y estructuras corporales; hay crecimiento somático y lineal acelerado, crecimiento de las estructuras genitales internas y externas así como de las glándulas mamarias en la mujer, cambios psicológicos y en el hábito exterior e inicio en el varón o reinicio en la mujer del proceso de maduración de los gametos (Van Vliet, 1991).

Por su parte Perinat (2003) describe que se presenta una aceleración del desarrollo, la cual señala la transición de la morfología infantil a la adulta, produciéndose al mismo tiempo maduración de los mecanismos y funciones necesarias para que la procreación sea posible. Es así como en unos pocos años, el cuerpo infantil cambia en funcionamiento y apariencia y se transforma en un cuerpo adulto sexualizado.

Lo cierto es que no es posible prever cuál será exactamente la naturaleza de los cambios cualitativos que van a producirse en la adolescencia, ni la edad precisa en la que las transformaciones madurativas tendrán lugar. Agregándose a lo anterior, las diferencias intra-individuales; es decir, los cambios biológicos, morfológicos, cognoscitivos, emocionales, entre otros. Rodríguez-Tomé, H. (2003) comenta que estos cambios no operan en cada sujeto ni al mismo tiempo ni con el mismo ritmo, ya que estas disarmonías transitorias del desarrollo no siempre se perciben claramente, ni por los adolescentes ni por los adultos próximos y allegados.

Cuando en el púber se van presentando paulatinamente los cambios en cuerpo, mente y entorno, estos tienen continuidad por cierto tiempo, y al hablar específicamente a nivel químico, en esta etapa se segregan glándulas endocrinas (suprarrenales y gónadas), las cuales liberan sustancias bioquímicas denominadas hormonas (significa “yo excito”) directamente al torrente sanguíneo, llegando a cada célula del cuerpo con un órgano objetivo donde actúan específicamente.

La reproducción no podría ocurrir si no fuera por las hormonas sexuales; el desarrollo de los órganos anatómicos y los procesos fisiológicos esenciales para la

reproducción depende de la elaboración de ciertas sustancias químicas (hormonas) por las glándulas sexuales.

Katchadourian (1979) dentro de la sexualidad humana, menciona tres hormonas hipofisiarias; las dos primeras llamadas gonadotrofinas estimulan las glándulas sexuales, estimulando así el desarrollo de los óvulos en los ovarios y del esperma en los testículos:

1. La hormona *estimulante del folículo* (HEF)
2. La hormona luteinizante (HL).
3. Y la tercera; la hormona prolactina, estimula la producción de leche por la mama femenina.

En la mujer la HEF y la HL estimula los ovarios para que produzcan y secreten las hormonas sexuales femeninas, los *estrógenos* y la *progesterona*. En el varón la HL generalmente se denomina *hormona estimulante de las células intersticiales* (HECI) porque estimula las células intersticiales (de Leydig) de los testículos para que elaboren y secreten la hormona sexual masculina o *testosterona*. Todas estas hormonas sexuales pertenecen a un grupo de sustancias químicas denominadas *esteroides*, que semejan en su estructura (pero no en su actividad) al reo químico también conocido, el colesterol. Puesto que las hormonas estimulantes de las glándulas sexuales (*gonadotrofinas*) son producidas de manera exclusiva por las células de la adenohipófisis (parte anterior de la hipófisis), los datos anatómicos parecen imponer un modelo en el cual la hipófisis anterior y las glándulas sexuales constituyen un sistema autónomo que opera basado en un principio de retroalimentación simple; es decir, las gonadotrofinas se liberan hasta que las glándulas sexuales producen suficientes hormonas para “apagar” la secreción de gonadotrofinas hipofisiarias.

La consecuencia de la producción aumentada de hormonas sexuales es el desarrollo de las características sexuales secundarias, cuya aparición señala el punto de vista clínico, el inicio de la pubertad (Van Vliet, 1991). Y debido a que la mujer y el hombre son diferentes se tiene que hacer una descripción comparativa de los cambios físicos de ambos sexos de las características sexuales secundarias.

Al enfocarnos particularmente a la maduración física en la mujer, la clasificación de Marshall y Tanner (1969), contemplan cambios en el desarrollo mamario y en púbico, tales como cambios en los diámetros de la papila mamaria, el pezón y la aréola, en el contorno de la glándula y en la cantidad y distribución del vello pubiano. El desarrollo sexual secundario en las niñas involucra el crecimiento de los genitales internos y externos, llega la aparición de las primeras reglas (menarquia), que llegan relativamente tarde en el curso de la pubertad femenina, anuncia en la marcha de la actividad cíclica de los ovarios (Rodríguez-Tomé, 2003). Por su parte, Rice, P. (2000) comenta que este ciclo menstrual puede variar en duración entre 20 y 40 días, con un promedio de 28 días. Sin embargo, existe una diferencia considerable en la duración del ciclo cuando se comparan dos mujeres, y una misma mujer puede mostrar amplias variaciones.

Para Katchadourian (1979) las fases del ciclo menstrual son: *proliferativa* o *preovulatoria* (antes de la liberación de un óvulo maduro del ovario) donde el epitelio uterino o endometrio desprendido en la menstruación anterior, se reconstruye, esta fase dura unos 14 días en un ciclo de 28. Y además se presenta la *ovulación*, que ocurre alrededor de los 14 días antes de la menstruación. El periodo después de la ovulación se llama fase *secretora* o *posovulatoria* del ciclo menstrual en donde la hipófisis elabora más HL al responder a estímulos mayores de estrógenos en la corriente sanguínea y de esta forma viaja por el torrente circulatorio al folículo ovárico recién roto y estimula a las células restantes del folículo para que se desarrollen en una estructura glandular llamada *cuerpo amarillo*; éste bajo una continua estimulación de la HL, produce progesterona y algún estrógeno. La progesterona inhibe el flujo del moco cervical que ocurre durante la ovulación y disminuye el grosor del epitelio vaginal. Si no se presenta la fecundación la hipófisis responde a los niveles aumentados de estrógenos y progesterona y suspende la producción de HEF y HL privando al cuerpo amarillo de la estimulación química para producir estrógenos o progesterona. El cuerpo amarillo luego desaparece. La fase final del ciclo menstrual es la menstruación real, el desprendimiento del endometrio a través del cuello y la vagina.

En cuanto al cuerpo del varón, según Katchadourian (1979) comienza algo más tarde y dura más en los niños que en las niñas. Empieza a los 10-11 años en los muchachos debido a las mismas hormonas hipofisarias que median en la muchacha, HEF y HL. Sin embargo, en los varones, la HL se llama “hormona estimulante de las células intersticiales” (HECI) a causa de diferencias en el sitio de su acción. La HECI

alcanza las células intersticiales de los testículos a través de la corriente sanguínea y las estimula iniciando el proceso de la pubertad. Se ve poco en cuanto a notables cambios externos, pero las células intersticiales empiezan a producir un andrógeno principal (hormona sexual masculina), un compuesto llamado *testosterona*. Esta sola sustancia es responsable fundamentalmente del desarrollo de todos los cambios físicos (incluyendo el desarrollo de los *caracteres sexuales secundarios*) que ocurre durante la pubertad. Para Marshall y Tanner (1969) se reconoce el cambio en el volumen testicular, rugosidad, coloración y elongación del escroto; longitud y grosor del pene; cantidad, distribución y características del vello pubiano.

Algo importante para los pubertos masculinos, son las primeras erecciones, donde la secreción de testosterona se impregna en todo el organismo, incluido el sistema nervioso, no sólo provocando el crecimiento rápido del pene, sino que multiplica las erecciones. Al impregnarse el cerebro de testosterona el sujeto sufre una transformación psíquica que le lleva a anteponer a todas sus preocupaciones el deseo de encontrarse con una persona del sexo opuesto o del mismo sexo. La pubertad, caracterizada por la aparición de la capacidad orgásmica y el advenimiento de la capacidad reproductora, da paso a la excitación sexual (Grinder, 1986).

Sin embargo, no hay que pasar por alto, que algunos adolescentes viven mal la experiencia de los cambios puberales, tanto en sí mismos como en sus relaciones con el ambiente que los rodea: escuela, familia y compañeros. Sin perder de vista el mundo al que se adentran, ya que estos cambios no son únicos al incluirse cuestiones personales, emocionales, sociales, entre otras.

## **2.2. Cambios psicológicos.**

Por otro lado, la capacidad de pensar en sí mismos se hace necesaria en el desarrollo de los auto-conceptos e identidades, y con esto realizan postulados acerca de sí mismos, como pueden ser “soy bueno para tal...”, “soy el mejor en...”; y al mismo tiempo comienzan a seleccionar las creencias y conceptos globales de sí mismos, de lo que es y no es.

Como menciona Rice (2000), en el yo del adolescente (parte de la personalidad individual de la que uno es consciente) se van creando una serie de opiniones que van

desde el pensamiento en sí mismo, hasta el pensamiento en relación a los demás. Influyendo así mismo en la autoestima y el auto-concepto del individuo; por lo tanto; y al irse reconociendo como distinto y único, se va desarrollando la consciencia sobre quien es uno mismo (auto-concepto), junto con sus ideologías, vinculadas a su identidad y a donde pertenece.

Strang (1957) esbozó cuatro dimensiones básicas del yo. Primera, el *auto-concepto básico de conjunto*, en el cual la visión del adolescente sobre su personalidad se basan en percepciones sobre sus habilidades, estatus y funciones del mundo exterior. Segundo, los *auto-conceptos temporales o transitorios* de los individuos, donde las ideas de sí mismo están influidas por el estado de ánimo del momento o experiencias recientes. Tercero, el *yo social* de los adolescentes, donde la opinión que otros tienen sobre ellos, a su vez influye sobre ellos mismos. Y cuarto, el *yo ideal* influyendo el tipo de persona que a los adolescentes les gustaría ser, con aspiraciones realistas, bajas o demasiado altas.

Por otra lado, los adolescentes se describen a sí mismos en función a lo que ven cuando se miran en términos de características físicas auto-percibidas, de su personalidad, habilidades, rasgos, roles y estatus social, conformando una unidad interna. Y al haber constituido estas características, se enfrentarán al estigma que consideran tienen de sí mismos.

Las descripciones antes mencionadas, son muy marcadas al comienzo de la pubertad, llegando a una autoevaluación crítica, acompañada de un sentimiento de vergüenza que hace a los adolescentes vulnerables al ridículo. Pero en algunos, se va realizando un cambio en el desarrollo de la personalidad, conduciendo a la ausencia de conflicto interno y de ansiedad al momento de descubrirse a sí mismos, sus percepciones y lo que quieren ser; comenzando a converger y siendo capaces de aceptarse a sí mismos, y así poder pertenecer a cierto grupo, el cual reafirmara su identidad.

### **2.3. Cambios sociales.**

El adolescente es capaz de formar su propia cultura y sociedad; refiriéndose tanto al sistema social o redes organizadas entre adolescentes y una suma en las formas

de vida, constituyendo interrelaciones dentro de este sistema, describiendo la forma en que piensan, se comportan y viven.

Por su parte Rice (2000) indica que esta es la etapa en donde reafirman su manera de presentarse ante los demás es por eso que el adolescente impone su propia identidad frente a la sociedad, proyectándolos por medio del estilo del peinado, gustos en música, formas de hablar y de vestir, las costumbres y creencias. Trayendo consigo, nuevos sentimiento y necesidades emocionales, debido a la maduración sexual que se va dando de forma paulatina; buscando así la independencia y emancipación de los padres.

Y ya que se encuentran en un proceso de afirmación y confirmación por parte de los otros, la familia es el grupo básico, produciéndose en ella los primeros intercambios de conducta social y afectiva, ofreciéndole al adolescente la posibilidad de crecer, desarrollarse y comunicarse.

Para los adolescentes, la amistad refleja la necesidad que tienen todos los seres humanos de comunicarse con otros, de expresar y recibir afecto. En la verdadera amistad se aprende a expresar el cariño, el respeto, la sinceridad, la lealtad, la confianza y la generosidad; se aprende aceptar al otro con todos sus defectos y cualidades. Para que los amigos sean amigos y no simples conocidos es necesario que exista una entrega mutua. Para las y los jóvenes, el grupo de pares es el mecanismo que le permite salir del ámbito familiar e ingresar al ámbito social de una forma adecuada y de cierta manera protegida, ya que el grupo se convierte en un espacio donde puede actuar, reflexionar, ensayar conductas, desarrollar destrezas, tener amigos e ir elaborando su identidad. El grupo le da al joven una sensación de seguridad y pertenencia (Toledo, et al., 2004).

### **3. La sexualidad y la salud sexual de los adolescentes.**

#### **3.1. La sexualidad.**

A pesar de que vivimos en una época con una parcial apertura a la sexualidad, el conocimiento que se tiene de está parece bastante limitada y ocasionalmente restringida por parte de los adultos, ya que no se habla mucho del tema. Además es algo que se encuentra presente en toda la vida, por ello, es de relevancia el que tengamos conocimiento de esto y que se pueda vivenciar de forma armoniosa, y aunque es

posible que las expresiones e influencias que repercuten en la sexualidad difieran con el correr de los años, no es menos importante retomarla y abordar lo que conlleva.

Carrizo (1982), comenta que la sexualidad humana abarca diversos procesos importantes como las relaciones amistosas y amorosas, la relación de pareja, la identidad de género y los roles de cada sexo, la familia y el matrimonio, por lo que la sexualidad es un tema que ha estado presente de la manera más variada en la vida de todos los pueblos y civilizaciones; ha estado presente en todas las manifestaciones humanas como es el arte y la religión; y se podría llegar a afirmar que incluso la historia de la sexualidad es la historia del ser humano mismo.

La sexualidad es una parte fundamental del humano la cual influye en su desarrollo y formación, debido a que parte de la estructuración de la personalidad y basada en el sexo, incluye; el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones y se practica y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología [OPS, OMS y la WAS], 2000).

Por lo cual, es de suma importancia considerar que todo individuo es un ser sexuado desde su nacimiento hasta su muerte, ésta es una característica propia del ser humano y de ahí la importancia de este concepto. De igual manera, resulta importante reconocer y aceptar que la sexualidad tiene distintas formas de manifestarse de un individuo a otro, de una sociedad a otra, de un género a otro, e incluso de una etapa del desarrollo humano a otra; y podemos verla desde una perspectiva biológica, psicosocial, conductual, clínica y cultural (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

La sexualidad posee una base biológica universal que es el sexo. La OPS, OMS y la WAS (2000), mencionan que el sexo es la suma de características biológicas que definen el espectro de los seres humanos como hembras y machos, mientras que sexualidad se refiere a una dimensión central de los seres humanos que incluye el sexo, el género, la identidad sexual, la orientación sexual, el erotismo, el apego emocional amoroso y la reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, práctica de roles o guiones, relaciones o vínculos. La sexualidad es el resultado de inter-juego de factores biológicos,

psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religioso-espirituales. En tanto que la sexualidad incluye todos estos aspectos, no todas estas dimensiones tienen que ser experimentadas o expresadas. Sin embargo, en suma, muestra sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos y hacemos.

Por su parte Masters, Johnson y Kolodny (1987) indican que se utiliza con frecuencia la palabra sexo para aludir al varón y la hembra (sexo biológico) o para referirse a una actividad física en la que interviene el aparato genital (“hacer el acto sexual”). Sin embargo su significado de éste va mas allá, ya que abarca todo los planos del ser sexual, y una vez que se habla de sexualidad se refiere a una dimensión de personalidad y no, exclusivamente, a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica.

En la adolescencia entonces se despierta un enorme interés por la sexualidad; este interés se refleja en uno mismo y en los otros, y se puede observar con conductas como; mirarse al espejo u observar con minuciosidad sus genitales. Y al tener preocupación por su imagen social desvalorizan sus sensaciones y expresiones eróticas.

Una vez despertada su curiosidad, van explorando su propio cuerpo, tocándose ellos mismos, jugando con sus genitales y en algunos casos llegando a experimentar un orgasmo por medio de la auto-manipulación; así mismo van expresando y mejorando el control sobre sus pensamientos sexuales.

De acuerdo con Rice (2000) en la mayoría de las veces su sexualidad implica una enorme necesidad emocional; es decir que el adolescente está necesitado de afecto, queriendo aceptar y confirmar su masculinidad o feminidad, llevando al adolescente a elevar su autoestima; por lo tanto el sexo para ellos, es el medio para manifestar y complacer sus necesidades emocionales.

El ser humano tiene diferentes preferencias sexuales y es importante contemplar que hay diferencias individuales y sociales tanto en lo emocional, como en la conducta a nivel social, lo cual nos lleva a la orientación sexual de cada persona, siendo clasificadas como heterosexual, homosexual y bisexual.

Cuando los chicos y chicas, experimentan el deseo de querer estar con alguien a quien tienen un afecto y desean iniciar una relación de tipo amoroso, comienzan con el salir juntos o las primeras citas, que es previo al noviazgo; conocido como galanteo

dándose por varios motivos, como el querer pasarlo bien, querer una compañía sin responsabilidad de matrimonio, ganar estatus, socializar, experimentar sexualmente, seleccionar una pareja, encontrar intimidad, entre otros; con la orientación sexual de su preferencia, tal como la heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad.

En esta búsqueda frenética de pareja o de alguien que los afirme como seres potencialmente sexuales, Aristóteles opinaba que los adolescentes eran como animales, en el sentido de que están dominados por la búsqueda impulsiva del placer (Jeffrey, 2008), ya que desean la descarga de este frenesí de emociones que en su proceso van adquiriendo. En la adolescencia surge el despertar sexual y esta atracción por el otro sexo es natural y puede ser orientada por la voluntad y valores personales (Toledo, et al., 2004).

Crooks, R. y Baur, K. (2009) mencionan que hay un gran número de factores que motiva a los adolescentes a tener coito; puede ser una acelerada aparición de hormonas, en particular testosterona, aumentando el deseo y la excitabilidad sexual en ambos sexos y en algunos adolescentes los mueve la curiosidad y un sentido de querer experimentar la relación sexual, considerando que ya están preparados para el acto coital.

Al ser esencial el ejercicio de su sexualidad en la vida de los jóvenes; es necesario que tengan un ambiente apropiado para ello, con responsabilidad y respeto, ya que sus acciones recaerán en un desarrollo futuro, y lo que menos se quiere, es que sean un grupo vulnerable a falta de un entorno propicio. Este, además de los otros grupos, deben tener una salud sexual gozosa e integral con bienestar y plenitud, asociándolo a expresiones sexuales gratificantes, responsables y libres de riesgo.

Con ello, la OPS y WAS (2009) comentan que en el informe de las Naciones Unidas, Asamblea Nacional en 1999; la declaración y documento técnico por parte del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo encontró que:

“...La atención de la salud reproductiva, definiéndose como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. También incluye a la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales,

y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (apartado 7.2.)”.

### **3.2. La salud sexual de los adolescentes.**

La OPS, OMS y WAS (2000) definen a la salud sexual como la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Y a pesar de que hay diversas definiciones de este tema, en general, la salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No tratándose simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos.

A menudo escuchamos decir que una de las tantas revoluciones que está viviendo nuestro mundo es la revolución sexual, expresión que pareciera englobar un conjunto de hechos tan diversos como el control de natalidad, las uniones libres, la pornografía, la erotización del cine, el homosexualismo o la inestabilidad de la vida de pareja; y dentro de estos movimientos y de las diversas necesidades fundamentales que el ser humano requiere satisfacer, está la de amar y ser amado y porque somos sexuados es que podemos expresar el amor buscado y que se desea entregar (Miranda, 1978).

Y para obtener un logro oportuno dentro de estos movimientos y necesidades por parte de los seres humanos, es adecuado el manejo de una salud sexual efectiva para toda la población; pero podría ser necesario el enfocarse en la adolescencia ya que es un momento oportuno para abordar este tema y donde las inquietudes sobre la sexualidad pueden dirigirse de mejor manera; es por ello que OPS y Penzo (2005) consideran ciertos puntos imprescindibles a fomentar:

- Un desarrollo sexual saludable el cual depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, el placer, la ternura y el amor.
- Una conducta sexual saludable que implique una madurez psicológica y cognitiva que permita a la persona tomar decisiones que no coloquen en riesgo su salud.

- Y una educación y aprendizaje para las y los adolescentes que comprenda la enseñanza de una vida sexual saludable, la comunicación positiva con su familia, interactuar con sus pares de forma respetuosa, expresar su amor e intimidad de manera apropiada y la comprensión de consecuencias de su conducta sexual especialmente con referencia a los cuidados relativos a la reproducción y a las infecciones de transmisión sexual.

Por su parte González (1998) menciona qué, si la sexualidad se define como: las manifestaciones psicológicas, sociales y de conducta del sexo, que pueden ser expresadas por una línea interrumpida en cuyos extremos se encuentra lo masculino y femenino, es decir el género; es claro entonces que la sexualidad es parte integral de la persona y que significa un encuentro con la identidad, por lo tanto tiene implicaciones psicológicas, sociales, culturales, religiosas, políticas y económicas, que nos señala que la sexualidad humana es educable. Así mismo Coleman (2003) considera que una educación sexual integral debe iniciarse con el nacimiento y continuar con niveles apropiados del desarrollo durante toda la vida recordando que somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos, requerimos educación sexual durante toda la vida.

Y ya que algunos estudios muestran que los y las adolescentes que reciben educación sexual integral, tienen más probabilidad de retrasar el inicio de su actividad sexual, menos probabilidades de involucrarse en prácticas sexuales de riesgo, y más probabilidades de utilizar condones y otros anticonceptivos, de tener menos parejas sexuales, y de tener relaciones sexuales con menos frecuencia que aquellos que no la reciben, esto informado por los Defensores de la Juventud y sexualidad, Consejo de Información y Educación de los Estados Unidos (2001).

De acuerdo con todo lo anterior, es sustancial promover y difundir una educación sexual planeada y organizada basándose en datos verídicos y confiables que describan la realidad de la vida sexual de las y los jóvenes, ya que la sexualidad tiene una base biológica, además de un constructo social. Es por eso que es de suma importancia recalcar que ésta va orientada a un conocimiento de beneficios para que los adolescentes ejerzan una sexualidad responsable, que implica el entendimiento de los métodos anticonceptivos (además de otros conocimientos); los cuales representan una

herramienta fundamental para evitar el contagio de ITS y demás infecciones severas, que llegan a repercutir gravemente en este grupo.

Y con esto, alguno de los temas fundamentales, sin ser menos imprescindibles los demás, es el de los contraceptivos, en la óptima y adecuado manejo por parte de los sujetos que deseen hacer uso de ellos; por ende, Correa, Faur, Ré y Pagani (2003), hacen énfasis en que: “El método anticonceptivo es aquel que se utiliza para evitar un embarazo. El método usado debe adaptarse a la situación y la necesidad de cada pareja, a sus condiciones de salud y a sus creencias y valores. Es nuestro derecho decidir si queremos o no tener relaciones sexuales, si deseamos o no tener hijos y cuándo tenerlos, como también es nuestro derecho acceder a la información adecuada para hacer la mejor elección posible”.

Por lo cual, entre los diversos contenidos de educación para la salud que se pueden desarrollar, es recomendable incluir los siguientes puntos:

- Aprendizaje para el auto-cuidado de la salud.
- Forma de evaluar los conocimientos.
- Acciones educativas y orientación/consejería para adolescentes.
- Grupos de aprendizaje, talleres para adolescentes sobre auto-cuidado de la salud, autoestima y otros temas que les permitan construir un proyecto de vida más saludable.
- Acciones educativas, orientación y grupos de aprendizaje para padres y madres.

Todo en pro, de una vida más saludable y benéfica; llegando a la meta de una educación sexual integral para toda la población a lo largo de la vida.

Y al ser considerados como seres sexuados, de igual forma debemos tener claridad en los derechos otorgados por parte de este tema, ya que son aquellos inherentes a las personas por el sólo hecho de ser humanos. Todas las personas tienen derechos y éstos deben ser respetados por encima de cualquier diferencia de sexo, edad, religión, nacionalidad, raza, orientación sexual, prácticas sociales y culturales, situación

familiar, económica y social (Correa, Faur, Re y Pagani, 2003); y haciendo énfasis en las y los jóvenes, los derechos sexuales considerados son los siguientes:

- Decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad.
- Ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual.
- Manifestar públicamente sus afectos.
- Decidir con quien compartir su vida y su sexualidad.
- Ser respetados en su intimidad y su vida privada.
- Vivir libre de violencia sexual.
- La libertad reproductiva.
- La igualdad de oportunidades y a la equidad.
- Vivir libre de toda discriminación.
- Recibir información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
- Recibir educación sexual.
- A los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
- Participar sobre las políticas públicas sobre sexualidad.

Por lo cual, es necesario que los derechos sexuales se reconozcan y garanticen; por ello, la Declaración de Derechos Sexuales de la Federación Internacional de Planificación de la Familia [IPPF/RHO] (n. a) indica que estos fueron consagrados internacionalmente por medio de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, ahora ratificada por 191 países; esta convención hace hincapié en el desarrollo y la madurez intelectual; por ello, el principio de las capacidades evolutivas de las y los niños fue adoptado por la IPPF/RHO y demás órganos internacionales y mundiales que garanticen estos mismos; los cuales han afirmando que los derechos de las personas menores de 18 años difieren al de los adultos, sin embargo se deben tomar en cuenta las capacidades evolutivas para ejercer estos derechos.

#### **4. Conclusión.**

La adolescencia; como se menciona a lo largo de este capítulo, es una de las etapas con mayor turbulencia para los que están dentro de ella y con una gran cantidad de cambios en todo aspecto, por lo cual, es importante el retomar la forma en que se vivencia; además de estar inmersos en las posibles inquietudes e ideales erróneos que pudiesen conducirlos a una forma poco saludable o inapropiada de experimentar esta etapa. Por lo cual, gran variedad de interesados en el desarrollo adolescente han llevado a cabo un sin fin de investigaciones respecto a esta, ya que; además de ser una etapa dentro del desarrollo humano, los cambios experimentados pueden llegar a ser una fuente primordial en que se va dando cierta continuidad en el individuo. Y dentro de todo esto, cabe mencionar la importancia de una relación saludable, gozosa y benéfica; y para que ello pueda darse de una mejor manera, algunos de los temas relevantes son los relacionados a la salud sexual, ya que es fundamental que al estar hablando de un crecimiento tanto físico, personal y emocional, incluya un interacción consigo mismo y el entorno para hacer de esto una experiencia agradable, accesible y significativa dentro del momento en que estén viviendo o para una futura forma de plantarse en su vida.

## Capítulo 2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

*“Las ITS son un problema de salud frecuente con consecuencias potencialmente graves, que incluyen infertilidad, enfermedad crónica y muerte.”*  
Reproductive Health Response in Conflict Consortium.

*“Aunque es normal y saludable disfrutar de una vida sexual activa, existen más de 30 ITS que podrán afectarte de algún modo. Toma las precauciones necesarias...”*  
L. Pereda.

### 1. Antecedentes históricos de las ITS.

Existen diversos informes y textos muy antiguos que demuestran la existencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) desde la aparición del hombre en nuestro planeta. Casanova (2004) menciona que algunos escritos señalan que hubo enfermos con gonorrea desde el año 2637 a. C; así mismo como testimonios de condilomatosis, sífilis y otras infecciones genitales.

Hasta antes de 1970 la mayor parte de las ITS eran bacterianas, y al encontrarse más defensas ante estas fueron disminuyendo, sin embargo, las infecciones genitales virales han incrementado por falta de un medicamento que las contrarreste. Al igual que otro tipo de infecciones (que no son específicamente genitales), han incrementado su propagación o tomado una fuerte importancia por su epidemiología, siendo que anteriormente pasaban desapercibidas.

Por mucho años se denominó “enfermedades venéreas” a estas infecciones, haciendo énfasis a la diosa Venus, representante de la belleza femenina; así que, se sugirió cambiar el nombre al de enfermedades de transmisión sexual (ETS), pero a partir de 1998 la OMS y la comunidad internacional, por acuerdo lo cambiaron por infecciones de transmisión sexual (ITS). Casanova y Méndez (2004), argumentaron que el término enfermedades era inadecuado, ya que la palabra enfermedad contiene diversos signos y síntomas, y no en toda persona infectada se presentan estos (estado de portador asintomático), y a pesar de ello, continúa transmitiendo la infección. Por ende, el término aceptado actualmente es el de infecciones de transmisión sexual a nivel internacional.

Capdevila (2005) encontró que existen datos que especifican que las ITS ya estaban presentes en el Antiguo Egipto y a pesar de que en la Biblia se habla de ellas, es

hasta el mundo greco-romano donde se muestra más claridad en ellas. Al igual, que desde tiempos lejanos, los contactos sexuales ocasionales tanto en locales de alterne (cabarets), pensiones que permitían los posibles actos coitales y en el sexo servicio; los contagios se presentaban en gran medida.

Por otro lado en la revolución de 1968 se produjo un gran aumento de las ITS con múltiples enfermedades, algunas siendo novedosas, como el SIDA a partir de 1981, así que este tipo de situaciones obligó a reorientar el modo de hacer frente y proteger la salud de cada individuo.

En la edad media y moderna se escriben de ellas sin mayor relevancia y para el siglo XX, al desarrollarse la microbiología, se logran identificar variedad de agentes causantes y con ello se pudo definir e individualizar las diferentes ITS, obteniendo así un conjunto de medidas para prevenir infecciones, haciendo énfasis en el preservativo o condón como medio efectivo contra estas, al igual que en las publicaciones, diagnósticos, tratamientos, prácticas y demás sobre ITS.

Recordando que las ITS incluyen todo padecimiento infeccioso adquirido por vía sexual (sin ser la única vía); se observa que se refiere a las personas que padecen la enfermedad y a las portadoras de algún agente infeccioso (asintomático o colonizado por microorganismos potenciales para provocar enfermedad), tomando en cuenta agentes con periodos de incubación largos y los que se encuentran latentes en el huésped, de igual forma transmisibles (Casanova, 2004).

Estas infecciones sexuales son padecimientos que perjudican al individuo en cualquier etapa de su desarrollo; así que, es indispensable el bienestar de la población a nivel mundial, por lo cual se requiere priorizar medidas que ayuden a evitar el continuo crecimiento de estas infecciones y fomentar el comportamiento sexual responsable y protegido.

## **1.2. Concepto y generalidades de las ITS.**

Enfocándose al concepto de las infecciones de transmisión sexual, según Alfonso (2005), es el conjunto de enfermedades producidas por agentes infecciosos específicos para los que el mecanismo básico de transmisión es la vía sexual en un

sentido amplio, es decir, mediante relaciones vaginales, anales o sexo oral; aún así, no todas las enfermedades incluidas en este concepto son infecciones y/o tienen únicamente este mecanismo de transmisión. Actualmente el contagio de algunas ITS no requiere de penetración genital.

Estás forman parte de un grupo mayor de infecciones conocido como infecciones del tracto reproductivo (ITR); Venter, Krause, Matthews, Quick y Chynoweth (2004), mencionan que abarcan todas las infecciones del tracto reproductivo, incluso las infecciones no causadas por contacto sexual.

El tipo de agentes que llegan a producirlas pertenece a una diversidad de bacterias, virus, hongos y parásitos, llegando a identificarse hasta más de 30 organismos que pueden transmitirse por la vía sexual en relaciones homosexuales o heterosexuales (Alfonso, 2005), pero también algunos se localizan en zonas no sexuales (como con el contacto anal-oral), transmisión por trasplantes de tejidos, transfusiones o productos especiales de la sangre, compartiendo agujas y jeringas para aplicaciones intravenosas y transmisión vertical (de la madre al hijo) pudiendo ocurrir durante el embarazo y/o parto (Olaiz, 1988 y OMS, 2011).

Las ITS pueden dividirse en ulcerosas, curables e incurables, así como sintomáticas y asintomáticas. Para las sintomáticas Venter et al., (2005) comentan que pueden provocarse algunos síntomas y signos reproductivos en la piel que rodea la vagina, el pene, el ano, o bien en la garganta o en la boca; tales como, secreciones anormales de la vagina o pene, dolor o ardor al orinar, picazón o irritación de los genitales, llagas, ampollas o bultos genitales, salpullido (incluso en la palma de la mano y en la planta del pie), dolor abdominal bajo e inflamación en la ingle.

Y en el caso de las asintomáticas, se refiere a las que no causa sintomatología o sólo de forma leve. Por tal razón, alguien infectado no podría percatarse de ello. Se ha reportado que, hasta el 80% de los casos, en las mujeres y el 10% de los casos en hombres con gonorrea son asintomáticos, que entre el 80% y el 90% de las mujeres y hasta el 50% de los hombres infectados con clamidia pueden ser asintomáticos y en la tricomoniasis, puede ser asintomática en el 50% de los casos (Venter et al., 2005). Sin que se tenga predicho que no habrá contagio por esta condición.

La OMS, 2011; clasifica algunos de los microorganismos más frecuentes causantes de las infecciones y enfermedades, tales como:

### **Bacterias**

- *Neisseriagonorrhoeae* (gonorrea o infección gonocócica);
- *Chlamydia trachomatis* (clamidiasis);
- *Treponema pallidum* (sífilis);
- *Haemophilusducreyi* (chancroide);
- *Klebsiella granulomatis* antes llamada *Calymmato bacterium granulomatis* (granuloma inguinal o donovanosis).

### **Virus**

- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH);
- Virus del herpes simple de tipo 2 (herpes genital)
- Papilomavirus humanos (verrugas genitales y, en el caso de algunos tipos de estos virus, cáncer del cuello del útero en la mujer);
- Virus de la hepatitis B (hepatitis, que en los casos crónicos puede ocasionar cáncer de hígado);
- Citomegalovirus (inflamación de diferentes órganos, como el cerebro, los ojos y los intestinos).

### **Parásitos**

- *Trichomonasvaginalis* (tricomoniasis vaginal)
- *Candidaalbicans* (vulvovaginitis en la mujer y balanopostitis [inflamación del glande y el prepucio] en el hombre).
- piojos

A pesar del continuo trabajo a nivel mundial para preservar y propiciar el bienestar de las personas infectadas y las que son vulnerables a éstas, la mayoría de la población muestra una elevada preocupación por las consecuencias que se puedan presentar. Comentarios por parte de Venter, et al., 2004, indicaron que las personas infectadas, muestran sentimientos como culpabilidad de infectar a la pareja o a un niño, tensión, tristeza, enojo; problemáticas relacionadas a la violencia en el hogar, divorcio,

abandono, vergüenza, conductas morales negativas, entre otros. Y este impacto a nivel individual y colectivo, se debe atender indiscutiblemente y trascender para un efecto positivo en las futuras generaciones.

### **1.3. Epidemiología general de las infecciones transmitidas sexualmente.**

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011) calcula que cada año se producen 448 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables como la sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis en todo el mundo, tanto en hombres y mujeres en edad reproductiva. Algunas de éstas infecciones no muestran síntomas (asintomáticas); con esto, la OMS recomienda un enfoque sindrómico del diagnóstico y el tratamiento de las ITS.

Es fundamental observar la importancia epidemiológica que muestran las ITS debido a varios factores como:

- La morbilidad (precursores de cánceres y patologías crónicas).
- La importancia de la inmigración, que llega a dificultar el acceso al sistema sanitario, alimentación apropiada y salubridad baja.
- Escasa declaración de dichas patologías, obteniendo un número inexacto del grupo etario.
- Ocasionalmente hay transmisión por besar o al tener una relación corporal muy estrecha (pese a que la mayoría se transmiten por relaciones vaginales, anales u orales).
- Algunas repercusiones en las ITS son asintomáticas, llegando a ignorar el padecimiento de la persona.
- Observar la variedad de complicaciones que producen.
- Toda la presión por factores socio-culturales, morales y el comportamiento sexual, obteniendo diversidad sexual y como resultado, una diversidad en la propagación de las patologías.
- Se considera que cualquier tipo de relación sexual (en cualquier orientación) es posiblemente transmisible.
- Ciertas patologías generan un reto al campo médico.

- La carga social y disminución de actividad productiva ya que en la época activa sexual, se dan secuelas de este tipo.

Y especificándose en la población juvenil, hay gran diversidad de aspectos que, como factor de riesgo epidemiológico, afectan a este grupo, primordialmente a edades entre los 15 y 19 años, siendo casi dos veces mayor para las chicas que para los chicos. Alfonso (2005), considera interesante conocer factores específicos del grupo de edad antes mencionado, ya que la epidemiología no es menor en ellos.

Y algunos factores implicados son: que el epitelio de la vulva y la mucosa en las púberes ofrecen menor resistencia a los agentes infecciosos, al parecer, con la edad se va madurando el sistema inmune y con ello la adquisición de resistencia a algunos gérmenes es mayor, hay un acelere en el inicio de la vida sexual y con ello un retraso en la primer relación estable por medio de un vínculo matrimonial, ya que se tiene variedad en parejas y un gran contacto en las posibles personas de riesgo.

Algunos otros puntos de importancia a esta edad, es que practican relaciones sexuales riesgosas a una corta edad, con una espontaneidad en el uso de preservativos y escasa información del tema; y cuando llegan a utilizar algún método anticonceptivo, sobresale el *coitus interruptus* y, únicamente cuando ya se estabiliza la relación, más del 70% de las parejas adolescentes llegan a utilizar el preservativo.

En ésta etapa se enfoca fundamentalmente la experimentación sexual, por lo que últimamente se busca sexo ocasional con personas con las que no se tiene un vínculo afectivo, arriesgándose así a un posible contagio de alguna ITS, las cuales generarán problemáticas.

## **2. Descripción de cinco principales ITS.**

### **2.1. Sífilis.**

De acuerdo a lo mencionado por Markos (2009), la infección es causada por el una bacteria *Treponema pallidum* el cual tiene cuatro sub-especies: *T pallidumpallidum* (causando sífilis), *T pallidumpertenue* (el cual causa Yaws), *T pallidumcarateum* (causando Pinta) y *T pallidumendemicum* (causando Bejel). El organismo es una espiroqueta, no sobrevive fuera del cuerpo humano, por lo tanto, necesita del contacto

íntimo o por transmisión sexual. Si no es tratada oportunamente, el agente puede permanecer larvado durante 20 años en nódulos linfáticos, sífilis asintomática o en diversas etapas de sífilis.

La vía de transmisión, se especifica en sexual, de una persona contagiada primordialmente en periodo primario, secundario y latencia sin haberlo en sífilis tardía (Vilata, 2005). La carga infectiva es a través de un chancro un 80% de las veces (sobre todo en parte genital), sin embargo, se puede transmitir de forma extra-genital (como la anal) y bucal (lengua, labios, garganta) teniendo un menor impacto. La probabilidad de contraer la infección depende del número de exposiciones, tipo de relaciones sexuales, sistema inmunológico y extensión de las lesiones contagiadas.

### **Características clínicas.**

De acuerdo a lo revisado por McMillan & Scott (2000), cada etapa de la sífilis (primaria, secundaria, latente, gomatosa, neurosífilis, cardiovascular y congénita) tiene diversas particularidades y especificando en la sífilis primaria y secundaria, se encuentra que:

Sífilis primaria: posterior al periodo de 3 meses, se ubica una pápula roja oscura que pronto se desarrollara en úlceras en un sitio de inoculación del treponema. Esta úlcera está sola, sin dolor y bien delimitada. No tiende a crecer, hay fluido seroso, y no hay sangrado. La lesión, muchas veces se encuentra en la parte externa genital o en el cérvix. Los chancros anales no son típicos y se asemejan a las fisuras. Las lesiones orales son raras. Se produce ampliación bilateral de ganglios linfáticos inguinales. La lesión sana entre 3 y 8 semanas, dejando una cicatriz delgada.

Sífilis secundaria: McMillan & Scott (2000), describe que los signos se desarrollan entre 7 y 10 semanas después de la infección, y en algunos pacientes la lesión primaria es todavía presente. Las características clínicas pueden aparecer y reaparecer en intervalos por encima de 2 años. El paciente presenta malestar, fiebre leve, dolor de cabeza, erupción en la piel y en ocasiones levemente pruriginosa, ronquera, inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida parcial del cabello, dolor de articulaciones y dolor de huesos. Las lesiones de la piel se encuentran por encima del 80% de los casos. Las lesiones tempranas son rosas y están simétricamente distribuidas por todo el cuerpo. Inicialmente la lesión tiene una superficie brillante, pero más tarde

se produce la ampliación. Las pápulas normalmente se encuentran en los pliegues nasolabial, por debajo de la línea del cabello, en la palma de las manos y en la planta de los pies. Los condilomas planos pueden ser la característica única en esta etapa. Las lesiones se curan sin dejar cicatriz, pero puede ocurrir despigmentación.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2009) se calculan que actualmente la sífilis se trata de una problemática mundial, con doce millones de personas infectadas cada año; de las cuales dos millones son mujeres embarazadas infectadas por sífilis que transmiten la infección al feto en un 80% de los casos.

## **2.2. Gonorrea**

Esta infección bacteriana es causada por la *Neisseria gonorrhoeae* (comúnmente gonococo) infectando las superficies de la mucosa del tracto genitourinario, recto y faringe (McMillan & Scott, 2000), es transmitida por contacto sexual generalmente. Cuando la sintomatología se hace presente, es rápida; no existe el estado de portador, aunque sí en asintomáticos, dirigiéndose a una compleja evolución. Como periodo de incubación, suele ser de 3 a 7 días, con un máximo de 10 días en las mujeres y hasta de 14 días en los hombres. El problema de dicha patología es la propagación y/o cronicidad (Morse, Ballard, Hocilmes & Moreland, 2010).

El reservorio y fuente de infección son los propios infectados. En las mujeres suele ser asintomática casi en el 80-90% de las veces, teniendo una presentación más frecuente en el endocervix y en ocasiones se dirige a otras zonas. En los hombres casi el 90% de las veces es una forma clínica con sintomatología intensa (Vilata, 2005).

La forma de transmisión común en la gonorrea es por medio de:

- Contacto sexual (generalmente), mostrando que la probabilidad de transmisión de un hombre a una mujer en las relaciones sexuales es del 60%, mientras que en la situación inversa es del 30%. En relaciones homosexuales masculinas es del 70% a 80% y en homosexuales femeninas es del 20%.
- En el canal del parto.

- En los recién nacidos dependiendo la exposición al exudado cervical al momento del parto.
- En los niños al sospechar de abuso sexual.

En relación a las características clínicas en esta infección sexual, se presenta:

En hombres la infección uretral sintomática en 90% de los casos, pudiendo extenderse a las glándulas suprarrenales y envolverlas, el epidídimo, próstata y glande del pene. En la infección faríngea (resultado del contacto buco-genital), raramente produce síntomas. Para la infección rectal, usualmente es asintomática, sin embargo algunos pacientes muestran complicaciones en la descarga anal con dolor y tenesmo rectal (la sensación de necesitar defecar).

En mujeres es asintomática por arriba del 70% de los casos. El cérvix está involucrado 85-90% de los casos, pero es reconocido únicamente en un 10%. La infección uretral (65-70%) es usualmente asintomática y en algunos casos presenta disuria y frecuencia urinaria. Para la infección ano-rectal (30-50%) es variablemente asintomática. Algunas de las complicaciones al ascender la infección por el cérvix, dan como resultado salpingitis gonococo (en un 10% de casos). La presentación es usualmente aguda con dolor del abdomen bajo y fiebre. Los signos clínicos incluyen pirexia, dolor abdominal bajo, dolor, entre otros. La diseminación de la infección del gonococo ocurre en menos del 1% de los casos, muchos de estos son asintomáticos y es más común en mujeres.

Y en los niños, surge la oftalmia en neonatos, en el embarazo se llega a dar junto a una infección conjuntiva durante el nacimiento; o se presenta la vulvovaginitis en el epitelio de las niñas pre-puberales, esto lo incluyen hasta en un 95% de los casos por abuso sexual.

La OMS (2012); ha calculado anualmente 106 millones de infectados por gonorrea; llegando a causar diversas afecciones de salud en hombres, mujeres y recién nacidos al no ser tratada a tiempo. Se incluye:

- Infección de la uretra, cuello del útero y el recto.
- Infertilidad tanto en hombres como en mujeres.
- Un riesgo significativamente mayor de infección por VIH y transmisión.

- Embarazo ectópico, aborto espontáneo, partos prematuros y muertes fetales.
- Infecciones graves en los ojos se producen en el 30-50% de los bebés nacidos de mujeres con gonorrea no tratada, que puede conducir a la ceguera.

### 2.3. Chlamidya.

Infección bacteriana *Chlamydia trachomatis*, siendo un patógeno humano (no sobrevive sin huésped) encontrándose en forma intra y extra celular; (Zenilman & Shahmanesh, 2012). Inicialmente presentan una infección localizada en la mucosa (uretra, vagina, cérvix y ano) con un periodo de incubación aproximado a dos y cuatro semanas. Vilata (2005), indica que produce dos tipos de patologías de transmisión sexual; una de ellas es responsable de infecciones genitales y la otra es el linfogranuloma venéreo; siempre que haya contacto con fluidos o secreciones infectadas es posible el contagio. El riesgo es mayor cuando se cambia de pareja frecuentemente teniendo menos de 25 años y aún más cuando se tienen algo menos de 20 años y no se toman las medidas de precaución adecuadas en prácticas sexuales. Muchas personas son asintomáticas lo cual, dificulta el control de esta.

Esta contiene generalidades según su etapa:

- **Primer estadio:** generalmente pasa inadvertida por la persona y se observa una mancha o una pequeña ampolla que posteriormente se erosiona y sus bordes se sobre elevan. Su duración es fugaz y no duele.
- **Segundo estadio:** aparece el denominado síndrome inguinal caracterizado por la presencia de un ganglio en la región inguinal, generalmente de un solo lado, con gran componente inflamatorio y muy doloroso. El proceso infeccioso puede diseminarse a toda la región genital, anal y rectal, sobre todo en homosexuales y mujeres.
- **Tercer estadio:** aparece varios años después si el cuadro progresa sin ser detectado y tratado. Aparece hinchazón en los genitales, obstrucciones rectales por cicatrices residuales y, aunque es muy raro, transformación maligna de las células.

Los riesgos asociados a la chlamydia indicados por Zenilman & Shahmanesh (2012) se muestran a continuación:

1. Adolescentes y jóvenes adultos. Riesgos asociados a la edad y en especial con la edad de la primera relación sexual.
2. Múltiples parejas sexuales o una pareja con otras parejas durante los últimos tres meses o una nueva pareja sexual.
3. Inconsistente uso de contraceptivos de barrera.
4. Factores socioeconómicos.

#### **2.4. Virus del Papiloma Humano (VPH).**

Es un grupo de virus llamado *Virus del papiloma humano*, se encuentran más de 90 genotipos diferentes de VPH y aproximadamente 35 pueden causar infecciones en el tracto genital (Vilata, 2005). De todos ellos destacan los tipos 6, 11, 16, 18, 31 y 35 que se transmiten sexualmente y producen verrugas como las vulgar, plantar, planas, anogenitales y en membranas mucosas.

Fundamentalmente los tipos 6 y 11 producen el 90% de las lesiones genitales., también llamadas *condyloma acuminata*. La infección suele darse entre los 15 y los 40 años (Conzuelo, 2006). El periodo de incubación va de 1 a 6 meses después del contagio, o hasta más y usualmente es asintomático o subclínico. La forma de transmisión se presenta por relaciones sexuales, sexo oral y/o vertical (de madre a hijo).

Por su parte, Fernández (2008) y Conzuelo (2006) indican que el virus tiene 3 formas diferentes de expresarse en el organismo. Primeramente en forma clínica ya que las lesiones pueden determinarse a simple vista (condilomas acuminados), la siguiente es sub-clínica o latentes, en la cual, aunque el virus no se observa a simple vista, se puede detectar microscópicamente por colposcopia, Papanicolaou o biopsia y la última, es el estado latente, donde el virus no se observa microscópicamente ni altera el Papanicolaou, pero a través de técnicas sofisticadas se logra descubrir su presencia.

Epidemiológicamente se dividen en dos grupos:

1. El grupo formado por los tipos VPH 6 y 11, cuya lesión clásica son las verrugas genitales o también relacionadas con verrugas oral, laríngea, nasal y conjuntival.
2. El grupo formado por los tipos VPH 16, 18, 31, 33 y 35 de localización anal o genital que se consideran precursores del cáncer cervical.

Las infecciones genitales en el hombre son muy comunes y en general son los reservorios asintomáticos del virus (tipos 6, 11, 16 y 18); pueden ser portadores por muchos años sin percatarse de su condición por la falta de síntomas y en ocasiones signos, en vista de sólo el 5% llegan a presentar condilomas acuminados. Son altamente contagiosos por contacto sexual directo; pero también altamente específicos (la zona que infectan es la que presenta el daño)

Por ende, el uso de los métodos de barrera, tal como el preservativo tienden a disminuir las patologías asociadas al VPH, y entre ellas sobre todo el cáncer de cérvix.

## **2.5. Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).**

El *virus de inmunodeficiencia humana* (VIH) es miembro del género *Lentivirus* de la familia *Retroviridae*, esto significa que elaboran ADN (la “copia” para la replicación genética) a partir del RNA (ácido ribonucleico) dentro de la célula a través de la enzima viral transcriptasa reversa (RT). Este ADN penetra posteriormente al núcleo, integrándose al cromosoma celular. Como esta familia única trabaja en la forma opuesta, o sea hacia atrás, se denomina *retrovirus* (Miller, 1987 y Levy, 2008).

El género *Lentivirus* comentado por Velasco, Lazcano (2009) y Levy (2008), es el constituido por un diverso grupo de virus animales. Su contraparte humana, el VIH, fue descubierto debido a su asociación con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Esta entidad clínica se caracteriza por una reducción significativa en las células que tienen “receptores” o lugares de unión para el virus (CD<sub>4</sub>) y el desarrollo de infecciones oportunistas y cáncer, lo cual es el resultado de la replicación persistente y la diseminación del VIH. Y al tratar de responder sobre el origen y evolución del VIH;

estos mismos autores comentan que lo más cercano a llegar a estos datos es una serie de transferencias de virus que brincaron de otros primates a nuestra especie.

Olaiz (1988) desglosa el VIH en: VIRUS. Germen sumamente diminuto que causa algunas enfermedades penetrando en las células del cuerpo por diferentes canales o medios, contagiando a las células sanas, disminuyendo las defensas y haciendo propenso al cuerpo a las enfermedades. INMUNODEFICIENCIA. Fallas o falta completa de respuesta por parte del sistema inmune y HUMANA. Significa que los seres humanos y no de los animales o plantas.

Y al SIDA en la contracción de 3 palabras, que son: SINDROME. Conjunto de síntomas (como el dolor) y signos (como pérdida de peso) características de un padecimiento. INMUNO. Se refiere al sistema de inmunidad, los órganos y las células que luchan contra las enfermedades y las infecciones de nuestro cuerpo. DEFICIENCIA. Significa deterioro o ausencia de algo, por consiguiente: -Inmunodeficiencia- significa que el sistema de inmunidad está deteriorado y no puede producir lo necesario para luchar debidamente contra las infecciones o enfermedades y ADQUIRIDA. Que no se nace con ella, que se adquiere durante el transcurso de la vida.

Ya que el SIDA es una enfermedad causada por el VIH que se transmite por la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Las principales formas de vía de transmisión comentadas por la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2001) es el coito sin protección con una persona infectada, transfusiones de sangre o de productos sanguíneos infectados, trasplantes de tejidos u órganos; uso de agujas, jeringas, u otros dispositivos que penetren en la piel, y la transmisión de la madre al niño durante el embarazo, parto o la lactancia materna.

De igual forma, se presentan conductas de riesgo que pueden llegar a elevar el grado de exposición a la infección; el Seguimiento de la Red pandemia del SIDA (2004) y el ONUSIDA/OMS (2005) mencionan tales como; las relaciones heterosexuales con múltiples personas sin protección, uso de drogas inyectables y el sexo comercial.

Ya que la epidemia del SIDA puede ser la catástrofe en el ámbito de la salud con más relevancia; esta continúa mostrando sus implicaciones tanto a familias como a comunidades a nivel mundial. La OMS y el ONUSIDA (2005) indicaron que a parte de

los 25 millones de personas que habían muerto de SIDA a finales de 2005, actualmente existen por lo menos 40 millones de personas infectadas con el VIH.

Se llega a mostrar fases o etapas clínicas provisionales del VIH y el SIDA (ONUSIDA, 2008 y WHO, 2005) siendo así:

- **Infección primaria por el VIH:** puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- **Etapa clínica I:** asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- **Etapa clínica II:** pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones muco-cutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- **Etapa clínica III:** diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.
- **Etapa clínica IV:** incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA. La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia.

Para la detección oportuna y con el propósito de dar un mejor seguimiento al VIH/SIDA, se encuentran las pruebas indirectas, de anticuerpos o ELISA y las directas o virales. La persona confirmada positiva a anticuerpos contra el virus del SIDA es considerada: expuesta al virus, portadora del virus y capaz de transmitir el virus por vía sexual o sangre (Olaiz, 1988).

Por su parte Lamptey, Johnson y Klan (2006) comentan que en esta tercera década de la epidemia, sigue sin haber cura ni vacuna contra el SIDA. Los medicamentos que prolongan la vida son más costosos y accesibles, pero el tratamiento sigue en gran parte sin estar a disposición de la mayoría de las personas que necesitan de éste en los países en desarrollo.

Por tal razón, se cuentan con diversos tratamientos dirigidos a personas seropositivas o las que manifiestan SIDA, tales como antibióticos para las infecciones

oportunistas, quimioterapia, transfusiones de médula ósea o de linfocitos y una droga “anti-viral” o AZT (Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2003). Y entre los programas integrales de tratamiento y atención se encuentran la terapia antirretroviral, la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas, los cuidados paliativos y basados en el hogar, el apoyo psicológico, la profilaxis después de la exposición al virus (generalmente la exposición al VIH por violación sexual o pinchazo con una aguja), y el apoyo de los huérfanos e hijos de personas con SIDA (Lamprey, Johnson y Klan, 2006).

### **Visión mundial de la situación del VIH/SIDA.**

El programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) evaluó que en el año 2007 se encontraban mundialmente 33 millones de personas viviendo con VIH, la mitad eran mujeres y 2.5 millones menores de 15 años; las defunciones por SIDA alcanzaron los 2 millones.

Cada día, más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del SIDA. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública (OPS, 2005), al igual que una importante evaluación en las denominadas poblaciones clave constituyéndola los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus parejas sexuales (Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca, 2008).

### **El VIH/SIDA en México.**

Los datos actuales del Registro Nacional de Casos SIDA [RNCS] (2012); mencionados por CENSIDA y la Secretaría de Salud (2012) siguen confirmando que la epidemia en el país continua siendo predominantemente de transmisión sexual, ya que del total de los casos notificados de SIDA y seropositivos al VIH en los que se conoce su categoría de transmisión, el 24% de los casos notificados de SIDA desde los inicios de la epidemia, pertenecen a la categoría de transmisión sexual, ya sea homosexual, bisexual o heterosexual, mientras que en el caso de los que continúan como seropositivos al VIH la cifra es de 97%. El 2% por uso de drogas inyectables y otro 1% por transmisión vertical. Por otra parte, el 87% de los cas registrados de SIDA en mujeres refieren una categoría de transmisión por relaciones sexuales heterosexuales,

6% indica la vía de transmisión vertical, otro 6% por tranfusión sanguínea y el 1% por uso de drogas inyectables.

Considerando el número total de casos reportados a nivel mundial, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil (ONUSIDA, 2008). Algunos reportes de CENSIDA (2010) han indicado que mundialmente y en términos nacionales, el SIDA se ha convertido en un problema superior destacando la importancia en salud pública y precisamente en las repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que extralimitan el ámbito de salud, y así, llega a constituir una amenaza para la seguridad nacional, desarrollo económico y social de las naciones extrapolándose mundialmente. De cierto modo, la pobreza y la vulnerabilidad se encuentran ligadas con el avance de la epidemia, por lo que se mantendrá un constante trabajo en esta materia vinculándose al desarrollo social y económico del país.

El trabajo realizado y por realizar a lo largo de la lucha contra el VIH/SIDA tanto nacional como internacional revelan que, sí se pretende minimizar la epidemia para el año 2015 –como lo señala la Declaración del Milenio ratificado por los países miembro de las Naciones Unidas en su Asamblea General en 2000–, es indispensable el apoyo en varios ámbitos, destacando la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones a desarrollar.

### **Formas de prevención y trabajo en personas infectadas o con riesgo.**

Respecto a la forma más conveniente de combatir el virus y anticiparse a este tipo de epidemia, Vilata (2005) indica varios puntos: Tener una información adecuada sobre las formas de transmisión del virus para saber cómo evitar el contagio, tener control de pacientes y contactos, para usuarios que usan drogas intravenosas lo mejor es abandonar el uso o si no es posible, es preciso optar por otra forma de drogadicción y en las mujeres embarazadas con sospecha de infección deben realizarse pruebas para examinarse.

Es favorable la promoción de intervenciones relativas a la abstinencia sexual, retraso en las primeras relaciones y fidelidad mutua, así como limitar el número de compañeros/as sexuales, utilizar condones de forma sistemática y correcta, tratar las ITS, recibir asesoría y hacerse pruebas de detección del VIH en un contexto de apoyo

normativo y social (Davis & Weller, 1999). Y en el tema de los preservativos, el ONUSIDA (2005) comenta que los condones también sirven para prevenir las ITS, que pueden en sí mismas incrementar diez veces más la susceptibilidad al VIH.

Y al querer proteger apropiadamente el sistema inmune (al que afecta principalmente este virus), es necesario contrarrestar algunos hábitos o costumbres en cada una de la vida de las personas infectadas o con riesgo de infección con ayuda de programas integrales de prevención, algunas de estas las mencionan Lamptey, Johnson y Klan (2006):

- Educación en general sobre el riesgo de transmisión sexual.
- Apoyo de conductas de bajo riesgo, incluido el uso de condones.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Asesoría y pruebas de detección del VIH.
- Prevención de la transmisión materno-infantil.
- Garantía de la inocuidad de la sangre y los productos sanguíneos.
- Reducción del estigma relacionado con el VIH y el SIDA.

### **3. Conclusión.**

Cómo se sabe, las infecciones sexualmente transmisibles (anteriormente conocidas como enfermedades venéreas) se han presentado desde tiempos muy remotos, sin embargo, no se daban a conocer de forma tan significativa como lo es ahora, posiblemente por el desconocimiento tan profundo de estas, por falta de mayor tecnología e investigación o por un posible temor a exponerlas frente a toda la población.

De igual forma, la gran variedad de infecciones que se contraían por contactos sexuales sin protección y el desconocimiento de la misma, así como evitar su contagio y tratamiento, por ende, la propagación de algunas de ellas llegó a ser muy elevada dando como resultado una respuesta para enfrentar y erradicar estas infecciones que en varios casos eran incurables o mortales. Por lo cual, han llegado a ser un tema relevante a nivel

mundial; no sólo puede perjudicar al individuo en lo físico, sino también en lo personal, social, entre otras; las afecciones que se llegan a mostrar son frecuentemente negativas para la forma de vida de la persona en sí. Y hablando de la gran variedad de las infecciones de transmisión sexual, algunas tienen mayor riesgo que otras, o el tratamiento es más extenso, incluso ser incurables; se puede referir a la chlamydia, gonorrea, sífilis, VIH, entre muchas otras; y con ello se observa que es de suma importancia responder positivamente.

### Capítulo 3. Métodos anticonceptivos.

*“La anticoncepción es el uso de objetos o medicamentos para impedir embarazos no deseados y/o ITS...el método usado debe adaptarse a la situación y la necesidad de cada pareja, a sus condiciones de salud y a sus creencias y valores.”*

C. Correa y F. Cubillán.

*“Mejor prevenir que curar”*

Dicho popular

#### 1. Marco conceptual.

En México, el 64% de las mujeres en edad reproductiva de 15 a 19 años con vida sexual activa no usan anticonceptivos (Rivea y Arango 1999) lo cual es alarmante, debido a que solo el 36% suelen utilizar algún método de anticoncepción, lo que conlleva embarazos no deseados en una gran parte de la población adolescente; a nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados (Proyectos Internacionales de Servicio de Asistencia [IPAS], 1999). Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar [MEXFAM] (1999), realizó una encuesta para su programa “Gente Joven”, encontró que el 14.3% de las mujeres de 18-19 años encuestadas, había estado alguna vez embarazada, y casi el 40% de ellas indicaron que no lo habían planeado. Otro dato alarmante mencionado en el capítulo anterior es la prevalencia del VIH en población adolescente.

Actualmente, se considera indispensable el poder impulsar acciones que permitan prevenir tanto los embarazos no deseados, como el contagio de ITS, por lo que Correa et al. (2003) dice que la prevención en el campo de la salud implica actuar antes de que se presenten problemas o enfermedades en nuestro cuerpo y nuestra mente. El dicho popular “mejor prevenir que curar” alude a esto y resalta la potencialidad que todos tenemos para preservarnos de eventuales problemas de salud o enfermedades.

Los seres humanos tenemos derecho a la planificación familiar; esto nos da un beneficio de poder planificar nuestra vida, y así poder decidir que se le quiere dar a los seres procreados, de esta manera se prepara, para darle los mejores cuidados, por otro lado la planificación ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil.

Para poder prevenir se necesita de los métodos anticonceptivos; Aguilar y Mayén (2000) los definen como objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo.

Sin embargo no existe un método que se adecúe a las necesidades de todas las personas, es por eso que existen diferentes tipos de métodos, la mayoría evita un embarazo no deseado, aunque no todos tienen la misma eficacia, pero hoy en día, es de suma importancia la protección contra las ITS y no todos pueden prevenirla. A continuación se hará una breve descripción de algunos métodos anticonceptivos así como su clasificación.

## **2. Tipos de métodos anticonceptivos.**

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en:

### **2.1. Naturales**

Son aquellos que están basados en calcular el período de tiempo del ciclo de menstruación de la mujer, en el cual se calcula sus días fértiles y abstenerse en este periodo. Beltrán Molina (2010) los describe como la regulación de las relaciones sexuales de acuerdo con el período de ovulación o en evitar la eyaculación en la vagina.

Entre los métodos naturales podemos encontrar:

- **Método del ritmo.**

El cual consiste en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer, cuando se produce la ovulación. Correa et al. (2003) menciona que la ovulación en una mujer que es regular sucede alrededor del día 14 del ciclo sexual, contando los días a partir del primer día de la última menstruación. Como el óvulo dentro del aparato reproductor femenino vive de 12 a 48 horas y el espermatozoide de 48 a 72 horas, y como es difícil establecer el día de la ovulación con precisión, no se debe tener relaciones sexuales cinco días antes y cinco días después de la fecha probable de ovulación. Las variaciones del moco o filamentos del cuello de útero nos ayudan a conocer el momento cercano a la ovulación porque se modifica y parece clara de huevo.

Sin embargo este método es poco eficaz, debido a que resulta difícil fijar el momento preciso de la menstruación y más aún si la mujer es irregular; además de que no hay prevención para ITS.

- **Coito interrumpido.**

También conocido como Coitus Interruptus, consiste en retirar el pene de la vagina instantes antes de eyacular, con el fin de que el líquido seminal quede fuera de ella. El hombre por su parte debe de tener un buen control, para poder apartar el pene en el instante del orgasmo y/o eyaculación, y debido a esto lo hace poco eficaz, además de no prevenir el contagio de ITS.

Por otra parte es importante mencionar que durante la fase de excitación se produce una secreción o salida de líquido que puede contener espermatozoides (líquido preeyaculatorio). Un solo de estos espermatozoides puede fecundar al óvulo para la formación de un nuevo individuo. Es decir, los espermatozoides no sólo se expulsan en el momento de la eyaculación, sino que pueden estar presentes desde el comienzo de la relación sexual (Beltrán, 2010).

- **Temperatura basal.**

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un período de sueño y antes que comience la actividad normal, incluyendo comida y bebida (Schwarcz et al., 2002).

Beltrán (2010) por su parte, nos describe que este método consiste en tomarse la temperatura todos los días antes de levantarse diariamente a la misma hora, para indicar el momento de la ovulación y poder llevar un control. De esta forma podrá detectarse el cambio de medio a un grado aproximadamente.

Para llevar a cabo este método se requiere al menos de seis meses de la toma diaria de la temperatura bajo condiciones específicas, además del registro y análisis de lecturas.

## 2.2. Temporales

Estos métodos consisten en el uso de hormonas o implementos artificiales para poder impedir la ovulación o la fecundación del óvulo por el espermatozoide. Los métodos temporales los podemos clasificar en:

- **Hormonales**

Álvarez (2010) explica que es un tipo de anticonceptivo que usa hormonas para evitar que el cuerpo de la mujer libere un óvulo cada mes, si esto no ocurre, la mujer no puede quedar embarazada. Algunos otros aumentan el grosor de la mucosidad en la parte delantera del cuello del útero, evitando que los espermatozoides lleguen al útero. Finalmente, otros reducen el grosor del endometrio, que es el revestimiento del útero, disminuyendo la probabilidad de que un óvulo fecundado se adhiera y siga su desarrollo.

La autora menciona los siguientes métodos hormonales:

**Parche cutáneo:** es un plástico adhesivo de 4 cm<sup>2</sup>, se pega a la piel semanalmente, contiene hormonas semejantes a las que existen en el cuerpo de la mujer que impiden el ovario libere un óvulo, tiene un 92% de eficacia, además de que puede llegar a desprenderse de la piel y de esta forma fallar, además de que no evita las ITS.

**Píldoras anticonceptivas:** se toma diariamente, las píldoras contienen pequeñas cantidades de progesterona que espesan el moco cervical para impedir que los espermatozoides lleguen al óvulo. Tiene un 92% de eficacia, sin embargo como se tiene que tomar a diario si en alguna ocasión se llegara a olvidar puede haber una falla, además de que tampoco previene ITS.

**Inyecciones anticonceptivas:** es la forma inyectable de la píldora de progesterona y funciona impidiendo que el ovario libere un óvulo. Se administra vía intramuscular; esta puede ser administrada mensual o trimestral. Tiene un 97% de eficacia, sin embargo no previene las ITS.

**Implantes:** es un pequeño tubo plástico suave de aproximadamente 4 cm de largo, que coloca el médico con anestesia local debajo de la piel de la parte superior del brazo de la mujer. Funciona liberando hormonas semejantes a las del cuerpo para evitar la ovulación y espesando el moco cervical dificultando la entrada de los espermatozoides.

Se recomienda retirarlo aproximadamente después de 3 años, tiene un 99.9% de eficacia, sin embargo no previene ITS.

**Anillo vaginal:** Es un anillo de plástico transparente flexible, que se coloca en la vagina alrededor del cuello del útero, libera las mismas hormonas que la mayoría de las píldoras anticonceptivas que impiden que el ovario libere un óvulo. Tiene un 92% de eficacia, pero no evita ITS.

**Anticonceptivos de emergencia:** administración de altas dosis hormonales para impedir la ovulación, la fecundación o la implantación y desarrollo del embrión, dependiendo de la etapa del ciclo en las que se toma. El esquema más aceptado en la actualidad es administrar dos o más dosis de un progestágeno llamado Levonorgestrel en dos o más dosis de 0.75mg cada 12 horas después de la actividad sexual; produce efectos diferentes dependiendo de la etapa del ciclo menstrual donde se administre. Tiene un 97% de eficacia, no evita infecciones de transmisión sexual.

### **2.3. Permanentes.**

**Vasectomía:** este método consiste en cortar y ligar los conductos deferentes de ambos testículos, se lleva a cabo por un procedimiento quirúrgico ambulatorio, de esta forma el líquido seminal deja de contener espermatozoides.

**Ligadura de Trompas (Salpingoclasia):** por su parte Beltrán (2010) describe un método quirúrgico definitivo para la mujer que tiene una paridad satisfecha. Consiste en cortar y ligar las Trompas de Falopio, de esta manera la obstrucción impedirá la fecundación, con lo cual se evita el encuentro del espermatozoide y el óvulo, en pocos casos puede ser reversible; este es un procedimiento quirúrgico general.

### **2.4. De barrera.**

Como su nombre lo indica, los métodos de barrera, impiden que los espermatozoides lleguen al óvulo, y deben usarse cada vez que se van a tener relaciones sexuales.

Existen diferentes tipos de métodos de barrera descritos a continuación:

**Diafragma y capuchón cervical:** la OMS (2007), los describe como dos diferentes tipos de cúpulas de látex suave que se insertan en la vagina inmediatamente antes del acto sexual para bloquear la entrada al útero. El diafragma cubre toda la parte superior de la vagina, incluido el cuello uterino, donde se sostiene por succión. Hay diferentes tamaños, por lo que un médico debe ayudar a elegir el tamaño correcto, de lo contrario, su eficacia disminuye. Deben usarse de manera conjunta con un espermicida.

**Espermicidas:** Correa et al. (2003) los nombra como sustancias químicas en forma de cremas, óvulos, geles o esponjas que, introducidos en la vagina antes del coito, matan los espermatozoides. Se deben usar junto con otro método anticonceptivo porque solos son poco efectivos, cuenta con un 60% de eficacia. Se recomienda utilizarlos junto con el diafragma o los preservativos para garantizar su seguridad.

**Dispositivo Intrauterino (DIU):** la Comisión Nacional de Población (CONAPO), la Secretaría de Gobernación (SEGOB) y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) (2010) mencionan que es un objeto pequeño de plástico que puede tener diferentes formas las más común es una “T”. Su función es alterar las condiciones del útero para impedir que los espermatozoides lleguen al óvulo y sea fecundado. Dependiendo de su presentación puede durar colocado uno, dos, cinco y hasta diez años. Empieza a funcionar desde el momento en que se inserta y deja de tener efecto en cuanto se retira o termina su plazo de duración. Tiene un 99% de eficacia, sin embargo no protege de las ITS.

**Condón Masculino:** CONAPO, SEGOB e IMJUVE (2010) lo describen como una funda muy delgada de látex o poliuretano que se usa para cubrir el pene y funciona como una barra protectora que impide el contacto y la entrada del semen cuando se tienen relaciones sexuales vía genital, oral y anal.

El condón además de prevenir el embarazo al evitar el paso de espermatozoides a la vagina, también impide el contacto de fluidos, tanto del hombre como de la mujer, evitando el contagio de algunas infecciones sexualmente transmisibles como VIH que causa SIDA. Para evitar infecciones de transmisión no sólo en la penetración vaginal sino también oral y anal.

**Condón Femenino:** Beltrán (2010), describe al condón femenino como una envoltura lubricada de poliuretano que contiene dos anillos flexibles, uno en cada punta, y se introduce en la vagina antes del contacto sexual o coito. La consistencia de los anillos y su distribución permite que se aumenten las posibilidades de placer durante la relación sexual. Impide el embarazo al cubrir con el anillo interior la abertura del útero y con el anillo exterior los labios menores y mayores, de esta manera se evita que el semen tenga contacto con la vagina de la mujer y/o con sus genitales externos, y que los espermatozoides se unan al óvulo. Para que el condón femenino brinde una protección adecuada, es necesario utilizarlo en forma correcta.

Desde 1993 y hasta 2005, el único condón femenino disponible era el FC de la Compañía de Salud Femenina (conocido también como el FC1), fabricado de poliuretano con un anillo interior y otro exterior. El condón se desarrolló en parte con financiación pública. En la actualidad está siendo reemplazado por el FC2, que utiliza el mismo diseño pero un material más barato, el nitrilo, y métodos de producción también menos costosos. El FC1 y el FC2 son los únicos condones femeninos aprobados por la OMS para su adquisición por agencias de la ONU (OXFAM, 2008).

### **3. Especificaciones del Condón Femenino (CF).**

Según García (2012) las principales ventajas del condón femenino son:

- Permite que la mujer tenga control de su prevención de embarazo y su salud al evitar la adquisición de ITS.
- Se puede colocar hasta ocho horas antes del acto sexual. Es decir, no hay que hacer una pausa o interrumpir el acto sexual.
- Al quedar holgado en la vagina y debido a que el material con que está hecho conduce más el calor (comparado con el látex) la experiencia puede ser más placentera que con el uso del condón masculino.
- A diferencia del condón masculino, el condón femenino se queda en la vagina independientemente de la erección del hombre.
- Lo pueden usar personas alérgicas al látex.

Sin embargo; además de la composición del preservativo antes mencionado; es factible la comprensión de ambos condones (femenino y masculino), retomando

aspectos importantes para toda la población y con ello percatarse que ambos preservativos son efectivos; y a pesar de que el preservativo femenino no se ha difundido; contiene aspectos a considerar para incorporarlo en un mayor porcentaje a los métodos anticonceptivos que prevengan el contagio de las ITS, VIH y embarazos no deseados. (Véase tabla 3)

Tabla 3.- Comparación del preservativo masculino y femenino de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Beltrán, 2010.

MÉTODO	EFFECTIVIDAD	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Preservativo masculino	80-90% su efectividad es mucho mayor cuando se utiliza con espermicidas	Fácil de usar y obtener; es barato y brinda una protección muy efectiva contra algunas ITS. Los varones comparten la responsabilidad con sus parejas en la planificación familiar.	Algunas parejas se quejan de perder sensibilidad. Necesidad de retirar el pene de la vagina cuando está en 50% de erección. Algunas personas son alérgicas al látex.
Preservativo femenino	Cercano a 90% si se emplea correctamente.	Protege muy eficazmente contra ITS y SIDA. La mujer no depende del varón para cuidarse.	Es complicado colocarlo. No es barato y es difícil de obtener. necesita un aprendizaje para su correcto empleo

Y reiterando, el condón femenino es un preservativo viable en la salud sexual y para que brinde una protección adecuada, es necesario utilizarlo en forma correcta.

A continuación los pasos recomendados por parte de la división de apoyo en la empresa de salud femenina [FHC] (2012) en la Figura 2.



**1** Antes de abrir el FC2:

- Verifica la fecha de caducidad, que aparece indicada en la parte frontal o lateral del paquete de FC2.
- Esparce el lubricante en el interior frotando el paquete con las manos.



**2** Para abrir el paquete, rás-glo empezando desde la flecha situada en el borde y saca el condón. No uses tijeras, un cuchillo o los dientes para abrir el paquete.



**3** Agarra el anillo interior entre el pulgar y el índice. Luego, aprieta el anillo interior por los lados hasta que se junten y formen una punta.



**4** Puedes insertarte el FC2 de muchas maneras diferentes. Encuentra una posición que te resulte cómoda. Puede ser de pie, sentada, en cuclillas o acostada.



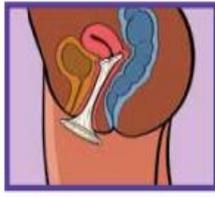
**5** Busca los labios externos de la vagina y sepáralos.



**6** Usa la punta formada por la unión de los lados del anillo interior para empujar el FC2 dentro de la vagina. Desliza el dedo índice o el dedo medio dentro del condón y empuja el anillo interior, que ya está dentro de la vagina, hasta donde sea posible. Asegúrate de que el condón no se ha reorcido y que se ajusta perfectamente a la pared de la vagina.



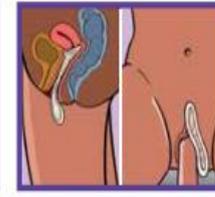
**7** Una pequeña parte del condón, incluido el anillo exterior, permanecerá fuera del cuerpo y te cubrirá los labios de la vagina protegiéndote, parcialmente, los órganos sexuales externos y recubriendo la base del pene de tu pareja.



**8** El FC2 reviste la parte interior de la vagina y cubre el cuello del útero. La abertura del cuello del útero es tan pequeña que es imposible que el FC2 pase por ese espacio.



**9** Sujeta bien el anillo exterior y mantenlo en su sitio mientras tu pareja orienta el pene hacia dentro del condón. Una vez que el pene está dentro del condón, no tienes que seguir sosteniendo el anillo exterior. Para un mayor placer, puedes añadir más lubricante ya sea en el interior o exterior del condón o directamente en el pene de tu pareja, una vez que ya esté insertado el condón.



**10 ¡Atención!** Tu pareja tendrá que retirar inmediatamente el pene si:

- El pene se desliza entre el condón y la pared de la vagina. En dicho caso, tendrás que volver a posicionar el anillo exterior antes de que tu pareja se disponga de nuevo a deslizar el pene dentro del condón.
- El anillo exterior ha sido empujado hacia el interior de la vagina. En este caso, debes utilizar un FC2 nuevo.



**11** Para retirar el FC2, agarra el anillo exterior y retuércelo para mantener el semen dentro del condón. Es mejor hacerlo antes de levantarte. Suavemente, quítate el condón, envuélvelo en un pañuelo de papel o en el paquete vacío, y tírzalo a la basura.

#### 4. Conclusión.

La salud sexual es primordial para cualquier individuo, sin ser exclusiva de alguna etapa del desarrollo; por tal motivo, hay ciertos medios que pretenden salvaguardar la salud de la población que iniciará o que se encuentra con una vida sexual activa, apuntando a las posibles necesidades de cada individuo abarcando del mismo modo la etapa adolescente, ya que se encuentra en el descubrimiento de su sexualidad; así que, al darse cuenta de algunos puntos emergentes donde se pone en riesgo la salud individual o colectiva; se da énfasis en dicha protección. Algunos puntos a tratar son la protección y prevención de alguna infección de transmisión sexual, algún

embarazo no deseado y/o la prevención del aborto. Y con la información mencionada en los capítulos anteriores, es relevante actuar conforme a lo que pudiese necesitar cada persona; para esto, los métodos anticonceptivos son de gran utilidad, sin dejar desapercibido que no todos previenen las ITS. Podemos encontrar de diferentes tipos de anticonceptivos, dependiendo las necesidades y lo que mejor se adecue a quien lo desee utilizar; sin embargo se ha demostrado científicamente la eficacia de los métodos de barrera, en especial los condones tanto femenino como masculino. Pero centrándonos en uno de los temas primordiales de esta investigación que es el condón femenino (CF), se puede observar cómo es un método poco difundido pero con grandes ventajas; dentro de ellas esta un porcentaje alto de protección, el material a base de poliuretano, entre otras que son útiles tanto para la mujer como para su pareja; por lo cual, se hace relevante el examinar a detalle las ventajas que tienen el uso adecuado de este método anticonceptivo frente a la población tanto juvenil como de las demás etapas del desarrollo frente al posible inicio o durante el desempeño de su vida sexual activa, llegando a tener un claro entendimiento de la prevención deseada a cualquier infección y/o embarazo no deseado.

## Capítulo 4. Estudios empíricos del condón femenino/masculino.

*“Hay ciencias que se estudian por simple interés de saber cosas nuevas; otras, para aprender una destreza que permita hacer o utilizar algo y otras hay que saberlas porque en ello como suele decirse, nos va la vida”*  
F. Savater

### 1. Marco conceptual.

En diversos tipos de investigación que van desde lo más elemental hasta lo más complejo; se hace necesario el indagar en ciertas investigaciones, esto con la finalidad de obtener datos relevantes al tema que se esté conduciendo y nos apuntale a una misma o similar dirección de lo trabajado; o darnos una idea de la magnitud del problema a enfrentar y como lo ha sido manejando. Por ello, es indispensable conocer estudios que nos presenten la forma en que se maneja el trabajo que se desea realizar.

En el caso de temas enfocados a sexualidad y centrándose en las infecciones sexualmente transmisibles, se ha observado que hay incremento elevado particularmente en gente joven. Así que las intervenciones para dirigir a esta población a adoptar y mantener una vida sexual sana, se realiza con la enseñanza de medidas y conductas que prevengan y promuevan la salud sexual, además de ser prioridades para la población, de igual forma, se realiza con investigaciones sistemáticas y evaluaciones económicas que faciliten la efectividad y costo en las intervenciones conductuales para la prevención de la gente joven.

### 2. Principales estudios.

Varios estudiosos, se han dado a la tarea de especificar las medidas para la prevención de ITS y/o embarazos no deseados.

Considerando las ventajas y desventajas del preservativo femenino; no se han encontrado muchos estudios que lo incluyan; sin embargo, en relación a los entrenamientos en habilidades conductuales para el uso correcto del condón masculino han sido importantes los datos de auto-reporte y niveles de autoeficacia en uso y compra del preservativo y en la reducción de riesgos al usarlo correctamente. Así que este tipo de datos sugiere, en el sentido planteado por Dilorio, Soet & Dudley (1998); que es posible desarrollar comportamientos sexuales seguros, vinculados con la reducción del

riesgo de transmisión del VIH, incorporando en los programas de intervención, un entrenamiento en el uso correcto del condón.

Así mismo, Crosby et al. (2004) plantean ciertas fallas en habilidad conductual en el uso correcto del condón; por lo cual Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011), sugieren que es posible que estas variables tengan relación cuando los jóvenes no reciben algún entrenamiento práctico en el uso correcto del condón, por tal; además de esta experiencia, es relevante la inserción de programas adecuados para jóvenes

Finalmente, se encontraron estudios con intervenciones en el uso correcto del condón femenino para prevenir VIH e ITS; arrojando datos significativos sobre la disminución de éstas últimas y un aumento relevante en el uso del preservativo de mujer (Campbell et al., 2011); en México un estudio, señala que una vez dada la intervención, había un aumento favorable en la preferencia del condón femenino (Mainero, Treviño del Paso y Lozano, 2007). La mayoría de estos estudios a nivel mundial están enfocados en una población adulta; siendo un dato preocupante, al observarse que la adolescencia es el periodo en el que se comienza la vida sexual; de acuerdo a datos reportados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Olaiz et al., 2006), el 5.4% de un total de 753, 270 adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años.

Los estudios a nivel mundial han indicado varios puntos como: El dotar de habilidades a las usuarias en el conocimiento de los pasos del uso del CF (tanto a personas con presencia o no de alguna ITS), reportan el decremento de éstas (Soper, Shoupe, Shangold, Shangold, Gutmann & Mercer, 1993). Direccionando así, la anticipación por parte de los promotores de la salud en los adolescentes y de estos últimos a una protección frente a las ITS.

Para las usuarias que mantienen una vida sexual activa, se promueve el aumento de actos sexuales protegidos dotando consejería y mensajes jerárquicos en el uso de ambos preservativos (CM y CF), involucrando el conocimiento de éstos, llega a ser más efectiva la anticipación a prevenir el contagio de ITS (Latka, Gollub, French & Stein, 2000); esto es de importancia, ya que muchas veces los jóvenes no han iniciado su vida sexual y en su primer contacto no tienen la información necesaria para protegerse, siendo un punto importante el uso de este preservativo; o en el caso de ya haber tenido

encuentros sexuales; es un contraceptivo más dentro de la gama de los contraceptivos que previenen el contagio de algunas ITS y/o embarazos no deseados.

Por su parte, la investigación de Feldblum et al. (2001) incluyeron comparaciones entre un grupo exclusivo de información y otro con promoción de ambos preservativos (CF y CM); se observó el incremento en el uso del CF y el decremento en ITS. Llegando a concluir que la promoción y el dotar de ciertas herramientas para el uso del CF son primordiales para su aceptación y buen manejo; y enfocándose a la promoción con jóvenes, puede que en la búsqueda de cuestiones en el tema de la sexualidad, sean más propensos a una adecuación y buen manejo en las funciones de los pasos del CF.

En la protección a todas y cada una de las mujeres y centrándose en el sexo servicio femenino; Gallo, Kilbourne-Brook & Coffey (2012), incluyeron un entrenamiento a esta población promocionando los actos sexuales protegidos y resultando un decremento en ITS, efectuándose por medio de asesoramientos conductuales y biológicos. Y al traspolarlo al conocimiento de los jóvenes; no es necesario que se dediquen a esta labor, pero si es primordial el que se les incluyan este tipo de entrenamientos y no ser exclusivo de población vulnerable o con un gran porcentaje de contraer alguna ITS.

Un estudio enfocado en mujeres mexicanas de escasos recursos y con la finalidad de aumentar los actos sexuales protegidos, (Mainero et al., 2007) planteó una capacitación para el empleo del CF con base en un taller de sensibilización de este preservativo e ITS, empoderamiento, negociación, exposición y demostración de colocación del CF. Todo en función a que ésta población no cuenta con ciertos recursos que les permita la protección en su vida sexual y aún más por la falta de conocimiento en salud sexual. Se mostró que al ser un entrenamiento psico-educativo, la población aprende de manera inmediata en un nivel favorable y si esto se implementara en los jóvenes (en todo tipo de nivel socioeconómico), su aprendizaje se beneficiaría al ya contar con ciertos recursos que les permitieran el uso adecuado del preservativo, sería un medio factible en su protección sexual.

Por su lado Macaluso, M. et al. (2000) realizaron un estudio de seis meses de seguimiento prospectivo, realizo una indagación acerca del conocimiento del CF y CM, para posteriormente hacer una intervención conductual de promoción de condones y un

examen físico ambos fueron realizados de manera individual, hubo incremento en el uso de ambos métodos sin embargo hay que resaltar que hubo una compensación monetaria cada vez que iban a la revisión.

Calsyn, D. et al. (2010), en su estudio hicieron pre-intervención, post-intervención. Dividieron a los participantes en 3 grupos: 1) demostración solamente 2) demostración y práctica, 3) no hay sesiones, los hombres fueron asignados al azar a una de las 2 intervenciones, pero no asistió a las sesiones, el grupo con demostración y práctica fue significativamente diferente a lo demás grupos. La diferencia de este estudio era que los participantes aplicaban y verbalizaban los pasos con los modelos de pene y vagina se ponen en parejas y se van corrigiendo, una vez finalizada la sesión el facilitador muestra los pasos correctamente y da una retroalimentación. Lo que hace que los participantes refuercen el conocimiento de cómo usarlo correctamente.

Otra investigación efectuada por Choi, Hoff, Gregorich, Grinstead & Gomez (2008) con mujeres de clínicas de planificación familiar, mostró el aumento en el uso del condón en actos sexuales; incluyó dos grupos (experimental y control), un punto clave de este estudio era la auto-inserción en grupo experimental y aumento de conocimiento en grupo control y con esto se puede observar como este estudio, además de incluir una parte teórica y práctica; se presentó la manipulación en ellas mismas. En los posibles estudios con adolescentes, esto podría considerarse un punto grave, ya que el propiciar la auto-inserción en menores de 18 años de edad se consideraría un aspecto negativo moral; pero el incluir la demostración y al ser una forma expositiva, abarca un medio en que los jóvenes tendrían este conocimiento implantado en su manejo y vida sexual inmediata, mediata o futura.

Y finalmente, al incluir población femenina con abuso de sustancias, se puede observar como es grave la falta de conocimiento ante algún contraceptivo, por lo cual fue de prevalencia realizar una intervención en este grupo, introduciendo sesiones de educación sobre el VIH y sesiones con aprendizaje significativo gracias a la ayuda de medios audiovisuales; mostrando cómo se elevó el conocimiento y uso adecuado del CF (Campbell, Tross, Hu, Pavlicova, Kenney & Nunes, 2011). Esto puede favorecer a los adolescentes, ya que son sesiones dinámicas y se lograría un fácil aprendizaje.

Así que, este tipo de estudios muestran una preferencia en mujeres adultas (mayores de 18 años), muy pocos en varones y relativamente escaso en población

juvenil; dejando a esta población en un punto vulnerable en relación a los programas preventivos para la colocación sistemática y correcta del preservativo femenino; y ya que es un preservativo relativamente nuevo; se pretende que las intervenciones vayan en aumento e incorporen poblaciones con edades cada vez más tempranas dotando a los adolescentes de habilidades conductuales que hagan más probable la prevención de ITS y el VIH.

### **3. Conclusión.**

Debido a la gran variedad de investigaciones y proyectos llevados a cabo en el área de la sexualidad y dirigiéndose al comportamiento preventivo o a la erradicación de ciertas problemáticas que están al ejercicio de la sexualidad; se pretende anticipar a dicha causa, por lo tanto, varios estudiosos se han dedicado a dar entrenamientos, platicas, talleres y otros más, con la ayuda de diversas temáticas en el asunto; todo con la finalidad de que el involucrado adquiriera un conocimiento significativo con lo cual pueda apoyarse y enfrentarse a las problemáticas que pudiesen presentársele a lo largo de su vida además que ayuden a disminuir ciertas conductas de riesgo.

Por consiguiente algunos estudios han centrado su intervención en determinados métodos anticonceptivos, en cómo impulsar a un diálogo (con el afán de que algunas parejas hagan uso de estos), la negociación, técnicas para el uso adecuado y demás herramientas conductuales. Tratando así, de aportar un grano más en la lucha contra las ITS y embarazos no deseados. Ahora bien especificándose en el preservativo para la mujer; el condón femenino, se ha observado la gran variedad de intervenciones en población de mujeres adultas (mayor a 18 años) dejando a la población con menor edad, más aún la preocupación por el cuidado en la salud sexual de este grupo ha ido incrementando, y algunos puntos se han dirigido a atender las necesidades de las mujeres, para que de esta forma ellas mismas puedan tener un claro entendimiento de la importancia de este preservativo y de cómo manejarlo correctamente, sin que se vean en la necesidad de pedirlo exclusivamente a su pareja; en esto, viene una serie de conceptos clave como el empoderamiento, la libre decisión, disfrute individual o el simple hecho de compartir la experiencia con la pareja.

Sin embargo, al observar que no hay evidencia exclusiva en el manejo del condón femenino (de forma sistemática) dirigida a población juvenil tanto masculina como femenina, se presenta como un factor relevante a estudiar, y para saber cual tipo de intervención sería la más significativa; se hace imperativa la comparación entre varios entrenamientos. Entre los que se presentaron en los estudios arriba expuestos, se mostraba de una forma más relevante, el psico-educativo y por exposición, determinando además el impacto que arrojaban los resultados a través del tiempo, la modalidad en que se impartía y el tipo de población a la que se dirigían, mostrando una gran efectividad en lo que se pretendía desarrollar. Por ello, este estudio tomo de forma primordial el aplicar estos dos tipos de entrenamiento, comparando su efectividad en la población juvenil y así mostrar datos que pudiesen aportar el tipo de conocimiento más apropiado a este estrato.

Finalmente, el hacer énfasis en investigaciones enfocadas al estudio y entrenamiento de habilidades en el ámbito de la sexualidad, se hace primordial una buena indagación, ya que se pretende que cada vez se avance más en los comportamientos dirigidos a una protección y prevención. No por ello quiere decir que se está influyendo en el inicio prematuro de una actividad sexual, más sin embargo, que desde edades tempranas se tenga bien consolidado y comprendido la diversidad de formas en que pueden protegerse, para llevar así una vida más saludable.

## Capítulo 5. Investigación empírica.

*“El desafío no es simplemente desarrollar nuevas intervenciones,  
sino identificar las barreras que impiden  
la implementación efectiva de las herramientas existentes,  
y generar los modos de franquear estas barreras...”*  
P. Mayaud & D. McCormick

### 1. Justificación.

La información en temas de salud que hace referencia a la vulnerabilidad ante las ITS y VIH/SIDA a nivel mundial, así como las investigaciones y hallazgos de la literatura relacionada a entrenamientos para el uso adecuado o consistente uso del condón femenino y, además de la escasa atención a población adolescente frente a estas problemáticas; hace a que se implementen acciones y medidas de prevención primaria que fomenten la preservación de la salud física, sexual y colectiva.

Actualmente el tema de la protección en la sexualidad ha ido tomado un fuerte impacto al observar estudios científicos, campañas, investigaciones y recursos materiales con el objetivo de beneficiar el cuidado a nivel sexual.

Y especificando, en el uso de contraceptivos; el condón femenino (CF) ha sido uno de los métodos de barrea más implementado en población adulta femenina, dejando de lado a la población juvenil de 10 a 19 años (OMS, 1988), en la cual se encontró que tienen su debut sexual a edades cada vez más tempranas (antes de los 15 años), como lo menciona la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2006).

Además, al percatarse del riesgo que corre la población, en específico los adolescentes, y al no contar con intervenciones adecuadas o no manejar una amplia variedad de contraceptivos, algunos investigadores se han dado a la tarea de realizar estudios referentes al adecuado entrenamiento para el uso de anticonceptivos, arrojando datos relevantes y significativos. En esto, Robles et al. (2012) indican que su intervención en el uso correcto del preservativo masculino mostró un impacto relevante al haber conservado la habilidad desde la primera fase de intervención y hasta los seguimientos, siendo un dato similar en población adulta intervenida por otros investigadores. Por ende, puede tomarse en cuenta que la conservación de estas

habilidades en grupos juveniles es conservada del mismo modo o hasta mejor que las demás poblaciones intervenidas. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos para alentar el uso correcto y consistente de condones masculinos de látex en todo tipo de población, éste parece no emplearse de manera correcta, además de que las practicas de sexo seguro no son utilizadas frecuentemente, por eso es fundamental el incluir entrenamientos de este tipo en la población adolescente.

Y enfocándose en el condón femenino; la UNFPA, en Beltrán (2010), hace referencia en que el uso adecuado del preservativo femenino tiene una eficacia del 90% si es empleado de manera correcta, por lo cual es importante evaluar por medio de entrenamientos, el uso correcto del CF, pudiendo ayudar y preservar el aprendizaje significativo, uso y medidas pertinentes para su efectividad.

Así que, al analizar que gran variedad de estudios indican que el entrenamiento por exposición aporta habilidades para un adecuado uso del CF desde corto hasta largo plazo en las poblaciones intervenidas (Choi et al., 2008; Campbell et al., 2011; Feldblum, et al., 2001; Artz et al., 2000 & Soper et al., 1993), se llegó a realizar el presente estudio con la finalidad de realizar contribuciones primordialmente enfocadas a población juvenil, ya que al haber observado los datos arrojados por estudios previamente descritos, se contempló exclusividad en poblaciones adultas.

Es por esto que se vuelve relevante el generar datos que nos permitan evaluar efectos de entrenamientos del uso correcto del condón femenino en jóvenes, los cuales están cerca de iniciar su vida sexual.

## **2. Pregunta de investigación.**

Ψ ¿Cuál es el efecto de entrenar a adolescentes por medio de exposición en el uso correcto del condón femenino?

## **3. Objetivo.**

Esta investigación tuvo como propósito evaluar la efectividad de un entrenamiento por exposición para el desarrollo de habilidades en el uso correcto del condón femenino en estudiantes de nivel secundaria.

#### **4. Hipótesis.**

**H<sub>1</sub>:** Los adolescentes que reciban el entrenamiento por exposición desarrollaran habilidades para el uso correcto del condón femenino.

**H<sub>0</sub>:** Los adolescentes que reciban el entrenamiento por exposición no desarrollarán habilidades para el uso correcto del condón femenino.

**H<sub>A</sub>:** Los adolescentes que reciban entrenamiento por exposición o tratamiento usual sobre el uso correcto del condón femenino, desarrollarán habilidades para el uso correcto del condón femenino.

#### **5. Método.**

##### **5.1. Participantes.**

Se invitó a participar a estudiantes de nivel secundaria de tercer grado, los cuales fueron elegidos de manera no probabilística accidental. Se formó así una muestra de 189 participantes, de los cuales sólo participaron 121 al haber entregado su consentimiento firmado inicialmente; sin embargo se tuvo muerte experimental de 4 participantes, 2 hombres y 2 mujeres (a causa de darse de baja de la institución educativa) quedando 115 participantes.

##### **Ψ Criterios de inclusión:**

- Estudiantes de nivel secundaria que se encuentren inscritos en la institución.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes cuyos padres firmen el consentimiento informado.

##### **Ψ Criterios de exclusión:**

- Estudiantes que no presenten firmado su consentimiento informado.
- Estudiantes que no quieran participar y/o quieran dejar de participar.

##### **Ψ Características socio-demográficas.**

Para obtener la información de las principales características socio-demográficas de nuestros participantes se determinó con la ayuda de un cuestionario formulado y adaptado para nuestra población y para los intereses de la investigación; posterior a esto

se recabó la información de los cuestionarios y con el programa SPSS versión 19 se aplicó la prueba *t de Student* para muestras independientes, determinando así la existencia de homogeneidad en los datos de los participantes antes de que fuera expuestos a la intervención.

Al determinar los datos totales de la población a intervenir (115), se encontraron que había 59 mujeres y 56 hombres con una de edad entre 14 y 15 años, predominando la religión católica con 104 sujetos y 11 tenían otra religión o creencia. De este total, 13 de ellos indicaron tener una vida sexual activa, con una media de edad de 14 en su debut sexual, sólo 10 de estos indicaron haberse protegido con el condón masculino en su primer encuentro íntimo y finalmente en la actualidad los 13 respondieron estarse protegiendo. En la tabla 4 se muestran los datos antes mencionados.

**Tabla 4.** Principales características socio-demográficas de la población a intervenir.

CARACTERÍSTICAS	Total de = 115
Edad	$\bar{x} = 14.4$
Sexo	Mujeres = 59 y Hombres = 56
Con vida sexual activa	13
¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?	$\bar{x} = 14$
¿En tu primer encuentro sexual te protegiste con algún método anticonceptivo?	Sí = 10
¿Te proteges con algún método anticonceptivo?	Sí = 13

Y otros datos socio-demográficos, no menos sobresalientes del total de la población, fueron:

- Toda la población en su estado civil reporto ser solteros (as).
- Con respecto al con quien viven en la actualidad; 1 persona vive con algún familiar y 114 viven con su padre/madre o tutor.

- El tipo de casa donde viven comúnmente es propia con respuesta de 104 personas y rentada por 11 sujetos.
- El en ámbito laboral; 4 personas apuntaron estar trabajando y 111 no laboran actualmente.
- En el ámbito de contar o no con seguro social; 32 personas indicaron no contar con éste y 83 personas sí.
- Para la práctica o no de relaciones sexuales; 17 sujetos señalaron ya haber tenido relaciones sexuales y 98 no han tenido este tipo de encuentros íntimos.
- Para la protección con contraceptivos en la primera relación sexual de algunos sujetos, señalaron qué; 10 de ellos usaron el condón masculino, 7 no se protegieron y 98 no han dado inicio a su vida sexual.
- En el tema de protección actual con métodos anticonceptivos; 11 personas indicaron protegerse con el condón masculino, 1 indico utilizar otro anticonceptivo, 5 no se protegen y 98 no han iniciado su vida sexual.
- Y finalmente respecto a los datos socio-demográficos de los participantes; en la pregunta del número de parejas sexuales que tienen o tuvieron, sobresalió que; 12 de ellos tienen 1 pareja sexual, 1 persona indico 2 parejas sexuales, otras 4 personas indicaron 3 parejas sexuales y 98 no reportaron tener parejas sexuales.

Al realizarse la prueba *t* de Student para muestras independientes, se corroboró la homogeneidad en estas características sociales y demográficas entre el grupo de exposición y el grupo de tratamiento usual, encontrando que no hubo diferencias significativas.

## **5.2. Escenario.**

El espacio en donde se llevó a cabo la intervención fue la sala de audiovisual, un lugar amplio y alejado de los salones de clase con adecuada ventilación e iluminación y la biblioteca de la institución teniendo las mismas características que el anterior.

## Ψ Materiales e instrumentos.

- 4 vaginas de entrenamiento.
- 300 condones femeninos aproximadamente.
- Presentaciones (power-point).
- Folletos.
- Videos.
- Esquemas de órganos reproductores.
- Consentimiento informado. (**Véase anexo 1**)
- Hoja de datos socio-demográficos. (**Véase anexo 2**)
- Hoja de registro con base en el Test Analógico de Simulación (TAS) de Roth (1986). (**Véase anexo 3**).
- Hoja de los 12 pasos correctos del CF con base en Support Building Reproductive Health Programmes Worldwide, 2009. (**Véase anexo 4**)

### 5.3. Procedimientos estadísticos utilizados.

Se utilizó la prueba *t de Student* para muestras relacionadas debido a que esta prueba sirve para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa conforme a sus medias.

Se evaluó la hipótesis de trabajo, la cual plantea que las intervenciones con entrenamiento expositivo incrementan el conocimiento en los pasos del uso correcto del condón femenino a diferencia de un entrenamiento de tratamiento usual.

Se realizó una medida de concordancia o índice de Kappa para identificar el nivel de concordancia entre dos observadores distintos al clasificar independientemente una muestra de  $n$  ítems en un mismo conjunto de categoría nominales.

Se efectuó una magnitud del “tamaño del efecto” con base en la fórmula de Cohen; con el cual se pretendió cuantificar con la magnitud obtenida del efecto y en qué grado o medida la hipótesis nula es falsa. En términos más simples, la magnitud del efecto nos permite apreciar si la diferencia es grande o pequeña. Se empleó porque los dos grupos tuvieron un tamaño idéntico ( $n = n$ ) y se determinó con esto, cuál era la diferencia mínima significativa entre ambos grupos.

La fórmula básica del tamaño del efecto es:

$$d = \frac{X_1 - X_2}{\sigma}$$

Se aplicó la prueba *t de Student* para muestras independientes, para evaluar la existencia de homogeneidad en las características socio-demográficas de los participantes antes de ser expuestos al tratamiento.

Con un nivel de significancia  $<0.05$  ( $p= 0.05$ ) para considerarse estadísticamente significativo los dato arrojados.

Para el manejo estadístico de los datos se utilizó Excel, un programa computarizado para la selección de alumnos y el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 19.

#### **5.4. Variables.**

- Variable independiente: entrenamiento por exposición.
- Variable dependiente: pasos del uso correcto del condón femenino (CF).

#### **Ψ Definiciones conceptuales de las variables.**

- **Entrenamiento por exposición:** el entrenamiento es un proceso educativo a corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas aprenden, desarrollan y/o aumentan conocimientos, actitudes y habilidades, en función de objetivos definidos. Al igual, es una educación profesional que adapta al sujeto para una función, siendo un proceso de aprendizaje cuyos resultados se ven a corto plazo, en el cual las personas aprenden conocimientos específicos; aptitudes y actitudes frente a aspectos de la tarea y del ambiente, así como desarrollo de habilidades para la realización de las tareas.

Este entrenamiento implica la transmisión de conocimientos específicos relativos al ejercicio conductual que se esté transmitiendo, actitudes frente a aspectos del mismo, de la tarea y del ambiente, y desarrollo de habilidades. Cualquier tarea, ya sea compleja o sencilla, implica necesariamente estos tres aspectos.

- **Uso correcto del condón femenino:** pasos sucesivos correctos para colocar y retirar el preservativo de barrera, condón femenino.

#### Ψ **Definiciones operacionales de las variables.**

- **Entrenamiento por exposición:** se utilizarán los 11 pasos recomendados por la Female Health Company, dividiendo el paso 11 en 2 quedando así 12 pasos. (Véase apéndice 4)

A continuación se indican los 12 pasos que se dieron a entrenar:

- 1.- Se verificaba la fecha de vencimiento, especificando los 2 años antes o después, dependiendo la leyenda de caducidad o manufactura.
- 2.- Esparcir el lubricante del condón en el empaque cerrado y con las llemas de los dedos.
- 3.- Abrir el empaque desde la flecha morada sin utilizar utensilios que lo lleguen a romper.
- 4.- Agarrar con el dedo pulgar e índice, el anillo interno.
- 5.- Juntar los laterales del anillo interno apretándolo.
- 6.- Encontrar una posición cómoda para la mujer para poder insertar en CF.
- 7.- Percibir los labios externos de la vulva y separarlos.
- 8.- Usar la punta formada en 8 del anillo interno y empujarlo dentro de la vagina.
- 9.- Deslizar el dedo índice o medio hacia adentro del condón y empujar el anillo interno que ya se encuentra dentro de la vagina, acomodándolo de forma que no quede trenzado y que se ajuste suavemente.
- 10.- Mantener el anillo exterior en su sitio mientras se orienta el pene hacia dentro del condón; ya que esté el pene dentro, puede ya no seguir sosteniendo el anillo externo.
- 11.- Retirar el condón agarrando el anillo exterior y girarlo, esto antes de levantarse.
- 12.- Quitar el condón suavemente y envolverlo en papel o en el empaque vacío y tirarlo a la basura.

- **Uso correcto del condón femenino:** fue medido con una hoja de registro, con base en el Test Analógico de Simulación (TAS) de Roth (1986) [Véase el anexo 3], incluyendo las condiciones “lo dijo” y “lo hizo”. Y los datos fueron valorados por medio de la prueba *t de Student* para muestras relacionadas.

Primeramente se presenta el TAS, el cual: es un instrumento de medición que se emplea en el entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes; este se designa por la razón de instigar el ejercicio de la habilidad por medios artificiales guardando una estrecha analogía con el desempeño natural de la destreza en situaciones cotidianas.

De igual forma, destaca la necesidad de señalar cierta analogía entre la conducta del confederado (coactor) y la de quien eventualmente podría desempeñar ese rol en su ambiente natural. Esto supone, desde luego, la reproducción de interacciones de mediana duración con el objeto de garantizar la emisión de mediana duración con el objeto de garantizar la emisión de los componentes verbales y no verbales que caracterizan a la habilidad correspondiente (Roth, 1986).

Así mismo, Roth (1986) menciona que una habilidad social no es otra cosa que la integración de cierto tipo de respuestas concretas, las cuales son contextualizadas por una situación social. El TAS, se ha elaborado para descubrir los componentes conductuales que integran cada habilidad.

Y por último, la secuencia es sometida en vivo a la consideración de jueces independientes, quienes con la ayuda de definiciones operacionales registran la ocurrencia o no ocurrencia de los componentes que integran la habilidad correspondiente (Roth, 1986).

En segundo lugar, las condiciones “lo dijo” y “lo hizo” se emplearon para especificar los componentes verbales y componentes no verbales de la ejecución de los participantes, denotados durante la captura de información para así, realizar un amplio y completo registro de datos por cada individuo por medio de diversas variables incluidas en ambas condiciones; lo anterior ayuda a

describir una situación que podría presentarse en un escenario natural donde probablemente se requiera el uso de la habilidad en cuestión.

Dentro de los componentes verbales, en donde se incluyó “*lo dijo*”, se pueden encontrar factores como: preguntas abiertas, expresión de deseos, experiencias propias, autoafirmación, claridad de ideas, retroalimentación (verbalizaciones que denoten aceptación o desaprobación por parte del escucha), negociaciones, objetivos, entre otros.

Y para los componentes no verbales, donde se incluyó “*lo hizo*”, se encuentran: gestos, expresión de emociones emitidos por el cuerpo, la proximidad física de la persona, orientación visual, distancia interpersonal, tono de voz, manejo de pausas y silencios, el contacto ocular, las posturas, la expresión facial, entre otros.

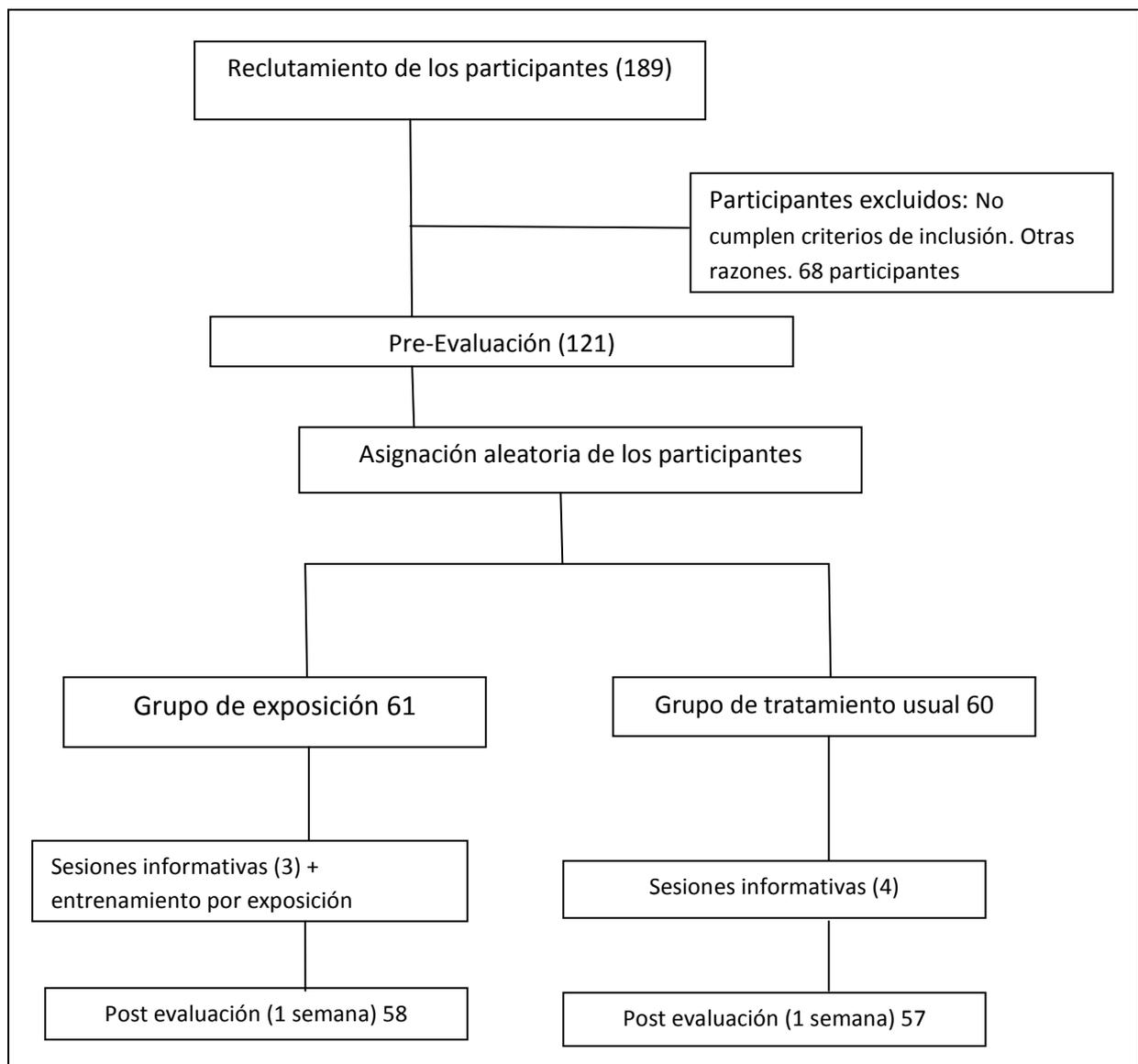
### **5.5. Diseño.**

Fue una investigación, con un estudio experimental de dos grupos; intervención (exposición) y control (psico-educación). Los participantes fueron asignados de manera aleatoria computarizada a una de las dos condiciones. En ambas condiciones hubo evaluaciones pre y post. (**Véase figura 3**)

### **5.6. Procedimiento.**

Una vez que se consiguieron los permisos de las autoridades de la secundaria, se invitó a participar a los estudiantes a la investigación; aquellos que se mostraron interesados en colaborar, se les hizo énfasis en que era necesario que sus padres o representantes legales firmaran la carta de consentimiento informado para que pudieran ser parte del estudio.

En la carta de consentimiento informado (**véase anexo 1**) se resaltaron los objetivos generales de la investigación y se les dio a conocer que si lo deseaban podían abandonar la investigación sin que hubiera repercusiones. En la figura 3 se muestra el flujograma de la forma en que se llevo a cabo la investigación.



**Figura 3.-** Flujograma de las condiciones a las que serán expuestos los participantes.

A continuación se describen las acciones que se realizaron en cada una de las etapas de la investigación:

**Evaluación 1:** En un cubículo escolar y con la presencia de dos jueces (quienes observaron y calificaron), se les dio a los estudiantes de manera individual un condón femenino junto con una vagina de entrenamiento, y se les pidió que dijeran y mostraran cómo se colocaba un condón femenino. Se les hizo énfasis en que durante la evaluación no se les daría retroalimentación con respecto a su desempeño; es decir, si los pasos eran correctos o no.

Posteriormente a la evaluación 1, los estudiantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de exposición o al grupo de tratamiento usual y se proporcionó el entrenamiento correspondiente para cada grupo.

### **Entrenamiento:**

Ambos grupos recibieron información con respecto al uso correcto del condón femenino; sin embargo, el entrenamiento que se dio al grupo de exposición, se caracterizó por fomentarles el decir y hacer los pasos para el uso correcto del condón, utilizando vaginas de entrenamiento y condones femeninos, además de que se les dio retroalimentación correctiva al momento de que realizaban los pasos.

En el caso del grupo de tratamiento usual, se les dio información sobre el uso correcto del condón femenino, así como la importancia de su uso, además de las ventajas y desventajas de utilizarlo con respecto a las ITS y el VIH/SIDA.

- Ambos grupos (intervención y tratamiento usual) tuvieron 3 sesiones informativas con los temas de (**Véase anexo 5**):
- Adolescencia y sexualidad: se repasaron los cambios físicos y psicosociales de la adolescencia, además de una detección de conocimientos de los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos para poder corregir y aclarar las partes de dichos órganos. Fue un abordaje interactivo, ya que los participantes intervenían con dudas, comentarios y respuestas; así mismo se trabajó con el apoyo audiovisual de videos con temas de sexualidad en la adolescencia y trípticos con los principales cambios físicos en esta etapa.
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): se les platicó acerca de las principales ITS, así como sus principales síntomas y consecuencias, logrando que los participantes se interesaran por estas ITS, el cómo se podían proteger y las consecuencias de ellas. Se realizó un juego relativo a este tema, invitando a los participantes a conocer más a detalle sobre 5 de las principales ITS que fueron; VIH/SIDA, gonorrea, chlamydia, VPH y sífilis. Al final se dio un repaso con apoyo de videos interactivos y folletos con explicaciones muy breves pero claras.

- **Métodos anticonceptivos:** en esta sesión se les mostró de manera didáctica los métodos anticonceptivos usados de manera más frecuente, además de resolver algunas de las dudas y sugerencias que se presentaron. Se llevó una modalidad con dinámicas que fuesen interesantes a los participantes, con ayuda de un juego; al igual que las sesiones anteriores se les entregaron trípticos con información relevante a contraceptivos sin incluir información del CF. Al final de esta sesión se dio un repaso y aclaración en conocimientos y localización de los órganos sexuales tanto masculinos como femeninos, esto con la finalidad de que en la cuarta y última sesión (condón femenino) les quedara más claro las partes anatómicas involucradas en la colocación del preservativo.

Por último, la cuarta sesión para el grupo de tratamiento usual fue informativa (**Véase anexo 5**). Se realizó una presentación en power-point con los 12 pasos para el uso correcto del CF, posterior a ellos se mostró a todo el grupo (con ayuda de un condón y modelo de vagina) y sin que lo manipularan individualmente, la forma de colocar correctamente el preservativo; al final se llevó a cabo una dinámica con la finalidad de afianzar los 12 pasos correctos en la colocación del preservativo.

Y en comparación con el grupo antes mencionado; el grupo por exposición fue de manera individual y por moldeamiento, siendo esto:

- Los 12 pasos para el uso correcto del condón femenino (CF). A cada participante, frente a frente y de forma individual, se le iba modelando y moldeando con ayuda de un modelo de vagina y un CF, los pasos correctos del uso del preservativo y al mismo tiempo, estos participantes lo iban realizando con un material igual.

La duración de las sesiones informativas fueron de 50 minutos y la individual (grupo por exposición) fue de 10 a 15 minutos aproximadamente por cada participante.

**Evaluación 2:** Se aplicó de manera muy similar a la evaluación 1, con la diferencia de que se realizó una semana posterior a la finalización del entrenamiento dado. Al igual que en la evaluación 1, no se les dio a los participantes retroalimentación al momento de que realizaban los pasos.

## Capítulo 6. Resultados.

En este apartado se reportan los resultados obtenidos de la intervención. Se realizó un previo análisis general descriptivo de la prueba en cada grupo (intervención o de exposición y control o tratamiento usual). Mostrando los resultados obtenidos de la prueba *t de Student*.

Se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: la media obtenida en la pre-evaluación es igual a la media obtenida en la post-evaluación.

Ha: la media obtenida en la pre-evaluación es diferente a la media obtenida en la post-evaluación.

Para el grupo intervención se encontraron diferencias significativas entre la pre y post evaluación en la condición lo dijo ( $t = -17.392$ ;  $Gl = 57$ ;  $p = < 0.05$ ) al igual que en la condición lo hizo ( $t = -22.887$ ;  $Gl = 57$ ;  $p = < 0.05$ ). Este mismo tipo de dato se encontró en el grupo control, con diferencias significativas de la pre a la post evaluación en la condición lo dijo ( $t = -20.22$ ;  $Gl = 56$ ;  $p = < 0.05$ ) y en la condición lo hizo ( $t = -24.36$ ;  $Gl = 56$ ;  $p = < 0.05$ ).

Al observar que no había diferencias significativas, se obtuvo el “tamaño del efecto” con base en la formula de Cohen para resaltar las diferencias, por mínimas que fueran. Dando un valor de 0.1333, lo cual indica una magnitud pequeña o que la diferencia de los resultados obtenidos entre grupos en ambas condiciones (lo dijo y lo hizo) no resultó significativa; pero, a pesar de tener una diferencia pequeña; este dato podría, en algún punto ser de interés.

Y al no obtener diferencias significativas entre grupos; se llevó a cabo un análisis en el factor sexo (entre hombres y mujeres) con respecto a la media de cada grupo, con la finalidad de determinar si éste podía indicar diferencias. Así que para el grupo intervención-mujeres, condición lo dijo ( $t = -9.97$ ;  $Gl = 26$ ;  $p = < 0.05$ ) y lo hizo ( $t = -14.35$ ;  $Gl = 26$ ;  $p = < 0.05$ ), fue similar a intervención-hombres, lo dijo ( $t = -15.11$ ;  $Gl = 30$ ;  $p = < 0.05$ ) y lo hizo ( $t = -17.97$ ;  $Gl = 30$ ;  $p = < 0.05$ ).

Y en el caso del grupo control-mujeres, condición lo dijo ( $t = -12.04$ ;  $Gl = 31$ ;  $p = < 0.05$ ) y lo hizo ( $t = -16.53$ ;  $Gl = 31$ ;  $p = < 0.05$ ), fue algo parecido a control-hombres lo dijo ( $t = -22.08$ ;  $Gl = 24$ ;  $p = < 0.05$ ) y lo hizo ( $t = -18.39$ ;  $Gl = 24$ ;  $p = < 0.05$ ). Observando que éste factor no indicó diferencias significativas; resultó así, que ambos obtuvieron similarmente las habilidades para el uso correcto del preservativo femenino. Esto se realizó para saber si hay diferencias entre las medias en las pruebas de *lo dijo* y *lo hizo* en la muestra total y en el grupo de mujeres y de hombres.

En la valoración de la magnitud del tamaño del efecto se encontró una proporción pequeña en ambas categorías lo hizo y lo dijo; esto indica que es mínima la diferencia entre ellas. Lo dijo Post-intervención-Post-control:  $7.98 - 8.37 / 2.76 = -0.22$ . y lo hizo Post-intervención-Post-control:  $8.98 - 9.09 / 2.12 = -0.075$ .

La población total de alumnos invitados al estudio fue de 189, pero la muestra total manejada al inicio de esta investigación resultó en 121 participantes (64%) ya que se excluyeron a 68 participantes por no cumplir los criterios de inclusión u otros.

Aquí mismo se incluye la realización del índice de concordancia de Kappa para determinar la afinidad entre jueces (observadores), dando como resultado un valor de Kappa de .534, relativa a la categoría “acuerdo regular”, que va de .40 - .74 el cual indica que ambos observadores pactaron medianamente sus frecuencias de los resultados calificados.

### **Resultados del grupo intervención:**

Se presentan los resultados de las medias de las calificaciones en el grupo, tanto en la condición lo dijo y lo hizo de la pre y post evaluación para las tres modalidades; grupo total intervención, hombres y mujeres intervención. Observando medias significativas en modalidad de grupo total, de pre-evaluación a post-evaluación en condición lo dijo (2.34 a 7.98) en comparación de la pre a la post-evaluación en la condición lo hizo (3.14 a 8.98) dando un incremento al finalizar las evaluaciones (post-evaluación) en ambas condiciones.

En el grupo total se obtuvo una  $t = -17.392$ ;  $Gl = 57$ ;  $p = < 0.05$ , en la condición lo dijo y en la condición lo hizo una  $t = -22.887$ ;  $Gl = 57$ ;  $p = < 0.05$ ; en el caso de las mujeres se arrojó una  $t = -9.97$ ,  $Gl = 26$ ;  $p = < 0.05$ , en la condición lo dijo y en la

condición lo hizo una  $t = -14.35$ ,  $Gl = 26$ ;  $p = < 0.05$  y para los hombres fue una  $t = -15.11$ ;  $Gl = 30$ ;  $p = < 0.05$ , en lo dijo y en la condición lo hizo una  $t = -17.97$ ;  $Gl = 30$ ;  $p = < 0.05$ .

Por ende, se llegó a observar una diferencia significativa en la condición lo hizo comparada a la condición lo dijo en los tres grupos. Se usó la prueba  $t$  para muestras relacionadas y se encontró que en los tres grupos (total, hombres y mujeres) se rechazó la  $H_0$  a favor de la alterna con una probabilidad  $< 0.05$ , los resultados se muestran en la Tabla 5, los cuales nos indican que hay una diferencia significativa de la pre a la post-evaluación en ambas condiciones (lo dijo, lo hizo).

**Tabla 5.** Media de las calificaciones del grupo de intervención en la prueba *lo dijo, lo hizo*.

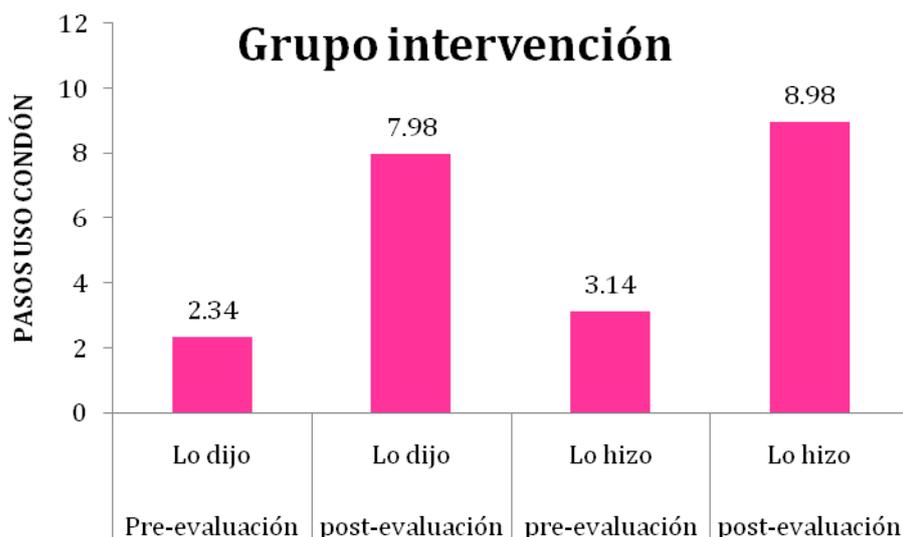
Grupo	N	Condición	Antes		Después		$t$	$Gl$	Significancia	Probabilidad
			$\bar{X}$	$\delta$	$\bar{X}$	$\delta$				
Total	58	L.D	2.34	1.61	7.98	1.84	-17.392	57	.001	<.05
		L.H	3.14	1.55	8.98	1.34	-22.887	57	.001	<.05
Mujeres	27	L.D	2.70	1.81	7.96	2.00	-9.97	26	.001	<.05
		L.H	3.37	1.71	8.96	1.37	-14.35	26	.001	<.05
Hombres	31	L.D	2.03	1.37	8.00	1.71	-15.11	30	.001	<.05
		L.H	2.94	1.38	9.00	1.34	-17.97	30	.001	<.05

De forma gráfica en la figura 4, se puede observar lo antes mencionado; que en el grupo intervención o exposición (total) se encontró una diferencia significativa de la pre-evaluación a la post-evaluación para ambas condiciones (lo dijo y lo hizo). Indicando puntajes bajos para la condición lo dijo en la pre-evaluación de 2.34 e incrementando a 7.98 en esta misma condición en post-evaluación; y para la condición lo hizo en pre-evaluación, se obtuvo un puntaje bajo de 3.14 y al final de la intervención se dio un aumento con puntaje de 8.98.

En cuanto al tamaño del efecto en las dos categorías *lo dijo* y *lo hizo*, se obtuvo:

Lo dijo:  $2.34-7.98 / 2.53 = -0.85$ , lo que indica que es una diferencia grande, a pesar de que podría parecer mínimo a simple vista.

Lo hizo:  $3.14-8.98 / 2.22 = -0.90$ , obteniendo un valor elevado, y al igual que en la categoría lo dijo, la diferencia es grande.



**Figura 4.** Muestra de los puntajes obtenidos, en ambas fases de acuerdo a la frecuencia de los 12 pasos del uso correcto del condón femenino, en el total del grupo intervención.

#### **Resultados entre grupo control:**

En el grupo control; los resultados promedio de las calificaciones en la condición lo dijo y lo hizo de la pre y post evaluación para los tres subgrupos; grupo total intervención, hombres y mujeres; se observaron medias significativas en modalidad de grupo total, indicando así que; de pre-evaluación a post-evaluación en condición lo dijo (2.70 a 8.37) y en la condición lo hizo (3.25 a 9.09) en comparación de la pre a la post-evaluación, se observa un incremento al finalizar las evaluaciones en ambas condiciones.

Se obtuvo en el total una  $t = -20.22$ ;  $Gf = 56$ ;  $p = < 0.05$ , en la condición lo dijo, y una  $t = -24.36$ ;  $Gf = 56$ ;  $p = < 0.05$ , para la condición lo hizo, siendo algo parecido que en el grupo de intervención.

Para las mujeres de grupo control en la condición lo dijo dio una  $t=-12.04$ ;  $Gl=31$ ;  $p= <0.05$ , mientras que para la condición lo hizo una  $t= -16.53$ ;  $Gl= 31$ ;  $p= <0.05$ . En el caso de los hombres, en la condición lo dijo con una  $t= -22.08$ ;  $Gl= 24$ ;  $p= <0.05$ , mientras que en la condición lo hizo una  $t= -18.39$ ;  $Gl= 24$ ;  $p= <0.05$ .

Se utilizo la misma prueba para el grupo control, con una probabilidad de  $<0.05$ , de igual forma se muestra que hay diferencias significativas en ambas condiciones predominando la condición lo hizo en los tres grupos. (Véase tabla 6)

En el tamaño del efecto en esta categoría se encontró:

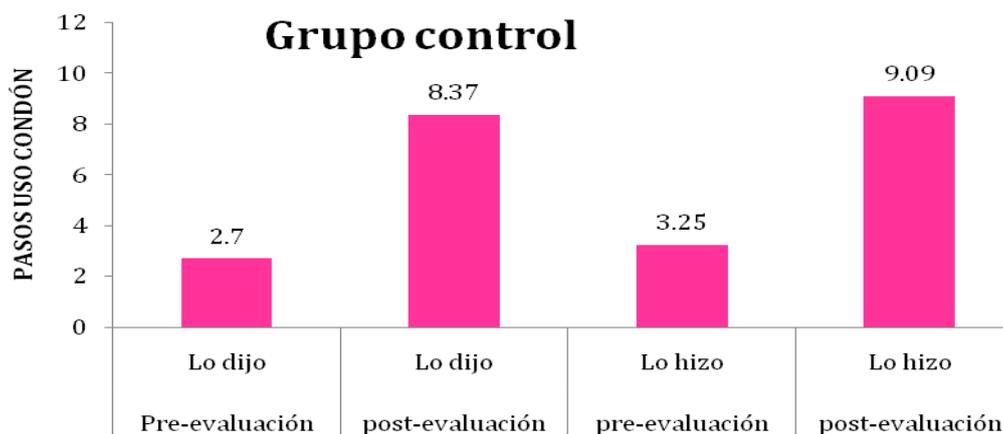
Lo dijo:  $2.70-8.37 /2.72 = -0.37$  esto indica que es una diferencia mínima y a pesar de serlo, llega a ser útil, pese a que su relevancia práctica puede ser escasa, ya que estas pequeñas diferencias pueden ser de interés a largo plazo, al lograr mantener el conocimiento aprendido al momento de la intervención.

Lo hizo:  $3.25 -9.09 /2.49 = -0.40$  en esta categoría se encontró un nivel moderado, indicándonos así que estas diferencias que se dan entre el antes y después, nos hace caer en cuenta de que efectivamente están ahí, por lo tanto, se puede observar que la diferencia es significativa y causo un efecto.

**Tabla 6.** Resultados de la prueba  $t$  para muestras relacionadas en grupo control, condición lo dijo y lo hizo.

Grupo	N	Condición	Antes		Después		$t$	$Gl$	Significancia	Probabilidad
			$\bar{X}$	$\delta$	$\bar{X}$	$\Delta$				
Total	57	L.D	2.70	1.802	8.37	1.85	-20.22	56	.001	<.05
		L.H	3.25	1.714	9.09	1.57	-24.36	56	.001	<.05
Mujeres	32	L.D	3.41	1.701	8.53	2.17	-12.04	31	.001	<.05
		L.H	3.72	1.591	9.47	1.64	-16.53	31	.001	<.05
Hombres	25	L.D	1.80	1.528	8.16	1.37	-22.08	24	.001	<.05
		L.H	2.64	1.705	8.60	1.35	-18.39	24	.001	<.05

De forma gráfica se representan los resultados totales del grupo control o tratamiento usual en la figura 5, observándose puntajes bajos en la pre-evaluación y dando un aumento en post-evaluación (2.7 a 8.37) en la condición lo dijo y para la condición lo hizo se obtuvo un puntaje significativo de 3.25 a 9.09 posterior a la intervención; este tipo de aumentos se determinó en ambas condiciones en post-evaluación.



**Figura 5.** Puntajes obtenidos, en ambas fases de acuerdo a la frecuencia de los 12 pasos del uso correcto del condón femenino, en el total del grupo control.

### Resultados factor sexo, grupo intervención:

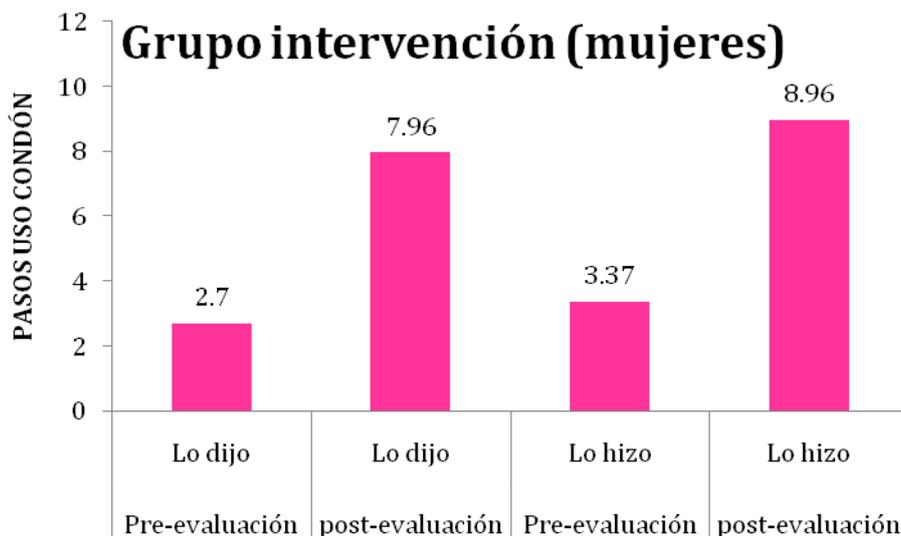
Al notar que no había diferencias significativas en el total de los grupos control e intervención, se analizó si en el factor sexo, se podría encontrar diferencias significativas al darse la intervención.

En la figura 6, se presentan los resultados de los hombres del grupo intervención, notando que de igual forma hay puntuaciones bajas en la pre-evaluación de 2.03 y un aumento significativo de 8 en post-evaluación, con una  $t=-15.11$  para la condición lo dijo; y en el caso de la condición lo hizo se mostró un incremento significativo de la pre a la post-evaluación, el cual fue de 2.94 a 9, con una  $t=-17.97$ . Teniendo una probabilidad  $<0.05$  para ambas condiciones.



**Figura 6.** Puntajes obtenidos, en ambas fases de acuerdo a la frecuencia de los 12 pasos del uso correcto del condón femenino, en el total de hombres del grupo intervención.

De igual forma se presentan datos similares para las mujeres del grupo intervención en la figura 7, mostrando datos de 2.7 a 7.96 de la pre a la post-evaluación en la condición lo dijo con una  $t = -9.97$ , y de igual forma un incremento de 3.37 a 8.96 de la pre-evaluación a la post-evaluación en la condición lo hizo con una  $t = -14.35$ . Teniendo una probabilidad  $<0.05$  para lo dijo y lo hizo.

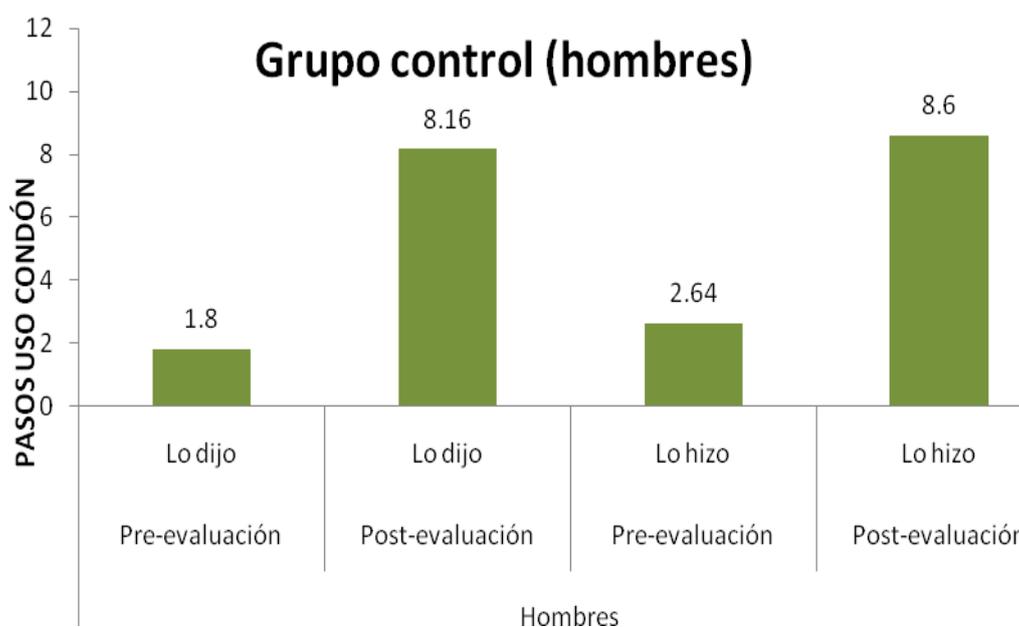


**Figura 7.** Puntajes obtenidos, en ambas fases de acuerdo a la frecuencia de los 12 pasos del uso correcto del condón femenino, en el total de mujeres del grupo intervención.

### Resultados factor sexo, grupo control:

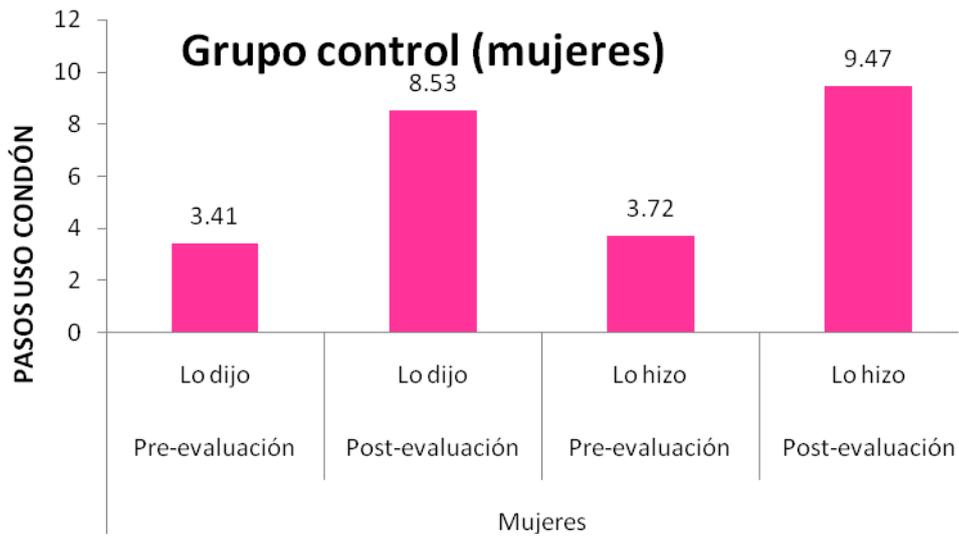
Finalmente se determinaron resultados en el factor sexo (hombres y mujeres) para el grupo control, contrastándose puntajes entre estos, llegando así, a puntajes muy similares que en grupo intervención.

En la figura 8 se muestran los puntajes obtenidos para hombres en grupo control arrojando datos bajos en la pre-evaluación de 1.8 y un incremento en post-evaluación de 8.16 en la condición lo dijo, con una  $t=-22.08$ ; y para el caso de la condición lo hizo en pre-evaluación se dio un puntaje de 2.64, llegando hasta 8.6 en post-evaluación con una  $t=-18.39$ , obteniendo una probabilidad  $<0.05$ , con un incremento significativo en ambas condiciones.



**Figura 8.** Puntajes obtenidos, en ambas fases de acuerdo a la frecuencia de los 12 pasos del uso correcto del condón femenino, en el total hombres del grupo intervención.

Para el grupo de mujeres del grupo control se encontró que de la pre-evaluación a la post-evaluación, se dio un incremento de 3.41 a 8.53 en la condición lo dijo, con una  $t= -12.04$  y para la condición lo hizo, igualmente un incremento de 3.72 en la pre-evaluación a 9.47 en la post-evaluación, con una  $t= -16.53$ . Se obtuvo una probabilidad  $<0.05$ , para ambas condiciones, resultando así un dato significativo. (Véase figura 9)



**Figura 9.** Puntajes obtenidos, en ambas fases de acuerdo a la frecuencia de los 12 pasos del uso correcto del condón femenino, en el total de mujeres del grupo intervención.

Con este tipo de datos, tanto en el grupo total, como en los resultados de factor sexo, podemos notar, el incremento que se obtuvo posterior a la intervención; sin ser más significativos en algún sexo ni para alguno de ambos grupos; llegando a observar que ambas participaciones (grupo control y grupo intervención) fueron efectivas.

## Capítulo 7. Discusión.

En el presente estudio se evaluó la efectividad de un entrenamiento por exposición para el desarrollo de habilidades en el uso correcto del condón femenino. La investigación estuvo dirigida a estudiantes de nivel secundaria, de los cuales algunos reportaron ya haber iniciado su vida sexual, mientras que otros se cree que estén por iniciarla; llegando a ser alguna de las situaciones importantes en la adquisición de habilidades para el uso adecuado del preservativo antes mencionado.

Los entrenamientos por exposición en el campo del comportamiento, han sido dirigidos en función de las necesidades humanas, prevención, descubrimiento e innovación. Esta investigación se basó en métodos conductuales, pretendiendo favorecer un aprendizaje significativo mediante el desarrollo de habilidades en estudiantes de secundaria, con el uso de técnicas de modelamiento, replica y moldeamiento.

Los datos encontrados sostienen que los participantes que recibieron entrenamiento por exposición incrementaron su habilidad en el uso correcto del condón femenino en las categorías “lo hizo” y “lo dijo”, siendo estas un medio para determinar los puntajes en cada participante. Esto tiene alguna coincidencia con el trabajo reportado por Robles et al., (2006); ya que en este estudio incluyeron componentes verbales y no verbales para la obtención de ciertos resultados y encontraron un incremento de la pre a la post evaluación. Y en el caso de los estudios por parte de Choi, Hoff, Gregorich, Grinstead, Gomez & Hussey (2008), se mostró algo similar; predominó la intervención por exposición y se encontraron datos significativos al término del estudio, por lo que, si en esta investigación se tiene una segunda evaluación a largo plazo hay posibilidad de encontrar resultados que coincidan con la literatura previa. Así que puede que esta investigación haya mostrado datos similares por el tipo de medición, la modalidad de intervención (ya que no fue exclusiva en aportar los pasos del uso correcto del CF), los recursos materiales empleados, las dinámicas relevantes para el aprendizaje significativo en la población juvenil y el entrenamiento uno a uno, arrojando elevadas cifras en la post evaluación para el grupo de exposición.

Para el caso de los datos reportados en el grupo control, se observa que los participantes que recibieron entrenamiento, incrementaron sus habilidades en el uso correcto del condón femenino tanto en lo hizo como en lo dijo, siendo datos muy parecidos que en el grupo por exposición. Lo antes mencionado coincide con la investigación realizada por Calsyn, Hatch-Maillette, Doyle, Primos, Chen & Godinez (2010); ya que incluyeron sesiones educativas con temáticas de VIH y condón; sin embargo hubo diferencias al no haber incluido un mayor número de sesiones relativas al tema, como fueron: sexualidad, ITS y métodos anticonceptivos; y sesiones de demostración del preservativo; lo cual en la presente investigación ayudo a generar un mayor impacto al comparar la intervención exclusiva en demostración. Pero en el estudio de Calsyn et al., (2010) la intervención en demostración resultó tener el mismo impacto que la sesiones educativas incorporadas (VIH y condón) y de esta forma se podría observar que el incluir sesiones educativas favorecen en el aprendizaje significativo de la población y ayudan en la disminución de gastos económicos para la adquisición de los preservativos que lleguen a emplear los investigadores.

Por otro lado, las diferencias significativas no fueron encontradas entre los datos de la post-evaluación de ambos grupos (grupo control e intervención), esta información llega a coincidir con los trabajos de Campbell, et al., 2011; Feldblum, et al., 2001 & Choi, et al., 2008, ya que indicaron que el entrenamiento por exposición generaba mayores resultados a mediano y largo plazo. Una de las razones de haberse generado este tipo de datos, es porque el aprendizaje a corto plazo en la psico-educación o tratamiento usual, suele debilitarse ya que no se tiene una manipulación (al momento de la intervención) del material; como son, tocar los condones, practicar con el modelo del pene o el simple hecho de no tener visible el preservativo; así que este tipo de entrenamiento (expositivo) ha plasmado una mayor significancia tanto en resultados como en el aprendizaje de la población a la que se dirige.

No obstante, dirigiéndose al estudio del condón femenino y a su forma de intervención, varias investigaciones han indicado efectuarlo en población adulta de 18 años en adelante; generalmente ha sido en mujeres (Campbell,2011; Calsyn, 2010; Choi, 2008; Mainero, 2007; French, 2003; Feldblum, 2001; Macaluso, 2000 y Fontanet, 1998) muy pocas en población mixta [hombres y mujeres] (Mainero et al., 2007), y relativamente no se ha encontrado evidencia científica en intervención exclusiva a hombres, salvo estudios como el de Calsyn, Hatch-Maillette, Doyle, Primos,

Chen & Godinez (2010). Pero en el caso de la población juvenil, ubicada por la OMS (1988) en el rango de 10 a 19 años y específicamente en adolescencia media de 14 a 16, las aplicaciones conductuales en el aprendizaje del uso del condón femenino no se han evidenciado. Y ya que esta población es susceptible en el tema de la sexualidad y específicamente en el de las infecciones transmisibles sexualmente como el VIH/SIDA, se llega a considerar propensa a ser infectada por la razón de situarse en una etapa de pretender adentrarse a cualquier actividad sexual; por ello, este tipo de entrenamientos resultan indispensables ante la prevención de las ITS.

Al examinar la intervención para el aprendizaje de ciertos conocimientos, un punto clave es la participación con tratamientos exclusivos, factibles y significativos en la población a trabajar y para verificar la efectividad de los entrenamientos (específicamente los expositivos), es importante identificar la inclusión del contraste entre la psico-educación o tratamiento usual y el entrenamiento en cuestión; siendo lo que se realizó en este proyecto.

Hablando del tratamiento usual, este incluye a todas aquellas técnicas educativas que son significativas para el usuario, incluyendo cuestiones como dinámicas, retroalimentación, medios visuales, medios expositivos en forma oral, inclusión del participante en las temáticas y el inculcar su iniciativa en dudas, comentarios y sugerencias; entre otros, llega a resultar satisfactorio e importante al término de alguna intervención. Al igual, que hay intervenciones mixtas, es decir, que en la intervención se da tanto psico-educación como un entrenamiento por exposición, basándose en el auto-insersión (Choi, et al., 2008) arrojando datos aún más elevados que los exclusivos a exposición o a tratamiento usual.

Pero en la presente investigación; que fue el comparar un entrenamiento (exposición) sobre otro (tratamiento usual) para la obtención de herramientas del uso adecuado del condón femenino, se encontraron hallazgos que llamaron la atención en ambos grupos. En primera instancia se ubicaron efectos semejantes a la literatura revisada en la post-evaluación para el desarrollo de habilidades; esto quiere decir, que toda la intervención fue similar; primeramente una pre-evaluación para determinar el nivel de conocimiento en que se encontraban los sujetos relativo a los pasos del condón femenino, sin incluir información extra del estudio y con ello pasar a una fase de post-evaluación donde se proporcionaban conocimientos variados en sexualidad y CF

(Mainero, et al., 2007); sin embargo, se reportaba que algunos estudios no eran exclusivos del CF ya que dotaban algún otro contraceptivo; como el CM (Macaluso, et al., 2000 & Fontanet, et al., 1998). Para la fase de post-evaluación, se realizó con el apoyo de diversos medios o técnicas, lo cual facilitaba la clara obtención de habilidades para el manejo apropiado del preservativo femenino; y al contrastarse con otros estudios, se observaron resultados favorables y en aumento al haberse comparado con la pre-evaluación; estas habilidades resultaron ser representativas en relación al uso correcto del condón femenino.

Otro punto importante es que en los estudios de French, et al., 2003; Feldblum, et al., 2001; Macaluso, et al., 2000 & French, et al., 2003, se indicó una efectividad en la intervención al usar medios didácticos como son: folletos, videos, títeres, lecturas, entre otros, y en similitud con esta investigación, los materiales utilizados cumplieron la función de obtener una mayor comprensión significativa en lo observado y escuchado por el participante, ya que de lo contrario pudo haber sido algo pasajero y sin importancia anulando la incorporación de información. De igual manera con el apoyo de estos medios, dio iniciativa a que los participantes se cuestionaran sobre el conocimiento previo, para obtener así, una claridad, especificación o descubrimiento de lo que para ellos era relevante y esto mismo se generaba en los estudios arriba citados, evidenciándonos que es factible esta manera de transmisión de conocimientos, siendo interesante, permanente y replicable.

En otros más, se mostraba la inclusión en cada sesión de un repaso introductorio al tema anteriormente tratado (Campbell, 2011 & Fontanet, et al., 1998), aportando un mayor aprovechamiento y aclaración; esto se retoma como un medio aprovechable en el afianzamiento de información; ya que, al encontrarse diversos factores externos que bloqueen la llegada de esta; se pierde la finalidad de las sesiones; que es, aclarar y obtener conocimiento nuevo o relativamente nuevo y que el individuo haga parte de sí lo escuchado y observado.

Pasando al tiempo de aplicación por cada sesión; se indicó que las intervenciones (en tiempo) de cada una fue de 50 minutos, ayudando a que la población retuviera el mensaje o conocimiento proyectado a través de ella; sin embargo, en algunas ocasiones, la limitante del tiempo aportado por las autoridades de la institución, llegaba a desfazar comentarios o dinámicas que eran relevantes; y esta cuestión, se

puede compararse con algunas intervenciones por parte de Calsyn, et al., 2010; Campbell, et al., 2011 & Choi, et al., 2008, las cuales funcionaban con un promedio de no más de 2 horas y media. Así que el factor tiempo, es indispensable, ya que el periodo aproximado de atención por parte de una persona adulta, es de 2 horas y el no excederse de este facilita un aprendizaje firme, de lo contrario puede propiciar un desgaste mental y poca retención en la información a tratar por parte de los participantes y en el caso de los adolescentes, se debe tomar en cuenta su rango de edad para facilitar el buen aprovechamiento del conocimiento aportado.

Cuando en ciertos entrenamientos hacen primordial la proporción de participación con dudas, opiniones y/o aclaraciones, la dinámica se hace más enriquecedora, ya que todo lo que el sujeto (en proceso de aprendizaje) adquiere, lo va encausando para su uso y al ser realimentado, este saber adquiere un aumento, arrojando mayor dominio de lo que se les enseñan y por lo tanto incorporan mayor confianza en la práctica (Calsyn, et al., 2010). Con esto mencionado, se incluye de igual forma, que la presente asignó habilidades para los participantes de cada grupo.

El estudio de French, et al., 2003, tuvo como un punto fundamental, el describir con precisión a los participantes cada una de las consecuencias en el uso inadecuado de ciertos contraceptivos (específicamente el CF), y ya que este tipo de dato es impactante para el sujeto, llega a serles fundamentalmente necesario evitar ese tipo de consecuencias; con ello, su percepción llega a cambiar y el manejo del contraceptivo se realiza con una mejor estrategia evitando errores. Por lo cual, este tipo de información puede ser benéfica para la población a tratar en los estudios.

Por último y en lo que respecta a la revisión literaria a nivel mundial de los datos arrojados en este tipo de intervenciones, se ha indicado un incremento importante en los seguimientos (de 3 y 6 meses) dentro de los grupos de exposición. Y ya que los resultados obtenidos por este estudio no ubicaron diferencias significativas de la pre a la post evaluación en ambos grupos (exposición y psico-educación), se deseó verificar una diferencia entre intervenciones (por mínima que fuera), llegando así a trabajar con el “tamaño del efecto” para obtener dicho dato. Posterior a la determinación de este tamaño, se pudo indicar lo siguiente: las diferencias entre las intervenciones fueron mínimas (ambas intervenciones a corto plazo son muy favorables) y al realizar el tamaño del efecto en ambos grupos y en ambas categorías (lo dijo y lo hizo) y siendo

comparadas con la pre y la post evaluación se encontró un dato significativo entre estas; tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Por ende, los efectos en este estudio fueron significativos para ambas intervenciones; dando como evidencia que una intervención psico-educativa puede favorecer a la enseñanza del uso correcto del condón femenino en grandes campañas y reducir altamente los costos en preservativos; sin embargo queda la posibilidad de que, el aprendizaje en el grupo intervención sea más duradero a largo plazo.

Por otro lado, y al revisar el proceso del estudio y los datos arrojados, se llegaron a incluir ciertas limitaciones del trabajo aquí descrito. En primer lugar, el nivel medio de confiabilidad que se encontró en el porcentaje de acuerdos entre observadores para la post-evaluación; esto se debió a falta de autorización por parte de las autoridades del plantel en poder introducir medios electrónicos como videograbadora, cámara fotográfica y/o grabadora y así lograr un jueceo aprobatorio. Para la pre-evaluación, se llevó a cabo un jueceo con ayuda de 2 observadores, calificando ambas condiciones de manera independiente; sin embargo, para la post-evaluación a falta de recursos humanos sólo se pudo contar con la ayuda de un observador; lo cual pudo haber afectado la confiabilidad en los resultados de ésta.

Como segunda limitante dentro del estudio se encontró que: dada la selección de la muestra, los sujetos tenían una libre decisión a participar en las sesiones, además de cierto interés en el tema de sexualidad abordado en la investigación, por consiguiente se cree que pudo haber sido un factor que motivara o no el desempeño hacia el entrenamiento en ambos grupos llegando a dar puntuaciones altas en la post-evaluación.

Otra limitante, es que previa a la fase de pre-evaluación, los participantes recibieron una plática informativa sobre el condón femenino (CF), pudiendo generar con esto, una posible varianza en los puntajes y con esto, ser un intermediario en la adquisición de los conocimientos previos al momento de la fase 1; sin embargo, al analizar los puntajes en esta fase, se encontraron datos muy bajos, indicando, que dicha plática (previa a la intervención) no aumentó el conocimiento en el uso del CF.

Y finalmente; el abordar temáticas de sexualidad, específicamente en el uso de métodos anticonceptivos resultó como sesgo; ya que, no llega a ser una determinante para la prevención de ITS y/o embarazos no deseados, y esto se puede comparar con ésta investigación por el motivo de no haber intentado evaluar este factor a largo plazo,

limitando así la obtención de este tipo de resultados en un periodo largo y con ello, obtener que modelos de datos se involucran en este tipo de problemáticas hacia los participantes tanto en el grupo control como de intervención.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas tuvieron las siguientes virtudes: debido a que los participantes tenían un previo conocimiento en el CF, contribuyó a un tipo de apoyo en el conocimiento (por mínimo que fuese) del preservativo y con esto, la presentación del condón no fue impactante en manera negativa para los participantes. De igual forma, el que hubiera observadores dio a los participantes un desempeño más natural en las habilidades del uso correcto del preservativo.

Algunas sugerencias que se plantean con base en la realización de este trabajo es que, al pretender elegir una muestra es conveniente la aplicación del método en diferentes instituciones con la finalidad de evitar la contaminación en la transmisión de información entre los participantes de ambos grupos y así mismo, la inclusión de un tercer grupo al que se le aplique exclusivamente información verbal del tema sin ayuda de materiales audiovisuales. En segundo lugar, sería factible que el grupo control no observe la manipulación del condón femenino, siendo único de información verbal, esto se debe a que podría ser un estímulo en el aprendizaje significativo. Y finalmente; a falta de medios electrónicos, contar con mayores recursos humanos y de esta forma obtener un mayor aprovechamiento y nivel de confiabilidad.

Toda la información observada, reportada y mencionada en este estudio, se puede indicar que se hace factible y necesaria en el ser humano, ya que en su continuo aprendizaje le es imprescindible adquirir conocimiento que lo beneficie, especialmente para la salud; y con mayor razón al encontrar ocasionalmente falta de información, pero esto puede generarse por una negación aún existente en la sociedad relativa a ciertos temas en cuestión a la sexualidad y algunos de ellos son los que precisamente impactan a la salud de una forma irreversible; por lo cual, es indispensable el hacer cambios en pensamientos y comportamientos de riesgo, promoviendo un comportamiento sexual preventivo.

Por un lado como la sociedad va cambiando y evolucionando de manera constante, trayendo consigo grandes ventajas, y también desventajas enfocándose en la población juvenil; uno de los mayores riesgos con el debut sexual a edades cada vez más tempranas, es la escases de herramientas y habilidades para su protección en

conductas sexuales, las cuales son necesarias, para así quizás poder tener una mayor probabilidad a favor de la eficacia en la prevención de embarazos no deseados, ITS y/o VIH/SIDA. Y aunque existen varias campañas a favor de ésta prevención en la conducta sexual reproductiva, al parecer, no ha dado resultados significativos, al menos eso se demostró en la pre-evaluación, ya que previamente los participantes habían recibido una sesión informativa del condón femenino; lo cual hace que los chicos estén todavía vulnerables a las ITS (como a los embarazos no deseados), ya que no demostraron tener la información adecuada para su uso pero, por otro lado una intervención con mayor duración da mejores resultados como se encontró en el grupo control.

Además de la suma importancia que el investigador en el área de la salud desarrolle las habilidades adecuadas para realizar un buen entrenamiento, y así poder dotar a su población estudiada de estas capacidades las cuales podrían dar una posible solución a la prevención de todas las repercusiones a nivel físico, psicológico y social; y de esta forma ayudar a que los individuos no pasen por el proceso que conlleva cada acción no prevenida.

Más relevante aún (sin minimizar los otros puntos), es el poder hacer una significación en lo que aprenden, ya que en algún punto, harán uso de las habilidades proporcionadas, obteniendo un auto-cuidado y protección al llevar a cabo su ejercicio pleno de la sexualidad; sin temer a consecuencias que se lleguen a lamentar. Por ende, el trabajo en esta población se hace significativa, cuando a pesar de tener o no recursos de implementación, esta pueda sumergirse en las temáticas y hacer de sí el tema, llegando a la clara protección en lo abordado a lo largo de esta investigación, es decir, a las ITS.

Por lo que concluye que tanto el grupo de intervención, como el de tratamiento usual, tuvieron resultados significativos, pero parecidos entre sí, para el uso correcto del condón femenino, esto podría indicarnos que se puede aplicar un tratamiento usual a grandes grupos o comunidades completas sin tener que realizar gastos elevados, recordando que el condón femenino tiene un costo más elevado a comparación del condón masculino.

Y como punto primordial y final de este estudio; es que, a pesar de las limitaciones encontradas a lo largo de esta intervención, se obtuvieron aportaciones con relevancia, ya que al incluir sesiones de psico-educación y demostración para obtener

habilidades en uso correcto del condón femenino en ambos grupos, proporcionaron de manera inmediata un conocimiento significativo, llegando a percibir que además de ser un entrenamiento que se incorpora adecuadamente a la población, puede apoyar en una disminución de gastos al realizarse con medios más económicos, teniendo en cuenta en que puede ser retomado y/o replicable a otros estudios y poblaciones, las cuales puedan acercarse cada vez más a un implemento apropiado y benéfico, generando mediciones, conocimientos y habilidades significativas en el uso adecuado del condón femenino (CF) a corto plazo. Y ya que, en las actuales generaciones se observa un avance paulatino en la difusión de este preservativo, se hace necesaria la toma de medidas preventivas y anticipatorias ha dicho tema, insertando este tipo de estudios para la protección de la población en tema de salud física y salud sexual.

## REFERENCIAS

- Adair, L. S. (2001). Size at birth predicts age at menarche. *Pediatrics*, 107, E59.
- Aguilar, J. y Mayén, B. (n.d). Métodos anticonceptivos para adolescentes. México.
- Alfonso, S. J.L. (2005). Epidemiología general de las infecciones transmitidas sexualmente. En Vilata, C. J., Venereología: aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual (pp. 7-26). España: Grupo Aula Medica.
- Álvarez, B. (2010). Anticonceptivos. En García, G. E., Que no te valga: cuida tu fertilidad (pp. 30-34). México: Pronto Nacerán Nuestros Hijos (PRONANHI).
- Artz, L., Macaluso, M., Brill, I., Kelaghan, J., Austin, H., Fleenor, M., Robey, L. & Hook, E. W. (2000). Effectiveness of an intervention promoting the female condom to patients at sexually transmitted disease clinics. *American Journal of Public Health*, 90 (2), 237-244. DOI: 10.2105/AJPH.90.2.237
- Beltrán, L. (2010). Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. Guía para docentes. Venezuela: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Blos, P. (1962). On adolescence: A psychoanalytic interpretation. New York: Free Press of Glencoe.
- Braconnier, A. (2001). Guía del adolescente. Madrid, España: SINTESIS.
- Calsyn, D. A., Hatch-Maillette, M. A., Doyle, S. R., Primos, S., Chen, T. & Godinez, M. (2010). Teaching condom use skills: practice is superior to observation. *Substance Abuse*, 31 (4), 231-239. DOI: 10.1080/08897077.2010.514241
- Campbell, A. N., Tross, S., Hu, M-C., Pavlicova, M., Kenney, J. & Nunes, E. V. (2011). Female Condom Skill and Attitude: Results from a NIDA Clinical Trials Network Gender-specific HIV Risk Reduction Study. *AIDS Education and Prevention*, 23 (4), 329-340. DOI: 10.1521/aeap.2011.23.4.329
- Capdevila, G.J. (2005). Vivencias venereológicas del siglo XXI. En Vilata, C. J., Venereología: aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual (pp. 1-6). España: Grupo Aula Medica.

- Carrizo, H. (1982). La educación de la sexualidad humana: sociedad y sexualidad (vol. I., pp. 23). México: Consejo Nacional de Población.
- Casanova, R. G., Ortiz, I. F., Reyna, F. J. y Colaboradores (2004). Infecciones de transmisión sexual. México, D.F.: Alfil.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA] (2010). El VIH/SIDA en México 2010. México: CENSIDA.
- CENSIDA/Secretaría de Salud (2012). VIH/SIDA en México 2012. México: CENSIDA.
- Choi, K-H., Hoff, C., Gregorich, S., Grinstead, O., Gomez, C. & Hussey, W. (2008). The Efficacy of Female Condom Skills Training in HIV Risk Reduction Among Women: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 98 (10), 1841-1848. DOI: 10.2105/AJPH.2007.113050
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003). Psicología de la adolescencia. Madrid, España: Morata.
- Combrinck, L. (1991). La sexualidad del adolescente en la espiral vital de la vida. En Jaes, C., Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida (pp. 167-198). Argentina, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Comisión Nacional de Población (CONAPO), Secretaría de Gobernación (SEGOB), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) [n. d]. Condón Masculino (CM). México: CONAPO, SEGOB e IMJUVE.
- Comisión Nacional de Población (CONAPO), Secretaría de Gobernación (SEGOB), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) [n. d]. Dispositivo Intra Uterino (DIU). México: CONAPO, SEGOB e IMJUVE.
- Conzuelo, A. E. (2006). Papilomavirus: los virus más viejos del mundo. México: Trillas.
- Córdova, J. A., Ponce de León, S. y Valdespino, J. L. (2009). 25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Correa, C., Faur, E., Ré, M.I y Pagani L. (2003). Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia: herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos. Argentina: UNIFEM/FEIM.
- Crooks, R. y Baur, K. (2009). Nuestra sexualidad (7ª ed.). México: International Thomson Editores.
- Crosby, R. A., Yarber, W. L., Sanders, S. A & Graham, C. A. (2004). Condom use as a dependent variable: a brief commentary about classification of inconsistent users. *AIDS and Behavior*, 8 (1), 99-103. DOI: 10.1023/B:AIBE.0000017529.20932.73.
- Davis, K. R. and Weller, S. C. (1999). The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Family Planning Perspectives*, 31 (6), 272-279.
- Díaz, M. (1993). Manual informativo y preventivo sobre contagio del SIDA y VIH. Argentina: Humanitas.
- Diccionario de la Real Academia Española [DRAE] (2001). Diccionario de la Real Academia (22ª ed.). Madrid: RAE.
- Dilorio, C., Soet, J. & Dudley, W. N. (1998). Predictors of HIV risk among college students: A CHAID analysis. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 3 (2), 119-134. DOI: 10.1111/j.1751-9861.1998.tb00049.x
- Dirección de investigación y estudios sobre juventud [DIEJ] (2008). Perspectiva de la juventud en México (pp. 9-13). México: IMJUVE/SEP.
- Encuesta Nacional de Juventud [INJUVE] (2011). Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados generales. México: INJUVE/INEGI.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental [IPPF/RHO] (n.a). Los derechos sexuales de las personas jóvenes. Recuperado el 25 de Septiembre de 2013, de <http://www.ippfwhr.org/es/speech/los-derechos-sexuales-de-las-personas-j%C3%B3venes>
- Fernández, M. (2008). Guía sobre el virus del papiloma humano. México: DEMAC.

- Feldblum, P. J., Kuyoh, M. A., Bwayo, J. J., Omari, M., Wong, L. E., Tweedy, K. G. & Welsh, M. J. (2001). Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya. *AIDS Official journal of the international AIDS society*, 15 (8), 1037-1044.
- Frenk, J., Ruelas, E., Tapia, R., De León, M., González, E. y Colaboradores. (2002). Introducción a los métodos anticonceptivos: información general (2da ed.). México, D.F: Secretaría de Salud y Dirección general de Salud Reproductiva.
- French, P. P., Latka, M., Gollub, E. L., Rogers, C., Hoover, D. R. y Stein, Z. A. (2003). Use-Effectiveness of the Female Versus Male Condom in Preventing Sexually Transmitted Disease in Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 30 (5), 433-439.
- Fontanet, A. L., Saba, J., Chandelying, V., Sakondhavat, C., Bhiraueus, P., Rugpao, S., et al. (1998). Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS Official journal of the international AIDS society*, 12 (14), 1851-1859.
- Fundación Mexicana para la Planeación Familiar [MEXFAM] (1999). Encuesta para el programa Gente Joven 1999. México, D.F.: MEXFAM.
- Galambos, N.L. & Tilton-Weaver, L. (1996). The adultoid adolescent: Too much, too soon. Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, Boston.
- García, E. (2012). ¿Qué es el condón femenino?. Recuperado el 15 de abril de 2013, de [http://saludreproductiva.about.com/od/Anticoncepcion/ss/Que-Es-El-Condon-Femenino\\_3.htm](http://saludreproductiva.about.com/od/Anticoncepcion/ss/Que-Es-El-Condon-Femenino_3.htm)
- Gallo, M.F., Kilbourne-Brook, M., & Coffey, P.S. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *Sexual Health*, 9 (1), 18-26. doi.org/10.1071/SH11037
- González, S. (1998). Derecho a la Educación Sexual en la niñez. Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM). Facultad de Psicología: UNAM.
- Grinder, R. (1986). Adolescencia. México: LIMUSA.

- Hernández, G. F. (2008). Enfermedades de transmisión sexual: guía para padres y educadores. México: Trillas.
- Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE] (2011). Encuesta Nacional de Juventud 2010: Resultados generales (pp. 1-5). México: IMJUVE.
- Jeffrey, J. A. (2008). Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural (3ª ed.). México: Pearson.
- Jones, J.C. & Barlow, D. H. (1990). Self-reported frequency of sexual urges, fantasies, and masturbatory fantasies in heterosexual males and females. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 269-279.
- Katchadourian, H. A. y Lunde, D. T. (1979). Las bases de la sexualidad humana (pp. 113-137). México, D.F: Compañía Editorial Continental.
- Kett, J. (1977). Rites of passage: Adolescence in America, 1790 to the present. New York: Basic Books.
- Kimmel, D. C. y Weiner, I. B. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona, España: Ariel.
- Lamptey, P. R., Johnson, J. L. y Klan, M. (2006). El desafío mundial del VIH y el SIDA. *Population bulletin. Population reference bureau*, 61 (1), 1-28.
- Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R., & Michaels, S. (1994). The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press.
- Latka, M., Gollub, E., French, P., Stein, Z. (2000). Male-Condom and Female-Condom Use Among Women After Counseling in a Risk-Reduction Hierarchy for STD Prevention. *Sexually Transmitted Diseases*. 27 (8), 431-437.
- Levy, J. A. (2008). El VIH y la patogénesis del SIDA. México: FCE, INER.
- Macaluso, M., Demand, M., Artz, L., Fleenor., Lawrence, R., Kelaghan, J. & Cabraland, R. (2000). Female Condom Use Among Women at High Risk of Sexually Transmitted Disease. *Family Planning Perspectives*, 32 (3), 138-144.

- Magis, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P. y De Luca, M. (2008). El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: Ángulos del SIDA.
- Mainero, G., Treviño del Paso, S. y Lozano, F. J. (2007). Factores que influyen en la aceptación del condón femenino en mujeres de escasos recursos. *Psicología y salud*, 17 (1), 77-85.
- Mandell, G. L., Dolin, R. y Bennett, J. E. (2002). Enfermedades infecciosas: Principios y práctica (7th ed.). España: ELSEVIER.
- Marshall, W.A y Tanner, J.M (1969). Variations in the pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Chilshood*, 44 (2), 291-296.
- Markos, A.R. (2009). Disorders of the lower genitourinary tract series: sexually transmitted diseases. New York: Nova biomedical books.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1987). La sexualidad humana. México: Grijalbo
- McMillan, A. & Scott, G. R. (2000). Sexually transmitted infections (2<sup>nd</sup> ed). Londres: Churchill livingstone.
- Miller, D. (1987). Viviendo con SIDA y HIV. México, D.F.: Manual Moderno.
- Miranda, M. (1978). La nueva educación sexual: Una alternativa para una educación de la sexualidad. Comité regional de educación sexual para América latina y el Caribe (CRESALC). *Sexualidad humana y educación sexual*. 1 (2).
- Modell, J. & Godman, M. (1990). Historical perspectives, en Feldman, S.S y Elliott, G (comps.), At the threshold: The developing adolescent. Cambridge: Harvard University Press.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network [MAP] (2004).AIDS in Asia: face the facts. Washington, D.C.: MAP.
- Morse, S. A., Ballard, R. C., Hocilmes, K. K. & Moreland, A.A (2010). Atlas of sexually transmitted diseases and AIDS (4<sup>th</sup> ed). UK: Elsevier Limited.

Naciones Unidas, Asamblea Nacional (1999). Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. párr. 64.

Ochoa, B.A. (1999). La adolescencia desde la perspectiva del adolescente. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología. UNAM.

Organización Internacional de Trabajo [OIT] (2001). An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work. Ginebra: OIT.

Olaiz, G. (1988). SIDA: la epidemia que a todos afecta. México: Diana.

Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M. y Colaboradores. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Mundial de la Salud y la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2007). Planificación familiar: un manual para proveedores. Orientación basada en la evidencia desarrollada gracias a la colaboración mundial. Baltimore, Ginebra: Una piedra angular de planificación familiar de la OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007). Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015: Romper la cadena de transmisión. Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). Manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva de adolescente y jóvenes. N° 3. Tomo 1. Caracas, Venezuela: Publicaciones Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. Recuperado en agosto de 2012, de <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Centro de prensa, Ginebra. La OMS aconseja actuar urgentemente contra la propagación de la gonorrea resistente a los

antibióticos. Recuperado el 16 de Abril de 2013, de [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/gonorrhoea\\_20120606/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/gonorrhoea_20120606/es/)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Ciclo vital: Salud de los adolescentes. Recuperado el 21 de Septiembre de 2012, de [http://new.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=175&Itemid=259](http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=175&Itemid=259)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado el 27 de Febrero de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). 10 datos sobre la salud de los adolescentes. Recuperado el 21 de Septiembre de 2012, de [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html)

Organización Panamericana de la Salud [OPS], Organización Mundial de la Salud [OMS] y Asociación Mundial de Sexología [WAS] (2000). Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala, Guatemala: OPS y OMS.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2009). Comunicado. Guatemala reafirma su compromiso de eliminar la sífilis y la sífilis congénita. México, Guatemala: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2005). Unidad de VIH/SIDA e ITS. Vigilancia del SIDA en las Américas. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Penzo, M. (2005). IMAN Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Washington, D. C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y World Association for Sexual Health [WAS] (2009). Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Washington, D.C.: OPS.

OXFAM (2008). El condón femenino: un lujo al alcance de pocas. Quince años perdidos en hacer accesible el condón femenino. México: OXFAM International.

- Papalia, D. E. (2005). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D. E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). Psicología del desarrollo: de la infancia al a adolescencia. México: McGraw-Hill.
- Perinat, A. {Coord.} (2003). Los adolescentes en el siglo XXI: Un enfoque psicosocial. Barcelona, Aragón: UOC.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1985). De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Barcelona: Paidós.
- Pick, S. y Vargas, E. (1999). Yo, adolescente: respuestas claras a mis grandes dudas. México: Ariel Escolar.
- Prado, C. (1994).El desarrollo físico en la adolescencia. En Aguirre, A. (Ed.), Psicología de la adolescencia (pp. 45-46). Colombia: Alfaomega.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005). Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra: ONUSIDA.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2005). Global FactSheet. Recuperado el 30 de abril de 2013 en [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2008). Información básica sobre el VIH (p.p. 1-2). México: ONUSIDA.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA [ONUSIDA] (2008). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Ginebra: ONUSIDA.
- Registro Nacional de casos SIDA [RNCS] (2012). Casos de SIDA. México: RNCS.
- Rice, P. (2000). Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura. Madrid, España: Prentice-Hall.
- Rice, P. (1997). Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.
- Rivea G. y Arango M.C. (1999). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. México: Pathfinder.

- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (4), 317-340.
- 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 (001), 60-71.
- Robles, S. S., Solano, R., Díaz, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (3), 1129-1155.
- Rodríguez-Tomé, H (2003). Pubertad y psicología de la adolescencia. En Perinat, A., Los adolescentes en el siglo XXI (pp. 87). Barcelona, España: UOC.
- Roth, E. (1986). Competencia social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad (pp. 27-30, 71-88). México, D.F: Trillas.
- Santrock, J. W. (2004). Psicología del desarrollo en la adolescencia (9ª ed.). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Santrock, J. W. (2003). Psicología del desarrollo en la infancia (7ª ed.) [pp.375-466]. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Schwarcz, R., Castro, R., Galimberti, D., Martínez, I. y Colaboradores (2002). Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Argentina: Ministerio de salud de la nación.
- Sociedad española de contracepción, Cruz roja juventud, ADEPS y Federación de Planificación Familiar de España (n. d). Campaña sexo con seso. Métodos anticonceptivos. Barcelona, España: BAYER HISPANIA.
- Soper, D. E, Shoupe, D., Shangold, G. A, Shangold, M. M., Gutmann, J. & Mercer, L. (1993). Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases*. 20 (3), 137-139.

- Strang, R. (1957). *The adolescent views himself*. New York: McGraw-Hill.
- División de apoyo en la empresa de salud femenina [SUPPORT/FHC] (2012). *Manual de capacitación sobre el CF2*. Chicago, EEUU: SUPPORT/FHC.
- Toledo, V., Loengo, X., Lobos, L., Fuentes, M. E. y Siraqyan, M. X. (2004). *Adolescencia, Tiempo de decisiones: Manual para trabajo con adolescentes*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Ulloa, A., Díaz, L. y Méndez, P. (1994). Pubertad. En Pérez, C. J., Rubio, E. y Díaz, R. (Eds.), *Antología de la sexualidad humana* (vol. 2., pp. 515-537). México: CONAPO/FNUAP/Porrúa.
- Van Vliet, G. (1991). "Clinical aspects of normal pubertal development. *Hormone Research*. Vol. 36, núm. 1, pp.93-99.
- Velasco, A. M. y Lazcano, A. (2009). Origen y evolución del VIH. En Córdova, J. A., Ponce de León, S. y Valdespino, J. L. (Eds.), *25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos* (2da ed., pp. 123-134). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Venter, W., Krause, S., Matthews, J., Quick, D. y Chynoweth, S. (2004). *Guía para la atención de infecciones de transmisión sexual en entornos afectados por conflictos*. RHRC Consortium.
- Vilata, C. J. (2005). *Venereología: aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual*. España: Grupo Aula Medica.
- World Health Organization [WHO] (2005). *Interim WHO clinical staging of HIV/SIDA and HIV/SIDA case definitions for surveillance*. Africa Region. Africa: WHO.
- Zenilman, J. M. & Shahmanesh, M. (2012). *Sexually Trsnamitted Infections: diagnosis, management and treatment*. United Sates of America: Jones & Bartlett Learning, LLC.

# APÉNDICES

## 1. Consentimiento informado.



DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y SOCIALES

### “2012 Año por la Cultura de la Legalidad”

La Magdalena Contreras, D. F., a 15 de noviembre de 2012

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Delegación Magdalena Contreras del Gobierno del Distrito Federal y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea que su hijo (a) participe en la presente intervención, su colaboración y la de su hijo (a) es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar la intervención. No tendría problema o consecuencia alguna como estudiante de la Escuela Secundaria Diurna N° 27 “Alfredo E. Uruchurtu”.

#### **El objetivo del estudio es:**

Identificar dudas y conocimientos acerca del condón femenino; proporcionar una atención con calidad, calidez y respeto hacia las y los jóvenes, para favorecer una adopción de medidas tendientes a la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA y embarazos no deseados tanto a mediano como a largo plazo; y por otra parte, generar actitudes positivas en las y los jóvenes de autocuidado, dando un entrenamiento a su hijo (a) en habilidades para obtener el conocimiento del uso correcto del condón femenino y así, en un futuro, aprenda a proteger su salud sexual, todo orientado a prevenir alguna ITS, VIH/SIDA o algún embarazo no deseado.

#### **Fases de dicha intervención:**

La intervención del entrenamiento en el uso correcto del condón femenino se completará en 5 fases.

- Fase 1: aplicación y evaluación del conocimiento del uso correcto del condón femenino.
- Fase 2: taller de 4 sesiones abordando los temas de adolescencia, ITS, métodos anticonceptivos y condón femenino (CF).

**DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y SOCIALES**

- Fase 3: aplicación y evaluación del uso correcto del condón femenino (a la semana después de Fase 2).
- Fase 4: aplicación y evaluación del uso correcto del condón femenino (a los 3 meses después de Fase 3).
- Fase 5: aplicación y evaluación del uso correcto del condón femenino (a los 6 meses después de Fase 4).
- 

**Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi hijo (a) en la intervención, que son los siguientes:**

- Se me ha informado sobre todos los aspectos de la intervención. Acepto que mi hijo (a) participe en esta intervención, sabiendo que puede retirarse en cualquier momento o fase.
- Entiendo que los datos obtenidos en esta intervención pueden publicarse, pero no los de la participación individual de mi hijo (a), y que su participación no se podrá identificar en ninguna forma.
- Se mantendrá la confidencialidad de la información personal de mi hijo (a).
- 

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A)  
Acepto participar

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR  
Acepto participar

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO (A)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO (A)

FECHA \_\_\_\_\_

**Si desea mayor información o una plática informativa respecto a la intervención, favor de notificarlo:**

Deseo mayor información: (SI) (NO)

## 2. Hoja de datos socio-demográficos.

### DATOS PERSONALES

1. Nombre:

\_\_\_\_\_

2.- Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

3. Sexo: Femenino ( ) Masculino: ( ) Edad: \_\_\_\_\_

4.- Estado civil: Soltera ( ) Casado ( ) Religión:

\_\_\_\_\_

5.- Dirección:

Calle \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número exterior \_\_\_\_\_ Interior \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

Delegación / Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Entidad

Federativa \_\_\_\_\_

6.- Actualmente vives... A) Con padres o tutores ( ) B) Con algún familiar ( )  
C) Sólo(a) ( )

7.- Datos de Familiares: Edad; Grado académico; ocupación; de:

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

8.- La casa donde vives es: A) Propia ( ) B) Rentada ( )

9.- ¿Trabajas Actualmente? Sí ( ) No ( )

10.- ¿En dónde? \_\_\_\_\_

11.- ¿Cuentas con Seguro Social? Si ( ) No ( )

12.- ¿Has tenido relaciones sexuales? Si ( ) No ( )

13.- ¿A qué edad comenzaste tu actividad sexual? \_\_\_\_\_

14.- ¿En tu primer encuentro sexual usaste algún método anticonceptivo? Si ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

15.- ¿Te proteges con algún método anticonceptivo? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

16.- Número de parejas sexuales. \_\_\_\_\_

### 3. Hoja de registro con base al Test Analógico de Simulación (TAS) de Roth (1986).

“ENTRENAMIENTO POR EXPOSICIÓN EN EL USO CORRECTO DEL CONDÓN FEMENINO EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA”

Participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

PASOS PARA USO CORRECTO DEL CONDÓN FEMENINO	PRE-EVALUACIÓN		POST-EVALUACIÓN		SEGUIMIENTO 1 (3 MESES)		SEGUIMIENTO 2 (6 MESES)		OBSERVACIONES
	LD	LH	LD	LH	LD	LH	LD	LH	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

**4. Hoja de los 12 pasos correctos del CF basado en división de apoyo en la empresa de salud femenina [FHC] (2012).**

**“ENTRENAMIENTO POR EXPOSICIÓN EN EL USO CORRECTO DEL CONDÓN FEMENINO EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA”**

**PASOS PARA USO CORRECTO DEL CONDÓN FEMENINO**

<b>1</b>	<b>En primer lugar, verifica la fecha de vencimiento (réstale 2 años).</b>
<b>2</b>	<b>Antes de abrir el CF, esparce el lubricante frotando el empaque con las llemas de tus dedos.</b>
<b>3</b>	<b>Para abrir el empaque, rásgalo en la ranura (flecha morada) que se encuentra en el borde con la llema de tus dedos y de igual forma, saca el condón. No uses tijeras, cuchillo o los dientes para abrir el paquete.</b>
<b>4</b>	<b>Debes agarrar el anillo interno entre el dedo pulgar y dedo índice.</b>
<b>5</b>	<b>Entonces, aprieta los laterales del anillo interno hasta que se junten.</b>
<b>6</b>	<b>Puedes insertar el CF de diferentes maneras. Encuentra una posición que te sea cómoda. Puede ser sentada (o), de cunclillas o acostada (o).</b>
<b>7</b>	<b>Percibe y separa los labios externos de la vulva.</b>
<b>8</b>	<b>Entonces, usa la punta formada de 8 del anillo interno y empújalo dentro de la vagina.</b>
<b>9</b>	<b>Después, desliza el dedo índice o el dedo medio hacia adentro del condón y empuja el anillo interno, que ya está dentro de la vagina, tanto cuanto te sea posible. Estate segura (o) de que el condón no esté trenzado y que se ajuste suavemente</b>
<b>10</b>	<b>Agarra el anillo exterior y manténlo en su sitio mientras orientas el pene hacia dentro del condón. Una vez que el pene esté dentro del condón, no tienes que seguir agarrando el anillo exterior.</b>
<b>11</b>	<b>Para retirar el condón, agarra el anillo exterior y gíralo. Es mejor hacerlo antes de levantarse.</b>
<b>12</b>	<b>Suavemente, quita el condón, envuélvelo en un papel o en el empaque vacío y tíralo a la basura.</b>

**NOTA: CF: Condón Femenino; LD: Lo dijo, LH: Lo hizo.**

## 5. Cartas descriptivas (Adolescencia y sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual [ITS], Métodos anticonceptivos y Condón Femenino [CF]).

TALLER PARA ADOLESCENTES (CONDÓN FEMENINO)				
SESIÓN 1: "Adolescencia y sexualidad"		Número de Sesiones: 1		
Fecha de inicio: Martes 08 de enero de 2013		Fecha de término: Martes 08 de enero de 2013		
Turno: Matutino		Duración: 50 minutos.		
Participantes: Alumnos de tercer año de secundaria entre 14 y 15 años.		Facilitador: Psic. Alma Delia Flores Ordaz Psic. Sandra Itzel Quiñones Sandoval		
<b>Objetivo General del Taller:</b> Que los y las estudiantes tengan un conocimiento general de los conceptos, como: adolescencia, sexualidad, salud sexual, autocuidado y métodos anticonceptivos, con la finalidad de comprender el porqué del uso correcto del condón femenino.				
<b>Objetivo específico:</b> Comprender los cambios biopsicosociales propios de la adolescencia, al igual que propiciar una aceptación de estos.				
Contenido temático	Objetivos Específicos	Actividades	Material Didáctico	Duración
1.- Presentación.	Que las y los estudiantes conozcan a las moderadoras del taller y las temáticas a tratar en él.	Las moderadoras se presentarán frente al grupo, dirán su nombre y las temáticas de cada sesión.	Presentación Power-point.	3 min.
2.- Yo soy...	Romper el hielo y conocer a los integrantes y moderadoras del taller.	Cada participante dirá su nombre y junto con la inicial de su primer apellido, deberán decir una característica que los defina.		5 min.
3.- Establecimiento de reglas.	Acordar las reglas y límites dentro del taller.	Las y los estudiantes aportarán reglas y límites que se irán anotando en un rotafolio y quedará como acuerdo para todos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rotafolio.</li> <li>Plumones.</li> </ul>	3 min.
4.- El árbol de la sabiduría (lluvia de ideas sobre adolescencia).	Reconocer y reconstruir el concepto de adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Darán ideas acerca de la palabra adolescencia y los irán anotando en los post-tic para pegarlo en el dibujo del árbol. Se dividirán los cambios físicos, psicológicos y sociales, dando un concepto de pubertad y enfocándose posteriormente en el término adolescencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rotafolios.</li> <li>Dibujo de un árbol.</li> <li>Post-tic.</li> <li>Plumones.</li> </ul>	10 min.
5.- Órganos sexuales internos y externos femeninos y masculinos.	Detectar el conocimiento que tienen las y los alumnos en relación a la localización y nombre correctos de los órganos sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionarles a los alumnos (as) esquemas de los órganos reproductores sin nombres, para que ellos escriban los nombres de la localización correcta, y los que ellos recuerden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquemas de los órganos sexuales internos y externos femenino y masculino sin nombres.</li> </ul>	10 min.
6.- Sexualidad en el adolescente.	Las y los estudiantes comprendan lo que involucra la atracción por el otro y los primeros acercamientos sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se proyectará el videoclip "la paloma azul", y al término se dará un énfasis al tema del deseo por el otro en los adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lap top.</li> <li>Proyector.</li> <li>Videoclip: "la paloma azul".</li> </ul>	15 min.
7- Reflexión acerca de la adolescencia y propiciar la aceptación de diferencias individuales.	Haga el adolescente haga consciencia de las diferencias individuales, y así mismo comprender el concept de equidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las y los alumnos aportaran voluntariamente reflexiones en torno al tema.</li> </ul>		5 min.
8.- Buzón de la inquietud.	Que las y los estudiantes expresen sus dudas e inquietudes a través de un papel y de forma anónima para ser aclarados posteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la mesa de enfrente habrá un buzón de dudas e inquietudes, y hojas blancas, en las cuales podrán anotar lo que gusten y depositarlo en el buzón, para que a la siguiente sesión se respondan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pizarrón.</li> <li>Plumones.</li> <li>Hojas</li> <li>Buzón de cartón.</li> </ul>	3 min.

## TALLER PARA ADOLESCENTES (CONDÓN FEMENINO)

<b>SESIÓN 2: "Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)"</b>	<b>Número de Sesiones: 1</b>
<b>Fecha de inicio:</b> Jueves 10 de enero de 2013	<b>Fecha de término:</b> Jueves 10 de enero de 2013
<b>Turno:</b> matutino	<b>Duración:</b> 50 min
<b>Participantes:</b> Alumnos de tercer año de secundaria entre 14 y 15 años.	<b>Facilitador:</b> Psic. Alma Delia Flores Ordaz Psic. Sandra Itzel Quiñones Sandoval

**Objetivo General del Taller:** Que los y las estudiantes tengan un conocimiento general de los conceptos, como: adolescencia, sexualidad, salud sexual, autocuidado y métodos anticonceptivos, con la finalidad de comprender el porqué del uso correcto del condón femenino.

**Objetivo específico:** Que los y las estudiantes tengan un conocimiento general de las 5 principales ITS (VIH, VPH, Gonorrea, Sífilis y Clamidia) y aprendan medidas de higiene y prevención.

Contenido temático	Objetivos específicos	Actividades	Material didáctico	Duración
1.- Respondiendo al buzón.	Indagar sobre las dudas que surgieron de la sesión anterior (1).	Se leerán algunas de las dudas depositadas en el buzón y se dará una respuesta y reflexión a estas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas con las inquietudes de la sesión anterior.</li> </ul>	5 min.
2.- Concepto de ITS.	Que los y las estudiantes identifiquen el concepto de ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondeo de conocimientos acerca de las ITS las cuales se escribirán en imágenes de nubes pegadas en el pizarrón.</li> <li>• Introducción acerca de las ITS.</li> <li>• Diferencias de enfermedad e infección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón.</li> <li>• Plumón.</li> <li>• Imágenes de nubes.</li> <li>• Diurex.</li> </ul>	15 min
3.- Memorama de ITS.	Identificar las diferencias, causas y consecuencias de las 5 principales ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En un memorama a escala algunos alumnos de manera voluntaria pasarán a buscar la imagen y el contenido similar a alguna de las 5 principales ITS (VIH, VPH, Gonorrea, Sífilis y Clamidia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorama a escala.</li> <li>• Diurex.</li> </ul>	15 min.
4.- Recaudando ITS.	Conocer la importancia del autocuidado para prevenir las ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por medio de tarjetas, los y las estudiantes recaudarán la mayor parte de firmas posibles en sus tarjetas individuales.</li> <li>• A la mitad del grupo se les entregarán tarjetas con una marca roja la cual identificará a las personas que en la dinámica contraen alguna ITS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 tarjetas: 10 tarjetas con una identificación roja (contraen ITS) y 15 sin identificación.</li> <li>• Plumones.</li> <li>• Plumas.</li> <li>• Lápices.</li> </ul>	5 min.
5.- Compartiendo mis inquietudes.	Exponer dudas e inquietudes acerca de las ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los y las estudiantes expondrán voluntariamente dudas e inquietudes relacionadas a las 5 principales ITS expuestas.</li> <li>• Se generará una reflexión correspondiente a la dinámica anterior.</li> <li>• Entrega de trípticos con el tema de las ITS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón.</li> <li>• Plumones.</li> <li>• Trípticos con el tema de ITS.</li> </ul>	10 min.
6.- Buzón de la inquietud.	Que las y los estudiantes expresen sus dudas e inquietudes a través de un papel y de forma anónima para ser aclarados posteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la mesa de enfrente habrá un buzón de dudas e inquietudes, y hojas blancas, en las cuales podrán anotar lo que gusten y depositarlo en el buzón, para que a la siguiente sesión se respondan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón.</li> <li>• Plumones.</li> <li>• Buzón de cartón.</li> </ul>	3 min.

## TALLER PARA ADOLESCENTES (CONDÓN FEMENINO)

<b>SESIÓN 3: "Métodos anticonceptivos"</b>		<b>Número de Sesiones: 1</b>		
Fecha de inicio: Miércoles 28 de enero de 2013		Fecha de término: Miércoles 28 de enero de 2013		
Turno: matutino		Duración: 50 min		
Participantes: Alumnos de tercer año de secundaria entre 14 y 15 años.		Facilitador: Psic. Alma Delia Flores Ordaz Psic. Sandra Itzel Quiñones Sandoval		
<b>Objetivo General del Taller:</b> Que los y las estudiantes tengan un conocimiento general de los conceptos, como: adolescencia, sexualidad, salud sexual, autocuidado y métodos anticonceptivos, con la finalidad de comprender el porqué del uso correcto del condón femenino.				
<b>Objetivo específico:</b> Argumentar la importancia de usar los métodos anticonceptivos, con conocimiento y responsabilidad.				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividades	Material didáctico	Duración
1.- Respondiendo al buzón.	Indagar sobre las dudas que surgieron de la sesión anterior (2).	Se leerán algunas de las dudas depositadas en el buzón y se dará una respuesta y reflexión a estas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas con las inquietudes de la sesión anterior.</li> </ul>	5 min.
2.- Conociendo mi cuerpo.	Reafirmar los conocimientos, nombres y ubicaciones de las partes internas y externas de los órganos sexuales tanto masculinos, como femeninos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el pizarrón se colocarán los esquemas de órganos sexuales internos y externos, masculinos y femeninos.</li> <li>Se aclaran dudas acerca del tema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pizarrón.</li> <li>Plumón.</li> <li>Esquemas de los órganos sexuales internos y externos, masculinos y femeninos.</li> <li>Diurex.</li> </ul>	15 min.
3.- ¿Cómo me cuido?	Propiciar la reflexión en torno a los tipos y diferencias que hay en los métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dividirá al grupo en 5 equipos de 5 personas cada uno, entregándoles una cartulina a cada equipo.</li> <li>Se indicará que representen en la cartulina los métodos anticonceptivos que conozcan.</li> <li>Cada equipo elegirá a 2 representantes para exponer su cartel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 cartulinas de diferente color.</li> <li>Plumones.</li> <li>Diurex.</li> </ul>	15 min.
4.- Ruleta de la anticoncepción.	Afinar y argumentar los tipos de métodos anticonceptivos junto con sus beneficios e inconvenientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se elegirán al azar estudiantes para que giren la ruleta, la cual contendrá la explicación e imágenes de diferentes métodos anticonceptivos al igual que sus características individuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruleta que contenga conceptos e imágenes de diferentes métodos anticonceptivos.</li> <li>Pizarrón.</li> <li>Diurex.</li> <li>Plumones.</li> </ul>	15 min.
5.- Pienso y actúo.	Razonar acerca de la salud sexual, el sexo seguro y sexo protegido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comentar lo relacionado a la responsabilidad y al autocuidado entorno a la sexualidad del adolescente.</li> <li>Entrega de trípticos con el tema de los métodos anticonceptivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pizarrón.</li> <li>Plumones.</li> <li>Trípticos con el tema de métodos anticonceptivos.</li> </ul>	5 min.
6.- Buzón de la inquietud.	Que las y los estudiantes expresen sus dudas e inquietudes a través de un papel y de forma anónima para ser aclarados posteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la mesa de enfrente habrá un buzón de dudas e inquietudes, y hojas blancas, en las cuales podrán anotar lo que gusten y depositarlo en el buzón, para que a la siguiente sesión se respondan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pizarrón.</li> <li>Plumones.</li> <li>Buzón de cartón.</li> </ul>	3 min.

## TALLER PARA ADOLESCENTES (CONDÓN FEMENINO)

<b>SESIÓN 4: "Condón femenino (CF)"</b>		<b>Número de Sesiones: 1</b>		
<b>Fecha de inicio:</b> Miércoles 28 de enero de 2013		<b>Fecha de término:</b> Miércoles 28 de enero de 2013		
<b>Turno:</b> matutino		<b>Duración:</b> 50 min		
<b>Participantes:</b> Alumnos de tercer año de secundaria entre 14 y 15 años.		<b>Facilitador:</b> Psic. Alma Delia Flores Ordaz Psic. Sandra Itzel Quiñones Sandoval		
<b>Objetivo General del Taller:</b> Que los y las estudiantes tengan un conocimiento general de los conceptos, como: adolescencia, sexualidad, salud sexual, autocuidado y métodos anticonceptivos, con la finalidad de comprender el porqué del uso correcto del condón femenino.				
<b>Objetivo específico:</b> Que los y las estudiantes reconozcan y comprendan la importancia del condón femenino, y obtengan un conocimiento en los pasos del uso correcto de este.				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividades	Material didáctico	Duración
1.- Respondiendo al buzón.	Indagar sobre las dudas que surgieron de la sesión anterior (3).	Se leerán algunas de las dudas depositadas en el buzón y se dará una respuesta y reflexión a estas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas con las inquietudes de la sesión anterior.</li> </ul>	5 min.
2.- Ventajas y desventajas del CF.	Conocer ventajas y desventajas del método anticonceptivo de barrera: condón femenino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se les presentará en un rotafolio las ventajas y desventajas del CF.</li> <li>Aportarán dudas y sugerencias de dicho tema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pizarrón.</li> <li>Plumón.</li> <li>Rotafolio con ventajas y desventajas del CF.</li> <li>Diurex.</li> </ul>	15 min
3.- Pasos correctos del uso del condón femenino.	Conocer los 12 pasos del uso correcto del condón femenino (CF).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dividir al grupo en 2 secciones.</li> <li>Acada sección se les modelará con apoyo de un CF y un modelo de vagina los 12 pasos correctos para colocarlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condón femenino (CF).</li> <li>Modelo de vagina.</li> <li>Presentación power-point.</li> </ul>	10 min.
4.- Paso por paso poniendo el condón femenino.	Consolidar los pasos de la colocación del condón femenino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dividirá al grupo en 4 equipos de 6 personas cada uno.</li> <li>Con apoyo de un rotafolio, estarán en desorden los pasos para colocar el condón femenino.</li> <li>Los y las estudiantes deberán ordenar en equipo estos pasos.</li> <li>Se hará una comparación del orden que propuso cada equipo.</li> <li>Entrega de díptico con el tema del condón femenino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rotafolio con los pasos del condón femenino en desorden.</li> <li>Pizarrón.</li> <li>Plumones.</li> <li>Diurex.</li> <li>Díptico con el tema del condón femenino.</li> </ul>	10 min.
5.- Buzón de la inquietud.	Que las y los estudiantes expresen sus dudas e inquietudes a través de un papel y de forma anónima para ser aclarados posteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la mesa de enfrente habrá un buzón de dudas e inquietudes, y hojas blancas, en las cuales podrán anotar lo que gusten y depositarlo en el buzón.</li> <li>Se responderán y aclararán algunas de las inquietudes depositadas en el buzón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pizarrón.</li> <li>Plumones.</li> <li>Buzón de cartón.</li> </ul>	5 min.
6.- Cierre del taller de CF.	Conocer el aprendizaje por parte de las y los estudiantes a lo largo del taller y sus limitantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se hará un círculo conformado por todos los integrantes del taller, y cada integrante, con 1 o 2 palabras dirán que aprendieron y que se llevan del taller de condón femenino.</li> <li>Las moderadoras agradecerán la atención y participación por parte del grupo.</li> </ul>		5 min.