



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Taller: Capacitación en conocimientos y habilidades para la educación sexual”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Claudia Sarai Castañeda Ávila

Directora:

Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo

Dictaminadores:

Lic. Martha Rodríguez Cervantes

Mtra. Patricia Anabel Plancarte Cansino



Los Reyes Iztacala, Edo. México, Febrero del 2014



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.

**“En la calidad de mis decisiones
está la arquitectura de mi propia vida”.**

Miguel Ángel Cornejo

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en principio a mi *Alma máter*, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), que me permitieron entender lo que significa el lema “*Por mi raza hablará el espíritu*” y llevarlo encarnada en el ser con mis pensamientos, actitudes, visión del mundo, mis presentes y futuras decisiones. Que a pesar de haber culminado este periodo siempre será parte de mi persona y que ha transformado mi ser para tener la sangre azul y piel dorada. A mi asesora la Lic. Beatriz Frías, a mis dictaminadores la Lic. Martha Rodríguez y la Mtra. Patricia Plancarte, así como al Lic. Rodolfo Barroso por esta oportunidad de crecimiento, la confianza, la paciencia y el esfuerzo a este trabajo; que pese a saber mis limitaciones, me han encaminado para mi desarrollo académico y han influido en todos los demás ámbitos personales. A mis maestros que han sido parte de mi vida escolar e instituciones en las que he pasado la mayor parte de mi vida aprendiendo y que me ayudaron a forjarme como persona y como profesionista.

A mi familia, que son parte esencial en mi vida, en especial a mis padres que me han dado todo para estar en este mundo y las bases para lograr mis sueños a través del ejemplo y palabras de aliento; a mis tíos que me dan fuerzas para seguir y no quedarme estancada en donde estoy; a mi hermano y mis primos, que sin saberlo, me dan esas fuerzas de seguir luchando a su lado pese a todas y cada una de las adversidades.

A las personas que la vida ha puesto en mi camino, que me han permitido ver con diferentes puntos de vista la vida y ampliar mis conocimientos, habilidades y juicios. A las personas que fueron claves para decidir abordar este tema, que día a día han confirmado la idea de poner mi granito de arena y tratar de dar lo mejor para este país. A la vida misma que me ha permitido, con los momentos precisos, tener las oportunidades que han sido decisivas para tomar decisiones, como la carrera que he escogido. A mis errores y aciertos que me han permitido ser lo que soy y terminar esta etapa de mi vida para comenzar nuevas experiencias.

A todos ellos, simplemente les doy las gracias por lo que soy y lo que seré con el impulso que me han dado, me siguen dando y todo lo que me han permitido adquirir. Finalmente, puedo decir que este trabajo se lo dedico a todos ellos, en especial a mis cuatro abuelos que, aunque tres de ellos ya no estén conmigo, sus enseñanzas y lo que soy ahora es en gran parte a ellos, por permitirme la vida, la forma de pensar, la familia que tengo y sobre todo los recuerdos que me acompañan.

Y como dijo Deepak Chopra, todo lo que está sucediendo en este momento es producto de las decisiones que he tomado en el pasado.

"Si no eres parte de la solución, eres parte del problema" (Vladimir Lenin).

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
1. ADOLESCENCIA Y SALUD SEXUAL	12
1.1 El significado de la adolescencia.....	12
1.2 Cambios físico-biológicos.....	15
1.3 Cambios psico-sociales.....	19
2. SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES.....	30
2.1 Sexualidad y adolescencia	30
2.1.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	33
2.1.1.1. Sífilis.....	36
2.1.1.2. Gonorrea	38
2.1.1.3. Clamidiasis.....	39
2.1.1.4. Candidiasis.....	40
2.1.1.5. Tricomoniasis	41
2.1.1.6. Virus del Herpes Genital (VHS-2).....	42
2.1.1.7. Virus del Papiloma Humano (VPH)	43
2.1.2. VIH/SIDA	45
2.1.2.1. Epidemiología:	45
2.1.2.2. Agente causal y vías de transmisión	46
2.1.2.3. Curso natural de la enfermedad y síntomas.....	47
2.1.2.4. Prevención de las ITS y VIH/SIDA	48
2.1.3. Embarazo no deseado en la adolescencia	50
2.1.3.1. El embarazo y embarazo no deseado	50
2.1.3.2. Causas	51
2.1.3.3. Consecuencias	52
2.1.3.4. Prevención	54
2.1.4. Aborto	56
2.1.4.1. El aborto y sus implicaciones.....	56
2.1.4.2. Causas	57
2.1.4.3. Consecuencias	58
2.1.4.4. Prevención	60
3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SUS MODELOS DE INTERVENCIÓN	62
3.1. Psicología de la salud	62
3.1.1. Definición de Psicología de la salud	63
3.1.2. Objetivos de Psicología de la salud	64
3.1.3. Niveles de prevención	66
3.2. Los modelos psicológicos en el área de la salud	67
3.2.1. Modelo de Creencias de Salud (MCS).....	69
3.2.2. Teoría de Acción Razonada.....	72

3.2.3.	Teoría de la Conducta Planeada	74
3.2.4.	Modelo Transteórico o Etapas de Cambio (MT)	75
3.2.5.	Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB).....	79
4.	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD SEXUAL	88
4.1.	Características de un programa efectivo.....	88
4.2.	Análisis crítico de los programas de intervención	94
5.	METODOLOGÍA	118
6.	CONCLUSIONES	130
	BIBLIOGRAFÍA	136
ANEXOS		

Anexo 1. Instrumento “Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente”

Anexo 1.1. Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente

Anexo 1.2. Hoja de calificación del instrumento

Anexo 2. Evaluación del taller y de los ponentes

Anexo 3. Cartas descriptivas

Anexo 4. Materiales del taller

Anexo 5. Manual del instructor

Anexo 6. Manual del participante

RESUMEN

Los adolescentes tienden a realizar conductas de riesgo que pueden traer consecuencias negativas a su salud como embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA y aborto. Por ello, para tratar de reducir esta problemática de salud pública, el presente trabajo tuvo como meta diseñar la propuesta de un taller con base en el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) propuesto por Fisher y Fisher (1992) y en las características descritas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) para el diseño de programas efectivos. El objetivo de esta propuesta es capacitar a los profesores de Biología y/o Formación Cívica y Ética de nivel secundaria en los conocimientos básicos sobre temas de sexualidad (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas) con el fin de que estén motivados a aplicar dichos conocimientos y las habilidades conductuales que adquirieron con sus alumnos adolescentes e influir en que realicen conductas preventivas. El diseño del taller es un pre-test post-test y con una intervención de cinco sesiones de dos horas cada una en las que se verán plasmadas las características del modelo IMB. Además, se diseñaron dos manuales para llevar a cabo el taller, el del instructor que describe a detalle cada sesión y el del participante que contiene información básica de cada sesión, libros de consulta, páginas de internet, instituciones y teléfonos para ahondar más sobre cada uno de los temas revisados. El taller será evaluado con dos instrumentos "*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*" que evaluarán los conocimientos que adquirieron los participantes en el taller y "*Evaluación del taller*" que evalúa la calidad del mismo y las características de los ponentes. Los resultados del primer instrumento se analizarán con una t de student para muestras relacionadas y los resultados del segundo instrumento se enfocará en la calificación proporcionada a cada aspecto del taller y de los ponentes, los cuales indicarán qué aspectos deben mejorarse y así poder lograr un mayor impacto en los profesores y por ende en sus alumnos.

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes que habitan en México corresponden al 20% de los 112 millones habitantes de la población total de mexicanos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2010), ellos enfrentan cambios físico-biológicos y psico-sociales que influyen en su toma de decisiones que probablemente traerán consecuencias temporales y permanentes en su salud (Infante y Hernández, 2001; Peñacoba, Álvarez y Lázaro, 2006; Galimberti, 2006; Reeve, 2003; Santrock, 2005; Feldman, 2007). Uno de los aspectos relevantes de la salud que está determinado por estas decisiones es el área sexual debido a que una gran cantidad de adolescentes inician su vida sexual a temprana edad con información poco clara, precisa y muchas veces errónea, lo cual los lleva a no tener conductas preventivas (uso de condón y otros métodos anticonceptivos) y no lograr evitar consecuencias como son los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) o los abortos (Rodríguez y Klein, 2010; De la Barreda, 2000a; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006; Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2009).

Para evitar consecuencias negativas derivadas de realizar conductas de riesgo, desde el área de la psicología de la salud se han propuesto diversas teorías y modelos que han intentado dar respuesta del por qué las personas realizan conductas de riesgo o preventivas, tales como: el modelo de Creencias de Salud (MCS, Becker y Miam, 1975; citado en Moreno, García, Rodríguez y Díaz, 2007), la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1967; citado en Moreno et al., 2007), la Teoría de la Conducta Planeada (Fishbein y Ajzen; citado en Carpi, Brea y Palmero, 2005) y el Modelo Transteórico o Etapas de Cambio (MT, Prochaska y Diclmente, 1982; citado en Moreno et. al, 2007), sin embargo estos modelos solo se enfocan en sólo uno de los factores que influyen en la conducta, lo cognoscitivo, y dejan de lado las habilidades conductuales que se toman en cuenta para tomar decisiones (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001). Además, estos

programas solo explican el problema pero no tratan de dar una intervención que permita que el individuo realice conductas preventivas, por ello, en este trabajo se retomó el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, Fisher y Fisher, 1992) que ha demostrado ser efectivo en la intervención al incluir los tres factores que lo conforman (información, motivación y habilidades conductuales; Jaworski y Carey, 2001; Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002; Singh, 2003; Paz, Herencia-Leva y Uribe, 2009; Fuentes, Martínez, Ramos, De la Orden, y Carpintero, 2002) y permite diseñar programas de intervención.

Además de las tres variables consideradas por el modelo IMB, para que un programa de intervención sea efectivo, algunos autores como Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) han descrito las características que este debe tener para garantizar su eficacia. Tomándolas en cuenta, se analizaron en este trabajo algunos de los programas de intervención en el área de salud sexual que se han desarrollado (Coyle, Kirby, Marin, Gómez y Gregorich, 2004; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007; Wight, Raab, Henderson, Abraham, Buston, Hart, y Scott, 2002; Carrera, Lameiras, Foltz, Núñez y Rodríguez, 2007; Givaudan y Pick, 2005; Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2006; Pick de Weiss, Andrade-Palos Townsend y Givaudan, 1994; Eastman, Corona y Schuster, 2006; Kovatseff y Power, 2005). Las deficiencias más comunes que se detectaron fueron que: No se basan en un modelo teórico que permita que las variables den respuesta a reducir las conductas de riesgo, no definen el número de sesiones que conforman el programa y no señalan la duración de las mismas, no indican los temas de sexualidad que se abordaron en cada sesión y no describen a detalle las actividades que se propusieron para cada una de las sesiones, sólo por mencionar algunos.

Al revisar las teorías y modelos, así como las características antes mencionadas, este trabajo se enfoca en hacer una propuesta de un taller el cual tiene como objetivo capacitar a los profesores de secundaria en los conocimientos básicos sobre temas de sexualidad (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas) desde el modelo Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB; Fisher y Fisher, 1992). Además, con base en Kirby (2007),

Noar (2007) y la OPS (2008) se diseñaron cinco sesiones de dos horas cada una y contienen actividades que dotan de información, favorecen la motivación y se les enseña habilidades conductuales a los participantes, las cuales son: Sesión 1. Introducción y embarazo no deseado, sesión 2. ITS, sesión 3. VIH/SIDA, sesión 4. Aborto y estrategias preventivas, sesión 5. ¿Qué hago yo?.

El diseño experimental propuesto para el desarrollo del programa fue el pre-test post-test, el cual evalúa las variables con los siguientes instrumentos: 1. “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” para evaluar los conocimientos previos y posteriores al taller que se impartirá a los profesores, este se analizará con una t de Student comparando el pre y el post-test; 2. “*Evaluación del taller*” que evalúa la calidad del servicio del programa y se analizará tomando la calificación proporcionada por el participante a cada aspecto del taller y de los ponentes.

Asimismo, para apoyar a los instructores del taller, se diseñaron dos manuales: uno para el ponente que describe cada una de las sesiones, materiales y aspectos importantes para tomar en cuenta y el otro planteado para los participantes que incluye información relevante de los temas de las sesiones.

Cabe mencionar que el tema de sexualidad es muy amplio, sin embargo, para diseñar este taller, se revisaron diferentes fuentes bibliográficas con la finalidad de tener un sustento teórico que permitiera ser la base de cada una de las sesiones, por tanto, este trabajo se dividió en 6 capítulos y se describen a continuación:

El capítulo uno inicia con el significado de pubertad y adolescencia mencionando la diferencia entre ellos, así como la definición que se retoma a partir de aquellas que han propuesto diversos autores. Se describen los cambios físico-biológicos que presentan los adolescentes y se finaliza describiendo los cambios psico-sociales que favorecen a la toma de decisiones en esta etapa y en su etapa adulta.

En el capítulo dos se describe la salud sexual de los adolescentes en donde se inicia con la definición de sexualidad, la conducta sexual de los adolescentes y las consecuencias que puede traer el realizar conductas de riesgo como son: el

contagio de alguna ITS (sífilis, gonorrea, clamidiasis, candidiasis, tricomoniasis, Virus del Herpes Genital y Virus del Papiloma Humano), VIH/SIDA, embarazos no deseados y/o abortos. Se aborda el tema de las ITS que afectan más a los adolescentes al describir los datos epidemiológicos a nivel mundial y a nivel nacional, el agente causal, la vía de trasmisión, los síntomas, los tratamiento y las consecuencias que pueden traer consigo; en el tema de VIH/SIDA se describen los datos epidemiológicos a nivel mundial y a nivel nacional, el agente causal, la vía de trasmisión, el curso natural de la enfermedad y los síntomas; posteriormente, se aborda la prevención de las ITS y del VIH/SIDA así como el embarazo no deseado y aborto en la adolescencia en el cual se abordan la definición, las causas, las consecuencias y la prevención de cada uno.

El capítulo tres inicia con la descripción de los aspectos relevantes de la psicología de la salud, como la definición los objetivos y los niveles de prevención, posteriormente se describen los modelos psicológicos que se han propuesto en el área de la salud como el modelo de Creencias de Salud (MCS, Becker y Miam, 1975; citado en Moreno, García, Rodríguez y Díaz, 2007), la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1967; citado en Moreno et al., 2007), la Teoría de la Conducta Planeada (Fishbein y Ajzen; citado en Carpi, Brevia y Palmero, 2005), el Modelo Transteórico o Etapas de Cambio (MT, Prochaska y Diclmente, 1982; citado en Moreno et. al, 2007) y el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, Fisher y Fisher, 1992).

En el capítulo cuatro se consideró pertinente mostrar los criterios y características que debe poseer un programa de intervención efectivo en el área de la salud propuestos por Noar (2007), la OPS (2008) y Kirby (2007), debido a que el objetivo del presente trabajo fue el diseño de un programa de intervención. Con base en estos, el capítulo finaliza con el análisis crítico de programas de intervención en sexualidad.

En el capítulo cinco se presenta la metodología del taller y se describen los aspectos relevantes para llevarlo a cabo, estos son: Objetivo general y objetivos particulares del taller, la población meta, el escenario ideal para impartir el taller, los materiales didácticos, los aparatos, los instrumentos de evaluación, las

variables que se manipularán y medirán, el procedimiento donde se detalla la convocatoria y las fases de la intervención, los contenidos del taller y la propuesta de análisis de resultados.

En el capítulo seis se señalan las consideraciones finales del taller donde se identifican las deficiencias que se encontraron en los programas analizados, se puntualizan las características para diseñar este programa tomando en cuenta a Noar (2007), la OPS (2008) y Kirby (2007), las características del manual del instructor y del manual del participante y las ventajas del diseño de cada uno de los instrumentos.

En el apartado de anexos se incluyen los siguientes: el instrumento de “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*”, la hoja de respuesta de dicho instrumento, el instrumento “*Evaluación del taller*”, las cartas descriptivas, los materiales que se utilizarán en el taller, el manual del instructor y el manual del participante.

1. ADOLESCENCIA Y SALUD SEXUAL

En un país donde se sobrepasan los 112 millones de habitantes, es necesario considerar los aspectos relevantes para adquirir el bienestar y desarrollo óptimo de cada integrante de su población (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2010). Cada individuo del país pasa por diferentes etapas tales como la infancia, adolescencia, adultez y vejez, las decisiones que se tomen en cada etapa traerán consecuencias temporales y permanentes. Un 20% (22 millones) de la población (49.6% son hombres y el 51.4% son mujeres) de 10 a 19 años está atravesando una de estas etapas, la adolescencia (INEGI, 2010), la cual se caracteriza por ser una etapa de transición en la que se modifican algunas conductas de la infancia y se adquieren otras nuevas para enfrentar la etapa adulta que influirán en los diversos aspectos de su vida (salud, educación, económico, interpersonal, intrapersonal, entre otros). Algunas de estas conductas pueden ser de riesgo que pueden traer consecuencias graves a su salud, por ello, en este capítulo se abordarán aspectos generales sobre dicha etapa tales como su definición, los cambios físicos, psicosociales y cognitivos.

1.1 El significado de la adolescencia

En la vida cotidiana la adolescencia se toma como sinónimo de pubertad, situación que hace que las confundan entre sí, o que les den atributos que no les corresponden por ignorar sus características. Por ello, es necesario comprender a la pubertad y a la adolescencia a mayor profundidad y de esta forma tratarlos como dos términos diferentes pero que se interrelacionan entre sí.

Ahora bien, la adolescencia se concibe como una etapa del desarrollo humano cuyo nombre deriva del latín *adolescencia* (Blanquez-Fraile, 1978) y del verbo *adolescere* que significa crecer o llegar a la maduración (Dorsch, 2002). Diversos autores han tratado de definir la adolescencia, algunas de las definiciones propuestas son las siguientes (ver tabla 1.1), después se mencionará la concepción que se tendrá para el presente trabajo.

Tabla 1.1. Definiciones de adolescencia

1. Cambios psico-sociales	
Hurlock (1961)	Es un período de transición (10 -21 años) entre la niñez y la edad adulta. El individuo es considerado adulto cuando puede desempeñar su papel en asuntos de adultos en lo físico, social y económico. Es considerado un adolescente mientras no actúe como un adulto.
Delval (1996)	Período de la vida más o menos largo que presenta variaciones en los diferentes medios sociales. Además, es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad pero no se reduce a ella.
García (2005)	Etapa de la vida caracterizada por períodos de inestabilidad y emoción intensa, acompañados del despertar de la capacidad intelectual y sexual. Período considerado lleno de tormentas y estrés sin poderse evitar, de sufrimiento, pasión y rebeldía contra la autoridad de los adultos.
Urbano y Yuni (2005)	Momento clave del desarrollo evolutivo que en nuestro contexto socio-cultural contemporáneo caracteriza a la prolongación de este como un ciclo del Curso Vital. Los niños asumen ritos y posturas propias de los adolescentes de acuerdo al contexto.
Galimberti (2006)	Fase cronológica entre la pubertad y la madurez en la que se presenta una transformación que permite cambios en diversos aspectos: sexualidad, cognición, identidad, moralidad y socialidad.
Peñacoba, Álvarez y Lázaro (2006)	Período psicosociológico de transición entre la infancia y la etapa adulta. Además, no podemos hablar de una adolescencia con un mismo patrón en todas las culturas y por tanto no es universal.

Fuente: Tabla elaborada por Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011).

(Continuación de la **tabla 1.1: 2. Cambios biológicos y psicosociales**)

2. Cambios biológicos y psico-sociales	
OMS (s.a.)	Son aquellos jóvenes de entre 10 a 19 años con un desarrollo físico (cambios sexuales y corporales) y de cambios psicosociales que hacen de este período una etapa decisiva en el camino hacia la edad adulta.
Quintanilla (1969)	Es una etapa intermedia en la vida del individuo durante la cual va madurando física y psíquicamente completando las dimensiones y vigor del cuerpo, construyendo la base intelectual que le servirá para encajar en la sociedad poniendo los cimientos de su vida afectiva. Es la formación y ensayo de preparación para la vida plena como adulto.
Dorsch (2002)	Período de edad referido a la maduración sexual de la pubertad, en la que no está terminado aún el desarrollo psíquico.
Santrock (2005)	Período del desarrollo humano de transición de la infancia a la edad adulta. Implican cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales (10-21años).

Fuente: Tabla elaborada por Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011).

Los autores mencionados y algunos otros autores (Ros, Morandi, Cozzetti, Lewintal, Cornella y Surfís, 2001) caracterizan a la adolescencia como un período de transición entre la infancia y la etapa adulta del desarrollo. Otras definiciones encontradas en libros de texto se enfocan en los cambios biológicos y psicosociales, como una etapa de transformaciones a través de los cuales se deja de ser niño, así como la presencia de un profundo cuestionamiento en el que se descubre quiénes son y se decide quién se quiere ser (Rodríguez y Klein, 2010; De la Barreda, 2000a).

Se puede observar que la mayoría de las definiciones enunciadas anteriormente, solo se refieren a algunos aspectos de ella, esto las vuelve incompletas ya que solo se enfocan en el aspecto que creen más importante (la

cronología de la etapa, lo físico, psicológico o social) y son pocas las que se preocupan por todas ellas.

La adolescencia, para este trabajo, se define como un período de transición de la infancia a la edad adulta que se caracteriza por cambios en diversas áreas del individuo: cronológicos, físico-biológicos, psico-sociales, cognitivos y que se presentan en el periodo de 10 a los 19 años de edad (adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años) (OMS, s.a.; Santrock, 2005; Hurlock, 1961; Urbano y Yuni, 2005 Peñacoba et al., 2006; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; OMS, 2011a), los cuales se explicarán a continuación.

1.2 Cambios físico-biológicos

La adolescencia viene caracterizada por cambios físicos y biológicos denominado pubertad que abarca de los 11 a los 16 años (en mujeres de 11 a 15 años y en hombres de 12 a 16 años), la cual se caracteriza por la maduración biológica, aparición de caracteres sexuales secundarios y maduración de las funciones sexuales, transformando el cuerpo infantil en adulto (Dorsch, 2002; Galimberti, 2006; Delval, 1996; De la Barreda, 2000a).

La pubertad es parecida en todas las culturas debido a que hace referencia solo a los cambios físico-biológicos que sufren los individuos determinados genéticamente por la especie a la que se pertenece.

Los cambios físicos, en ambos sexos, comienzan cuando el hipotálamo estimula la hipófisis para secretar las hormonas que ocasionan la maduración de las gónadas, los ovarios comienzan a producir óvulos y secretan estrógenos y progesterona, mientras que los testículos producen espermatozoides y secretan testosterona; con la producción de dichas hormonas aparecen los caracteres sexuales secundarios (Brower y Burt, 1972; De la Barreda, 2000a; Infante y Hernández, 2001). Dichos cambios influyen directamente en su conducta, en sus emociones, en su desarrollo cognoscitivo, en la forma de relacionarse con los demás y en su ideal de adolescente (su imagen física) (Peñacoba et al., 2006; García, 2005; Hurlock, 1961).

Estas hormonas influyen en el desarrollo de los hombres y las mujeres de manera diferente, como se muestra en la figura 1.1, tanto en los aspectos

fisiológicos como cronológicos (desarrollo de los órganos genitales, el crecimiento en altura, el crecimiento de vello púbico y la menarquía o la primera eyaculación). Cabe mencionar que las líneas verticales son el periodo de tiempo proporcional a cada uno de los cambios físicos señalados en el diagrama.

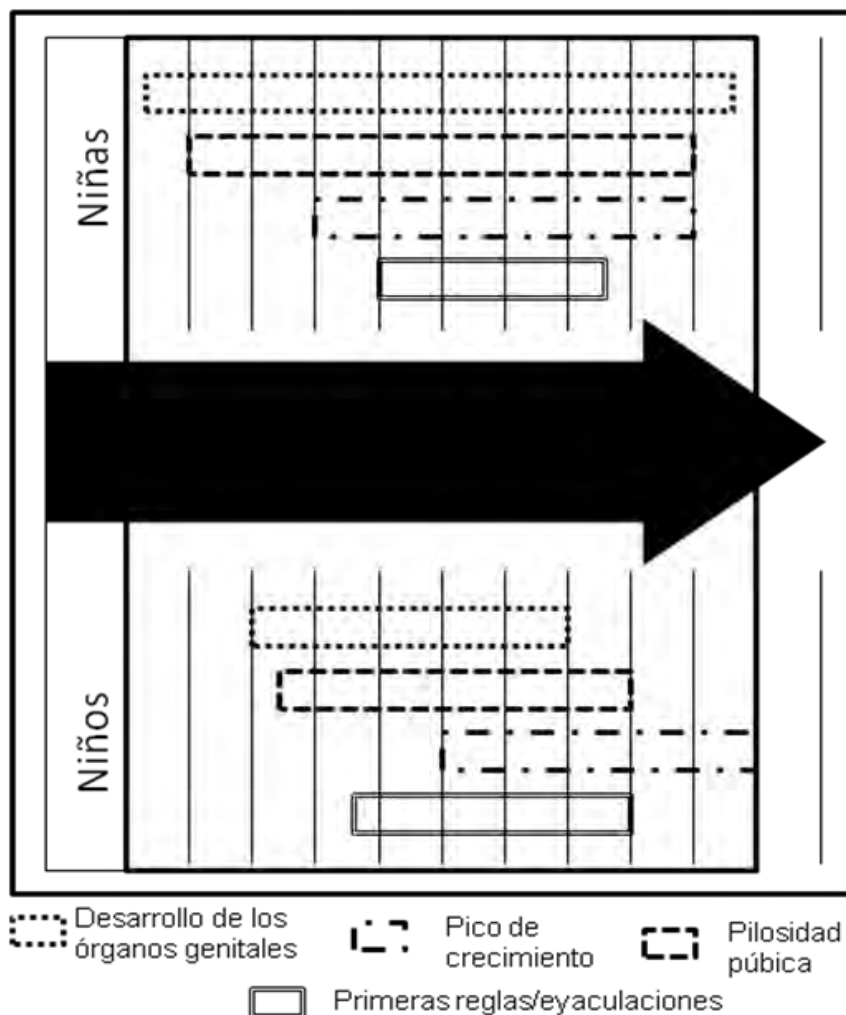


Figura 1.1. Cronología de los cambios durante la pubertad en ambos sexos
Fuente: Infante y Hernández (2001, p.140).

Estos cambios van apareciendo a lo largo de la pubertad, y se describen de manera más específica por sexo en las tablas 1.2 (mujeres) y 1.3 (hombres) determinando las edades promedio en los que aparece.

Tabla 1.2. Cambios físico-biológicos de la mujer durante la adolescencia

Físicos	Biológicos
Ψ Brote del pecho (10 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006), (Desarrollo de las mamas), formación de conductos y oscurecimiento de pezones (Brower y Burt, 1972; Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961; De la Barreda, 2000a; Zimmermman, 1992)	Ψ Inicio de actividad de las glándulas sexuales (Hurlock, 1961)
Ψ Comienza a aparecer vello púbico y axilas (11 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972; Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961; Quintanilla, 1969; De la Barreda, 2000a; Zimmermman, 1992)	Ψ Los ovarios aumentan la producción de estrógenos y progesterona debido a la estimulación de la hipófisis (9 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972; Infante y Hernández, 2001)
Ψ Se inicia el aumento de peso (11 ½ años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	Ψ Los órganos sexuales internos (trompas de Falopio, útero y vagina) empiezan a aumentar de tamaño y madurez (9 ½ años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972)
Ψ Punto máximo del estirón en estatura (12 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	Ψ Aparece la ovulación y la primera menarquía (primera menstruación, 12 ½) (Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961; Santrock, 2005; De la Barreda, 2000a; Brower y Burt, 1972)
Ψ Máximo crecimiento de músculos y órganos, ensanchamiento de las caderas, (12 ½ años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972; Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961; De la Barreda, 2000a)	
Ψ Aumenta la proporción de grasa corporal (13 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	
Ψ Distribución final del vello púbico (15 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	
Ψ Desarrollo completo del pecho (16 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	
Ψ Transformación de la estructura ósea (Infante y Hernández, 2001; Quintanilla, 1969; De la Barreda, 2000a)	

Fuente: Elaborada por Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011).

Tabla 1.3. Cambios físico-biológicos del hombre durante la adolescencia

Físicos	Biológicos
Ψ Crecimiento de los testículos, la próstata y el escroto (11 ½) (Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961; Zimmermman, 1992)	Ψ Los testículos aumentan la producción de testosterona y se estimula la producción de semen por medio de las hormonas (11 años)
Ψ Empieza a surgir el vello púbico (12 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	(Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972; Hurlock, 1961)
Ψ Comienza el crecimiento del pene (12 ½ años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	Ψ Semenaarquía (primera eyaculación o polución nocturna 12 ½ a 13 años)
Ψ Punto máximo del estirón en estatura (14 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	(Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961; Santrock, 2005; De la Barreda, 2000a; Zimmermman, 1992)
Ψ Gran crecimiento de huesos, músculos y órganos (14 ½ años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972; Quintanilla, 1969.; De la Barreda, 2000a; Infante y Hernández, 2001)	
Ψ Cambio de voz a un tono más bajo, aparece el acné (15 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972; Hurlock, 1961; Quintanilla, 1969; De la Barreda, 2000a; Zimmermman, 1992)	
Ψ Comienza a crecer la barba (16 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006)	
Ψ Distribución definitiva del vello púbico, axilas, piernas, brazos, tórax (18 años) (Petersen y Taylor, 1980, citado en Peñacoba et al., 2006; Brower y Burt, 1972; Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961; Quintanilla, 1969; De la Barreda, 2000a; Zimmermman, 1992)	
Ψ Ampliación de los hombros y ensanchamiento de la laringe (Infante y Hernández, 2001; Hurlock, 1961)	
Ψ Aumenta la transpiración (Hurlock, 1961)	

Fuente: Elaborado por Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011).

Además de los cambios físicos y biológicos ya mencionados en la adolescencia, también ocurren cambios psico-sociales que influyen en la forma de sentir, actuar, ser y relacionarse con los demás hasta la llegada de la etapa adulta, y se describen en el siguiente apartado (Peñacoba et al., 2006).

1.3 Cambios psico-sociales

La adolescencia es caracterizada por frecuentes conflictos psicológicos y emocionales, tales como crisis de identidad, problemas de autoimagen, autoestima, cambios en el desarrollo cognitivo, social y moral que son importantes y se describirán a continuación.

La **identidad**: se puede entender como aquellas características que hacen diferentes a las personas de los demás, pero que a su vez los hacen actuar de la misma manera en diversas circunstancias (Galimberti, 2006; Reeve, 2003). Su formación no ocurre de manera rápida o brusca, sino que se realiza paso a paso y con decisiones que se rectifican una y otra vez, estas a veces pueden ser simples como, con quién salir, tener o no relaciones sexuales, irse de pinta, consumir o no drogas; no obstante, estas decisiones van formando al individuo como ser humano (Santrock, 2004). Asimismo, estas características y decisiones están influidas por otro aspecto relevante en la formación de su identidad, el contexto socio-cultural al que pertenece un individuo en el cual se relaciona con sus iguales y además desempeña roles que ya han sido establecidos por la sociedad y que él debe asumir si quiere adaptarse a este contexto (Peñacoba et al., 2006; Reeve, 2003).

James Marcia (1980) propuso 4 estados de identidad por los que pasa un adolescente en los que están o no presentes la crisis de identidad y sus compromisos, las cuales son las siguientes:

- Ψ *Difusión de identidad*: el adolescente aún no ha vivido una crisis de identidad y no se compromete a explorar varias alternativas significativas ni ha asumido algún compromiso ante una creencia y/o vocación. Son aquellos que cambian de una cosa a otra con apariencia despreocupada y con poca habilidad para relacionarse con los demás. Pueden mencionar una frase parecida a: “no tengo idea de qué hacer”.
- Ψ *Aceptación o exclusión (delegación) de la identidad*: el adolescente asumió un compromiso con una ideología, pero sin pasar por una crisis de exploración de alternativas por sí mismo, solo acepta la decisión que otros tomen acerca de lo que sería lo mejor. Por lo general, son adolescentes a

los que sus padres les trasladan compromisos de manera autoritaria y/o tienen un negocio familiar, por ejemplo aquellos chicos que son médicos porque sus padres lo son y/o tienen un consultorio propio el cual se le traspasará en un futuro. Estos adolescentes no se sienten infelices y tienden a sentirse bien con ellos mismos pero pueden ser autoritarios y necesitar la aprobación social. Pueden mencionar una frase parecida a: “voy a estudiar medicina como mi mamá”.

Ψ *Moratoria de la identidad*: el adolescente está en un estado de crisis en el que explora y evalúa las distintas opciones ideológicas y vocacionales sin decidirse por alguna, su estadio de compromiso está completamente ausente o está vagamente definido. Estos adolescentes por lo general son alegres, buscan intimidad con otros y por lo general se deciden después de algo de turbulencia. Pueden mencionar una frase parecida a: “voy a trabajar mientras me decido que hacer”.

Ψ *Logro (consecución) de identidad*: es el adolescente que ha atravesado la crisis y ha salido de ella asumiendo un compromiso en particular explorando varias alternativas, que le hizo pensar y logró saber quién es y qué quiere hacer. Estos adolescentes son aquellos que tienen mayor motivación de logro y razonamiento moral y pueden mencionar una frase parecida a: “me gusta trabajar con niños, seré maestra”.

Algunos adolescentes no se estancan en una de estas categorías sino que algunos avanzan y retroceden entre la moratoria y el logro de la identidad (ciclo MAMA por las siglas en inglés), por ejemplo, un individuo que decide ser bombero en su adolescencia temprana puede reconsiderarlo y querer ser un deportista, por ello, para muchos la identidad se establece después de la adolescencia o a finales de los 20 años (Feldman, 2007). Es importante reconocer que asumir un compromiso determinado y superar la crisis de identidad se logra resolver cuando la persona comprende quién es, toma sus propias elecciones y tiene una valoración propia bien definida, temas que se abordarán más adelante.

Finalmente, se puede mencionar que el individuo en esta etapa, al lograr un desarrollo físico, cognitivo y social adecuado, entonces podrá reorganizar sus

estructuras empleadas en la niñez, para dar paso a sus nuevos compromisos tanto a corto como a largo plazo, dicha reorganización debe ser flexible para que él logre poco a poco integrarse a su nuevo contexto y responder a las nuevas asignaciones y roles que le pide el medio social (Santrock, 2004).

El **autoestima**: se puede definir como la valoración que un individuo tiene de sí mismo a través del autoconocimiento (conocer cualidades, defectos y características propias de cada uno), autoconcepto (definición de cada uno, también llamado autoimagen), autoevaluación (calificar las propias acciones), autoaceptación (aceptar y reconocer cada una de las partes del individuo) y autorrespeto (satisfacer las necesidades propias de acuerdo a los valores que se tienen), en el cual su nivel se basa en las competencias logradas a lo largo de su vida y a la importancia que se le dé a cada una de ellas (Gobierno del Estado de Veracruz, 2008; Galimberti, 2006; Peñacoba et al., 2006). Es una representación mental que los individuos tienen de sí mismos y determina el cómo se comportan a través de sus atributos, características y preferencias personales, además se utiliza para que se definan como individuos y se diferencien de los demás en dos ámbitos: en la identidad como persona y en los roles que desempeña en la sociedad efectuándolos según el ideal propio y el de los demás (González-Pienda, Núñez-Pérez, González-Pumariega y García-García, 1997; Reeve, 2003; Gobierno del Estado de Veracruz, 2008).

El autoconcepto es determinado por las relaciones sociales y los vínculos afectivos que se hayan construido en cada una de las etapas de su vida ya que en ellas aprenderá que es lo que se espera que sea y haga (ideal de los demás) como individuos de una sociedad (Peñacoba et al., 2006).

En la adolescencia temprana la imagen se enfoca principalmente en el aspecto físico (características corporales) debido a los cambios que va teniendo a lo largo de la pubertad y es algo diferente que debe ir aceptando, además puede que deseen ser de determinada manera e inquietarse cuando su conducta no es congruente (aunque quiero ser sociable, muchas veces quiero estar solo); por ejemplo, una chica que va a una tienda para comprar un pantalón en la llamada

“talla 0” porque quiere ser como una modelo que ha visto en la televisión, al no quedarle la ropa cree tener sobrepeso y se desvaloriza; un chico observa que en los programas de televisión y todos sus amigos no rechazan tener relaciones sexuales por lo que decide tenerlas sin protección y con cada una de las chicas con las que “pueda” tenerlas (Peñacoba et al., 2006; Feldman, 2007).

Mientras que en la adolescencia tardía se basa en las creencias, valores, convicciones, aspiraciones, entre otras que se deben tener según el ideal de adolescente en la sociedad, asimismo, le resulta más sencillo aceptar que los sentimientos y la conducta difieren según la situación. En los ejemplos anteriores, la chica ahora creerá que está gorda y estará convencida de que debe bajar de peso para poderle gustar a un chico a cualquier costo, aunque arriesgue su salud; y el chico creerá que es un “verdadero hombre” al no rechazar ningún encuentro sexual considerando como un reflejo de su “virilidad” (Peñacoba et al., 2006; Feldman, 2007). En ambas etapas de la adolescencia, el ideal del adolescente si no se cumple, no se hace o no se es como la sociedad (amigos, televisión, padres, entre otros) lo considera “normal”, afecta a su imagen y trae consecuencias como frustración o la realización de conductas de riesgo que afectan la salud con tal de llegar a serlo (Peñacoba et al., 2006).

La autoestima depende de diversos factores socio-culturales que influyen en que un individuo pueda tener una baja o alta autoestima como son:

El género: distingue que en las mujeres es más vulnerable y baja la autoestima que en los hombres, en especial en la adolescencia temprana, debido a la preocupación en la apariencia, éxito social y el rendimiento académico; aunque los hombres tienen estas mismas preocupaciones tienden a darle mayor importancia a los estereotipos como el ser seguros de sí mismos, duros e intrépidos (Feldman, 2007); por ejemplo, un chica tendrá baja autoestima al no ser popular y no gustarle a los chicos mientras que un chico enfrentará dificultades como el rechazo de una chica que les sea de su agrado y con ello no cubrir las expectativas.

El nivel socioeconómico: se hace notorio en los individuos que pasan por la adolescencia tardía ya que está relacionado con estatus social en el que se

encuentra (tener ropa de marca) y afecta de manera directa con su autoestima al compararse con los demás, con lo que quisiera ser y tener (Feldman, 2007); por ejemplo una chica que ve en la televisión que la ropa de marca o un chico que quiere tener un carro último modelo y de una marca en especifica debido a la creencia de que lo material que posees determina quién eres y “como te ven te tratan”.

La raza: aunque se sabe que los prejuicios afectan el autoestima de una persona, estos han ido en decremento y reduce la posibilidad de una baja autoestima (Feldman, 2007), un chico que pertenece a una minoría y no es bien visto por la sociedad o se tiene prejuicios sobre ello es más fácil que se sienta desvalorizado.

Otros factores que influyen son la orientación profesional (contexto educativo en el que se encuentra), atractivo físico (derivado de los cambios que sufren en esta etapa), el inicio de relaciones de pareja y las primeras relaciones sexuales (Peñacoba et al., 2006; Feldman, 2007), la relación con los demás (la expresión del afecto, preocupación, establecimiento de reglas claras y justas por parte de los padres y amigos) (Santrock, 2004).

Cabe recalcar que cada uno de estos aspectos se evalúan por separado de acuerdo al conocimiento de sus defectos y cualidades, por ejemplo, un chico puede tener un alta autoestima en términos académicos y una baja autoestima en términos sociales (Feldman, 2007). Si los individuos conocen y se enfocan en sus cualidades, pueden reafirmar su autoestima y reducir el impacto negativo que pueda tener ante su imagen personal alguno de estos factores o incluso la interrelación entre ellos (Feldman, 2007).

Cambiando de tema, el **desarrollo cognitivo:** son los cambios con los que el adolescente construye su mundo y organiza sus experiencias en esquemas (concepto que existe en la mente del individuo para organizar e interpretar información), separa las ideas importantes de las que no lo son, conecta ideas e incluyen nuevas para una mejor comprensión (Santrock, 2004). Estas acciones las realiza a través de dos procesos para organizar y adaptar sus esquemas:

asimilación y acomodación, la primera es aquella con la cual el individuo incorpora información nueva en un esquema ya existente y la segunda es cuando ya se ajusta dicha información (lo nuevo con conocimientos previos) (Santrock, 2004).

Este desarrollo cognitivo, además, tiene un aspecto importante el procesamiento de información que ayuda a un adolescente a entender, almacenar, recuperar la información y resolver problemas en su vida cotidiana, Siegler (1998; citado en Santrock, 2004) menciona 3 características importantes para este punto y son: pensamiento, mecanismos de cambios y auto-modificación, el primero se conoce como un proceso de información modificando, representando y almacenando información que permite que se ajusten y adapten a muchos cambios en diversas circunstancias (Santrock, 2004). Los mecanismos de cambio que son 4: codificación (la información se almacena en la memoria para resolver un problema, se codifica la relevante y se ignora la demás), automatización (capacidad de codificar información con poco o sin esfuerzo), la construcción de estrategias (descubrir un procedimiento nuevo para procesar información) y la generalización (aplicarlas a problemas similares) (Santrock, 2004). Por ejemplo, un chico de 16 años quiere ir a ver una película pero no sabe a dónde ir, así que revisa en internet las funciones que hay, revisa rápidamente en todas las páginas en donde aparece la película deseada (automatización), empieza a quitar aquellas horas a las que no pueda ir y ver cuales le convienen más (codificación), en caso de que se le dificulte su búsqueda, en vez de buscar por nombre de la película la buscará por cine y horarios específicos lo cual le facilitará la búsqueda (construcción de estrategias), situación que repetirá en ocasiones posteriores (generalización). Por último, la auto-modificación se refiere a la actuación de los adolescentes de manera activa en su desarrollo utilizando conocimientos y estrategias que han aprendido en circunstancias previas para adaptarlas a nuevas situaciones (Santrock, 2004).

Los elementos ya mencionados (identidad, autoconocimiento, autoestima, desarrollo cognitivo) hacen que se vayan formando las características (su forma de actuar, pensar, sentir) que tiene un individuo y que lo distinguen de los demás por sus comportamientos, actitudes, motivos, tendencias, puntos de vista,

emociones, entre otros y se considera como el patrón de pensamientos, comportamientos y emociones que persisten a lo largo del tiempo y de las situaciones, a esto se comprende como **personalidad** (Galimberti, 2006). Esta se va formando en la adolescencia a través de sus experiencias, cambios (físico-biológicos y psico-sociales) y percepciones, que la hacen una etapa decisiva en la interacción con el entorno, con la sociedad.

El hombre es un ser social que está influenciado en gran medida por los que le rodean, el contexto socio-cultural, de donde aprende y se comporta de acuerdo a lo que observa y se le enseña. En esta transición de la infancia a la adultez, el individuo debe modificar su comportamiento de su infancia, además de reorganizar aquellos aspectos que le permitan adaptarse a su nueva etapa en conjunto con sus demás cambios físico-biológicos y psicológicos.

Las normas, valores y roles que debe seguir un individuo son determinados por el contexto en el que se encuentre, no es lo mismo vivir en México que en otro país aunque sea de habla hispana, todos somos seres humanos y compartimos características con las de todo el mundo, pero la forma en la que adquirimos dichas conductas y demás acciones que requiere el contexto proviene de la familia. La familia es el primer contacto que tiene con la sociedad un niño el cual se seguirá formando a través de sus relaciones interpersonales que tenga a lo largo de su vida, incluyendo la adolescencia (Peñacoba et al., 2006; Rice, 1997). No obstante, el contexto no se queda estático y está en constante cambio lo que hace que al nacer en diferentes décadas, padres e hijos, tengan diferentes percepciones del mundo y valores diferentes entre ellos, la “brecha generacional”, sin embargo, padres e hijos suelen tener ideas parecidas en diversos ámbitos como valores, actitudes hacia ciertas personas o incluso en la problemática actual (García, 2005; Feldman, 2007).

Es así como la familia favorece la adquisición de conductas, formas de pensar, de ser y de su desarrollo social que están determinadas por la relación con el adolescente (Hurlock, 1961; Peñacoba et al., 2006). La influencia que ejerce la familia puede ser directa o indirecta sobre su forma de interactuar en el contexto, estableciéndose además el cambio en las relaciones con familiares y

con sus iguales; además la prioridad cambia, mientras que antes se prefería la opinión de la familia, ahora se prefiere la de los iguales, esto puede deberse a que se tiene una opinión más crítica sobre los padres, se disminuyen el tiempo y actividades que comparten con ellos y se va aumentando el tiempo que pasa con sus iguales (Peñacoba et al., 2006; García, 2005; Hurlock, 1961).

Esto hace que sufra cambios a nivel social que a continuación se mencionarán:

- **El logro de la independencia:** La independencia de un individuo comprende el desprenderse de la protección paterna a nivel económico (vestido, sustento, entre otras) y psico-social para construir un espacio propio y, tomando de base lo aprendido con la figura paterna, crear su propia personalidad y su identidad como individuo (Peñacoba et al., 2006). Sin embargo, es relevante tomar en cuenta que los padres tienen un gran impacto en este proceso, para ello, se han clasificado 7 estilos de educación que imparten los padres y son los siguientes (Edler y Malkin, 199, citado en Peñacoba et al., 2006):

- Ψ Autocráticos
- Ψ Autoritarios
- Ψ Democráticos
- Ψ Igualitarios
- Ψ Permisivos
- Ψ Laissez-faire (dejar hacer-dejar pasar)
- Ψ Indiferentes

Estos estilos de crianza van de un extremo a otro, mientras que el primer estilo de crianza es aquel en el que los padres ejercen su voluntad absoluta y sin posibilidad de objeción, los indiferentes están en el otro extremo, dejar que sus hijos hagan lo que quieran hacer sin objeción, no importándoles lo que hagan y sin algún interés (Real Academia Española, 2010); los modelos que están entre ellos tienen en menor grado la rigidez o extrema flexibilidad en el que se encuentran, los de en medio son aquellos que tienen de ambos modelos pero en un nivel intermedio. La independencia del hijo, mientras se va avanzando en la clasificación, de autocráticos a indiferentes, mayor será la participación e independencia del adolescente y habrá una disminución del poder por parte de los padres; un padre que es autocrático no permitirá que sus hijos opinen o hagan

cosas que ellos no estén de acuerdo y mucho menos dejarlos que experimenten las situaciones que le permitirán irse independizando, un padre indiferente permite que su hijo haga lo que él quiera sin preocupación pero al no tener la orientación necesaria de los padres, el adolescente tendrá consecuencias perjudiciales en su vida y sin garantía de un desarrollo saludable y satisfactorio (Peñacoba et al., 2006).

- **La relación interpersonal:** La relación con los que están en su entorno son fundamentales y complementarias para el desarrollo del adolescente, incluyendo a sus iguales, los cuales pueden ser vecinos, amigos, de la escuela misma y que ayudan a su formación de normas de conducta y actitudes de carácter social (Peñacoba et al., 2006; Hurlock, 1961). Al comienzo de la adolescencia se forman grupos de personas del mismo sexo, edades similares (grupo cerrado) y de interacción diaria; más tarde, el grupo es integrado por personas de ambos sexos, de distintas edades y de interacción esporádica; finalmente, el grupo se desintegra y se forman grupos más pequeños y relaciones de pareja (Peñacoba et al., 2006).

La influencia en un individuo del grupo al que llega a pertenecer permite reafirmarse como persona, además de llegar a tener un sentido de pertenencia, seguridad de sí mismo y en donde el contexto socio-cultural denota como debe actuar una persona de determinada manera en distintas circunstancias. Así, son importantes para el desarrollo de un individuo, pero que sucede cuando éste tiene conflictos con los demás, lo importante es la manera de solucionar los conflictos con las diversas personas que lo rodean (Feldman, 2007).

- **Conflictos con los padres:** Las familias son afectadas de distinta manera cuando hay un adolescente, sin embargo, es muy probable que existan mayores conflictos en la adolescencia temprana debido a aspectos como los gustos personales y maneras de vestir, además que los argumentos de los padres ya no son suficientes para convencer a los hijos de actuar de cierta manera (“Porque es por tu bien”) (Feldman, 2007). Conforme van creciendo los adolescentes y se van haciendo más razonables sus argumentos, los padres van aceptando que sus

hijos crecen y van cediendo e incluso alentando su independencia (Feldman, 2007).

- Conflictos con los pares: en muchas ocasiones los pares influyen en los adolescentes para ser conformistas en la forma de vestir en la adolescencia temprana y esto se incrementa en medida que quieren tener una identidad aparte de sus padres (Feldman, 2007). Conforme se va desarrollando su autonomía y van creciendo (adolescencia tardía), aumenta su confianza de tomar sus propias decisiones y rechazar la presión de los demás (Feldman, 2007).

- Conflictos con la pareja: en muchas ocasiones existen discusiones en pareja por celos o por la desilusión que le sigue a la idealización y descubrir los defectos del otro, esto produce que el adolescente lo recuerde y traiga consigo insatisfacción (Hurlock, 1961). Cada adolescente lo enfrenta de diferente manera, mientras que los autónomos terminarían la relación, los menos autónomos permanecer en ella a pesar de su descontento e insatisfacción, o bien, algunos recurren a críticas hacia la persona, insinuando su descontento y reviviendo los recuerdos que no son fáciles de perdonar (Hurlock, 1961).

Por último, con la interacción social que un individuo tiene es importante mencionar el **desarrollo moral** que implica cumplir con aquellas reglas, normas y valores que se establecen y reconocen en la sociedad a la que se pertenece las cuales serán fundamentales para la formación de él mismo (Galimberti, 2006). En la adolescencia temprana, los juicios morales son determinados por las expectativas del grupo social al que se pertenece ya que se busca la aceptación de sus miembros siguiendo las reglas impuestas, por ejemplo, aquellos chicos que tienen relaciones sexuales para no ser considerados anticuados o “del otro bando”; en tanto que en la adolescencia tardía los juicios y las conductas se basan en los derechos universales por encima de las normas impuestas por dicha sociedad y/o grupos sociales, se ha formado un criterio propio sobre los roles sociales y lo que quiere hacer sobre los mismos (Peñacoba et al., 2006).

Aunque la mayoría de los jóvenes sobrellevan los cambios físico-biológicos y psico-sociales sin mayores dificultades, algunos otros desarrollan problemas que traen consecuencias negativas a su salud como son suicidio, consumo de drogas,

ITS, VIH/SIDA, embarazos no deseados o abortos (Feldman, 2007). Estas consecuencias negativas (enfermedades crónico-degenerativas, síntomas irreversibles y/o la muerte) están determinadas por las conductas que realiza un individuo, en la adolescencia están influidas por las conductas de riesgo que realizan por el intento de reafirmar su identidad, su autoestima, su egocentrismo y su capacidad de toma de decisiones; por lo antes mencionado es relevante retomar a los adolescentes como población meta para prevenir los problemas de salud más comunes y en específico en la salud sexual.

2. SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

En México, la población adolescente se ha incrementado sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, hoy en día residen 20.2 millones de personas entre 15 y 24 años de edad y representan cerca de la quinta parte de la población total (108.4 millones). Entre ellas, la mitad (10.4 millones) son adolescentes y el resto son adultos jóvenes (9.8 millones) (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2009).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), el 14.4% del total de adolescentes de 12 a 19 años ha iniciado vida sexual, de los cuales el 2% tienen entre los 12 a 15 años, mientras que en el grupo de 16 a 19 años son 29.6% los que ya son sexualmente activos; solo el 28.8% reportaron haber usado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, al respecto la CONAPO (2009) señala que el 38.5% (15 - 19 años) y el 33.7% (20 - 24 años) usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Las estrategias de planificación familiar han impactado notablemente la sensibilidad y disposición de la población ante la práctica anticonceptiva, de tal modo que el conocimiento sobre la existencia de los métodos anticonceptivos es mayor al 97% siendo prácticamente universal entre la población joven (CONAPO, 2009). No obstante, el conocimiento por sí mismo no ha logrado concretarse en su uso en los encuentros sexuales, lo cual los pone en riesgo de adquirir o padecer alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, embarazos no planeados, aborto y un riesgo elevado de complicaciones para la salud en general. Por lo cual, es necesario, tanto a nivel nacional como internacional diseñar estrategias preventivas que logren modificar los comportamientos de riesgo (no uso de condón) mediante la enseñanza de habilidades y comportamientos que logren que ejerzan su sexualidad de manera responsable y protegida.

2.1 Sexualidad y adolescencia

La sexualidad se considera un término complejo en donde interactúan aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales que permiten la comprensión

del mundo a cada individuo, como hombre o mujer, y desarrollarse como persona; asimismo, es un elemento importante de la personalidad, identidad, autoimagen y autoconcepto de sí mismo (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Cada persona vive de una manera diferente la sexualidad y se establece al interactuar con los otros (familia, escuela, sociedad en general) a lo largo de la vida desde que nace hasta que muere, se vive como una forma de expresarse, de vestirse, y de relacionarse con el entorno entre otras manifestaciones (Correa et al., 2003). Además, está determinada por todas las otras dimensiones de la vida del individuo como son: sexo, edad, nivel socioeconómico, pautas culturales, raza, religión, nivel educativo y muchas más que intervienen en sus experiencias y vivencias (Bianco y Re, 2007b).

Un aspecto importante de la sexualidad y de la vida del adolescente es su debut sexual (primera relación sexual), hecho que marca ante ellos mismos y ante los demás su masculinidad y feminidad. La decisión de tener relaciones sexuales debería ser personal y libre basándose en la información clara y precisa del tema, esto evitaría que existieran riesgos innecesarios para la salud; sin embargo, se sabe que en ocasiones se tienen relaciones sexuales por miedo u obligación y esto puede traer sentimientos de culpa, vergüenza e insatisfacción (Bianco y Re, 2007b). Asimismo, las razones que tienen los adolescentes para acceder a una relación sexual pueden ser muy variadas como por ejemplo: el estar enamorados, por curiosidad, estar bajo los efectos del alcohol o simplemente porque “se dio la oportunidad”, sin embargo, hay que denotar que en esta etapa los amigos son de suma importancia en este tipo de decisiones, ya que con frecuencia incitan y ven como algo normal tener relaciones sexuales a temprana edad; por ejemplo, en un grupo de chicos, si uno de ellos no quiere tener relaciones entonces puede ser molestado por los demás, aunado a que le señalen situaciones falsas como el insinuar que le atraen los chicos, cuestión que fuerza la decisión de iniciar la vida sexual con tal de evitar los comentarios irónicos o falsos; lo anterior se agrava si además de tener relaciones sexuales coercitivas las realizan sin protección alguna.

En el caso de un grupo de chicas, ocurren situaciones similares a las que viven los varones y entonces se ven presionadas por sus amigas a iniciar su vida sexual porque no tienen tema de conversación, o porque son las únicas que no lo han hecho.

Por otra parte, existen aquellos adolescentes que toman la decisión de tener su debut sexual al existir una presión por parte de la pareja al desvalorizar los sentimientos hacia ella y objetar que si no hay relaciones sexuales no hay afecto de por medio, la famosa “prueba de amor”, así que se accede con tal de no perder a la pareja (Bianco y Re, 2007b; González, Montero, Martínez, Mena y Varas, 2010; Jones, 2010). Por ello, muchos jóvenes tienen relaciones sexuales a temprana edad favoreciendo los riesgos que esto implica, un estudio realizado por el Instituto Mexicano de la Juventud con una muestra de jóvenes de entre 12 a 29 años revela que un 48% de dichos adolescentes ya tuvieron su debut sexual, los hombres entre 14 y 15 años y las mujeres entre 15 y 16 años, situación alarmante si consideramos que la mayoría de ellos no realizan conductas de protección y favorecen las consecuencias negativas a su salud (Encuesta Nacional de Juventud, ENJ, 2005; Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2008). Dichas situaciones pueden prevenirse si se toman en cuenta aspectos como los cambios que sufre un individuo en la etapa de la adolescencia, al deseo sexual que empieza a sentir, la motivación de relacionarse con los demás, entre otras (De la Barreda, 2000a).

El debut sexual a temprana edad, la escasa información sexual, tener múltiples parejas y no emplear protección en sus relaciones sexuales son algunos factores que favorecen los problemas de salud sexual en general. Los problemas de salud sexual de los adolescentes más importantes se describirán en este capítulo y los cuales son: las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS, solo se describirán las más representativas para la población adolescente), el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), los embarazos no deseados y el aborto, asimismo se describirán algunas formas de prevenirlos.

2.1.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las Infecciones de Transmisión Sexual son la mayor causa a nivel mundial de enfermedades graves, infertilidad y muerte que millones de personas tienen que afrontar sin importar raza, sexo, situación económica, además de las características propias de cada cultura. Algunas ITS pueden tener consecuencias graves a largo plazo (infertilidad, enfermedades crónicas, entre otros), a pesar de manifestarse con síntomas leves, transitorios o ausentes (World Health Organization, WHO, s.a.). En este apartado se abordarán aquellas ITS que afectan a los adolescentes, y se describirán los datos epidemiológicos de algunas infecciones tanto a nivel mundial como a nivel nacional.

Las ITS se producen por agentes infecciosos que se transmiten por contacto sexual (García, Pérez, y Perpiñá, 2001; WHO, 2011a) entre los agentes causales se han identificado a las bacterias, virus, protozoos, hongos y artrópodos. Algunas de estas infecciones se transmiten de una persona infectada a otra de la siguiente manera: por contacto sexual (vaginal, oral, anal), de madre a hijo durante el embarazo o en el parto, por transfusión sanguínea, por trasplante de órganos de personas infectadas o compartir objetos personales (Brower y Burt, 1972; Correa et al., 2003; García et al., 2001).

Los factores de alto riesgo que se han asociado a la adquisición de una ITS o VIH/SIDA son los siguientes (Conde y Vidales, 2000; Domingo, 2005; Palazón y Nadal, 2009):

- Ψ Inicio a edad temprana relaciones sexuales (antes de los 14 años).
- Ψ Tener relaciones sexuales (coito vaginal, anal u oral) sin protección con más de una pareja sexual en los últimos 3 meses, o bien, 6 parejas sexuales en el último año.
- Ψ Tener una pareja con historia sexual desconocida.
- Ψ Relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales, o bien, tener una pareja que mantenga relaciones sexuales con varias personas.
- Ψ Historia previa de ITS.
- Ψ Síntomas actuales de ITS.
- Ψ Contacto sexual con personas que padecen o han padecido alguna ITS.

- Ψ Falta de información sobre las enfermedades (proceso de contagio, síntomas, etc.)
- Ψ Falta de conciencia sobre los riesgos que traen consigo dichas enfermedades y no tomarlas en serio.
- Ψ Falta de confianza con la pareja sexual.
- Ψ Barreras culturales basadas en los estereotipos de género que impiden practicar el sexo seguro (practicar solo besos, caricias, apapachos, sin intercambiar fluidos corporales).
- Ψ Barreras culturales que impiden que se practique el sexo protegido (en hombres el que crean que usar el condón es como comerse el gansito con envoltura, y en el caso de las mujeres tener pena con la pareja para solicitarle que emplee un condón).
- Ψ Tener relaciones con usuarios/as de drogas o alcohol
- Ψ Mujeres y hombres que ejercen la prostitución y sus clientes.

Para las ITS que se producen por agentes causales como bacterias, hongos y protozoarios existen tratamientos que controlan los síntomas e incluso las curan en su totalidad, algunas de ellas son: gonorrea, clamidia, tricomoniasis, sífilis, ladillas (WHO, 2011a).

En aquellas, ITS que son transmitidas por virus, los medicamentos pueden controlar los síntomas y evitar que continúe avanzando la enfermedad pero no se pueden curar, como por ejemplo el Herpes genital (VHG), el Virus del papiloma humano (VPH) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (WHO, 2011a).

A nivel mundial, las ITS ocupan el segundo lugar en morbilidad de las mujeres entre 15 y 44 años, además se calcula que el 25% de los jóvenes sexualmente activos en el mundo tiene alguna ITS y la mitad de los nuevos casos ocurren en adolescentes de 15 a 24 años (Domingo, 2005), 1 de cada 20 adolescentes en el mundo contrae al año alguna de ellas, y constituyen la población más vulnerable por la inmadurez del sistema reproductivo a dicha edad y otros factores mencionados con anterioridad; el mayor número de casos se presenta de 20 a 24 años en muchas de ellas, pero si se calcula el porcentaje de personas infectadas con relación a las personas sexualmente activas

encontraremos que los jóvenes de 15 a 19 años presentan más gonorrea, sífilis, citomegalovirus y clamidias, así como las mayores tasas de hospitalización por enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) (Domingo, 2005; García et al., 2001), ante tal panorama, es de gran importancia realizar trabajo preventivo con los adolescentes y con ello disminuir los riesgos nocivos para su salud sexual.

Al año se calculan 448 millones de nuevos casos a nivel mundial de ITS curables (el 10% de los adultos en edad reproductiva) y el 85% de estos ocurren en países en desarrollo (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, CENSIDA, 1998; WHO, 2011b), de estos nuevos casos, 170 millones presentan tricomonas, 100 millones padecen clamidia, 60 millones gonorrea y 3.5 millones sífilis al año. Asimismo, de las infecciones no curables se han detectado 30 millones de casos de virus del papiloma humano y 20 millones de herpes genital (Domingo, 2005). Otra infección sexual no curable es el VIH/SIDA y se reporta que en el 2009, 33.3 millones vivían con el VIH, 2.6 millones eran personas con nuevas infecciones por el VIH y 1.8 millones fallecieron a causa del SIDA (CENSIDA, 2010).

En el 2010, el número de casos nuevos en México (población general) por ITS fue de: sífilis adquirida 2,000, sífilis congénita 144, gonorrea 1,467, clamidiasis 345, candidiasis 291,266, tricomoniasis 122,523, virus del herpes genital (VHS-2) 2,543, virus del papiloma humano (VPH) 29,461, viviendo con VIH 220,000 y 143,281 casos acumulados de SIDA (CENSIDA, 2010; Dirección general de epidemiología, 2011). Además, en la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ, 2005) se encontró que de la muestra encuestada el 1.6% de los jóvenes han padecido alguna ITS (2% hombres y 1% mujeres), el 11% padeció virus del papiloma humano, 39% gonorrea, 3% hongos, 2.8% infección vaginal y 17% otras ITS, de estos casos detectado solo el 87% siguió un tratamiento.

La información proporcionada expone con claridad que la salud de los adolescentes es un problema de salud pública que para lograr disminuirlo es necesario dotar a los jóvenes de información y acciones preventivas que eviten que formen parte de las estadísticas mencionadas. En los siguientes apartados se describirán los datos epidemiológicos en nuestro país, agente causal, vía de

transmisión, síntomas, tratamiento y consecuencias de cada una de las ITS más comunes entre los adolescentes.

2.1.1.1. Sífilis

Epidemiología:

Sífilis es una enfermedad en la que se ubicaron 1307 casos de sífilis adquirida en el 2007 en el país, con una tasa de incidencia de 1.2 por cada 100,000 habitantes; para el 2009 se encontraron 2191 casos (con una incidencia de 7.48 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) que se redujo para finales del 2010 a 2000 casos (901 hombres y 1099 mujeres) en todo el país; mientras que la sífilis congénita tuvo 91 casos con una tasa de 0.1, para el 2009 se registraron 117 casos que para finales del 2010 aumentó a 144 casos (81 hombres, 63 mujeres) (CENSIDA, 2007; Dirección general de epidemiología, 2011). Se observa que el mayor número de casos reside en sífilis adquirida y en mujeres por lo que es necesario conocer medidas de prevención para evitar su contagio.

Agente causal y vía de transmisión:

Esta enfermedad es transmitida por una bacteria llamada *Treponema pallidum* (García et al., 2001; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006), puede estar por más de 6 años en el cuerpo de la persona y tiene un periodo de incubación de 3 semanas posteriores al contagio (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010). La vía de transmisión de esta infección es por contacto sexual (oral, anal o vaginal), transfusión de sangre y de madre a hijo durante el embarazo a través de la placenta (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá, García y Pérez, 2001).

Síntomas:

La sífilis evoluciona por etapas pero no siempre siguen la misma secuencia, a pesar de que los síntomas suelen desaparecer y dan una sensación de salud, sigue latente la enfermedad y si no es tratada puede llegar a causar la muerte (Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Cuando se presentan síntomas en una persona son los siguientes por etapas:

- Ψ Etapa primaria: se manifiestan a las 3 semanas o 90 días de la infección, se presenta una ulceración sin dolor (chancro) en las zonas genitales, boca, cérvix, labios, senos o ano que duran de cuatro a seis semanas y luego desaparecen pero la bacteria continua en la sangre (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Perpiñá-Cano et al., 2001).
- Ψ Etapa secundaria: De tres a seis semanas aparecen otros síntomas como irritación de la piel que duran de 2 a 6 semanas en palmas de las manos o plantas de los pies, fiebre, dolores de garganta, muscular y de cabeza, manchas en el pecho, espalda, brazos y piernas, inflamación de los ganglios linfáticos en axilas, cuello e ingles, pérdida de peso y del cabello; estos pueden desaparecer sin tratamiento pero la bacteria continua en la sangre (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006).
- Ψ Etapa avanzada: de los dos a diez años, una tercera parte de la población que tiene sífilis presenta daños en el sistema nervioso y cardiovascular (neurosífilis y sífilis cardiovascular), al cerebro u otros órganos, así como artritis, úlcera en la piel y en órganos internos (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006).

Tratamiento y consecuencias:

Esta enfermedad es curable si se detecta a tiempo con exámenes médicos y tratándose con penicilina (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010). Si no se acude al médico y se recibe tratamiento, las consecuencias pueden ser lesiones en el corazón, en el cerebro y médula espinal provocando ceguera, parálisis, demencia e incluso la muerte; además se pueden producir malformaciones en el feto o su muerte (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010).

2.1.1.2. Gonorrea

Epidemiología:

En el 2007 se ubicaron 609 casos en el país de gonorrea con una tasa de incidencia de 0.6 por cada 100,000 habitantes (CENSIDA, 2007); para el 2009 se reportó un aumento de 1001 casos (con una incidencia de 2.84 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y que para finales del 2010 ascendió a 1467 (498 hombres, 969 mujeres) observando que existe mayor probabilidad de contagio de un hombre a una mujer (Dirección general de epidemiología, 2011; Perpiñá-Cano et al., 2001).

Agente causal y vía de trasmisión:

Esta enfermedad es transmitida por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae* (García et al., 2001) y afecta diversas glándulas del aparato urogenital tanto en el hombre como en la mujer. Con frecuencia se le asocia con la Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y el periodo de incubación es de 2 a 10 días posteriores al contagio (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá-Cano et al., 2001). La vía de trasmisión de esta enfermedad es por contacto sexual y de la madre al hijo durante el parto al pasar el producto por el canal vaginal (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez y Klein, 2010).

Síntomas:

La mayoría de las personas no presentan síntomas, pero aquellos que son la excepción presentan los siguientes síntomas (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006): las mujeres, dolores abdominales, sensación de cansancio, leve aumento de la secreción vaginal, flujo purulento, reglas irregulares, dolor al orinar e irritación vaginal; mientras que los hombres presentan dolores en el pene y en el área de la ingle, secreción purulenta de color amarillento por el pene y más tarde verduzca, sensación de ardor, molestia al orinar e inflamación en la uretra (Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010).

Tratamiento y consecuencias:

Esta enfermedad es curable si se diagnostica a tiempo con exámenes médicos de laboratorio, además de que se siga el tratamiento (antibióticos) y se mantenga en vigilancia médica para asegurarse que la enfermedad ha

desaparecido (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá-Cano et al., 2001). Algunas de las consecuencias a aquellos que padecen la enfermedad y no son tratados adecuadamente o ya está avanzada la enfermedad son: esterilidad, artritis, problemas cardiacos y del hígado, meningitis y ceguera total en los hijos (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010).

2.1.1.3. Clamidiasis

Epidemiología:

La Clamidiasis (clamidia) es una enfermedad que a nivel nacional tuvo 276 casos para el 2009 (con una incidencia de 0.58 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y hubo un aumento en el 2010 a 345 casos (112 hombres, 233 mujeres) (Dirección general de epidemiología, 2011; García et al., 2001).

Agente causal y vía de transmisión:

Esta enfermedad es transmitida por una bacteria llamada *Chlamydia trachomatis* y afecta el canal urinario, en las mujeres infecta la cerviz y puede introducirse en las trompas de Falopio y los ovarios, mientras que en hombres infecta los testículos (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Tiene un período de incubación de 1 a 4 semanas y la vía de transmisión es por contacto sexual (oral, anal, vaginal), y de la madre al hijo durante el parto (Rodríguez y Klein, 2010).

Síntomas:

Los síntomas más frecuentes en personas que están infectados por esta enfermedad, son: dolor u ardor al orinar, fiebre, náuseas, dolor abdominal, inflamación de recto o la cervix, flujo vaginal espeso y amarillento, además en las mujeres puede presentarse dolor durante el coito y en hombres hinchazón en los testículos o secreciones del pene (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Rodríguez y Klein, 2010). Cabe señalar que algunas personas no presentan síntomas ni molestia alguna.

Tratamiento y consecuencias:

El diagnóstico de esta enfermedad es difícil por la falta de pruebas disponibles que ofrezcan una sensibilidad alta, esta es una razón por la cual no se

obtienen datos concretos de los casos reportados en el país (Perpiñá-Cano et al., 2001). Sin embargo, es una enfermedad curable y su tratamiento son la aplicación de antibióticos, pero si no se atiende pueden presentarse consecuencias como la esterilidad, embarazo ectópico, EIP y Síndrome de Reiter (infecciones en los ojos, uretritis y artritis) en ambos sexos (Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Rodríguez y Klein, 2010); en mujeres puede afectar el cuello del útero, el útero, las trompas de Falopio, ovarios y uretra; en hombres, artritis e inflamación de testículos; al feto le puede causar infección en los ojos y pulmonía (Rodríguez y Klein, 2010).

2.1.1.4.Candidiasis

Epidemiología:

En el 2009, se presentaron 289,406 casos de candidiasis con una incidencia de 742.34 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años, para el 2010 aumentó a 291,266 casos (8752 hombres, 282,514 mujeres) (Dirección general de epidemiología, 2011; García et al., 2001). Esta enfermedad se caracteriza por colonizar las zonas húmedas y cálidas del organismo, además su crecimiento puede estar motivado por el abuso de antibióticos y anticonceptivos, obesidad, embarazo, diabetes o disminución de las defensas lo que permite que el hongo se extienda (Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010).

Agente causal y vía de transmisión:

Esta enfermedad es la más común de las ITS transmitidas por un hongo (*Candida albicans*) y tiene un periodo de incubación de 2 a 5 días posteriores al contagio y la vía de transmisión es por la ropa, por objetos, así como por contacto sexual (oral, anal, vaginal), además es un hongo que la persona puede tener en el cuerpo sin producir molestias, pero al bajar las defensas del organismo aparece la enfermedad (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010).

Síntomas:

Los síntomas más comunes que en esta infección se presentan en mujeres son irritación, comezón, flujo espeso blanco, dolor en la boca, úlceras vaginales,

inflamación y enrojecimiento de la vagina y la vulva; en hombres picazón, ardor y úlceras sin dolor en el pene (Rodríguez y Klein, 2010).

Tratamiento y consecuencias:

El tratamiento de esta enfermedad es eficaz siempre y cuando se trate a ambos miembros de la pareja para que no haya reinfección y generalmente consiste en medicamentos orales y locales; las consecuencias de no tener el tratamiento adecuado y a tiempo se presentan como problemas en el riñón, en el bazo, en el pulmón y en el cerebro (Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010).

2.1.1.5. Tricomoniasis

Epidemiología:

La tricomoniasis es una infección que a nivel nacional tuvo 127,125 casos en el 2009 (con una incidencia de 323.10 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y hubo un pequeño decremento de casos en el 2010, llegando a 122,523 (3,092 hombres, 119,431 mujeres) (Dirección general de epidemiología, 2011; García et al., 2001).

Agente causal y vía de transmisión:

Es transmitida por un parásito protozoario llamado *Trichomona Vaginalis* que puede sobrevivir unas horas en ropas, sábanas y toallas húmedas, pero la vía de transmisión más frecuente es por contacto sexual y de madre a hijo, además su periodo de incubación es de cuatro a veintiocho días (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez y Klein, 2010).

Síntomas:

Muchos de los individuos que tienen dicha infección no presentan síntomas, pero cuando si llegan a presentarse en las mujeres se detecta secreción vaginal espumosa, amarillenta/verduzca, maloliente, comezón, irritación, se presenta dolor al orinar y durante el coito, se observa inflamación en la vulva y en el área abdominal; mientras que en hombres se manifiesta con secreción o flujo por el pene y comezón (Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006).

Tratamiento y consecuencias:

Esta infección es curable si es detectada y tratada con medicamentos orales y locales a los dos miembros de la pareja de manera simultánea para evitar reinfecciones (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010). Las consecuencias que pueden presentarse son la esterilidad, inflamación en las Trompas de Falopio, prostatitis y vaginitis (Rodríguez y Klein, 2010).

2.1.1.6. Virus del Herpes Genital (VHS-2)**Epidemiología:**

En el 2007 se detectaron 1,056 casos de herpes genital en el país con una tasa de incidencia de 1.0 por cada 100,000 habitantes (CENSIDA, 2007); en el 2009 aumentaron los casos a 2,436 (con una incidencia de 5.19 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y a finales del 2010 aumentaron a 2543 casos (1,301 hombres, 1,242 mujeres) (Dirección general de epidemiología, 2011).

Agente causal y vía de transmisión:

Esta infección se trasmite por un virus llamado *Herpes Simplex (VHS-2)* (García et al., 2001; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006) que afecta la mucosa genital, aunque se puede encontrar en la boca y la faringe y el periodo de incubación es de 3 a 20 días (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez y Klein, 2010). La vía de transmisión de ésta infección es por contacto sexual, oral o anal con ampollas o úlceras abiertas que estén infectadas y de madre a hijo si en ese momento se presenta un brote (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez y Klein, 2010).

Síntomas:

Empieza con una picazón en los genitales seguida de pequeñas ampollas dolorosas que duran de 1 a 3 semanas, cuando las ampollas desaparecen el virus permanece en el organismo por lo que pueden volver a aparecer (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Estas úlceras (vesículas rodeadas de tejido enrojecido) se convierten en llagas húmedas y dolorosas en la vagina, cérvix, pene, ano, nalgas u otras partes del cuerpo, además, se presenta fiebre, dolor de cabeza, inflamación de los ganglios fatiga y sensación de ardor (Conde y Vidales, 2000;

Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Las erupciones repetidas pueden ser ocasionadas por estrés y problemas de salud, por lo que también se recomienda una higiene adecuada evitando tocar las úlceras para evitar que se contagie otra parte del cuerpo (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006).

Tratamiento y consecuencias:

Al individuo que contrae el herpes genital es posible que sus síntomas sean tratados y controlados, además se les administran analgésicos para el dolor; sin embargo, los síntomas que se presentan en el individuo no se curan y quedan como portadores del virus que produce la infección, por ello entre las consecuencias que persisten están el contagiar a otros, presentar recaídas, problemas neurológicos y en una mujer embarazada puede ocurrir que aborte o contagie al feto produciéndole deformaciones (Conde y Vidales, 2000; Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez et al., 2006).

2.1.1.7. Virus del Papiloma Humano (VPH)

Epidemiología:

El VPH está asociado al desarrollo de cáncer cérvico-uterino, que se ha detectado como la segunda causa de muerte en la mujeres mexicanas, que se encuentran entre los 40 y 50 años, sin embargo, es más común el diagnóstico en mujeres de 20 a 30 años (CENSIDA, 2007; López y Lizano, 2006). En el 2007 se ubicaron 9,505 casos de Papiloma Humano en el país con una tasa de incidencia de 9.0 por cada 100,000 habitantes (CENSIDA, 2007), este número de casos aumentó para los siguientes años, en el 2009 con 28,734 (con una incidencia de 50.66 por cada 100,000 habitantes en edades de 15 a 29 años) y a finales del 2010 a 29,461 casos (1236 hombre, 28225 mujeres) (Dirección general de epidemiología, 2011).

Agente causal y vía de trasmisión:

El papiloma humano es causado por un virus llamado *Virus del Papiloma Humano* (VPH) (García et al., 2001) y es también llamado condiloma acuminado o verrugas genitales; tiene un periodo de incubación de 2 a 3 meses (Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010). Existen más de 200 genotipos del virus del

Papiloma Humano pero solo aproximadamente 40 afectan al tracto genital causando una variedad de verrugas y otras condiciones que pueden quedarse en el cuerpo para siempre, aunque la mayoría no son visibles y no presentan síntomas (Bernard, 2005; López y Lizano, 2006; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Los genotipos se dividen en virus de bajo riesgo y los de alto riesgo según sus consecuencias, oncogénicos o no oncogénicos, en la tabla 2.1 se muestra esta clasificación.

Tabla 2.1. Tipos de VPH según el riesgo

Tipos de alto riesgo (oncogénicos o asociados con el cáncer)	Tipos de bajo riesgo (no oncogénicos)
Tipos comunes: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82	Tipos comunes: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81
Pueden encontrarse asociados con cánceres invasivos de cuello uterino, vulva, pene o ano (así como otros sitios).	Estos pueden causar cambios benignos o de bajo grado en las células cérvico-uterinas y verrugas genitales, pero rara vez aparecen en asociación con cánceres invasivos.
<ul style="list-style-type: none"> • El VPH 16 es el tipo de alto riesgo más común, y se encuentra en casi la mitad de todos los cánceres de cuello uterino y en mujeres sin cáncer. • El VPH 18 es otro virus de alto riesgo común, el cual se puede encontrar en lesiones escamosas y glandulares del cuello uterino y que representa entre un 10% y un 12% de los cánceres de cuello uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • El VPH 6 y el VPH 11 son los virus de bajo riesgo que se encuentran con mayor frecuencia en las verrugas genitales.
Cada uno de los tipos de VPH 31, 33, 45, 52 y 58 representa entre un 2% y un 4% de los cánceres. Cada uno de los otros tipos de alto riesgo representa un 1% o menos de los cánceres.	

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2007, p.2).

La vía de transmisión de esta infección es por contacto sexual, inoculación y de madre al feto (Palazón y Nadal, 2009; Perpiñá-Cano et al., 2001).

Síntomas:

EL VPH puede que sea una infección asintomática, sin embargo, en muchos casos presentan verrugas genitales suaves al tacto (forma de coliflor y algunas veces pican) que aparecen de 2 a 3 semanas después de la infección y

que sin tratamiento pueden crecer tanto que bloquean la entrada a la vagina, el ano o la garganta (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). En mujeres aparecen en los labios menores o mayores, en la vagina o el útero, además, puede acelerarse su crecimiento durante el embarazo o en presencia de otras infecciones, mientras que en hombres pueden no crecer verrugas o ser diminutas en la zona del glande, por debajo del prepucio y en el escroto (Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006).

Para detectar si una persona tiene la infección es importante que se haga estudios médicos que lo comprueben como la citología vaginal (Papanicolaou) y la penescopia (Perpiñá-Cano et al., 2001), sin embargo, esta infección no es curable y puede provocar cáncer del útero e incluso la muerte, además se presentan verrugas genitales y lesiones en el cuello del útero (Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez y Klein, 2010). Asimismo, el tratamiento está destinado a eliminar las verrugas con ello, la destrucción del condiloma puede facilitar a la acción inmunitaria para eliminar el virus restante, esto puede ocurrir con cirugías, y pomadas; como la infección no es curable se recomienda realizar medidas preventivas como la aplicación de una vacuna a mujeres de 6 a 26 años (Perpiñá-Cano et al., 2001; Rodríguez y Klein, 2010).

2.1.2. VIH/SIDA

2.1.2.1. Epidemiología:

Otra infección que se puede transmitir sexualmente y de gravedad, sin importar raza, sexo, religión o edad, es el VIH/SIDA debido a ser contagiosa, incurable y mortal.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2010) reporta que en México, en el 2009, ocupó el segundo lugar en países de América Latina con 220,000 personas viviendo con VIH y 3 ó 4 personas de 15 a 49 años de edad por cada mil pudieron ser portadoras del VIH. Para el 2010, se diagnosticaron 899 hombres y 249 mujeres con SIDA en el rango de edad de 15 a 29 años, la transmisión del VIH/SIDA en este mismo año fue en un 97.1% por contacto sexual (relación homosexual 41.3%, bisexual 23.3% y heterosexual

34.3%), un 1.6% por vía perinatal (transmisión vertical) y un 1.3% por uso de drogas inyectables (UDI) que ha aumentado su frecuencia (CENSIDA, 2010; CENSIDA, 2012). Para el 2012, se estimaron que 170,000 personas vivían con VIH y se diagnosticaron 5,483 casos nuevos de SIDA, la transmisión del VIH/SIDA en este mismo año fue en un 96.7% por contacto sexual, un 1.2% por vía perinatal (transmisión vertical) y un 2.1% por uso de drogas inyectables (UDI) (CENSIDA, 2013). Cabe mencionar que no se ha reportado, en los últimos años, la trasfusión de sangre o trasplantes de órganos como tipo de transmisión debido a las medidas de salud que se han tenido para prevenir el contagio de VIH/SIDA, un ejemplo de ello es el análisis en bancos de sangre antes de realizar trasfusiones (CENSIDA, 2006).

2.1.2.2. Agente causal y vías de transmisión

El término SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su agente causal es el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y ataca al sistema inmunológico, aunque los primeros síntomas aparecen después de 6 a 10 años del contagio (García et al., 2001). El VIH se trasmite por tres vías (Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000a; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006):

- Ψ Transmisión sexual (vaginal, oral, anal) en el cual se intercambien secreciones vaginales, semen o sangre que estén infectados por el virus. Puede darse el caso que las personas no infectan a otras por la baja presencia del virus en las secreciones.
- Ψ Transmisión por vía sanguínea incluye todo tipo de contacto con la sangre infectada: trasfusiones de sangre, jeringas u objetos punzocortantes que lesionen la piel de una persona infectada a una sana.
- Ψ Transmisión de madre-hijo: la madre portadora puede contagiar al feto durante el embarazo, parto o lactancia, sin embargo, los avances científicos reducen el riesgo por esta vía.

El VIH vive en los fluidos del cuerpo humano (sangre, semen, entre otros) y fuera de él sobrevive por unas horas, cuando el virus es contraído por una persona se concentra en algunos fluidos más que en otros y esto hace mayor su transmisión, la mayor concentración está en la sangre, en menor medida en el semen (hombres) o en el flujo vaginal (mujeres), y en mucho menos en la leche materna (Bianco y Re, 2007a; Correa et al., 2003). Los demás fluidos corporales (lágrimas, transpiración, entre otros) pueden tener el virus, sin embargo, la concentración es tan pequeña que no se logra transmitir a otras personas (Bianco y Re, 2007a).

2.1.2.3. Curso natural de la enfermedad y síntomas

La entrada de virus al organismo desencadena su replicación en el sistema linfático y en casi todo el cuerpo, infectando a las células con receptor CD4, en especial de los linfocitos (glóbulos blancos) y los monocitos-macrófagos, además a consecuencia de la replicación viral dentro de ellos se presenta una depleción (se secan) lenta y progresivamente (Lamotte, 2004; Secretaria de Salud 2009).

La infección primaria o aguda: ocurre de cuatro a seis semanas después del ingreso del virus al organismo, de entre 50 y 70% de las personas, presenta síntomas como fatiga, fiebre, dolor de cabeza, rigidez o dolor muscular, dolor de garganta, inflamación de los ganglios linfáticos (adenopatías), erupción cutánea grave (exantema), pérdida de apetito, gripe y faringitis, síntomas que de igual manera se presentan con otras enfermedades y que pueden desaparecer un tiempo después; además, existe una disminución de linfocitos CD4 provocando una inmunodepresión que favorece la entrada de infecciones oportunistas (Medline Plus, 2011; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Secretaria de Salud, 2009).

Infección asintomática: Es la etapa en la cual no se presentan síntomas y existe un deterioro lento al sistema inmunitario; esta fase depende de cada individuo según la replicación del virus, sin embargo, esto no excluye que una persona pueda seguir contagiando a los demás (Medline Plus, 2011 ; Secretaria de Salud, 2009).

El estadio intermedio: La mayoría de las personas presentan síntomas en el cual se observa mayor frecuencia de infecciones herpéticas (virus del herpes simple- VHS, virus de la varicela zoster- VVZ), infecciones bacterianas (sinusitis, bronquitis y neumonía) por tuberculosis, candidiasis recurrente (oral y vaginal) entre otros, además, pérdida de peso, fiebre, diarrea y aparece sarcoma de Kaposi (tumor mucocutáneo) (Medline Plus, 2011; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Secretaria de Salud, 2009).

El estadio tardío (SIDA): Es en la fase en donde existe un desarrollo de infecciones oportunistas que aprovechan la debilidad del organismo para hacer algunas lesiones (Conde y Vidales, 2000), hay un incremento de la actividad replicativa viral, la ausencia de anticuerpos, la presencia de neoplasias y trastornos neurológicos (Lamotte, 2004; Secretaria de Salud, 2009). La evolución natural de la enfermedad de las personas alcanza esta fase con supervivencia inferior de entre 15 y 30% a tres años (Medline Plus, 2011; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Secretaria de Salud, 2009).

Algunas personas que tienen el virus pueden aparentar estar bien, sin embargo, esta infección es incurable. Por lo antes expuesto, es importante dar a conocer cómo evitar el contagio por VIH pero también de las otras ITS, por tanto, en el siguiente apartado se mencionarán la manera de prevenirlas.

2.1.2.4. Prevención de las ITS y VIH/SIDA

Las ITS pueden provocar esterilidad, embarazo ectópico, cáncer genital, y hasta la muerte, por ello es importante su prevención (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Las personas que sospechan tener una ITS o VIH/SIDA pueden acudir a un médico general, con especialistas (ginecólogo o urólogo) o diversas organizaciones no gubernamentales que les darán un diagnóstico confiable sobre si se tiene o no alguna ITS o el VIH/SIDA, y en caso de tener alguna, les señalarán cuales son las medidas para curarla o disminuir los síntomas venideros (Conde y Vidales, 2000).

Por ello, es de suma importancia saber cómo prevenir las ITS y/o VIH/SIDA, así como, evitar la problemática a la salud integral del individuo, algunas

sugerencias se enuncian a continuación (CENSIDA, s.f.; Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006):

- Ψ Tener una sola pareja sexual.
- Ψ Usar correctamente y durante todas las relaciones sexuales el condón (sexo protegido), pues es el único método que previene tanto el VIH como algunas ITS, y el embarazo.
- Ψ Sexo seguro que implica que la pareja solo emplee besos, caricias, juegos sexuales sin penetración para lograr el orgasmo, se puede recurrir a esta práctica cuando no se disponga del condón.
- Ψ Practicar la abstinencia sexual o bien evitar cualquier tipo de contacto sexual con una persona que tenga alguna ITS y/o VIH/SIDA.
- Ψ Evitar el uso de alcohol o sustancias que limiten el control de las acciones y de las medidas de prevención.
- Ψ Conocer e identificar los signos y síntomas de las ITS y/o VIH/SIDA.
- Ψ Buscar atención médica oportuna ante cualquier indicio de estar contagiados.
- Ψ Evitar relaciones sexuales cuando se detecte algún síntoma en la pareja.
- Ψ No confiarse de lo saludable o limpio que pueda estar una persona, puede estar infectada sin saberlo, por ello, observar si presenta úlceras, huele mal o tiene irritada la piel o el órgano sexual.
- Ψ Que la pareja se realice un chequeo médico.
- Ψ Mantenerse informado sobre su sexualidad, en ausencia de vacunas efectivas la educación puede generar cambios en las conductas que lleven a las enfermedades.

Estas medidas son simples y son situaciones que se pueden realizar, sin embargo, por creer que no pasará nada, que “a mí no me pasará”, se dejan de lado las conductas preventivas como el uso correcto y constante del condón que previene otro problema grave en la adolescencia, los embarazos no deseados, el cual se retomará en el siguiente apartado.

2.1.3. Embarazo no deseado en la adolescencia

El embarazo no deseado es un tema de suma importancia por lo que implica para los padres adolescentes y para el propio niño, aunado a los cambios de tipo hormonal, psicológico, físicos y sociales que se experimentan en la adolescencia, y las creencias en algunos mitos sexuales aumentan la probabilidad de relaciones sexuales sin protección (uso correcto del condón y de métodos anticonceptivos), propiciando así que este tema sea multifactorial y que sus consecuencias repercutan a diferentes niveles, los cuales se comentarán más adelante las consecuencias que más adelante se demuestran.

Cada año, 14 millones adolescentes (10% del total de nacimientos) dan a luz en el mundo, mientras que en América Latina los nacimientos entre las adolescentes representa entre el 15 y 20% de total de nacimientos de los cuales el 70% son no planeados y aproximadamente el 40% de las mujeres tienen hijos antes de los 20 (GIRE, 2011; Palazón y Nadal, 2009).

En México, se estima que el 23% del total de embarazos son de adolescentes entre 15 y 19 años de estos, más del 60% son no deseados (CENSIDA, s.f.), asimismo, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2006) señala que el número de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años fue de 366 mil, y por otro lado, la tasa de embarazo es de 79 por cada mil mujeres (ENSANUT, 2006); sin embargo, el número debe ser más alto por aquellas que tuvieron un aborto espontáneo o inducido, aunque un gran porcentaje de las madres adolescentes afirman que a pesar de que su embarazo no fue planeado aceptan la maternidad y son deseados (GIRE, 2011); en esta sección se hablará sobre este tema.

2.1.3.1. El embarazo y embarazo no deseado

Para abordarlo con mayor profundidad se debe comenzar por establecer la definición de embarazo, siendo este el estado en el que se encuentra una mujer cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide y da origen a un nuevo ser (Infante y Hernández, 2001). La maternidad y la paternidad, independientemente de la edad, implica la responsabilidad de crianza y de cumplir las necesidades del

niño (Conde y Vidales, 2000), por ello, el embarazo debería ser una decisión libre y planeada ya que trae consigo grandes consecuencias físicas, económicas, sociales y emocionales para los involucrados (De la Barreda, 2000a; De la Barreda, 2000b).

El que ocurran estas consecuencias en el embarazo, en especial en la adolescencia hace que estos sean considerados como embarazos no deseados, en la mayoría de los casos, ya que se pueden definir como el estado en el que se encuentra una mujer o la pareja en donde no hay el deseo de concebir, ya que no se planeó con anticipación, ocurre de improviso, no se tuvo las medidas necesarias para prevenirlo y además no se cuenta ni con la madurez ni con las posibilidades económicas, afectivas y sociales para afrontar dicha responsabilidad (CENSIDA, s.f.; Conde y Vidales, 2000; Feinholz y Ávila, 1996).

2.1.3.2. Causas

Existen diversos factores para que ocurra un embarazo no deseado en los adolescentes, por ejemplo la presión de los coetáneos para ser sexualmente activos y el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, León, Minassian, Borgoño y Bustamante (2008) los agrupan de la siguiente manera:

Ψ Factores de riesgo individuales: Son aspectos de la persona como la menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia, la poca habilidad de planificación familiar, adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad.

Ψ Factores de riesgo familiares: Son aspectos como la disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Ψ Factores de riesgo sociales: Son aquellos aspectos que están ajenos a la persona como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Conde y Vidales (2000) al igual que CENSIDA (s.f.) sugieren otras causas que están asociadas a este problema de salud en los jóvenes:

- Ψ La urgencia para satisfacer los deseos sexuales.
- Ψ Falta de reflexión de lo que implica la maternidad y la paternidad.
- Ψ Tomar a la ligera la decisión de tener relaciones sexuales sin tener la responsabilidad de enfrentar las consecuencias.
- Ψ No se planean las relaciones sexuales.
- Ψ Violaciones.
- Ψ Falta de información clara y precisa sobre la sexualidad y uso correcto de métodos anticonceptivos.
- Ψ Uso inconstante (no se usa en todas las relaciones sexuales), incorrecto (no se usa en toda la relación sexual ni se cuidan los pasos que se deben seguir) del condón, desplazamiento y ruptura del mismo.

La falta de constancia del uso del condón puede deberse a circunstancias económicas, culturales y/o psicológicas, su uso incorrecto se puede deber a la falta de habilidad para manejar el condón o simplemente no saber hacerlo. El desplazamiento y/o ruptura puede deberse a errores que ocurren al colocarlo y puede perderse la confianza al condón (CENSIDA, s.f.).

Estos puntos hacen que se llegue a la conclusión de que la información es importante para poder prevenir un embarazo no deseado, el conocimiento de cómo cuidarse ayuda a evitar consecuencias negativas que trae consigo los embarazos no deseados, aspecto que se aborda a continuación.

2.1.3.3. Consecuencias

Los adolescentes que tienen un embarazo a temprana edad comprometen su desarrollo y se les presentan consecuencias que perdurarán en su vida como adultos y pueden ser las siguientes:

Físicas: Implica un riesgo para la salud de la adolescente debido a que su cuerpo aún no está preparado para tener hijos sin complicaciones, existen mayores riesgos de abortos, toxemia (envenenamiento por desechos del hijo),

infecciones uterinas, anemia y hemorragias, además de complicaciones y/o muerte durante el parto, parto prematuro, el bebé en gestación puede nacer con bajo peso, es más propenso a tener enfermedades, malformaciones congénitas o deficiencia física y mental, además de tener una gran probabilidad de muerte durante la lactancia y además de abortos espontáneos (Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000a; De la Barreda, 2000b; León et al., 2008; Palazón y Nadal, 2009).

Económicas: Una pareja o un miembro de ella que decide tener al bebé tiene gastos económicos como el lugar en donde vivir, alimentos y vestido, las necesidades básicas de la madre: gastos médicos durante el embarazo y el parto (medicinas, hospital, suplementos alimenticios...) entre otros y del bebé como son: objetos de limpieza, pañales, medicinas, pediatra, educación, entre otras (De la Barreda, 2000a; De la Barreda, 2000b).

Sociales: Matrimonio forzado o anticipado, abandono de los estudios, rechazo de la familia y amigos, menores probabilidades de encontrar trabajo, reducción de posibilidades de seguir estudiando, algunos padres de los adolescentes toman el papel de padres de sus nietos, la diferencia generacional afecta a la crianza de los niños y/o los adolescentes que toman la responsabilidad deben criar a los hijos, atenderlos, de darles lo mejor posible teniendo presentes además las consecuencias físicas, económicas, emocionales y psicológicas que conlleva un embarazo (Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000a; De la Barreda, 2000b; Palazón y Nadal, 2009).

Emocionales y psicológicos: Muchas adolescentes no cuentan con el apoyo económico ni emocional de su pareja debido a que estos evaden su responsabilidad como padres, o bien es insuficiente, lo cual causa depresión, estrés, angustia, temor, culpa, rechazo y/o maltrato, frustración, y las inquietudes que llegan a pensar por la forma tan radical en que cambiará su vida; además se sabe que los adolescentes no están capacitados para tener la responsabilidad de su propia vida y mucho menos de otra tomando decisiones por su cuenta (Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000a; De la Barreda, 2000b; Palazón y Nadal, 2009).

2.1.3.4.Prevencción

Conociendo las consecuencias que trae un embarazo no deseado en los adolescentes, se sabe que es un tema de suma importancia que se puede y debe prevenir. Algunas de las acciones que se puede tomar ante dicho problema son (CENSIDA, s.f.; Conde y Vidales, 2000):

- Ψ Abstinencia: evitar tener relaciones sexuales.
- Ψ Tener información válida, certera y confiable sobre la sexualidad, métodos anticonceptivos, ITS y los riesgos de un embarazo no deseado.
- Ψ Tener información práctica de donde obtener anticonceptivos y como utilizarlos.
- Ψ Uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos, principalmente del condón ya sea masculino o femenino, pues además previene de ITS y VIH/SIDA.
- Ψ Contar con la orientación de un adulto de confianza.
- Ψ Tener claro el proyecto de vida y comprender el impacto que pueda tener un embarazo no deseado en la vida y la responsabilidad de ello.

Además, dar información sexual a los adolescentes es una medida la cual permitirá que, teniendo conocimiento sobre ello, tomen la decisión que les favorezca; por otra parte, la responsabilidad de esta tarea se puede compartir entre los padres de familia y los profesores en la escuela ya que se verán reforzados por el sentido que se le dé a la sexualidad y los valores personales que cada uno ya tiene (Conde y Vidales, 2000).

Otra forma de poder prevenirlo es diseñar estrategias para mayor acceso a los métodos anticonceptivos y aprender a cómo utilizarlos (CENSIDA, s.f.; Conde y Vidales, 2000). Los métodos anticonceptivos son una buena opción para prevenir y evitar la concepción en forma temporal o permanente sin prescindir del placer sexual de un individuo, lo cual lo hace una estrategia para poder prevenir los embarazos no deseados a través de la educación sexual que señalarán las ventajas y desventajas, así como el uso correcto de cada uno para el buen

funcionamiento y lograr el objetivo por el que fueron diseñados; hecho que es una decisión personal y de la pareja (Rojo-Botello, 2006).

A través de los años, los métodos anticonceptivos y el condón han tenido una mayor aceptación y sustento científico que permite dejar a un lado los prejuicios de su uso, la inducción de estos a tener relaciones sexuales a temprana edad. Sin embargo, la información clara y precisa sobre ellos permite la decisión de utilizarlos y de cómo reducir sus riesgos de acuerdo a su proyecto de vida (Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000a). Por ello, en la tabla 2.2 se mencionan algunos de ellos y su nivel de seguridad.

Tabla 2.2. Seguridad en prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA de algunos métodos anticonceptivos retomada de Correa et al. (2003, p. 89)

Método anticonceptivo	Prevención del embarazo		Prevención de ITS y VIH/SIDA
	Más seguros	Poco seguros	
Abstinencia periódica o método del ritmo		X	NO
Espermicidas (solos)		X	NO
Diafragma (con espermicida)	X		NO
T de cobre/DIU o espiral	X		NO
Anticonceptivos hormonales:			
- pastillas	X		NO
- inyecciones	X		NO
Coito interrumpido		X	NO
Método de lactancia amenorrea (MELA)		X	NO
Preservativo masculino	X		SI
Preservativo femenino	X		SI

Fuente: Elaboración propia con base en Conde y Vidales (2000) y De la Barreda (2000a)

Con dicha información se puede ampliar el conocimiento de los individuos para evitar un embarazo, el cual puede ocurrirle a cualquier persona sin importar su raza, situación económica y cultural.

Aparte de dichas consecuencias y a pesar de las formas de prevención, algunas de las adolescentes que tienen un embarazo no deseado pueden ser forzadas o inducidas a interrumpir el embarazo por parte de los padres e incluso

de su pareja lo cual puede causar consecuencias aún más graves a las jóvenes y/o al feto, tema que se abordará en el siguiente apartado.

2.1.4. Aborto

Se ha revisado lo que es un embarazo no deseado y lo que implica, sin embargo, muchas parejas deciden no culminarlo trayendo consigo otras consecuencias para los involucrados.

Al estar en un rango de edad temprana, algunas jóvenes con embarazo no deseado recurren a practicarse abortos inducidos. En el mundo, aproximadamente 46 millones de mujeres cada año deciden abortar, de esta cantidad el 78 % ocurre en los países en desarrollo y el 22 % se presentan en los países desarrollados (Faneite, Amato, Rodríguez, Faneite, Rodríguez y Rivera 2007). En México en el 2006 se estimaron 874,747 abortos (GIRE, 2006), aunque es difícil establecer con precisión una cifra exacta ya que algunas de ellas se lo practican en lugares clandestinos y/o mueren en el proceso. En el país no hay estudios que indiquen que tipo de mujeres abortan ya que se da en todos los estratos sociales (zonas rural y urbana, clases alta, media y baja, profesionistas, amas de casa, entre otras) y que tienen una única finalidad común, terminar con su embarazo (GIRE, 2005a).

2.1.4.1.El aborto y sus implicaciones

El aborto, según la Organización Mundial de la Salud, se divide en tres tipos (GIRE, 2005a):

1. **Aborto espontáneo:** Es la pérdida del embarazo antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero materno (antes de las 22 semanas de gestación) y sea viable. Es como lo indica su nombre de una manera inesperada y sin la intervención humana.

2. **Aborto inducido:** Es el proceso mediante el cual hay intervención humana con el fin de interrumpir el embarazo antes de que el feto sea viable.

3. **Aborto inseguro:** Es el procedimiento que se lleva a cabo por personas que carecen del conocimiento necesario, en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o en ambos casos.

Estas definiciones son fundamentales para entender al aborto como una irrupción del embarazo pero en dos circunstancias diferentes, siendo con o sin intervención humana, el tercer tipo de aborto es, de igual manera, con intervención humana pero en condiciones de riesgo para la salud de la persona que se lo realiza (GIRE, 2005a). Este último depende de algunas condiciones que propician que aumente la probabilidad de tener consecuencias permanentes o bien la muerte al realizarlo, como en individuos con pocos recursos económicos y acuden con aquellas personas que no están capacitadas para realizar un aborto en lugares inseguros y poco propicios para ello, pero que el costo económico es mucho menor (GIRE, 2005a). El riesgo que existe el practicarse un aborto se muestra en el siguiente apartado.

2.1.4.2.Causas

Una mujer o incluso la pareja que decide abortar retoman los aspectos personales y sociales en los que está envuelto, lo que dejarán de hacer y sus planes truncados, así algunos de los motivos para abortar son (Espinoza y López-Carrillo, 2003; GIRE, 2005e):

1. Conservar el empleo
2. Seguir estudiando sin alterar su proyecto de vida
3. Posponer la decisión de una posible maternidad - paternidad
4. Peligro de la vida o de la salud de la madre, cuando el embarazo implica un riesgo
5. Problemas congénitos que afecten al feto
6. Evitar el nacimiento del producto de una violación sexual o incesto
7. Problemas de salud de la madre
8. Actitud de la familia y/o de la pareja hacia el embarazo.

Entre estas causas y otras más que son relevantes para cada una de las mujeres que deciden abortar demuestran lo amplio que puede llegar a ser este

problema, no solo para ellas sino para la pareja y para la familia. Para disminuir el efecto en la población hay que abordar cada uno de estos puntos en cada caso particular y así poder prevenir las consecuencias futuras.

2.1.4.3. Consecuencias

A continuación se revisarán algunas de las consecuencias físicas y psico-emocionales en las mujeres que se practican el aborto:

Físicas:

La interrupción de un embarazo puede traer consigo complicaciones que pueden poner en riesgo la salud y hasta la vida de las mujeres que deciden hacerse un aborto (clandestino y/o con una persona capacitada) hasta las que tienen un aborto espontáneo, aunque en un aborto inseguro se tiene mayor riesgo que en los demás tipos (GIRE, 2005d).

Las mujeres que han tenido un aborto, en los días siguientes pueden presentar las siguientes “señales de peligro”: fiebre, escalofríos, dolores musculares, cansancio, debilidad o letargo, dolor abdominal o pélvico, cólicos y/o dolor de espalda, sensibilidad a la presión en el abdomen, hemorragia prolongada o abundante (en algunos casos acompañada de pulso acelerado, piel sudorosa, húmeda, desmayo y mareo), flujo vaginal fétido y demora en la reanudación de los periodos menstruales de 6 semanas o más (GIRE, 2005c). Por ello, es importante hacerse una revisión a los 15 días después del aborto para evitar las consecuencias que se describirán a continuación:

1. **Infecciones:** Es causada por la entrada de ciertas bacterias al útero. Una infección no atendida puede provocar enfermedades graves, esterilidad e incluso la muerte (GIRE, 2005d; Langer-Glas, 2002).

2. **Retención de tejido:** Pueden quedarse restos de tejido ovular en el interior del útero. Se debe buscar atención médica para remover el tejido puesto que en este pueden crecer bacterias e infecciones (GIRE, 2005d).

3. **Hemorragias:** Es normal que se presente sangrado después de un aborto: un sangrado escaso que aumenta poco a poco, un sangrado moderado similar a un periodo menstrual hasta por 6 semanas y un sangrado más abundante

que el de un periodo menstrual de 3 ó 4 semanas, se debe ir con un médico para su valoración en cualquier caso (GIRE, 2005d; Langer-Glas, 2002).

4. Lesiones intra-abdominales (perforación del útero y lesiones cervicales): Debido a que éstas son lesiones internas no hay probabilidad de que la persona pueda saber si la tiene o no a simple vista. La perforación del útero ocurre cuando un instrumento quirúrgico lo atraviesa, este se recupera con frecuencia sin necesidad de tratamiento, pero cuando es una lesión grave se necesita intervención quirúrgica. Las lesiones cervicales pueden presentarse por fuertes contracciones uterinas y deben suturarse para evitar problemas en embarazos posteriores (GIRE, 2005d).

5. Reacciones tóxicas a las sustancias o medicamentos utilizados para inducir el aborto: Para aquellas personas que han ingerido hierbas, medicamentos o drogas para provocar el aborto pueden presentarse serias complicaciones tóxicas ya que la mayor parte de las drogas y preparados abortivos no proporcionan una interrupción del embarazo confiable, y con frecuencia pueden provocar intoxicación y hasta envenenamiento (GIRE, 2005d).

6. Continuación del embarazo. Puede ocurrir que el embarazo continúe a pesar del o de los intentos por interrumpirlo debido a que solo se remueve parte del tejido, hay que continuar hasta eliminarlo por completo (GIRE, 2005d).

7. Infertilidad: las mujeres que abortan pueden tener, a largo plazo, esterilidad debido al daño a la vagina y a las posibles infecciones y/o hemorragias (Langer-Glas, 2002).

8. Muerte de la madre: puede provocar que la madre muera al practicarse el aborto (Langer-Glas, 2002).

Psico-emocionales:

Ya se han visto las consecuencias físicas y las alertas que se pueden tener después de un aborto, pero otro aspecto que es importante para una persona es lo psicológico y emocional. Si bien una persona reacciona de diversas maneras frente a una misma situación, una mujer que ha experimentado un aborto inducido puede experimentar sentimientos positivos, negativos u ambos (GIRE, 2005e), por

ejemplo algunas sentirán alivio al no tener que cargar con dicha responsabilidad, sentir culpa por haber “asesinado” a su hijo o bien sentir culpa por el alivio que pudieran sentir. La sociedad marca qué se debe sentir en determinadas circunstancias, además sanciona y marca a las mujeres que recurren al aborto (GIRE, 2005e; Langer-Glas, 2002).

Asimismo, en las mujeres que tienen un aborto inducido se puede presentar tristeza, ansiedad, sentimiento de pérdida, si la decisión se presentó en condiciones difíciles, por ejemplo, la pérdida de la pareja, así como, depresión profunda y a esto se llama “trauma post aborto”, pero en muchas ocasiones no es por el hecho en sí, sino por las condiciones en las que se llevó a cabo (GIRE, 2005e).

La información adecuada y su fácil acceso, una orientación que les permita abrir su panorama en todos los sentidos de su vida como madre, como mujer y en los demás contextos, el acceso a los servicios médicos de calidad y por último, y no menos importante, la comprensión y el apoyo de la pareja, familia y personas importantes para la mujer, son elementos que la ayudarán positivamente a afrontar esta situación si es que ella tomó la decisión o si la tomaron por ella (GIRE, 2005e).

2.1.4.4. Prevención

El prejuicio que tienen aún muchos mexicanos sobre la práctica del aborto se ve reducido con el pasar de los años y se ve una mayor tolerancia hacia ello, mientras mayor sea la población con información clara y precisa sobre estos temas aumentarán las acciones preventivas para disminuir sus incidencias y sus complicaciones (Espinoza y López-Carrillo, 2003).

Los adolescentes son una población vulnerable ante las consecuencias negativas de los abortos por lo que se deben implementar acciones de prevención que reduzcan las conductas de riesgo. Una de ellas es la prevención primaria que incluye la información clara, correcta y completa sobre la sexualidad, el sexo seguro (condón), sexo protegido y la abstinencia, que está enfocada a las

adolescentes que aún no han tenido un embarazo y que pueden evitar las consecuencias antes señaladas (Espinoza y López-Carrillo, 2003).

En la prevención secundaria, se deben enfocar los esfuerzos hacia mejorar los servicios de salud para que las mujeres que necesiten practicarse el aborto legal sea con métodos modernos que reduzcan las consecuencias negativas y la mortalidad en mujeres (Espinoza y López-Carrillo, 2003).

Para ambas medidas de prevención se necesita ampliar la información que se tiene sobre el tema, tanto en los profesionistas de la salud como en la población en general, ya que se sabe que el conocimiento adecuado permite que los individuos, incluyendo a los adolescentes puedan tomar decisiones, sin ninguna presión por parte de sus coetáneos o adultos que influyan en su vida cotidiana, permitiendo así ejercer su sexualidad de manera responsable saludable y satisfactoria (Correa et al., 2003).

Los responsables de los sistemas de salud, los padres de familia, y los profesores en sus diferentes niveles educativos son algunas de las personas que influyen en la educación y salud de los adolescentes, asimismo son aquellos que deben promover la prevención de la problemática de salud sexual revisada en este capítulo (abortos, embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA) por las consecuencias negativas que pueda tener en la salud; esto puede lograrse si se elaboran diversas estrategias para proporcionar orientación y apoyo con información clara, precisa y completa a los adolescentes sobre estos temas, el proporcionar servicios de salud de buena calidad y accesibles a la población que lo requiera, entre otras medidas para reducir las conductas de riesgo que influyen en dicha problemática (Espinoza y López-Carrillo, 2003).

3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SUS MODELOS DE INTERVENCIÓN

Los problemas de salud pública que existen en el país justifican que la psicología de la salud prevenga enfermedades y promocióne la salud. Con base en dicho objetivo, se ha mencionado que los adolescentes realizan conductas de riesgo y traen consigo consecuencias negativas (embarazos no deseados, abortos, ITS y/o VIH/SIDA), por lo que han surgido modelos y teorías que tratan de darle explicación y favorecer a las conductas preventivas (Marks, 1995; Matarazzo, 1982; Carrobles, 1993; Godoy, 1999)

Por ello, se comenzará con los aspectos relevantes de la psicología de la salud como son su definición, sus objetivos y los niveles de prevención. Se proseguirá con la descripción de algunos de los modelos empleados en el área de la salud como son el modelo de Creencias de Salud (MCS, Becker y Miam, 1975; citado en Moreno, García, Rodríguez y Díaz, 2007), Teoría de Acción Razonada (TAR, Fishbein y Ajzen, 1967; citado en Moreno et al., 2007), Teoría de la Conducta Planeada (Fishbein y Ajzen; citado en Carpi, Brevia y Palmero, 2005), Modelo Transteórico o Etapas de Cambio (MT, Prochaska y Diclmente, 1982; citado en Moreno et. al, 2007) y finalmente el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, Fisher y Fisher, 1992), modelo que se tomará de base para este trabajo.

3.1. *Psicología de la salud*

Los problemas de salud sexual pública que aquejan a los adolescentes (ITS, VIH/SIDA, entre otras) son de interés nacional debido a que una gran parte de ellos los padecen y esto provoca que tanto la familia como el gobierno destinen recursos para el tratamiento, lo que reduce la posibilidad de que otros sectores de la población sea beneficiada al realizar otros proyectos (Rodríguez et al., 2006; Castañeda-Sánchez, Rocha- Díaz y Ramos, 2008; Navarro, 1997; Centro de Estudios para la Preparación y Evaluación Socioeconómica de Proyectos [CEPEP], 2009; Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo

Social [CONEVAL], 2010). Por ello, es relevante para los profesionales tratar de explicar los factores que influyen directamente en el problema y así destinar los recursos en su prevención (Rodríguez et al., 2006; Castañeda-Sánchez et al., 2008).

Dentro de la psicología de la salud se han abierto espacios de análisis, intervención e investigación logrando grandes avances en la construcción de propuestas teóricas y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para explicar las conductas para el mantenimiento de la salud (Gómez, 2007; Ortiz y Ortiz, 2007). Este campo es multidisciplinario ya que el psicólogo de la salud colabora con otros profesionales como médicos, sociólogos, antropólogos entre otros, y su trabajo permite abarcar más aspectos fundamentales y la interacción entre las áreas, tomando a la conducta como un medio para controlar enfermedades que aquejan a la sociedad (Anguiano, 2006).

3.1.1. Definición de Psicología de la salud

Para este propósito, es necesario conocer algunas definiciones que existen sobre el campo de la psicología de la salud, esto permitirá comprender su importancia, sus puntos relevantes y alcances en la sociedad. La propuesta por Marks (1995, citado en Gómez, 2007) define a la psicología de la salud como aquella que trabaja con problemas de la salud, así como en su cuidado, su promoción, mantenimiento y restauración.

Matarazzo (1982, citado en Gómez, 2007), por su parte, la consideró como un conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales que tienen como objetivos el diagnóstico de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas, la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, además del análisis y mejora del sistema sanitario.

Ahora bien, Carrobbles (1993, citado en Gómez, 2007) plantea que este es un campo de especialización que tiene su interés en el ámbito de los problemas de salud y enfatiza la importancia de la conducta en la determinación de las enfermedades. Para dicho autor, este campo tiene como principal función el

prevenir la ocurrencia de los mismos, o bien, tratar o rehabilitar si ya están presentes, utilizando para ello los principios, la metodología y los conocimientos de la psicología científica, así como de las causas biológicas y sociales que son determinantes de la salud, de la mayor parte de las enfermedades y de los problemas de la salud existentes en la actualidad.

Finalmente, Godoy (1999, citado en Gómez, 2007) la define como un conjunto de contribuciones científicas y profesionales de la psicología relativas a la promoción y aumento de la salud (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión), a la prevención, tratamiento o eliminación de la enfermedad, al análisis y mejora tanto del sistema sanitario como de las políticas de salud, así como de la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos para cumplir con dichos objetivos (Gómez, 2007).

Los autores antes mencionados (Marks, 1995; Matarazzo, 1982; Carrobles, 1993; Godoy, 1999) coinciden en que la psicología de la salud está encargada de la promoción de la salud, en la explicación y prevención de la enfermedad (Gómez 2007). Por ello, para este trabajo este campo se definirá como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales enfocadas a la búsqueda y promoción de la salud, así como en la prevención y tratamiento de la enfermedad, tomando en cuenta las conductas de cada individuo, las causas biológicas y sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad (Marks, 1995; Matarazzo, 1982; Carrobles, 1993; Godoy, 1999; citados en Gómez, 2007).

3.1.2. Objetivos de Psicología de la salud

La división 38 de la American Psychological Association (APA) ha planteado algunos objetivos sobre este campo, los cuales son los siguientes (Gómez, 2007):

- “Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos, en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.

- Comprender la naturaleza de la respuesta del estrés, su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a la persona a afrontar y controlar el estrés y la enfermedad” (pp.164-165).

De acuerdo con Anguiano (2006), el objetivo de este campo es el estudio del mantenimiento de la salud, así como el origen y evolución de la enfermedad; así, las premisas básicas que un psicólogo de la salud tiene son las siguientes:

- “La conducta y su relación con algunos factores ambientales aumenta el riesgo de ciertas enfermedades crónicas,
- Los cambios en la conducta (estilos de vida), pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades,
- Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener algunos cambios” (Anguiano, 2006, pp. 1-2).

Con base en lo anterior, los psicólogos de la salud tienen los siguientes objetivos:

- a) “Modificar una conducta que en sí misma constituye un problema para el sujeto,
- b) Enfocar un cambio de conducta hacia la persona que proporciona cuidados en el área de la salud con el fin de mejorar la prestación de servicios a usuarios,
- c) El manejo de diferentes técnicas para mejorar el apego del paciente hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales” (Anguiano, 2006, p. 2).

Este estudio se enfocará en la prevención de problemas de la salud, como embarazos no deseados, contagio de ITS incluido el VIH/SIDA, al modificar las conductas de riesgo (uso inconsistente del condón, tener varias parejas sexuales, combinar el sexo con el alcohol y/o drogas, entre otras). Sin embargo, no se dejarán de lado los objetivos generales como la relación de la problemática actual con los factores biológicos y psico-sociales y las técnicas que permiten modificar, sistematizar y mantener las conductas de prevención como la educación de la salud en distintos contextos (escuelas, centros de salud, entre otros) impulsando

comportamientos saludables y formando competencias para el desarrollo de críticas sobre su propia vida y la de sus coetáneos (Sebastiani, Pelicioni y Chiattonne, 2002).

Cabe señalar que la prevención puede clasificarse en diversos niveles para su ejecución y se abordará en el siguiente apartado.

3.1.3. Niveles de prevención

Anguiano (2006) identifica 4 niveles de atención como una clasificación alternativa a la propuesta clásica de niveles de prevención en el área de la salud:

- **Primaria:** Prevenir la enfermedad o el daño en personas sanas empleando técnicas de modificación de conducta, evitando factores de riesgo y manteniendo la calidad de vida de las personas.

- **Secundaria:** Cuando existe ya una enfermedad que se desarrolla con lentitud o no hay un diagnóstico claro, se trabaja el uso de tratamientos médicos modificando su conducta y proporcionándole habilidades de afrontamiento ante su padecimiento.

- **Terciaria:** Cuando los primeros síntomas de la enfermedad ya están presentes, para prevenir estados más avanzados y evitar factores de riesgo que complicarían la rehabilitación, se modifican los hábitos que podrían producir mayor deterioro y así elevar la calidad de vida, además de favorecer la independencia y readaptación del paciente.

- **Cuaternaria:** Se enfoca en minimizar las secuelas negativas en personas que padecen alguna enfermedad o bien evitar las recaídas en personas que la han padecido.

Este taller está diseñado para dar respuesta, principalmente, a la problemática de los adolescentes (embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA, abortos) con el nivel de atención que corresponde a prevenir la enfermedad de las personas sanas, sin embargo, el educar acerca de estos temas se esperaría abarcar los demás niveles de manera indirecta para mejorar la calidad de vida de dicha población.

Cada uno de estos niveles ha sido de gran preocupación para los profesionistas encargados de la salud, por ello, se han diseñado programas que permitan cumplir las metas de dichos niveles, así como abarcar los puntos relevantes para ello. Muchos programas que se realizan para dicho propósito son diseñados a partir de la tradición, intuición o conocimientos generales que poseen los encargados de dichos programas, al no tener una investigación precisa de todos los factores que influyen en el problema se dificulta conocer las razones por las que resultan ser efectivos o no efectivos (la Organización Panamericana de Salud, 2008).

Con la finalidad de evitar dicha condición en los programas de intervención, en el siguiente apartado se abordarán los aspectos importantes de los modelos psicológicos que sustentan algunos de los programas ya existentes para reducir los problemas de salud de los individuos.

3.2. Los modelos psicológicos en el área de la salud

Un programa de intervención tiene como finalidad ayudar a entender por qué los individuos se involucran en comportamientos sexuales de riesgo, así como proporcionar una base para la prevención de los problemas de salud (Noar, 2007).

Para su desarrollo, los diseñadores de programas deben tomar en cuenta que el ser humano es definido como una unidad biopsicosocial que está en constante interacción con otros, no obstante, los programas de salud que se han aplicado solo se enfocan en lo físico y biológico dejando de lado los otros aspectos, como lo cognitivo y conductual, que completan el estudio de la problemática actual (Rodríguez et al., 2006). Estos factores favorecen que la concepción y las acciones que tomen los adolescentes tengan efectos en su salud, bienestar, desarrollo y por ende en su vida como adultos, por ejemplo, tomar decisiones sin conocer a fondo las consecuencias que le puede traer a su vida, pueden favorecer a que se realicen conductas de riesgo (uso incorrecto del condón) (Rodríguez et al., 2006). Otro factor que influye en que un programa de intervención en la salud tenga éxito es el uso de bases teóricas sólidas y de modelos conceptuales que justifiquen dichos programas, de esta manera se

tendrá una mayor precisión de los elementos necesarios para su éxito (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001).

Con base en lo anterior y tomándose en cuenta que la mayoría de las enfermedades y problemas de salud son prevenibles debido a su relación directa con el comportamiento y estilos de vida, el área de prevención y la promoción de salud se deben enfocar en explicar el cómo las personas toman sus decisiones y realizan conductas de riesgo o conductas preventivas (Cabrera et al., 2001). Por ejemplo, cómo se construyen o modifican las decisiones y acciones individuales, grupales o de masa para establecer conductas que incrementen la probabilidad de mantener la salud (Cabrera et al., 2001). Por ello, las teorías y modelos son esenciales para definir los problemas de salud y sus aspectos importantes, como los objetivos, grupos poblacionales a los que estará dirigido y factores ecológicos con el fin de mejorar la salud de las poblaciones meta (Cabrera et al., 2001).

En una teoría, las abstracciones representan una o varias hipótesis con apoyo empírico o posturas que aún no tienen comprobación, o incluso que son imposibles de comprobar; sin embargo, está compuesta de conceptos que convierten su conceptualización en generalizaciones que se pueden evaluar y que pueden ser estables y confiables (Cabrera et al., 2001). Mientras que un modelo se deriva generalmente de una teoría, aunque algunos se forman por medio de la confrontación empírica con la problemática de la vida cotidiana dando como resultado la explicación a través de descripciones, esquemas, representaciones, entre otros de los elementos esenciales representativos de un aspecto de la realidad a través de la formulación conceptual (Cabrera et al., 2001).

Existen numerosos modelos y teorías que se han aplicado al cambio comportamental para la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud con diversos componentes o sus versiones adaptadas, sin embargo, según Cabrera (2001), los buenos modelos son aquellos que tienen analogías coherentes y amplias de los fenómenos y de los hechos donde señalan las relaciones causales entre variables medibles y observables.

En el siguiente apartado se describen algunos de los modelos y teorías que más han sido utilizados y son los siguientes: Modelo de creencias de salud (MCS),

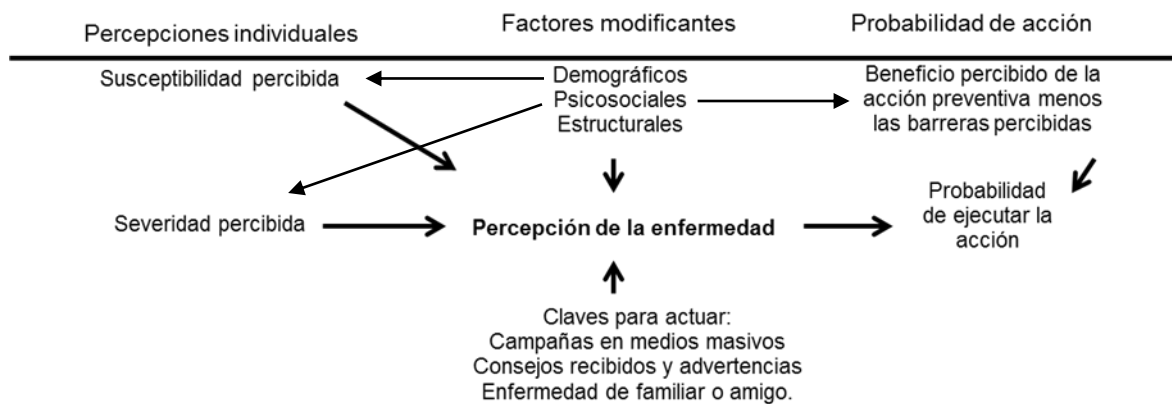
la Teoría de Acción Razonada (TAR), la Teoría de la Conducta Planeada, Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio (MT) y el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB).

3.2.1. Modelo de Creencias de Salud (MCS)

El *Modelo de Creencias de Salud* (MCS) (denominado en inglés Health Belief Model) fue desarrollado por Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosentock en la década de los 50's para prevenir enfermedades (Cabrera et al., 2001; Moreno, García, Rodríguez y Díaz, 2007; Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997). Este modelo fue utilizado inicialmente para enfrentar algunas enfermedades como tuberculosis, cáncer de cuello uterino, patología dental entre otros; poniendo énfasis en las creencias individuales de la susceptibilidad a la enfermedad y beneficios de prevenirla (Cabrera et al., 2001). Posteriormente, fue modificado por Becker y Miam (1975, citado en Moreno et al., 2007) que es el modelo que actualmente se conoce, siendo uno de los más usados para favorecer la conducta saludable, además de tratar de explicar el cambio y mantenimiento de dichas conductas. Este modelo ha sido utilizado en el campo de la salud sexual y reproductiva tratando de reducir conductas de riesgo y sus consecuencias como embarazos, ITS y VIH/SIDA en la población de adolescentes, el cual supone cambios de aquellos patrones de conducta que comprometen la salud y adopten aquellas conductas que la promuevan, reduciendo la amenaza si se consideran vulnerables a la enfermedad (Organización Panamericana de Salud, 2008).

En la figura 3.1 se describe el modelo a partir de sus componentes esenciales que permiten entender mejor su planteamiento:

Figura 3.1. Esquema del Modelo de Creencias de Salud



Fuente: Basado en Jiménez (2003) y en Moreno y Gil Roales-Nieto, (2003), modificado por la autora de este trabajo.

- **Susceptibilidad percibida:** Es la percepción del riesgo de adquirir una enfermedad o de estar saludable, el pesimismo u optimismo que se tenga a la enfermedad (Moreno et al., 2007; Cabrera et al., 2001; Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

- **Severidad percibida:** La percepción de las consecuencias físicas y sociales de adquirir una enfermedad o de abandonar su tratamiento, por ejemplo, discapacidad, dolor, efectos en la familia, en el trabajo y en su vida en general (Moreno et al., 2007; Cabrera et al., 2001; Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

- **Beneficios percibidos:** Efectividad que tiene el comportamiento en los beneficios de la salud, por ejemplo los medicamentos que tienen un efecto inmediato para reducir algún dolor o molestia (Moreno et al., 2007; Cabrera et al., 2001; Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

- **Barrera percibida:** Son aquellos impedimentos de realizar conductas de prevención recomendadas para evitar alguna enfermedad y mantener la salud (Moreno et al., 2007; Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

- **Señales para la acción:** Son aquellos que llevan a la acción como consejos de familiares, amigos o medios de comunicación (Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

- **Factores modificantes:** Son aquellas variables (factores socio-demográficos, la autoeficacia, entre otros) que indirectamente influyen en las conductas y que previenen o favorecen las enfermedades (la convicción de que

uno puede realizar un comportamiento para obtener resultados) (Moreno et al., 2007; Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

A partir de estos elementos, las conductas se distribuyen en dos tipos de factores que favorecen la adopción de ciertos patrones de conducta como la conservación y mejoramiento de la salud, evitación de situaciones de riesgo y prevención de enfermedades, y son: percepción de amenaza contra la salud y creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza y se describen a continuación (Moreno et al., 2007):

Ψ La **percepción de amenaza contra la salud** son aquellos aspectos relevantes que llevan a la creencia de estar ante la probabilidad de enfermarse y son: valores generales para la salud (qué tan importante es la salud), percepción de la vulnerabilidad (existe la posibilidad o no de enfermarse) y percepción de la gravedad de la amenaza (qué tan serio puede ser enfermarse) (Moreno et al., 2007).

Ψ Las **creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza**, si una persona conoce qué puede hacer para evitar enfermarse tiene mayor probabilidad de llevar a cabo conductas preventivas y consiste de los siguientes factores: percepción de beneficios (expectativas positivas de llevar a cabo las conductas de protección), percepción de costos de acción o barreras (percepción de los costos de realizar una conducta preventiva, si es mayor el costo que el beneficio) y creencia en la eficacia de los medios concretos (habilidades que tiene la persona y la creencia de poder hacerlo) (Moreno, García, Rodríguez y Díaz, 2007).

Dichos componentes suponen un cambio de conductas de riesgo por conductas de prevención, sin embargo, Jiménez (2003) agrega que para que exista una mayor probabilidad de acción se debe recurrir a diversas opciones como campañas en medios masivos en los que se describan las consecuencias y la manera de prevención, dar consejos y advertencias por parte de personas cercanas o importantes para ellos, o bien, si algún familiar o amigo se enferma, dicha enfermedad la percibirán como algo cercano, que “a cualquiera le puede pasar”.

En estudios sobre el SIDA, se considera que la percepción de la vulnerabilidad de infección no es significativa (Soto et al., 1997), ya que aunque la

enfermedad y sus consecuencias se consideren graves, no se llevan a cabo conductas recomendadas, esto se debe a que las personas no se consideran vulnerables ante el contagio y su percepción de amenaza es baja (Moreno et al., 2007). Así, otras limitantes del modelo son que las personas no realicen acciones para reducir la amenaza y la percepción de vulnerabilidad y gravedad a la enfermedad puede variar de un contexto a otro y de una persona a otra (Moreno et al., 2007). Otra limitante, mencionada por la Organización Panamericana de Salud (2008), es que su eficacia disminuye a medida que crecen los jóvenes por su cambio de percepción que van adquiriendo con los años y el contexto en el que se encuentran. Estas limitantes hacen que este modelo no tenga la eficacia suficiente para predecir y modificar las conductas de riesgo por unas de prevención. A continuación se describirá otra teoría que se ha empleado como alternativa en el área de la salud.

3.2.2. Teoría de Acción Razonada

La *Teoría de Acción Razonada* (TAR), propuesto por Fishbein y Ajzen (1967 citado en Moreno et al., 2007), concibe al ser humano como un animal racional que procesa la información y la utiliza bajo su control, además toma decisiones comportándose en función de valorar los resultados de su comportamiento y de las expectativas de acuerdo a los mismos resultados.

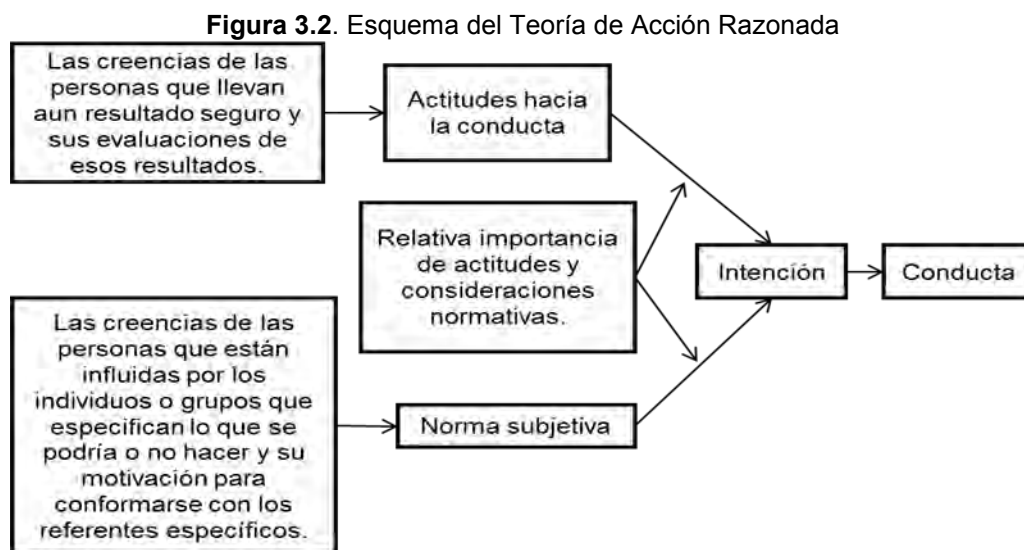
Este modelo tiene como intención la adaptación o cambio de alguna conducta que pronostica su conducta final separando las creencias de las actitudes e incorporando elementos sociales que son importantes (La Organización Panamericana de Salud, 2008; Moreno et al., 2007); además se ha aplicado a varios temas de salud como obesidad, alcoholismo, planificación familiar, en el campo de la salud sexual y reproductiva, en los adolescentes entre otros (Reyes, 2007).

Para ello, menciona la existencia de dos determinantes de la conducta saludable (Moreno et al., 2007):

- La individual (**actitudes** acerca de la conducta) que implica sentimientos (positivos y negativos) y creencias de la ejecución de una conducta que dependen de las consecuencias percibidas.

- El reflejo de la influencia del contexto socio-cultural (**norma subjetiva**) que implica la percepción sobre las presiones sociales impuestas para tener cierto comportamiento y que están fundamentadas en valoraciones sociales.

Ambos componentes, influidos entre sí, están directamente relacionadas con la intención de realizar o no una conducta determinada (**intención comportamental**) como lo muestra la figura 3.2 (Fishbein y Ajzen, 1967, citados en Moreno et al., 2007).



Fuente: Basado en Moreno, García, Rodríguez y Díaz (2007, p. 46) y Carpi y Breva, 1997, modificado por la autora de este trabajo.

Moreno et al. (2007) mencionan que esta teoría es descriptiva y no aplicada a prevenir las conductas de riesgo, a pesar de hacer un análisis más profundo sobre las variables que influyen en un individuo para realizarlas, esto se debe a que sus componentes son insuficientes para la explicación y prevención de la conducta, además de no abordar el cómo se pueden modificar o mantener las intenciones de llevar a cabo las conductas preventivas.

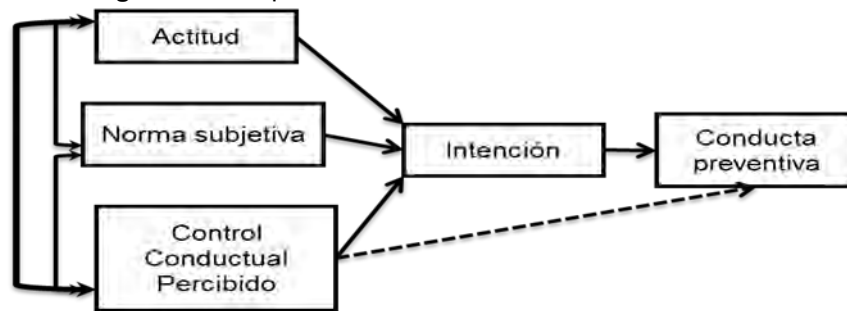
Además, las actitudes que intervienen en un cambio de comportamiento (Díaz-Loving, 1999, citado en Moreno et al., 2007) solo explican un 10% de las conductas esperadas y junto con las normas subjetivas no sobrepasan el 20% de

valor predictivo del modelo, esto se atribuye al tipo de presiones sociales que intervienen en la presentación de la conducta y el tipo de control bajo el cual se da la intencionalidad (Moreno et al., 2007); además, se demuestra que las actitudes y creencias hacia los temas como el uso del condón no tienen relación con el uso del mismo. Por lo tanto se deduce que la intención no está en función de las actitudes originadas por la percepción de las consecuencias que pueda traer consigo y así no se encuentra motivo para prevenir las conductas sexuales de riesgo. Por último, la TAR afirma que las conductas están bajo control del individuo, sin embargo, existen algunas conductas fuera de él y no pueden ser aplicadas por dicha teoría (Carpi, Breva y Palmero, 2005); situación que se trata de resolver en el modelo que se describe a continuación.

3.2.3. Teoría de la Conducta Planeada

La Teoría de la Conducta Planeada fue elaborado por Fishbein y Ajzen en los 80's, y fue una expansión al TAR (Carpi, Breva y Palmero, 2005). Esta tiene como objetivo el cambio de la conducta tomando en cuenta los factores externos que pueden afectar la intención de adoptar una conducta, los cuales deben abordarse al diseñar una intervención (la Organización Panamericana de Salud, 2008). Este modelo ha sido considerado relevante para el comportamiento preventivo del VIH/SIDA y de las conductas que no están bajo control del individuo ya que están influenciadas por factores como excitación, alcohol, drogas entre otras, es por ello que agrega un nuevo elemento (**control conductual percibido**) definido como la evaluación que realiza el mismo individuo del grado de dificultad que tiene para realizar un comportamiento específico como conductas preventivas (Carpi y Breva, 1997; Carpi, Breva y Palmero, 2005), La interacción de la actitud con relación al comportamiento, la norma subjetiva y el control percibido del comportamiento nos dan como resultado la predicción del comportamiento preventivo; en la figura 3.3 se observa la relación de dichos componentes.

Figura 3.3. Esquema de Teoría de la Conducta Planeada



Fuente: Carpi, Brevia y Palmero (2005).

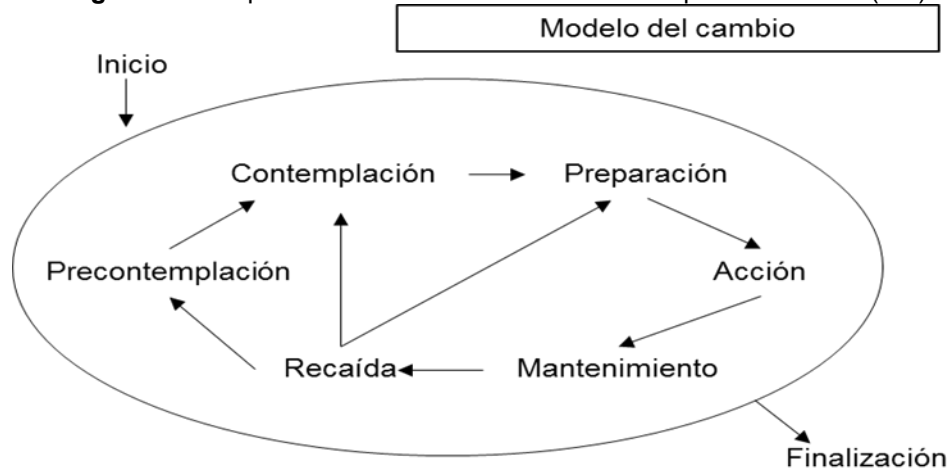
A pesar de las modificaciones realizadas, se encuentra que uno de los problemas es la medición de cada uno de sus componentes, si no se hace correctamente podrá resultar contradictorio y de escasa utilidad (Carpi y Brevia, 1997).

3.2.4. Modelo Transteórico o Etapas de Cambio (MT)

Otro de los modelos psicológicos que se han propuesto para abordar los temas de la salud es el *Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio*, diseñado por Prochaska y Diclemente (1982, citado en Moreno et al., 2007) donde se describen las etapas por las cuales una persona atraviesa durante el cambio de una conducta problema a una que no lo es, concibiendo un cambio conductual no como un suceso aislado sino como un proceso evolutivo que comprende etapas que van relacionadas una con la otra (Organización Panamericana de Salud, 2008).

Éste modelo concibe 5 estadios de cambio o etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, las cuales se representan en la figura 3.4 y se describirán a continuación (Organización Panamericana de Salud, 2008; Cabrera, 2000):

Figura 3.4. Esquema del Modelo Transteórico o Etapas de Cambio (MT)



Fuente: Basado en Cabrera (2000, p. 6), modificado por la autora de este trabajo.

- **Precontemplación:** Esta etapa es en la cual una persona no tiene intención de cambiar, o bien, de realizar una conducta que mejore su salud, en duración puede ser aproximadamente de 6 meses. Unas personas estarán en esta etapa por falta de información de las consecuencias, otros por haber intentado y fallado al conseguir su objetivo, pero todos tienden a evitar hablar, leer, informarse y pensar sobre ello, por falta de motivación o de interés. Para cambiar de etapa necesita reconocer que hay un problema, conocer los aspectos negativos que esto les trae y ser conscientes de la situación.

- **Contemplación:** Esta etapa es cuando el individuo tiene la intención de cambiar y se hace un intento formal por modificarlo en los próximos meses. Sin embargo, no se tiene aún un compromiso por lo que solo pueden observar cómo será el cambio pasando incluso dos años, pensando “algún día”. Además, el individuo sabe lo que quiere y probablemente cómo hacerlo, pero no está listo para realizarlo, sigue evaluando las consecuencias que traerán consigo y ponen en la balanza los costos-beneficios.

- **Preparación:** Es la etapa en la que las personas toman la decisión de realizar un cambio y tienen el compromiso con ellos mismos para llevarlo a cabo, hacen pequeños cambios en los próximos 30 días. Dichas personas tienen por lo general una conciencia definida de los pros del cambio, de experiencias pequeñas

del mismo y algún plan para actuar; además, por lo general, han pasado por fallas pero han aprendido de los errores propios y de los demás.

- **Acción:** Esta etapa es aquella en la que ya se ha decidido realizar los cambios de entre uno a seis meses, en general estas personas ya tienen claro cuáles son los beneficios y se tiene una mayor autoeficacia para realizarlo. Se aplican estrategias que permiten ir manejando los obstáculos que se presenten como recuerdos, ansiedad entre otras que se desencadenan de la conducta propia que se quiere cambiar, por lo que se caracteriza en ser inestable y traer consigo algunas recaídas, pero existe mayor cantidad de cambios notables que refuerzan las acciones venideras.

- **Mantenimiento:** Son aquellas tentativas de estabilidad de aquellas conductas deseadas, no obstante, es una etapa difícil ya que hay que consolidar los logros y luchar contra la recaída, y puede durar desde 6 meses hasta toda la vida.

- **Recaída:** Esta es cuando el individuo cae en una etapa anterior y necesita iniciar de nuevo el proceso de cambio, sin embargo, es cierto que algunos tendrán mayor probabilidad de éxito en el próximo ciclo por tener un historial de éxitos que influyen en sus comportamientos futuros.

Los tres primeros estadios (precontemplación, contemplación y preparación), como se puede observar, representan la intensidad de intención o deseo del cambio que tenga un individuo ante una conducta, mientras que los otros dos (acción, mantenimiento) indican el tiempo que transcurre hasta el éxito del cambio, finalmente, el último (recaída) determinará el tiempo y los pasos que debe realizar el individuo para llegar a la conducta meta (Cabrera, 2000).

- Finalmente, la **terminación** es la última etapa en la que las personas ya no pasan por la etapa de recaída y tienen autoeficacia frente a situaciones que previamente no le daban seguridad (Cabrera, 2000).

Las investigaciones que se han realizado con este modelo se han enfocado en la prevención del VIH donde trabajan con la motivación del individuo para cambiar su conducta, la cual obedece al deseo de evitar transmisiones del VIH, no obstante, se necesita tomar en cuenta las habilidades de los individuos y tomar de

guía las etapas o cambios de los adolescentes para diseñar la intervención adecuada (Moreno et al., 2007).

Aunque el MT se ha utilizado en diversas áreas, se han hecho menor número de investigaciones ya que existe gran dificultad para diseñar intervenciones basadas en este modelo; esto se debe a que se identifica qué tan dispuestas están las personas de cambiar pero no cómo es la intervención según los procesos de cada etapa (Fisher y Fisher, 2000, citado en Moreno et al., 2007). Asimismo, es considerado por algunos como inespecífico y que no puede ser evaluado como un modelo debido a no quedar clara la interacción de sus componentes y subcomponentes, ya que estos constructos son individuales y no puede verse una relación significativa entre ellos (Moreno et al., 2007).

Como se ha visto, los modelos que se mencionaron con anterioridad solo se enfocan en factores que no explican en su totalidad los problemas de salud, solo en el aspecto cognoscitivo en el que se considera los procesos internos como aspectos influyentes en el desarrollo de conductas preventivas; dejando de lado el comportamiento que realizan los individuos influidos por dichos factores, con lo cual se puede medir si un programa es o no efectivo (Moreno et al., 2007; Cabrera et al., 2001). Asimismo, se debe basar en un marco teórico, sin embargo, no todos son beneficiosos para el diseño, implementación y el logro de intervenciones eficaces en el ámbito de la salud (Organización Panamericana de Salud, 2008), un ejemplo de ello es cuando no se incluyen programas adecuados sobre temas de sexualidad en la formación de los profesionales de salud y la forma de abordarlos con los adolescentes (Rodríguez et al., 2006). Por ello, se requieren abordar las actitudes sobre la sexualidad y las conductas que se realizan, para así desarrollar e implementar estrategias de prevención (Rodríguez et al., 2006; Pick de Weiss, Andrade-Palos, Townsend y Givaudan, 1994).

Con la necesidad de un modelo que pueda cubrir estas expectativas, Fisher y Fisher (1992) sugirieron uno denominado Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB).

3.2.5. Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB)

En el apartado anterior se mencionaron los problemas de salud que se encuentran en la población y más específico en los adolescentes, por ello, se ha requerido que los profesionistas investiguen acerca de los factores que influyen en la realización de conductas preventivas. El modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB, Information-Motivation-Behavioural) identifica tres variables psicológicas relacionadas con la predicción de conductas preventivas (el uso del condón) y son:

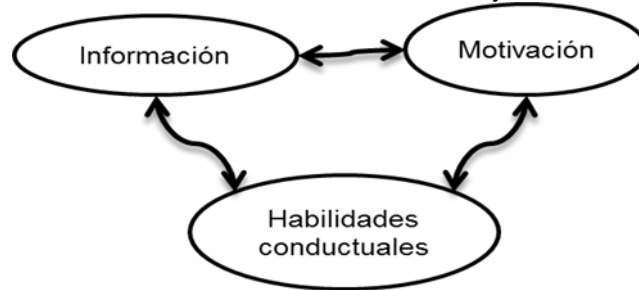
- Las **actitudes** que tienen acerca de las consecuencias negativas a la salud y hacia el uso del condón son dependientes a las creencias que se tienen sobre dichos temas (Paz, Herencia-Leva y Uribe, 2009). En la población es común que se crea que es poco probable el contraer alguna enfermedad (“a mí no me pasará”), así como tener creencias negativas hacia el uso consistente del condón (“no se siente igual utilizándolo”, “está pasado de moda”).

- La **susceptibilidad percibida**, tomada del modelo de Creencias de la Salud, predice el grado en que la persona lleva a cabo medidas preventivas al creerse en riesgo, si una persona considera como riesgo a su salud el no utilizar condón tendrá mayor probabilidad de utilizarlo que alguien que no se siente la susceptibilidad a contraer alguna enfermedad (Paz et al., 2009).

- La **autoeficacia** en el uso del condón, tomado del modelo de Aprendizaje Social, es definida como las creencias que tiene un individuo de sus capacidades para ejecutar alguna acción y se ha demostrado que tiene relación con el uso consistente del condón (Paz et al., 2009; Tejada, 2005). Si un individuo cree que tiene la facultad para realizar conductas preventivas, tendrá mayores posibilidades de ejecutarlas.

El modelo IMB relaciona los elementos antes mencionados con aquellos aspectos fundamentales para que se realicen conductas preventivas y son: la información, la motivación y las habilidades conductuales de prevención. En la figura 3.5 se muestra la relación entre dichos factores.

Figura 3.5. Esquema del modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB)



Fuente: Basado en Tejada (2005) y Paz, Herencia-Leva y Uribe (2009), modificado por la autora de este trabajo

El modelo predice que la conducta sexual (saludable o de riesgo) es determinada por sus tres factores: El grado de información relevante en relación con los riesgos, el grado de motivación para desarrollar prácticas seguras, que a su vez sería función de las actitudes hacia realizar conductas preventivas, y las habilidades para llevarlas a cabo (Martínez, Ramos, De la Orden, y Carpintero, 2002).

- La **información** (conocimientos) relevante sobre embarazos no deseados, la transmisión de las ITS, del VIH/SIDA y conductas de prevención aterrizados en el entorno en el que conviven los adolescentes permite reducir la problemática actual (Fisher et al., 2002; Singh, 2003; Paz et al., 2009). Si una persona está bien informada es capaz de conocer cuáles son aquellas conductas de prevención, sin embargo, este factor no es suficiente para que las personas las realicen, por lo que necesitan de los siguientes elementos (Fisher et al., 2002; Singh, 2003; Paz et al., 2009).

- La **motivación** es importante para adoptar comportamientos preventivos y determina si las personas bien informadas se han inclinado a actuar con base en lo que saben sobre la prevención de las conductas de riesgo (Fisher et al., 2002; Singh, 2003; Paz et al., 2009). Este aspecto depende de las actitudes que tiene la persona hacia la sexualidad, las conductas preventivas y la susceptibilidad percibida; además influye en la intención de reducir las conductas de riesgo (Paz et al., 2009). La motivación puede diferenciarse en 2 tipos (Fisher et al., 2002; Singh, 2003; Paz et al., 2009):

- Motivación personal: son actitudes favorables hacia la realización de actos de prevención (el estar dispuesto a realizarlas).
- Motivación social: es la percepción de apoyo social para llevar a cabo estos actos (aquellas normas sociales y opiniones de los otros, como familia y amigos, sobre la prevención).
- Las **habilidades conductuales** son necesarias para tener conductas preventivas, aquellas que el individuo es capaz de realizar incluidas las aptitudes objetivas para su realización como la habilidad de comunicar y negociar el sexo seguro, además, se relaciona con la autoeficacia que tiene la persona (Fisher et al., 2002; Singh, 2003; Paz et al., 2009). Es el saber que pueden y tienen las herramientas necesarias para lograr con éxito sus conductas preventivas y más aún se quedarán para experiencias posteriores (a lo largo de su vida).

El estar informado sobre los temas de sexualidad ayuda a tener los conocimientos necesarios sobre los temas de sexualidad y el riesgo de realizar conductas de riesgo; sabiendo lo básico se necesita que las personas estén motivadas a iniciar y mantener conductas preventivas que les permita tener una vida saludable y prevenir las consecuencias negativas de las conductas de riesgo; finalmente, el poseer las habilidades conductuales permite que las personas sepan qué hacer ante las conductas de riesgo y como evitarlas (Singh, 2003).

Además, este modelo considera que si bien están interrelacionados, son constructos independientes ya que aquellos que están “bien informados” no necesariamente están “bien motivados” a realizar conductas de prevención, y tampoco los que están “bien motivados” no siempre están “bien informados” de cómo hacerlo (Peterson y DiClemente, 2000, citados en Tenorio y Bárcenas, 2012).

Por ello, es necesario que los programas de intervención bajo este modelo se enfoquen en reforzar los tres factores para su efectividad, una persona que esté bien informada, que esté motivada y que sepa qué hacer con las conductas preventivas garantizará que favorezca una vida saludable y la mantenga.

Se ha demostrado su efectividad con investigaciones como la realizada por Jaworski y Carey (2001) que afirmaron que el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) permite reducir la ocurrencia de conductas sexuales de riesgo cuando aumenta la información, se complementa con estrategias de motivación y entrenamiento en habilidades conductuales. Esta conclusión fue producto de evaluar a 78 mujeres solteras de 20 años que reportaron usar inconsistentemente el condón (48%) o tener múltiples parejas sexuales (65%).

Las participantes fueron asignadas a 3 grupos en la intervención: 1) una sesión con el modelo IMB, 2) una sesión de dar solo información (INFO) y 3) el grupo control. La información fue evaluada con el cuestionario “*STD Knowledge Questionnaire*” (STD-K-Q de Carey, Morrison-Beedy y Johnson, 1997 citado en Jaworski y Carey, 2001) con 37 ítems sobre transmisión, prevención y la historia natural de las ITS [clamidia, herpes genital, VIH/SIDA, virus de papiloma humano (VPH), gonorrea e inflamación pélvica (PID)] con un alfa de .86; la motivación fue evaluada con 3 instrumentos: 1) Actitudes hacia el condón (Attitudes Towards Condoms [ATC] adaptado de Condom Attitude Scale [CAS] de Sacco, Levine, Reed y Thompson, 1991 citado en Jaworski y Carey, 2001) con 32 ítems con un alfa de .76, 2) Intenciones de reducir conductas de riesgo (Behavioral Intentions de Jaworski y Carey, 2001) con 8 ítems con un alfa de .90 y 3) Escala de Balanza Decisional (Decisional Balance Scale de Galavotti, Cabral, Lansky, Grimley, Riley y Prochaska, 1995 citado en Jaworski y Carey, 2001) con 10 ítems para evaluar pros y contras del uso del condón con un alfa de .93, mientras que para evaluar las habilidades conductuales (asertividad) se realizaron juego de roles con las participantes. Las conductas de riesgo como no usar condón en relaciones sexuales (oral y vaginal) y el número de parejas sexuales en los últimos 2 meses fueron evaluadas con 5 ítems (sexo oral y vaginal); además 7 ítems para evaluar el conocimiento, entusiasmo y confort del grupo y finalmente 3 ítems para evaluar eventos externos que pudieron influir en las participantes.

Se compararon los datos de la pre y la post evaluación y se encontró que al grupo que se le impartió el IMB y el de INFO mostraron más conocimientos acerca de las ITS; el grupo de mujeres en IMB mostró una reducción en el número de

parejas sexuales que tuvieron posterior al estudio en comparación con el grupo control. Sin embargo, no hubo cambios en actitudes hacia el condón, intenciones, habilidades conductuales o el uso del condón debido a limitaciones en la metodología y aspectos no considerados.

Por otra parte, Fisher, Fisher, Bryan y Misovich (2002) realizaron un estudio en 4 escuelas donde participaron 1,577 estudiantes de secundaria (37% hombres y 63% mujeres) de 13 a 19 años, el 92% estaban en 9° grado, además el 61% fueron Afroamericanos, el 28% Latinoamericanos y 11% Caucásicos. Para evaluar el impacto en la información, motivación, habilidades conductuales y conducta acerca del VIH/SIDA se utilizaron instrumentos que se describen a continuación: Para evaluar el nivel de conocimientos de los participantes sobre la prevención (conducta preventiva) de VIH/SIDA se utilizó un instrumento de 23 ítems con escala Likert (información acerca de transmisión y prevención del VIH/SIDA, uso correcto del condón, entre otros) y un alfa de .72. Para evaluar la motivación se utilizaron 3 escalas: Para medir las actitudes acerca de la prevención de VIH/SIDA con 4 ítems tipo Likert (acerca de los condones; comprar, llevar, decirle a su pareja que los utilicen y utilizarlos) con 5 opciones de respuesta (favorable a no favorable) y un alfa de .60; para medir las normas de prevención se evaluó con 8 ítems tipo Likert (percepción de amigos, padres y compañeros sexuales acerca de realizar conductas de prevención) con 5 opciones de respuesta y un alfa de .79 (no se mencionan las opciones de respuesta); finalmente, para evaluar las intenciones de realizar conductas de prevención se evaluaron con 4 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta y un alfa de .58 (no se mencionan las opciones de respuesta). Para evaluar las habilidades conductuales de prevención se incluyeron 5 ítems tipo Likert con un alfa de .71 (no se mencionan las opciones de respuesta). Finalmente, para evaluar el comportamiento preventivo se realizó una pregunta dicotómica (sí, no) acerca de la abstinencia, así como, una pregunta con respuesta tipo Likert (1= nunca, 2= casi nunca, 3= algunas veces, 4= casi siempre y 5= siempre) acerca de la frecuencia de uso del condón en las relaciones previas

de 2 meses (pre-test), 3 meses después de la intervención y un año después de la intervención).

El pre-test se aplicó un mes antes de efectuar la intervención y el pos-test se aplicó en diferentes tiempos: los instrumentos que evaluaban la información, motivación y habilidades conductuales se aplicaron un mes después de la intervención; el instrumento acerca del uso del condón se aplicó a los 3 meses y a un año de la intervención. Al comparar el grupo control y el grupo experimental, se observó que en la variable de información aumentaron los conocimientos de los participantes en prevención del VIH/SIDA significativamente del pre-test al post-test. Mientras que en la motivación (normas y actitudes) y en las habilidades conductuales de prevenir el VIH/SIDA se encontró que hubo cambios menos significativos, además los que eran sexualmente activos presentaban menor impacto en sus respuestas que aquellos que no lo eran. Finalmente, se observó que los participantes usaron el condón de manera constante y con un aumento de frecuencia significativa en el año posterior a la intervención. Estos resultados indican que los participantes que presentaron la intervención, bajo este modelo teórico, presentan cambios significativos en la realización de conductas preventivas del VIH/SIDA.

No obstante, Fuentes, Martínez, Ramos, De la Orden, y Carpintero (2002) realizaron un estudio con 234 adolescentes de entre 16 a 19 años sexualmente activos y se les aplicó un cuestionario que evaluaba: Conocimientos sobre los riesgos objeto del estudio con 11 ítems de respuesta dicotómica de verdadero/falso; actitudes hacia el sexo casual y sin compromiso afectivo con 7 ítems los cuales tienen una escala Likert de 4 opciones de respuesta (aceptación-no aceptación) y con un alfa de .91; actitudes hacia el preservativo con 8 ítems de la "*Escala de actitudes hacia los métodos de anticoncepción*" (Fisher, Byrne, Edmunds, Miller, Kelley y White, 1979, citado en Fisher et al., 2002) con una escala Likert de 5 opciones de respuesta (donde el participante manifiesta su grado de acuerdo con cada una de ellas, no se mencionan las opciones de respuesta) y con un alfa de .72; la amenaza percibida (al VIH/SIDA y al embarazo)

fue evaluada de acuerdo a los parámetros por Condelli (1998, citado en Fuentes et al., 2002), los cuales se calculan a partir de una escala que evalúa la susceptibilidad y gravedad a cada riesgo; creencias normativas con 6 ítems, con una escala Likert de 5 opciones (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo) y con un alfa de .72; convicción personal sobre las necesidad de protegerse en las relaciones sexuales con 3 ítems con una escala Likert de 5 opciones (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo) y un alfa e .71; asertividad y confort frente a la protección con 6 ítems con una escala Likert de 5 opciones (para 3 ítems de casi siempre a casi nunca y para 3 ítems de me siento muy bien a me siento muy mal) con un alfa de .60. Además, se revisaron las variables de uso/no uso del preservativo en la última relación coital con un ítem con respuesta dicotómica; asunción de riesgos en la última relación coital con 5 ítems con opciones de respuesta dicotómica predeterminadas (por ejemplo: persona con la que tuvo la relación sexual: 1= novio/a o amigo/a, 2= recién conocido) y un alfa de .78. Se demostró que los resultados apoyan la validez y utilidad del modelo IMB para explicar las conductas sexuales de riesgo (no usar preservativo) y que los conocimientos son necesarios pero no suficientes para provocar un cambio en las conductas de riesgo; las actitudes influirán si hay habilidades previas, así como otros factores para una mayor predicción como: la amenaza percibida, creencias normativas, asertividad y confort.

El estudio realizado por Singh (2003) en India a 200 mujeres estudiantes de universidad sin educación sexual previa divididas en: grupo control y grupo experimental. Este estudio fue un diseño pre y post test con el cuestionario *AIDS Prevention Information, Motivation and Behavioral Skills* realizado por Misovich, Fisher y Fisher (1998) donde se preguntaba el nivel de información (1. ITS y prevención, 2. Incidencia, prevalencia y vulnerabilidad a las ITS, 3. ITS y VIH/SIDA), motivación (personal, social y la intención conductual), dificultad percibida y efectividad percibida que tenían los participantes. Se realizó una intervención de 3 sesiones (una por semana) en las cuales se les enseñó a los participantes la información acerca de los temas de sexualidad, a modificar

actitudes personales para facilitar las conductas preventivas y enseñarles los pasos para realizar dichas conductas. Se encontró que hubo un incremento en el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA demostrando una gran importancia en la reducción de conductas de riesgo pero no una condición suficiente para hacer un cambio en la conducta, por lo tanto, se combina con incrementar el nivel de motivación al sexo seguro. Finalmente, se encontró que una persona informada necesita estar motivada y poseer ciertas habilidades conductuales en su repertorio para realizar conductas de prevención, lo que permite realizar las conductas preventivas.

Por otro lado, Paz, Herencia-Leva y Uribe (2009) con 599 adolescentes colombianos sexualmente activos de secundaria a los cuales se les aplicaron los siguientes instrumentos para evaluar las variables que se tomaron en este estudio: El uso del preservativo se evaluó a través de dos ítems con tres opciones de respuesta (No, A veces, Si); para evaluar erotofilia-erotofobia se utilizó la adaptación española de cuestionario SOS (*sexual opinión survey* de Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988 citado en Paz et al., 2009) de 21 ítems con escala tipo Likert con 7 alternativas de respuesta (7= total acuerdo a 1= total desacuerdo) y una consistencia interna de .86; para evaluar la orientación de rol sexual se utilizó la adaptación española abreviada del *Inventario de Roles Sexuales de Ben (BSRI)*, Bem, 1974 citado en Paz et al., 2009) de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (1= nunca a 7=siempre) con una consistencia interna de .78; para evaluar los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA y autoeficacia con el cuestionario de *VIH/SIDA-65* de Bermúdez, Uribe-Rodríguez y Buela-Casal (2005 citado en Paz et al., 2009) con tres opciones de respuesta el cual se divide en dos secciones: una es la evaluación de conocimientos (verdadero, falso, no sé) con dos subescalas de 20 ítems cada una denominadas Conocimiento Correcto (consistencia interna de .72) y Conocimiento incorrecto (consistencia interna de .74); la segunda corresponde a las opiniones de los participantes (de acuerdo, en desacuerdo, no sé) con respecto a las siguientes variables: actitudes hacia el VIH/SIDA y personas que lo padecen con 5 ítems midiendo actitudes positivas

(consistencia de .66) y actitudes negativas (consistencia de .77), finalmente, autoeficacia y la susceptibilidad percibida con 5 ítems y una consistencia de .61. Este estudio demostró que las variables del modelo Información, Motivación y Habilidades Conductuales están relacionadas directamente con el uso del condón, además se apoya en la hipótesis de que una persona debe estar motivada para adquirir las habilidades necesarias para realizar adecuadamente la conductas preventivas. Finalmente, se llega a la conclusión que el efecto del nivel de conocimiento y la motivación está mediado por las habilidades conductuales, y que las actividades preventivas deben enfocarse en dichas habilidades.

Se puede concluir que este modelo es efectivo al predecir y favorecer la ocurrencia de conductas preventivas en los adolescentes, por lo que para este trabajo se retoma para el diseño de un taller. No obstante, para diseñar programas de intervención exitosos se necesitan características que se mencionarán en el siguiente capítulo.

4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD SEXUAL

Los programas de salud sexual, como se mencionó en el capítulo anterior, solo se enfocan en algunos aspectos como en lo cognoscitivo y dejan de lado aspectos como las habilidades conductuales de las personas (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Noar, 2007). Esto reduce la probabilidad de éxito de un programa de intervención así como el no tener bases teóricas que sustenten su uso, el no definir la población meta ni los objetivos del mismo (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001).

En este capítulo se mencionarán aquellas características necesarias para diseñar un programa de intervención efectivo que denotan la importancia de realizar un análisis crítico de los programas de intervención ya existentes, así como diseñar, con base en un modelo de intervención, otro programa que supere algunas limitaciones que se han detectado y que cuya ejecución dará como resultado reducir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

4.1. *Características de un programa efectivo*

El éxito de un programa de intervención que está enfocado en los adolescentes depende de los conocimientos, actitudes y conducta del personal que están involucrados en la prevención de la enfermedad, así como de involucrar a la gente joven que puede dar confianza y seguridad a los que son sujetos a dichos programas (Rodríguez et al., 2006).

Los programas pueden ser herramientas de las cuales pueden tomarse ventaja de sus características particulares (Noar, 2007). Estas características son clave para la implementación de programas de intervención eficaces de salud para los adolescentes y se han mencionado algunos criterios para evaluarlos ya sea para diseñar un programa efectivo, o bien, para escoger el más adecuado y algunas de estas son:

- *Cada teoría tiene sus fortalezas y debilidades.* Cada persona que quiera implementar una intervención deberá seleccionar aquella que

contenga las variables que se adecuen mejor a la población y contexto de intervención particular (Noar, 2007).

- *Examinar las características necesarias.* Se analiza qué características debe tener un programa de intervención para la población e intervención en particular, lo que se quiere lograr con ella y de cómo se está tratando de llegar a la población meta (Noar, 2007).
- *La literatura es fundamental.* Una vez escogido un programa de intervención, en la literatura se encuentra como puede ser aplicado para la prevención (Noar, 2007). Un marco teórico eficaz y sólido permite evaluar y obtener datos que prueben la eficacia del programa, ya que permite tener mayor influencia sobre las conductas de salud (Organización Panamericana de Salud, OPS, 2008)
- *La combinación de teorías.* También se ha visto que en algunas ocasiones es apropiado combinar teorías con el fin de proporcionar más variables para desarrollar mensajes y estrategias de intervención (Noar, 2007). Además, orientar a los programas de intervención por teorías que combinen enfoques individuales y del entorno (*Teoría con un enfoque combinado*, OPS, 2008).
- *Diseño lógico.* Seguir un diseño lógico que incluye la evaluación y el análisis del programa de intervención (OPS, 2008).

Los programas deben ser eficaces tanto en su implementación como en su construcción y contenido, por ello, Kirby (2007) menciona 17 características que permiten que sean eficaces dichos programas afirmando que aquellos que las tienen son más efectivos que los que no las tienen. Estas características son categorizadas en tres rubros y son los siguientes:

- **El proceso de cómo se diseña el programa.** Cuenta con cinco características:
 1. *Involucrar a profesionales de distintas áreas con experiencia.* Para el diseño del programa, los equipos son formados por personas con diferentes enfoques teóricos, de investigación sobre el

comportamiento sexual del adolescente, conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, entre otros. Esta característica está enfocada a abarcar los diversos puntos de vista y características que estén envueltas en el problema para así no solo enfocarse en lo físico y biológico, sino en lo social, psicológico y no dejar de lado alguno que sea crucial en la prevención.

2. *Valoración de las características y necesidades de la población a la cual será dirigido.* El programa de intervención debe señalar a los participantes los datos sobre la cantidad de casos con VIH/SIDA, de ITS, embarazos, abortos, así como el comportamiento de los adolescentes que permita un panorama general sobre la problemática de salud actual.

3. *Utilizar un marco lógico donde se determinen los propósitos de la salud, las actividades y factores protectores y de riesgo que actúan sobre las conductas que se desean modificar.* Los programas que utilizan un modelo lógico: 1) especifican metas de salud, 2) identifican la conducta que afecta estas metas, 3) identifican factores que afectan la conducta y 4) desarrollan actividades que cambien dichos factores.

4. *El diseño de actividades compatibles con los valores comunitarios y recursos disponibles (humanos y materiales).* Tomar en cuenta los recursos con los que cuentan las comunidades meta como disponibilidad de instalaciones, de materiales, tiempo habilidad y disponibilidad de los facilitadores, así como tomar en cuenta creencias y opiniones de los mismos para un buen resultado del programa.

5. *Realización de la prueba piloto del programa diseñado.* Al ser probado el programa, parcial o total (algunas o todas las actividades), se puede hacer las modificaciones pertinentes antes de implementarse la versión final del programa.

- **El contenido del programa.** Se describen las metas, objetivos del programa, actividades y métodos de enseñanza:

- **Por metas y objetivos del programa**

6. *La propuesta clara de las metas de salud acerca de la prevención de ITS, VIH/SIDA o embarazo no deseado.* Es sumamente relevante proporcionar mensajes precisos sobre esos tres problemas. Esos mensajes deben lograr que los participantes eviten que los jóvenes se contagien de VIH/SIDA, ITS o de experimentar un embarazo no deseado.

7. *El enfocarse en conductas específicas que causan o previenen VIH/SIDA, ITS, o embarazos no deseados;* incluyen mensajes claros, apropiados a la edad, experiencia sexual, género y cultura de los participantes sobre las situaciones de riesgo, el cómo evitarlas y del programa en sí mismo.

8. *Centrados en factores psicosociales de riesgo y de protección específicos que afectan conductas determinadas.* Estos factores de riesgo y de protección fueron escogidos en parte por la teoría y en parte por la búsqueda de factores que afectan a la conducta sexual del adolescente, como son conocimientos, percepción del riesgo al VIH/SIDA, valoración personal de la abstinencia y el sexo, actitudes hacia el condón, entre otros.

- **Actividades y metodologías**

9. *Crear un ambiente seguro.* Todos los programas crean prácticamente un ambiente social seguro para los participantes creando reglas para respetar las opiniones de todos los miembros de un grupo.

10. *Se incluyen múltiples actividades para cambiar cada uno de los factores de riesgo y protectores percibidos.* Para cada uno de los factores, tanto de riesgo como de protección, se deben planear actividades para que se obtenga el resultado esperado, que es la

reducción del riesgo e incremento en los comportamientos preventivos.

11. *Se emplean métodos pedagógicos adecuados para involucrar activamente a los participantes, ayudan a personalizar información y son diseñados para cambiar cada grupo de factores específicos de riesgo y de protección.* Los métodos interactivos de enseñanza más comunes son: lecturas cortas, discusiones en clase, trabajo en pequeños grupos, presentaciones de video, historias, experiencias, juego de roles, simuladores de riesgo, juegos competitivos, actividades de solución de problemas, demostraciones de condones, entre otros.

12. *Utilizar actividades, métodos didácticos y mensajes adecuados a la cultura, etapa de desarrollo y experiencia sexual de los participantes.* Los ponentes utilizarán métodos y actividades que permitan a los profesores de secundaria comprender y orientar a sus alumnos sobre los temas de sexualidad (VIH/SIDA, ITS, embarazo no deseado, aborto y uso correcto del condón) utilizando ejemplos y palabras adecuadas al contexto socio-cultural en el que se encuentran.

13. *Se presentan los temas en secuencia lógica.* Los programas efectivos se presentan en el siguiente orden: primero enfocados a la motivación de evitar el VIH/SIDA, ITS o embarazos no deseados, después aterrizar en el conocimiento, las actitudes, y habilidades que se necesita para prevenirlas.

- **Proceso de implementación del programa**

14. *Obtención de un mínimo de apoyo de las autoridades (ex. Ministerios de Salud o autoridades municipales).* Prácticamente todos los programas efectivos obtienen aprobación de las autoridades, siendo necesario para llevar a cabo la investigación.

15. *Seleccionar a docentes con características específicas, dándoles capacitación cuando sea necesario, supervisión, monitoreo*

y apoyo. Algunos programas capacitan a aquellos ponentes que impartirán el programa de intervención y otros los contratan con las características requeridas para ello, pero prácticamente todos los programas entrenan a sus educadores; además se les supervisa, monitorea y apoya a lo largo del programa para garantizar que sea efectivo. Para este trabajo se capacitarán a aquellos que darán el taller y así podrán ser de apoyo a sus alumnos en los temas de sexualidad. Cabe mencionar que muchos de los estudios realizados no examinan el impacto de dichas características de los ponentes en los cambios de la conducta de los participantes por lo que se pondrá énfasis en este aspecto en este trabajo.

16. *Considerar actividades para reclutar y retener a los participantes.* Si es necesario, los programas efectivos implementan actividades necesarias para reclutar personas y evitar o superar los obstáculos en la participación de las mismas (ejemplo para informar sobre las actividades, programas, incentivos...). En este trabajo se les motivará con el objetivo del programa, las técnicas que aprenderá para mejorar su labor docente e incluso ayudará la forma de explicar de los ponentes a lo largo de las sesiones.

17. *Implementar el programa con fidelidad razonable.* La mayoría de los programas efectivos implementan todas o casi todas las actividades propuestas en el diseño del programa. Esto permite garantizar su efectividad para el objetivo por el que fue diseñado.

Las características antes mencionadas son importantes para evaluar programas de intervención, si resultan ser exitosos se pueden utilizar para reducir ciertas conductas de la población meta (Noar, 2007; Kirby, 2007). Mientras que para los ya existentes que no son del todo efectivos habrá que tomar en cuenta sus deficiencias para corregirlas (Kirby, 2007). Finalmente, también se pueden utilizar dichas características como base para el diseño de un programa de intervención nuevo que tenga como objetivo modificar las conductas de riesgo.

4.2. Análisis crítico de los programas de intervención

Existen programas que han sido aplicados con el fin de lograr un cambio en las conductas de riesgo por unas de prevención, algunos se han enfocado a los conocimientos sobre sexualidad para prevenirlas como Pick de Weiss, Andrade, Townsend y Givaudan (1994), Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi (2006), otros más se han enfocado en los conocimientos que tienen los profesores y sus habilidades para expresar a sus alumnos conductas de prevención, siendo estos una fuente importante para que ellos lo repliquen en su vida cotidiana, como han sido los realizados por Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson (2007), Wight, Raab, Henderson, Abraham, Buston, Hart y Scott (2002) y Ramírez (1999).

Algunos de ellos serán analizados de acuerdo a las características mencionadas por Noar (2007), la OPS (2008) y Kirby (2007) y se describirán de la siguiente manera: datos generales del programa (nombre, autores, el objetivo, la población a la cual es dirigido, el método que utilizaron, variables que estudiaron, resultados que obtuvieron) y las características que no son abordadas en el mismo.

“Draw the line/Respect the line” (Coyle, Kirby, Marin, Gómez y Gregorich, 2004) fue un programa de intervención y tuvo como objetivo reducir el número de estudiantes que tienen su debut sexual, posponer los encuentros sexuales para los que ya las tienen e incrementar el uso del condón. Este programa estuvo basado en variables psicosociales. Participaron 4164 estudiantes (50.1% mujeres, 49.9% hombres) de 19 escuelas públicas (del 6° al 8° grado) con una edad promedio de 11.5 años. Este programa fue implementado desde 1997 hasta 1999 en 10 escuelas asignadas aleatoriamente (grupo experimental), las 9 restantes siguieron con sus clases normales sobre ITS, VIH/SIDA, embarazo y prevención determinadas por cada escuela (grupo control). La intervención fue diseñada con 20 sesiones para 3 años (6° a 8° grado) con diferentes actividades y estuvieron distribuidas de la siguiente manera: en el 6° grado se incluyeron 5 sesiones en las que se abordó el tema de límites y habilidades para rechazar determinadas situaciones no sexuales como la presión para robar, drogarse o mentir; en el 7°

grado se incluyeron 8 sesiones que contenían temas sobre entender las consecuencias de las relaciones sexuales no planeadas (ITS y embarazo), la importancia de poner límites en las relaciones sexuales y como usar las habilidades intra- e interpersonales (identificar situaciones de riesgo y habilidades de rechazo) para sostener los propios límites y respetar los de otros; y finalmente, en el 8° grado se incluyeron 7 sesiones en las cuales se presentó una persona infectada con el VIH para contar su experiencia, se hizo una demostración de cómo usar el condón, se realizó una breve actividad de otros métodos de protección y se practicó las habilidades de rechazar determinadas situaciones.

Se realizaron diversas evaluaciones: a) con los estudiantes de 6° grado, b) cuando los estudiantes ya iban en 7° grado, c) cuando iban en 8° grado y d) cuando iban en 9° grado (a los 36 meses después de la intervención). Para ello, se utilizó un instrumento con preguntas cerradas (dicotómicas y escala Likert) que fue diseñado para evaluar las siguientes variables:

- Ψ Conducta sexual de los adolescentes (por ejemplo: haber tenido relaciones sexuales y haber utilizado el condón en la última relación sexual).
- Ψ Número de encuentros y parejas sexuales durante ese año.
- Ψ Conocimiento (sobre VIH/SIDA y condón) con 6 ítems y una escala dicotómica (1= correcto, 0= incorrecto).
- Ψ Actitudes. Razones para tener relaciones sexuales con 7 ítems (alfa de .88) o razones para no tenerlas con 8 ítems (alfa de .85) y 3 opciones de respuesta (1= no tan cierto para mí, 2= no estoy seguro, 3=cierto para mí).
- Ψ Creencias normativas. Creer mantener su popularidad por haber tenido relaciones sexuales con 2 ítems (alfa de .84) y 5 opciones de respuesta (1= definitivamente no a 5= definitivamente sí); creencias a favor de tener relaciones sexuales con 6 ítems (alfa de .72) y 5 opciones de respuesta (1= ninguno a 5= todos) y a favor de ejercer presión a tener relaciones sexuales con 1 ítem por género y 5

opciones de respuesta (1= definitivamente no está bien a 5= definitivamente si está bien).

- Ψ Rechazar eficazmente el tener relaciones sexuales con 8 ítems (alfa de .89) y 4 opciones de respuesta (1=definitivamente no podría a 4= definitivamente podría).
- Ψ Poner límites para tener alguna práctica sexual con 4 ítems (alfa de .86) y 4 opciones de respuesta (1=definitivamente si a4=definitivamente no).
- Ψ Situaciones que pueden llevar a conductas sexuales con 4 ítems (alfa de .81) y 4 opciones de respuesta (1= nunca a 4=6 o más veces).
- Ψ Conductas coercitivas (a dejarse besar, tocar o a tener relaciones sexuales cuando ellos no quieren) con 4 ítems (alfa de .74) y una escala dicotómica (1= no, 2= sí).
- Ψ Ser forzados a realizar conductas sexuales que no desean (forzados a besar o a tocar a otros) con 4 ítems (alfa de .74) y una escala dicotómica (1= no, 2= sí).

Los resultados relevantes que se encontraron después de la intervención fueron los siguientes: para los chicos, en el grupo experimental a comparación del grupo control, se encontró que tenían más conocimientos sobre VIH/SIDA y el uso del condón, tenían más actitudes positivas sobre no tener relaciones sexuales, percibían menos creencias normativas, tenían límites más fuertes sobre relaciones sexuales y podían evitar situaciones que hacían probable las conductas sexuales en mayor frecuencia. Para las chicas del grupo experimental, en contraste con el grupo control, se encontraron cambios favorables en 3 variables que fueron: demostrar mayores conocimientos acerca del VIH/SIDA y del condón, percibir menos normas a favor de las relaciones sexuales y menos incidentes de ser forzadas a realizar conductas sexuales que no desean. Al comparar el grupo control y grupo de experimental de chicos, se encontraron diferencias significativas en la variable de no tener relaciones sexuales, mientras que las chicas no

presentaron diferencia. Finalmente, ni los chicos ni las chicas tuvieron diferencias significativas en el uso de condón en la última relación sexual.

De acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) se encontraron las siguientes deficiencias: No se cumple con el objetivo del uso de condón, produce cambios positivos en la conducta sexual en chicos, pero no en chicas, los autores refieren que este resultado puede deberse a los siguientes aspectos: las chicas necesitan más oportunidades para incrementar sus habilidades, necesitan manejar de mejor forma la coerción que otros ejercen sobre ellas y que el ambiente social en el que se desenvuelven les dé apoyo; además se encontró que las chicas tienen novios de mayor edad que ellas y que la coerción que ellos ejercen evita que incrementen las conductas de prevención en dicha población, situación que debería ser abordada para mejores resultados en la intervención. Así, en el 8° grado se describe que se le enseña a los participantes a practicar habilidades para rechazar ciertas situaciones, sin embargo, no mencionan ejemplos de ellos lo cual no permite tener claro el concepto y poderlo abordar. El cuestionario presenta deficiencias al tener solamente 6 ítems para evaluar la variable de conocimientos sobre VIH/SIDA y condones, insuficientes para evaluar el conocimiento básico sobre el tema, asimismo no se menciona si se validó este instrumento y por tanto no hay dato del alfa de Cronbach. No se menciona si el programa orienta a los adolescentes a consultar más fuentes de información ni se dice si se les informa a dónde acudir en caso de necesitarlo. El programa se basa en factores psicosociales (por ejemplo creencias normativas) los cuales son enunciados en el estudio, sin embargo, no se explica de manera general las variables que utilizan y cómo influyen en el comportamiento de los adolescentes (Noar, 2007; Kirby, 2007). Las sesiones son específicas para cada grado en particular con un orden específico de las temáticas a tratar, no obstante, no se menciona la duración de las sesiones ni se describen a detalle las actividades que se proponen, esto no permite conocer si tienen un diseño lógico de las actividades que permita la efectividad del programa (OPS, 2008), no permite conocer si los recursos que se proponen en cada actividad están disponibles ni tampoco si estas actividades reducen las conductas

de riesgo e incrementan el comportamiento preventivo, (Kirby, 2007). Finalmente, a pesar de que se menciona que se contratará a personas que enseñen en cada sesión, no se reporta que si se monitoreará, supervisará y/o apoyará a los mismos durante la intervención, o bien, como se le hará para que los participantes sigan en el programa (Kirby, 2007).

Asimismo, “Building Capacity to Talk, Teach and Tackle Sexual Health” (Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007) fue un programa de intervención para profesores y tuvo como objetivo reducir el número de estudiantes que tienen su debut sexual a temprana edad, posponer los encuentros sexuales para los que ya las tienen e incrementar el uso del condón para los que si las van a tener. Estos autores ubicaron al entrenamiento como un vehículo para incrementar el conocimiento, el confort y habilidades de los nuevos profesores, así como capacitar a aquellos que tienen más experiencia. Los profesores fueron notificados a través de la escuela al inicio del ciclo escolar a través de la página web (teachingsexualhealth.ca) y su participación fue voluntaria, además fue durante las horas de clase. Del 2006 al 2007 se ofrecieron 11 programas de intervención a los profesores, 8 a profesores de primaria (81%) y 3 para profesores de secundaria (19%). Cada grupo estuvo integrado por 6 a 16 participantes dando un total de 127 profesores que participaron en la intervención de los cuales el 79% fueron mujeres y 21% hombres, además el 73% no habían enseñado el tema de sexualidad, el 15% tenían experiencia de 1 a 2 años y el resto (12%) tenían 3 a más años de experiencia.

Se evaluó el programa con un pre-test post-test, el pre-test con una duración de 10 minutos y el post-test de 15 minutos, el instrumento constó de una escala Likert de 5 opciones (muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo) que evaluaron los conocimientos, habilidades y confort de los temas de sexualidad y para determinar cuales tienen mayor efecto para cada variable evaluada. Además se les preguntó su opinión acerca del taller con una escala Likert (excelente, muy bueno, bueno, malo, muy malo) para futuros talleres.

Los resultados fueron clasificados de acuerdo con la variable a la que estaban dirigidos:

Ψ Conocimientos y habilidades relacionadas a la educación sexual: En el pre-test, el 76% de los profesores reportaron tener la habilidad de enseñar acerca de la sexualidad humana y aumentó en el post-test a un 100%. Además, el pre-test mostró que no tuvieron confianza de entender las normas de la enseñanza de salud sexual (25%), del sitio web *teachingsexualhealth.ca* (23%) y de tener los recursos necesarios para enseñar sobre estos temas (15%), en el post test aumentó al 95% de los profesores que se sintieron confiados de realizar la primer actividad y un 99% para la segunda y tercer actividad.

No obstante, en el estudio solo se enfocaron en indagar el cómo enseñan los temas sobre sexualidad pero no en aquellos conocimientos que poseen ni en la calidad de los mismos.

Ψ Confort acerca de la educación sexual: El pre-test reflejó que el 53% de los profesores presentaron altos niveles de confort en enseñar temas sobre sexualidad, un 69% tienen confort al responder las preguntas de los alumnos y un 66% al responder preguntas de los padres sobre qué enseña a los hijos; para el post-test estas mismas variables aumentaron en un 94%, 95% y 91% respectivamente.

Ψ Evaluación del taller: Los profesores mencionaron sus opiniones sobre el taller y las más importantes fueron las siguientes: 1) el sitio web es una fuente recomendable para las escuelas, 2) la discusión sobre la información y la interacción con los colegas les ayudó a enseñar sobre salud sexual, 3) es importante contextualizar la salud sexual a la población a la que va dirigido, así como, en las normas administrativas y el acceso a la información, 4) es importante que en un taller se les enseñe a los profesores cómo contestar las preguntas de sus alumnos de manera apropiada para su edad, sin dejar de lado

la terminología correcta, y 5) proporcionar ejemplos prácticos para llevar a cabo en las clases con sus alumnos sobre estos temas.

Este estudio permitió analizar los siguientes aspectos que son fundamentales:

- Ψ Los profesores requieren de información, herramientas, fuentes y estrategias que puedan utilizar en sus clases sobre salud sexual.
- Ψ Si los facilitadores expresan sus experiencias de enseñanza (anécdotas) puede aumentar el nivel de confort entre los participantes al enfrentarse a un grupo y sus posibles preguntas.
- Ψ Finalmente, los profesores deben ser agrupados de acuerdo al nivel educativo que enseñan, esto con la finalidad de que convivan, discutan y se retroalimenten con aquellos que están enfocados a la misma información, estrategias, fuentes y lenguaje que podrán utilizar con sus alumnos.

De acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) se encontraron las siguientes deficiencias en este programa: La evaluación muestra cambios en el nivel de confort, de conocimientos y habilidades de los participantes, no obstante, no se menciona de cuántas preguntas constaba el instrumento, las variables que se evaluaron, ni cuántos ítems evaluaban cada variable, además no se menciona si el instrumento fue validado, a pesar de mencionarlo al inicio del estudio, así como tampoco se menciona si los datos que se obtuvieron del instrumento fueron significativos. Además, no se enfocan en los conocimientos que tienen sobre sexualidad sino el cómo enseñar a sus alumnos, limitante debido a que los adolescentes necesitan información clara, precisa y completa. En el estudio no se mencionan de cuántas sesiones consta el programa de intervención, así como tampoco la duración de las sesiones, los temas que se abordan ni las actividades que se proponen, esto no permite conocer si tienen un diseño lógico de las actividades que permita la efectividad del programa (OPS, 2008), no permite conocer si los recursos que se proponen en cada actividad están disponibles, si estas actividades reducen las conductas de riesgo e incrementan el comportamiento preventivo, así como tampoco si estas llevan una

secuencia lógica a lo largo del programa de intervención (Kirby, 2007). A pesar de que existe una investigación previa para diseñar el programa, no se menciona algún marco lógico en el que se base para tener metas específicas, variables que propician las conductas de riesgo y las actividades que favorecen las conductas preventivas (Kirby, 2007). Manejan objetivos del entrenamiento pero no se menciona un objetivo general el cual permita focalizar cuál es el problema a tratar, aunque estos objetivos justifican que el profesor reflexione acerca de estos temas y darle las herramientas necesarias para enseñarle a sus alumnos a través de actividades como discusiones en grupo, presentaciones en Power Point entre otras (Kirby, 2007). En el estudio no mencionan si se contrataron personas que estuvieran a cargo del programa por lo que tampoco se sabe si tuvieron supervisión, monitoreo y apoyo (Kirby, 2007).

Por otro lado, "Limits of teacher delivered sex education: interim behavioral outcomes from randomized trial" (Wight, Raab, Henderson, Abraham, Buston, Hart, y Scott, 2002) fue un programa de intervención y tuvo como objetivo mejorar la calidad de las relaciones sexuales y reducir conductas sexuales de riesgo para evitar las ITS y embarazos no deseados en adolescentes. El programa que fue utilizado en este estudio se le denominó "Sexual Health and Relationships: Safe, Happy and Responsible" (SHARE). Este programa combinó aprendizaje con actividades (por ejemplo: trabajar en pequeños grupos y juegos), con información sobre salud sexual y con habilidades (video interactivo y juego de roles). Este fue piloteado y aplicado en el este de Escocia en 25 escuelas secundarias con 8,430 estudiantes de 13 a 15 años, 7,616 estudiantes completaron el cuestionario realizado después de la intervención y 5,854 lo completaron dos años después. El entrenamiento constó de 5 días para profesores y 20 sesiones a los alumnos: 10 en el 3° año de secundaria (13-14 años) y 10 en 4° año (14-15 años). Se invitó a 47 escuelas pero solo 25 decidieron participar (80 profesores y 8,430 alumnos), de los cuales, por el diseño del programa, se dividieron en dos grupos: un grupo control y un grupo experimental (al que se le aplicó la intervención). Se evaluó con un cuestionario validado en 5 escuelas piloto y a través de entrevistas, discusiones

de grupo y observaciones en clase por parte de los facilitadores. Algunos participantes fueron excluidos por sus padres o por dificultades de aprendizaje, pero aquellos que lo contestaron, se les dio la opción de no contestar aquellas preguntas que no quisieran responder o de no participar en el estudio.

Los ítems que se les preguntaron a los participantes fueron clasificados por experiencia sexual para los siguientes rubros:

- Ψ Experiencia sexual: para aquellos que no la tenían al momento de la intervención.
 - Para aquellos que no habían tenido relaciones sexuales al momento de la intervención se les preguntó sobre su experiencia sexual al primer año de intervención, experiencia sexual sin condón al primer año de intervención y ninguna evidencia de sexo sin protección.
 - Para aquellos que ya habían tenido relaciones sexuales se les preguntó acerca de las relaciones sexuales sin condón, la pastilla del día siguiente (con o sin condón), el embarazo no deseado, las ITS y el uso del condón.
- Ψ Calidad de las relaciones sexuales:
 - Para aquellos que no habían tenido relaciones sexuales al momento de la intervención se les preguntó sobre si se arrepintieron de su primer relación sexual (un año después de la intervención) o si sintieron alguna presión para hacerlo.
 - Para aquellos que ya habían tenido relaciones sexuales se les preguntó acerca de si se arrepintieron de su relación sexual con la más reciente pareja, si sintieron presión por hacerla o bien, si la disfrutaron.

Se realizaron 8 preguntas y 5 pasos prácticos sobre algunos conocimientos de salud sexual, en estas se observó que los participantes que estuvieron en la intervención obtuvieron más conocimientos que aquellos que pertenecían al grupo control. En 10 de 13 escuelas a las que se les dio la intervención recibieron 15 sesiones, incluyendo la negociación sexual y uso del condón; en 3 escuelas no

recibieron este paquete mínimo de educación sexual; 6 escuelas, con restricciones de horarios y la movilidad docente, los profesores no entrenados intervinieron a una minoría de las clases. Algunas de las sesiones permanecieron incluso después del entrenamiento, y algunos profesores las modificaron o no realizaron todas las sesiones del programa. A pesar de que no hubo cambios significativos en los rubros de conducta sexual de los participantes y en la presión que ejerce la pareja en tener la primera relación sexual, se muestra que entre hombres y mujeres existe una diferencia significativa en las respuestas a cada ítem. Además se encontró que los factores más importantes que influyen en la experiencia sexual de los jóvenes de 14 a 16 años son la familia, el dinero y el monitoreo de los padres.

De acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) se encontraron las siguientes deficiencias: A pesar de que se menciona que son 20 sesiones y que duran de 40 a 80 minutos cada una, no se especifica su duración exacta para poder replicarse a futuro dicho programa. En el cuestionario no se menciona la cantidad de ítems, los temas a tratar, la forma de medición o las opciones de respuesta por lo que no se puede conocer a fondo la evaluación del programa. Se menciona que en el cuestionario, los participantes podrán elegir responder o no las preguntas en lo cual se encuentra la posibilidad de un sesgo en la información proporcionada por los participantes; no obstante no se menciona si el entrenamiento a profesores tendrá alguna evaluación, los tópicos que se abordarán, ni la duración de las sesiones. No se menciona cuánto dura cada sesión, que actividades componen cada una de ellas lo que no permite conocer si existe un diseño lógico del programa que permita el cambio conductual (OPS, 2008; Kirby, 2007) ni tampoco si el diseño de las actividades son compatibles con los valores y recursos disponibles (Kirby, 2007). Así como, no se conoce si crean un ambiente seguro o si son actividades múltiples para poder cambiar los factores de riesgo, no se sabe si se involucra a los participantes en las actividades propuestas (Kirby, 2007). En el estudio no se menciona si se consideran actividades para reclutar y retener a los participantes y, como los autores mencionan, faltó incluir mayor motivación en las sesiones para que haya

una participación constante de los adolescentes, esto es importante ya que no basta conocer acerca de la sexualidad ni solo tener las habilidades hay que tener motivación para fortalecerlos y para realizar conductas de prevención (Kirby, 2007; Fisher y Fisher, 1992). Cabe mencionar que no se realizó todo el programa y modificaron su contenido, lo cual pudo traer consecuencias en su efectividad y por ende en los resultados obtenidos (Kirby, 2007).

El programa “Agarimos” (Carrera, Lameiras, Foltz, Núñez y Rodríguez, 2007) estuvo basado en un modelo biopsicosocial cuyo objetivo fue “promover la inteligencia emocional y el desarrollo sexual de los adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) a través de unas relaciones más justas e igualitarias entre los géneros, tal y como recomiendan la mayoría de los expertos en educación sexual”. El programa se enfocó en dos bloques: a) Autoconocimiento y valoración personal (formado por las áreas de Identidad corporal, Identidad de género e Identidad y valoración personal) y b) Desarrollo psicoafectivo y sexual (está constituido por las áreas de Emociones, Relaciones socioafectivas, Conducta sexual y Salud sexual). Fue piloteado con una muestra de 212 estudiantes de primero de Educación Secundaria Obligatoria de dos institutos (98 mujeres y 114 hombres, con un rango de 11 a 13 años). Esta muestra se dividió en el grupo experimental (42 hombres y 50 mujeres) y el grupo control (56 hombres y 64 mujeres). Las temáticas que se abordaron en el programa fueron implementadas en 28 sesiones llevadas a cabo a la hora de acción tutorial por alumnos en prácticas de titulación de psicopedagogía entrenados en habilidades sociales. Los instrumentos que se utilizaron para medir cada una de las variables antes mencionadas fueron las siguientes:

- Ψ Cuestionario en el cuál se preguntaron los datos sociodemográficas de los participantes de (sexo, edad, curso, nivel de estudios del padre y de la madre, trabajo del padre y de la madre, número de hermanos, lugar que ocupa, lugar de residencia: pueblo o ciudad, y opción religiosa).

- Ψ Escala de satisfacción corporal (SCP) de Gismero (1996, citada en Carrera et al., 2007) que costó de 8 ítems (1. Muy de acuerdo- 4. Muy en desacuerdo) en la que a mayor puntuación mayor nivel de satisfacción corporal. La fiabilidad de presentó un alfa de Cronbach de .70 para mujeres y .73 para los hombres.
- Ψ Escala de Autoconcepto (AC) de Martorell, Aloy, Gómez y Silva (1993, citada en Carrera et al., 2007) que constó de 38 ítems (1. Muy de acuerdo a 4. Muy en desacuerdo) en la que a menor puntuación mayor nivel de autoconcepto. La fiabilidad fue de .91 para las mujeres y .88 para los hombres.
- Ψ Escala de Autoestima de Rosenberg (1965, citada en Carrera et al., 2007) que constó de 10 ítems (1. Muy de acuerdo a 4. Muy en desacuerdo), en la que a mayor puntuación mayor nivel de autoestima. La fiabilidad fue de .75 para mujeres y .77 para hombres.
- Ψ Cuestionario de Conocimientos sobre Órganos Sexuales (Lameiras et al., 2004, citado en Carrera et al., 2007) que constó de 14 afirmaciones en las cuales se debe contestar si son falsas o verdaderas (1 acierto y 0 error). La fiabilidad fue de .60 para mujeres y .54 para hombres.
- Ψ Cuestionario de Conocimientos en Nutrición (CN) de Ruiz y Ruiz (1998, citado en Carrera et al., 2007) que constó de 10 ítems con escala dicotómica (1 acierto y 0 error). La fiabilidad fue de .74 para mujeres y .57 para hombres.
- Ψ Escala del Rol Sexual (Moya, Navas y Gómez-Berrocal, 1991, citada en Carrera et al., 2007) que constó de 12 ítems acerca del sexismo tradicional (1. Muy de acuerdo a 4. Muy en desacuerdo), en la que a mayor puntaje mayor es el sexismo tradicional. La fiabilidad fue de .87 para mujeres y de .93 para hombres.
- Ψ Adaptación de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad de Fisher y Hall (1988, citada en Carrera et al., 2007) que constó de 13 ítems (1. Muy de acuerdo a 4. Muy en desacuerdo), donde a mayor puntuación

mayores actitudes positivas tienen hacia la sexualidad. La fiabilidad fue de .68 para mujeres y .69 para hombres.

Se llevaron a cabo los cuestionarios en la pre-intervención a finales del 2003 en ambas muestras, con una duración aproximada de 50 minutos y se aplicó un post-intervención en el 2004.

Los resultados que se obtuvieron de esta intervención fueron los siguientes: Las mujeres presentaron menor satisfacción corporal, en los niveles de conocimiento sobre órganos sexuales y sobre nutrición que los hombres aunque no son significativas dichas diferencias. Los hombres presentan actitudes de sexismo tradicional significativamente más alto, mientras que significativamente más bajos de actitudes positivas hacia la sexualidad que las mujeres. En el autoconcepto y autoestima no existen diferencias significativas entre ambos. De igual manera, después de la intervención, se obtuvo un aumento en los conocimientos sobre órganos sexuales y nutrición, así como una reducción en las actitudes sexistas tradicionales de los participantes.

Los problemas que se encontraron, de acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) son las siguientes: No se menciona que actividades componen cada sesión lo que no permite conocer si existe un diseño lógico del programa que permita el cambio conductual (OPS, 2008; Kirby, 2007) ni tampoco si el diseño de las actividades son compatibles con los valores y recursos disponibles (Kirby, 2007). A pesar de tener un objetivo, no se menciona de manera clara que se pretende conseguir, lo cual puede provocar ambigüedad en el mismo (Kirby, 2007). Se desconoce si el lenguaje que se utiliza es el adecuado para la edad, cultura experiencia sexual y métodos de prevención, además se tiene claro acerca de las variables que influyen en realizar las conductas de riesgo, sin embargo, no se explica aquellas conductas preventivas (Kirby, 2007). No se conoce si crean un ambiente seguro para poder cambiar los factores de riesgo y no se sabe de qué manera se involucra a los participantes en las actividades propuestas (Kirby, 2007).

Givaudan y Pick (2005) por su parte reportaron un programa de prevención temprana de VIH/SIDA para adolescentes (“A Team against HIV/AIDS”) con el objetivo de proporcionar los conocimientos y habilidades para que los jóvenes desarrollaran conductas preventivas que aumentan las posibilidades de que inicien sus relaciones sexuales de manera protegida. El programa tuvo una duración de 30 meses y los participantes fueron 32 docentes de educación media superior divididos en dos grupos: Grupo experimental con 17 docentes (13 mujeres y 4 hombres) y grupo control con 15 docentes (12 mujeres y 3 hombres). Además participaron, al inicio del estudio, 2064 estudiantes de primero de preparatoria (49.5% hombres y 50.4% mujeres) de 4 escuelas públicas de Ciudad de Toluca en el Estado de México. Se dividieron estas escuelas en dos grupos: dos escuelas para el grupo control (957 alumnos al inicio del programa y 784 para el final del programa) y las otras dos para el grupo experimental (1107 alumnos al inicio del programa y 1009 para el final del programa). La intervención consistió en capacitar a los docentes quienes replicarían el programa con sus alumnos en las clases.

Se realizó un cuestionario cerrado auto-aplicable (Givaudan, Pick, Barriga, Leenen, Martínez, & Walker, 2001, citado en Givaudan y Pick, 2005). El instrumento incluyó los siguientes temas: datos demográficos, experiencia sexual, conocimientos sobre transmisión VIH/SIDA (8 ítems con un rango de respuesta de 1 a 5 y un alfa de .64), conocimientos de las consecuencias de la infección (16 ítems con un rango de respuesta de 1 a 5 y un alfa de .68), conocimientos biomédicos (5 ítems con un rango de respuesta de 1 a 5 y un alfa de .59), actitudes hacia el uso del condón (5 ítems con un rango de respuesta de 1 a 5 y un alfa de .71) y confianza para adquirirlo y usarlo (2 ítems con un rango de respuesta de 1 a 5 y un alfa de .80). Se realizó en 4 tiempos, pre-intervención, post intervención inmediata, a los 6 meses y al año de haber recibido la intervención.

Los contenidos que se trabajaron con alumnos fueron los siguientes: sexualidad, anatomía, fisiología y aspectos sociales; mitos y realidades sobre prevención de VIH/SIDA; actitudes hacia el uso del condón; percepción de riesgo; sexo seguro y sexo protegido; orientación sexual; habilidades para la vida

(comunicación asertiva y negociación, autoconocimiento, toma de decisiones, planeación y proyecto de vida), alternativas para obtener condones e información sobre el uso adecuado. La capacitación de docentes tuvo una duración de 40 horas durante una semana y el de los adolescentes fue una duración de 30 horas durante el semestre.

Los resultados se determinaron a partir de cuatro mediciones comparando al grupo experimental con el grupo control y son los siguientes: Para evaluar el efecto del programa en cuanto a favorecer o no el inicio de relaciones sexuales se encontró que en ambos grupos (control y con programa) el incremento promedio en cuanto a inicio de relaciones sexuales fue de 4% para las mujeres y 6% para los hombres entre cada una de las mediciones; estos resultados muestran que el programa no tiene ningún efecto en el inicio de relaciones sexuales. Así, los resultados mostraron efectos significativos en el aumento de conocimientos sobre VIH/SIDA y su prevención, así como en actitudes más favorables hacia el uso de condón y confianza para adquirir condones y para utilizarlos en comparación con el grupo control, el efecto se mantiene después de un año de la intervención.

De acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) se encontraron las siguientes deficiencias: El estudio menciona que la intervención constó de 40 horas en una semana lo que permite intuir que son 8 horas en 5 sesiones, sin embargo, no es claro al describir su metodología de aplicación por lo que no se puede replicar con exactitud el programa para su efectividad (Kirby, 2007). No se menciona que actividades componen cada sesión lo que no permite conocer si existe un diseño lógico del programa que permita el cambio conductual (OPS, 2008; Kirby, 2007) ni tampoco si el diseño de las actividades son compatibles con los valores y recursos disponibles (Kirby, 2007). Se desconoce si el lenguaje que se utiliza es el adecuado para la edad, cultura experiencia sexual y métodos de prevención (Kirby, 2007). No se conoce si crean un ambiente seguro para poder cambiar los factores de riesgo y no se sabe de qué manera se involucra a los participantes en las actividades propuestas (Kirby, 2007).

Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi (2006) diseñaron un programa de intervención cuyo objetivo fue reducir las consecuencias del sexo sin protección en la adolescencia. Participaron 106 docentes y 11,177 alumnos de primer año de 40 escuelas de nivel preparatoria en el estado de Morelos los cuales fueron distribuidos de la siguiente manera: 3,214 para el grupo control y 7,963 para el grupo de intervención. El grupo de intervención se dividió en dos: 4,097 para el grupo de intervención VIH/SIDA, ITS, Promoción del Condón (PC) y Anticoncepción de Emergencia (AE) y 3,866 para el grupo de intervención VIH/SIDA/ITS/PC. Se consideraron dos fases para el diseño del programa: capacitación de los maestros que replicarían la intervención con los estudiantes (mayo-octubre 2001), intervención ofrecida a los adolescentes (enero-abril 2002) a cargo de los maestros. Se capacitaron a los docentes de las 28 escuelas de intervención de los cuales 51 recibieron un currículo sobre VIH/SIDA/PC y 55, el mismo currículo y dos horas de capacitación sobre AE. La capacitación tuvo una duración de 40 horas (ocho horas diarias durante cinco días), además recibieron material educativo de apoyo y un manual para facilitadores. Los maestros capacitados realizaron la fase de intervención en sesiones semanales de dos horas (16 semanas, entre febrero y mayo de 2002). Se apoyó a los profesores con materiales extras y se supervisaron con las siguientes medidas: Llamadas telefónicas para verificar el tema de la semana y contestar dudas sobre los contenidos, visitas programadas y visitas sorpresa.

Se realizó una evaluación de la efectividad de la capacitación de los maestros con cuestionarios pre intervención y post intervención que incluían reactivos de conocimientos sobre VIH/SIDA y AE, así como preguntas acerca de la seguridad y comodidad para tratar temas de sexualidad con estudiantes de ambos sexos. Para evaluar los conocimientos de se realizó un cuestionario que constó de 95 reactivos que incluía información demográfica (edad, sexo, escuela), socioeconómica de los adolescentes y sus hogares, conocimientos de VIH/SIDA, de AE, actitudes hacia personas que viven con VIH/SIDA, conocimiento y actitud hacia el uso del condón, actividad sexual (edad de inicio y uso de condón en la primera y última relación), embarazo, aborto, autoestima y uso de sustancias

adictivas. En el caso de los conocimientos de VIH/SIDA, se incluyeron 9 reactivos, la variable de habilidades de negociación se evaluó con tres preguntas que incluían capacidad percibida para interrumpir relaciones sexuales para usar condón, condicionarlas al uso de condón, y estar seguro de poder adquirir condones. Finalmente, se realizaron dos encuestas de seguimiento (después de la intervención en mayo 2002 y un año después en mayo 2003).

Los resultados que se obtuvieron de la capacitación a profesores mostraron un cambio positivo en conocimientos, actitudes y comodidad hacia los conocimientos recibidos; además 91% de los profesores calificó el curso como excelente en lo general, 94% consideró excelente la calidad del capacitador, 75% calificó como excelente los materiales e instrucciones del curso, y más de 83% consideró excelentes las cuatro estrategias didácticas utilizadas. Los alumnos presentaron un alto nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en todos los grupos (38 de 45 puntos) sin distinción por sexo o por experiencia sexual, se declararon seguros de poder obtener un condón (82.78% de las mujeres y 93.6% de los hombres), las mujeres muestran menor habilidad de usar un condón (65.5% mujeres y 84.95% hombres sexualmente activa y 16.43% mujeres y 52.33% sexualmente inactivos). Además, las mujeres manifestaron tener mayor capacidad para negociar el uso del condón que los hombres: para condicionar las relaciones sexuales al uso del condón (mujeres 93.69% y hombres 86.59%) y ser capaces de interrumpir la relación sexual para usar condón (mujeres 87.4% y hombres 77.42%). Los adolescentes sexualmente activos reportaron menor gusto por el uso del condón (58.8% mujeres y 35.26% hombres) que aquellos que no lo eran (61.76% mujeres y 55.55% hombres).

De acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) se encontraron las siguientes deficiencias en el programa: Los problemas que se encontraron en esta intervención fueron los siguientes: No presenta un objetivo del programa claro a pesar de que se menciona de manera general lo que se pretende lograr, la descripción de los instrumentos es confusa en la cantidad de reactivos de las variables que mide el programa, no se menciona si a los instrumentos se les realizó la prueba de validez y confiabilidad, los

resultados que se proporcionan no muestran si el programa de intervención es efectivo ni la diferencia entre grupos de intervención, la población ya contaba con altos conocimientos por lo que solo pueden describir la situación de los adolescentes. Además, se menciona que los profesores evalúan como excelentes las cuatro estrategias didácticas utilizadas las cuales no son planteadas en el estudio. No se menciona que actividades componen cada sesión lo que no permite conocer si existe un diseño lógico del programa que permita el cambio conductual, ni tampoco si el diseño de las actividades son compatibles con los valores y recursos disponibles. No se conoce si crean un ambiente seguro para poder cambiar los factores de riesgo y no se sabe de qué manera se involucra a los participantes en las actividades propuestas (Kirby, 2007).

De igual manera, Pick de Weiss, Andrade, Townsend y Givaudan (1994) realizaron un estudio acerca de un programa de educación sexual en adolescentes denominado “Planeando tú Vida” cuyo objetivo fue incrementar el conocimiento respecto a la sexualidad y anticoncepción, así como incrementar la probabilidad de uso de anticonceptivos. Participaron 1,632 alumnos (629 mujeres y 940 hombres) de preparatorias públicas que fueron distribuidos en dos grupos: 1,076 estudiantes al grupo experimental y 556 al grupo control. Se capacitaron a 35 adultos educadores sexuales y psicólogos en 48 horas acerca de los temas para impartir el taller y se diseñó un instrumento basándose en preguntas validadas con anterioridad así como se validó para el grupo de estudio. Los indicadores analizados en este estudio fueron los siguientes:

- Ψ Conducta sexual: Los adolescentes han tenido o no relaciones sexuales.
- Ψ Conducta anticonceptiva: Los adolescentes reportan haber realizado conductas preventivas del embarazo.
- Ψ Conocimientos sobre embarazo y anticoncepción: Conocimientos de los adolescentes acerca de embarazo, uso de anticonceptivos y creencias erróneas (5 ítems, no se mencionan las opciones de respuesta).

Ψ Percepción de acceso hacia anticoncepción y uso de anticonceptivos: Percepción de la facilidad para conseguir anticonceptivos y efectividad (5 ítems, no se mencionan las opciones de respuesta).

Se realizaron tres evaluaciones: pre-intervención, post-intervención y 6 meses posteriores de los cuales se obtuvo los siguientes resultados: El curso no tuvo efecto en el inicio sexual de los participantes que no habían tenido su debut sexual (después del curso en mujeres: 2.8% grupo experimental y 1.6% grupo control; en hombres: 8.4% grupo experimental y 8.9% grupo control) pero se tuvo una asociación significativa en la conducta anticonceptiva en esta población (mujeres: 81.8% grupo experimental y 75% grupo control; hombres: alrededor del 60% grupo experimental y alrededor del 35% grupo control), en caso contrario de aquellos que ya habían tenido relaciones no se vieron diferencias significativas (mujeres: 66.7% grupo experimental y 62.5% grupo control; hombres: 70.8% grupo experimental y 71.2% grupo control). Finalmente, se demostró que este programa les proporcionó los conocimientos sobre sexualidad, embarazo (8.87 grupo experimental y 7.69 grupo control) y anticoncepción e incrementó su percepción de acceso a los anticonceptivos (5.23 grupo experimental y 4.69 grupo control).

De acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) se encontraron las siguientes deficiencias: El objetivo del programa menciona que abarcarán la conducta sexual, término que no definen, a pesar de que describen las implicaciones del inicio de la vida sexual y el no utilizar métodos anticonceptivos, dejan de lado las ITS y VIH/SIDA como consecuencia de la conducta sexual que ellos mencionan, por ello, se considera que se debería explicar el termino y aterrizarlo al tema de interés. Se menciona que se validó el instrumento pero no se menciona el valor de Alfa de Cronbach para corroborar su fiabilidad, el número de reactivos de dos variables, ni las opciones de respuesta de cada ítem. No se menciona de cuántas sesiones está compuesto el programa, su duración, ni tampoco que actividades componen cada una de ellas lo que no permite conocer si existe un diseño lógico del programa que permita el cambio conductual, ni tampoco si el diseño de las actividades son compatibles con los

valores y recursos disponibles. Se desconoce si se presentan los temas con secuencia lógica, si se crea un ambiente seguro para poder cambiar los factores de riesgo, así como tampoco se sabe de qué manera se involucra a los participantes en las actividades propuestas (Kirby, 2007). Se instruye a profesores con la finalidad de que ellos impartan el programa pero no se menciona que se supervisen, monitoreen o apoyen a lo largo de las clases con los adolescentes (Kirby, 2007).

Otra propuesta fue el programa de intervención “Talking parents, healthy teens” (Eastman, Corona y Schuster, 2006) cuyo objetivo fue mejorar la comunicación de los padres con sus hijos adolescentes, promover el desarrollo sexual saludable y reducir conductas de riesgo del adolescente. El programa de intervención menciona estar basado en la Teoría de Acción Razonada, Modelo de Creencias de la Salud y teoría del Aprendizaje Social. Este programa fue evaluado en 13 lugares de trabajo en el sur de California (agencias con fines de lucro, organizaciones y agencias públicas), de los cuales se formaron 20 grupos. El programa fue impartido en los lugares de trabajo para facilitar el reclutamiento y la retención de los participantes. El diseño de este programa fue de 8 sesiones, 1 sesión de una hora por semana durante la hora de la comida, para grupos de 15 padres de familia. Cada sesión esta encadenada a la previa, el facilitador revisa lo importante y las dudas que se hayan tenido de un sesión anterior al utilizar las nuevas habilidades en casa. Se dieron las comidas a los padres de familia como incentivo de participación y reducir el tiempo de que llegaran a las sesiones, enviaron los materiales por e-mail aquellos padres que los habían perdido y se revisó el contenido vía telefónica con los padres que se ausentaron a la sesión. El facilitador utilizó un manual. Los temas a tratar en cada sesión son los siguientes:

- Ψ Sesión 1: “*Building you relationship with your child*” la cual trató acerca de relaciones padre-hijo positivas.
- Ψ Sesión 2: “*Your adolescent’s development and news ways of communicating*” la cual trató de la importancia de involucrarse en la vida del adolescente y reforzar las relaciones padre-hijo positivas.

- Ψ Sesión 3: “*Listening skills for talking about sensitive topics*” la cual se enfocó en escuchar a los adolescentes y en las preocupaciones de los padres acerca de hablar de sexualidad.
- Ψ Sesión 4: “*Talking about sex: getting past roadblocks*” la cual se enfocó en habilidades que promueven desde la comunicación en general y relaciones padre-hijo positivas hasta la comunicación enfocada en sexualidad.
- Ψ Sesión 5: “*Helping your child make decisions*” la cual trató de desarrollar habilidades de participar en conversaciones largas acerca de temas de sexualidad con adolescentes.
- Ψ Sesión 6: “*Assertiveness skills, abstinence, and contraception*” la cual se enfocó en las habilidades de asertividad que requieren aquellos adolescentes que quieren abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Ψ Sesión 7: “*More assertiveness skills, coping with conflict and supervising your kids*” la cual se ocupó de estrategias de negociación de conflictos.
- Ψ Sesión 8: “*Putting it all together and staying motivated*” en la cual se revisaron las habilidades aprendidas en las sesiones anteriores, se motivó a los padres a usarlas y reconocer la participación de los padres de familia.

Se realizaron actividades que ayudaron en cada una de las sesiones las cuales fueron: Discutir acerca los temas de sexualidad en grupos donde existe diversidad de los participantes con diferentes puntos de vista, practicar las habilidades en comunicación con juegos de roles, en las sesiones 4 a la 7 los padres estuvieron individualmente practicando con los facilitadores recibiendo retroalimentación con una videograbación la cual permitía observar las características necesarias en la comunicación padre-hijo, se les dio actividades para realizar en casa y practicar las habilidades en comunicación, se les proporcionó folletos durante el programa (por ejemplo: “facts of life” acerca de los temas de pubertad, contracepción, VIH/SIDA y otras ITS, orientación sexual y uso del alcohol).

Los resultados de este programa indicaron que los padres proporcionan una vía para llegar a los adolescentes, se pueden utilizar actividades y estrategias para enseñar las habilidades de comunicación necesarias para abordar temas de sexualidad, pueden participar grupos que tienen diferentes estilos de aprendizaje, habilidades de crianza y comunicación. El 72% de los participantes reportaron que definitivamente recomendarían el programa mientras que un 24% dijo que probablemente lo harían.

De acuerdo a las características mencionadas por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) se encontraron las siguientes deficiencias: Se desconoce si se cumplió el objetivo planteado. Se imparte el programa en el lugar de trabajo de los padres de familia lo cual representa que se tenga convenio con las empresas interesadas y se tenga la información de a cuántos padres de familia se les impartiría el taller, situación que en el estudio no se menciona ni la negociación con las mismas. Se considera que esta forma de impartir el programa no se puede replicar fácilmente en otras poblaciones ya que las empresas consideran los beneficios y costos que les llevarían estas actividades en tiempo y espacios ocupados para el taller. Además, un taller requiere que se destinen fondos a materiales para cada actividad realizada y se busca que no sobrepase a los fondos designados para ello, este taller incurre en costos mayores al repartir almuerzos a cada participante lo cual no permite que sea factible la réplica del taller, se necesitaría analizar si el beneficio justifica que se realice este costo. No se menciona cómo se evaluó el programa, qué instrumentos se utilizaron para evaluar las variables, qué características tuvieron (cantidad de ítems), cuántos ítems evaluaron cada variable, si se validó el instrumento, los resultados que arrojaron y tampoco si el taller cumplió con los objetivos planteados; por tanto, no se puede mencionar si fue eficaz a la población descrita. El programa de intervención menciona estar basado en la Teoría de Acción Razonada, Modelo de Creencias de la Salud y teoría del Aprendizaje Social los cuales no son descritos en el estudio ni se especifican cómo interactúan las variables de cada teoría (Kirby, 2007; Noar, 2007). El estudio describe de manera general que se quiere lograr en cada sesión, sin embargo, no se describen las actividades que se

realizar lo que no permite conocer si existe un diseño lógico del programa que permita el cambio conductual, se conoce el diseño de los temas por sesión pero no por actividad (OPS, 2008; Kirby, 2007). Tampoco se conoce si el diseño de las actividades son compatibles con los valores y recursos disponibles (Kirby, 2007). Se desconoce si se presentan los temas con secuencia lógica o si se crea un ambiente seguro para poder cambiar los factores de riesgo (Kirby, 2007). Se encontró que no se menciona si se reclutará a los facilitadores ni si recibirán capacitación, supervisión, monitoreo y apoyo (Kirby, 2007).

De los programas de intervención analizados en este trabajo y algunos analizados por Kirby et al. (1994) tienden a estar centrados en aspectos específicos de la problemática y son amplios en muchas habilidades, es por ello que no se enfocan en los aspectos que son necesarios para evitar conductas de riesgo. De igual manera, en los estudios no se describe a detalle el programa como son el número y duración de sesiones de la intervención, las actividades de cada una de ellas y demás características que son importantes para poder replicar el programa. Se ha visto que los programas que existen, en su mayoría, solo se enfocan en los conocimientos adquiridos, en las actitudes y en otros factores que, si bien son importantes, dejan de lado la enseñanza de conductas de protección (habilidades conductuales) y solo se enfocan a un aspecto del problema, lo cognoscitivo, haciéndolos no tan eficaces (Moreno et al., 2007, Kirby, 2007).

Fisher y Fisher (1992) han demostrado que dichos conocimientos adquiridos (información clara y precisa), junto con las habilidades y la motivación tienen una gran importancia para la formación y evitación de conductas de riesgo y están presentes en el modelo de Información - Motivación y Habilidades conductuales (IMB). Varios estudios (Fuentes et al., 2002; Paz et al., 2009; Jaworski y Carey, 2001; Singh, 2003; Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002) han demostrado su eficacia al apoyar la necesidad de que una persona esté motivada para realizar conductas preventivas a partir de la información que ésta adquiere sobre el tema y las habilidades necesarias adquiridas para evitar las conductas de riesgo. En conjunto son elementos que no pueden estar por separado y hacen

posible un cambio en conductas de riesgo de los adolescentes, si cada elemento es trabajado como complemento de los otros. Para que se cumpla el objetivo, es necesario valorar la calidad de la información que se tiene y detectar en qué lugares y de quiénes reciben esta información los adolescentes, si es errónea o está incompleta impedirá que haya una mayor motivación para realizar conductas preventivas y así no tendrán las habilidades necesarias para hacerlo.

Con estas acciones se favorece a que aumente la problemática en la salud que enfrentan los adolescentes en su sexualidad, por ello, este trabajo está enfocado en diseñar un taller para profesores de secundaria sobre estos temas para prevenirla. En el siguiente apartado se menciona las características del programa de intervención tomando en cuenta lo mencionado en este capítulo por Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008).

5. METODOLOGÍA

Como se ha señalado en los capítulos anteriores, los adolescentes, tienden a realizar conductas sexuales de riesgo (el comienzo del debut sexual a temprana edad y no usar métodos anticonceptivos como el condón) y esto les trae consecuencias negativas a su salud (embarazos no deseados, abortos, ITS, VIH/SIDA). Con el fin de prevenirlas, algunas investigaciones (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles, 2008; Burges, Dziegielewski y Evans, 2005; Gallegos, Villarruel, Vinicio, Onofre y Zhou, 2007) se han enfocado en diseñar programas de intervención que fomenten las conductas saludables y modifiquen las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

Algunos programas que se han diseñado con dicha finalidad se han enfocado en sólo una conducta preventiva en específico como son: Abstinencia (Rector, 2002; Kirby, 2002; Arnold, Smith, Harrison y Springer, 1999), educación sexual (Kirby, Korpi, Barth y Cagampang, 1997; Coyle, Kirby, Marin, Gómez y Gregorich, 2004), conocimientos sobre salud sexual (Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), algunos dirigidos a padres y familiares para informar sobre las ITS y el VIH/SIDA (Kirby, 2001; Kirby, Short, Collins, Rugg, Kolbe, Howard, Miller, Sonenstein y Zabin, 1994), entre otros. Sin embargo, muchos de estos programas no han sido efectivos ya que presentan carencias que no permiten que se cumpla el objetivo de disminuir los problemas de salud sexual actuales de los adolescentes.

A partir de dicha problemática, Noar (2007), Kirby (2007) y la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2008) mencionan las características que debe tener un programa de intervención exitoso, estas nos permiten evaluar programas de intervención: Si resultan ser exitosos, se pueden tomar de base para adaptarlos a la población a la que va a ser dirigida; si no lo son del todo, se pueden eliminar sus deficiencias y diseñar aquellas que proporcionen mayores resultados; de igual manera, se pueden utilizar para el diseño de un nuevo programa de intervención (Kirby, 2007).

Además, se debe considerar todos los aspectos que influyen para que cada persona realice conductas preventivas o conductas de riesgo. Uno de ellos es el entorno social en el que se desenvuelven los adolescentes, éste influye directamente en sus estilos de vida, en sus decisiones y habilidades para reducir las conductas sexuales de riesgo (Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín, 2004). Los jóvenes pasan gran parte del tiempo en su casa, en la cual adquieren los primeros conocimientos, motivaciones y habilidades que les servirán a lo largo de su vida, por ello, es necesario orientar a los padres de cómo abordar temas sobre sexualidad con sus hijos y favorecer el uso de métodos de prevención (uso del condón) (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles, 2008; Gotuzzo Herencia, Peinado, Tijero, Mayorca y Badajos, 2001). Asimismo, la escuela es otro entorno en el que un adolescente se desarrolla y pasa mucho tiempo, en la cual los profesores toman el papel de orientadores e influyen en su formación académica y personal para la toma de decisiones en su vida cotidiana, por lo tanto, es importante que los profesores les puedan proveer de conocimientos y habilidades para prevenir embarazos no deseados, abortos, ITS y VIH/SIDA (Ramírez, 1999; Pick de Weiss, Andrade-Palos, Townsend y Givaudan, 1994).

Un programa de intervención, cuyo objetivo es reducir las conductas de riesgo de los adolescentes, permite que los maestros puedan influir en las conductas preventivas de sus alumnos contando con una preparación adecuada que les permita abordar los temas sobre sexualidad con información clara, precisa y correcta, (Coyle, Kirby, Marin, Gómez y Gregorich, 2004; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007; Wight et al. 2002; Carrera, Lameiras, Foltz, Núñez y Rodríguez, 2007; Givaudan y Pick, 2005; Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2006; Pick de Weiss, Andrade-Palos Townsend y Givaudan, 1994; Eastman, Corona y Schuster, 2006; Kovatseff y Power, 2005). No obstante, los estudiantes reportan no estar satisfechos con la calidad de la educación sexual en las escuelas a las que asisten actualmente debido a que la información que se les enseña está incompleta o es errónea (Lokanc-Diluzio et al., 2007; Pick de Weiss et al., 1994).

Ramírez (1999) corrobora dicha afirmación con un estudio en el que aplicó dos cuestionarios, uno para los profesores y el otro para sus estudiantes, con la finalidad de conocer el nivel de los conocimientos y actitudes que tenían acerca de los temas de sexualidad (ITS, relaciones sexuales, anticonceptivos, cambios fisiológicos, masturbación, menstruación, homosexualidad, aborto, actitudes y funciones del profesor). En dicho estudio, los profesores de secundaria reportan solo un 72% de los conocimientos necesarios que deben tener sobre sexualidad, esto sugiere que es importante capacitarlos sobre el qué y el cómo orientar a sus alumnos adolescentes para reducir el porcentaje de conductas de riesgo. Además, los resultados indican que los profesores tuvieron una actitud positiva de recibir capacitación, lo que hace viable el poder implementar programas de intervención, como el que se ha diseñado en este trabajo.

En otro estudio, Cáceres, Rosasco, Muñoz y Gotuzzo (1992) evaluaron el nivel de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad, las ITS y el SIDA tanto en estudiantes de secundaria como en sus profesores; se encontró que los estudiantes poseían un 46% de los conocimientos necesarios acerca de los temas sobre sexualidad y un 49% acerca de VIH/SIDA, mientras que los profesores reportaron tener 65.8% de conocimientos acerca de temas sobre sexualidad y 72% en VIH/SIDA. Asimismo, los profesores estaban de acuerdo en recibir capacitación sobre dichos temas.

Asimismo, Gotuzzo Herencia, Peinado, Tijero, Mayorca y Badajos (2001) realizaron un estudio en el que se evaluaron los conceptos básicos de las ITS y el VIH/SIDA, en el que se observó que tienen mayores conocimientos acerca del VIH/SIDA que de las ITS debido a la difusión que se ha dado a dicha enfermedad. También, afirmaron que si los profesores conocen bien el tema con información clara, precisa y suficiente influirá en un buen desempeño con sus alumnos previniendo las conductas sexuales de riesgo.

Estas deficiencias que presentan los profesores en los conocimientos acerca de la sexualidad puede tener como resultado la falta de información, motivación y de las habilidades conductuales necesarias con las que sus alumnos puedan realizar conductas preventivas para no contraer alguna ITS o VIH/SIDA,

de tener un embarazo no deseado o de practicarse un aborto, por ello, es necesario diseñar programas que capaciten a los profesores sobre dichos temas (Cáceres et al. 1992). Este trabajo se enfocó en diseñar un taller, bajo el modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales (Fisher y Fisher, 1992) y las características mencionadas por Noar (2007) y Kirby (2007), que permitan a los profesores de secundaria reducir la problemática actual en la salud de sus alumnos adolescentes a través de estar informados, motivados y con las habilidades necesarias para realizarlo. En el taller se enseña, a través de actividades, los conocimientos básicos sobre la sexualidad, así como, las habilidades necesarias para replicarlo con sus estudiantes (Careaga, Sica, Cirillo y Da Luz, 2006). Por lo que, a cada participante y en cada sesión, se le transmitirán conocimientos sobre los temas, se fomentará la motivación y se enseñarán habilidades de cómo poder prevenir los embarazos no deseados, las ITS, el VIH/SIDA y sus consecuencias (Fisher y Fisher, 1992).

Los objetivos que se plantean en este taller son los siguientes:

Objetivo general: Capacitar a los profesores de secundaria en los conocimientos básicos sobre temas de sexualidad (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas) desde el modelo Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB; Fisher y Fisher, 1992).

Objetivos específicos:

1. Evaluar los conocimientos sobre sexualidad que poseen los docentes de secundaria (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas).
2. Abordar los aspectos generales acerca de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas.
3. Dotar de información a los profesores de secundaria sobre los temas de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas.

4. Actualizar los conocimientos que ya poseen los profesores de secundaria sobre los temas de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas.
5. Capacitar a los profesores de secundaria con diversas estrategias para realizar con sus alumnos sobre los temas de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas.
6. Capacitar acerca de cómo debe actuar el profesor con sus alumnos de secundaria al abarcar los temas de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas.
7. Evaluar los conocimientos sobre sexualidad que poseen los docentes de secundaria después de la intervención (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas).
8. Evaluar la calidad del servicio del taller impartido.

Método.

Participantes. El taller está dirigido a profesores de Biología y/o Formación Cívica y Ética del nivel secundaria con un rango de edad de 25 a 35 años de ambos sexos y que tengan de entre 3 a 10 años de experiencia laboral aproximadamente como docentes en la materia; así como personas interesadas en tomar el taller.

Los criterios de inclusión son: Tener interés sobre el tema, una actitud positiva hacia la sexualidad, disposición de mejorar en su desempeño docente y en dominar el tema, además que en el pre-test tengan un máximo de 11 respuestas correctas, que equivale al 20% de un total de 56 preguntas en el instrumento "Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente". El grupo deberá estar conformado por un máximo de 20 personas.

Escenario. Un salón de 3m X 5m aproximadamente, donde se tenga el espacio suficiente para realizar las actividades propuestas en el taller. Con un pizarrón (blanco y/o verde) y un mobiliario que conste de un mínimo de 21 sillas y

mesas, 1 por cada participante y para el instructor. Con la iluminación adecuada para facilitar las actividades, ventanas y lámparas suficientes. Además, el salón debe contar con ventilación suficiente, instalaciones eléctricas adecuadas, estar en buen estado físico y libre de interrupciones, características que permitirán un desarrollo óptimo en el taller.

Materiales. Para llevar a cabo el taller que se presenta en este trabajo se diseñaron dos manuales: El manual del instructor en el cuál se especifican aquellos aspectos relevantes que debe conocer para impartir el taller. Este manual está elaborado con una introducción al tema de sexualidad y con las cinco sesiones que constituyen al taller. Cada sesión presenta una introducción breve, sus objetivos generales y específicos por cada sesión, la descripción de las actividades, la bibliografía básica, la bibliografía complementaria, sitios de internet e instituciones oficiales a las que se puede acudir. Las actividades están descritas con un objetivo particular, su descripción, la duración aproximada, así como algunas notas que permitan entenderlas de mejor manera (ver anexo 5).

El manual del participante contiene una introducción al tema sobre sexualidad y al taller. Cada sesión está descrita con el tiempo aproximado, el contenido, una información básica, espacio para las notas personales de los participantes, la bibliografía recomendada, los sitios de internet que pueden consultar, los teléfonos e instituciones oficiales a los que pueden recurrir de cada tema abordado en el taller (ver anexo 6).

Las sesiones del taller se presentan descritas de manera breve en las cartas descriptivas del anexo 3, a continuación se presentan los materiales que se utilizarán en cada sesión y sus características se muestran en el anexo 4.

Sesión 1 (Introducción y embarazo no deseado): “¿Con qué empezamos?”: Papel bond con los objetivos de la sesión, estambre, buzón de dudas y/o sugerencias, hojas para el buzón de dudas y/o aclaraciones, lápices, sacapuntas, goma, manuales, plumones o gises, pizarrón, carteles y/o diapositivas sobre embarazo no deseado.

Sesión 2 (ITS): “¿De qué nos podemos enfermar?”: Papel bond con los objetivos de la sesión, buzón de dudas y/o sugerencias, hojas para el buzón de

dudas y/o aclaraciones, dulces de dos colores, plumones y/o gises, pizarrón, hojas de papel (rotafolio), cinta adhesiva, memorama de las ITS, bolígrafo, carteles y/o diapositivas sobre el tema de ITS.

Sesión 3 (VIH/SIDA): “¿Está tan mal como dicen?”: Papel bond con los objetivos de la sesión, buzón de dudas y/o sugerencias, hojas para el buzón de dudas y/o aclaraciones, cartas del juego “uno”, plumones y/o gises, pizarrón, gafete con la palabra persona, cuadros de papel, gafete con la palabra enfermedad, gafete con la palabra VIH, gafetes con la palabras sistema inmunológico, guión del narrador, bolígrafo, carteles y/o diapositivas sobre el tema de VIH/SIDA.

Sesión 4 (Aborto): “¿Lo mejor para evitar las consecuencias?”: Papel bond con los objetivos de la sesión, buzón de dudas y/o sugerencias, hojas para el buzón de dudas y/o aclaraciones, letreros, plumones y/o gises, pizarrón, cinta adhesiva, bolígrafo, carteles y/o diapositivas sobre el tema de aborto.

Sesión 5 (¿Qué hago yo?): “¿Y qué hago yo?”: Papel bond con los objetivos de la sesión, buzón de dudas y/o sugerencias, hojas para el buzón de dudas y/o aclaraciones, post-it, plumones y/o gises, pizarrón, dibujos en hojas tamaño carta (un queso y una zanahoria), fichas del juego “gato”, cinta adhesiva, bolígrafo, condón masculino, condón femenino, lápices, sacapuntas, goma, carteles y/o diapositivas sobre las instituciones, teléfonos, bibliografía recomendada, el uso correcto y consistente del condón.

Aparatos. Computadora (portátil o de escritorio), con un sistema operativo Windows XP o superior y cañón para proyectar diapositivas.

Instrumentos. Se empleará el instrumento “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” para evaluar los conocimientos previos y posteriores al taller que se impartirá a los profesores. El instrumento está integrado por 56 preguntas con cinco opciones posibles de respuesta (de la opción “a” hasta la “e”) sobre los temas tratados en el taller: embarazo no deseado (5 ítems), aborto (4 ítems), ITS (38 ítems: 6 sífilis, 6 gonorrea, 5 clamidia, 4 de Virus de herpes genital, 5 tricomoniasis, 6 candidiasis y 6 Virus de papiloma humano), VIH/SIDA (3 ítems)

y estrategias de prevención (6 ítems). El instrumento se presenta en el anexo 1.1 y la hoja de calificación con la respuesta correcta subrayada en el anexo 1.2.

El instrumento “*Evaluación del taller*” (ver anexo 2) consta de tres secciones. La primer sección, con base en el modelo SERVQUAL de Berry, Parasuraman y Zeithaml (1988), consta de 18 afirmaciones con 5 opciones de respuesta (5 muy de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo) y evalúa la calidad del taller tomando en cuenta los siguientes temas: la difusión del taller, los materiales de apoyo, los materiales que se les proporciona a los participantes, los manuales, la información, la motivación y las habilidades que aprendieron los participantes. La segunda sección es acerca de la evaluación a los ponentes que consta de 10 afirmaciones las cuales tienen las mismas opciones de respuesta y evalúan los conocimientos, valores y características de los ponentes. Finalmente, en la tercera sección se tiene un espacio para los comentarios y sugerencias para que los participantes plasmen su opinión acerca del taller y de los ponentes.

Definición de variables:

- Variable independiente:
 - El taller con base en el modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB, Fisher y Fisher, 1992). Cada sesión se diseñó en tres secciones: Una de información, otra de motivación y una tercera sobre el desarrollo de habilidades.
- Variable dependiente:
 - Conocimientos sobre temas sexuales.

Diseño:

Es un diseño pre-test post-test con intervención, en el cual se empleará el instrumento de “Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente” para evaluar el repertorio básico que tienen los profesores de secundaria sobre los temas de sexualidad (pre-evaluación) en la primera sesión del taller y se espera que obtengan 11 de 56 respuestas correctas (20% del total de preguntas del instrumento).

La intervención consistirá de cinco sesiones, bajo el modelo IMB, de dos horas cada una, se enseñará a cada participante acerca de los temas de sexualidad que permita cumplir con los objetivos antes mencionados (Sesión 1: Embarazo no deseado, Sesión 2: ITS, Sesión 3: VIH/SIDA, Sesión 4: Aborto y estrategias preventivas y Sesión 5: Bibliografía recomendada, instituciones, uso correcto y consistente del condón). Por último, se post-evaluará, con el mismo instrumento de la pre-evaluación, los cambios que se produjeron con la intervención (post-evaluación) en la sesión cinco del taller, y se espera que los profesores tengan 56 de 56 respuestas correctas.

Procedimiento.

El programa fue diseñado a partir de investigar acerca de los factores que intervienen en la realización de conductas de riesgo por parte de los adolescentes y evitar las consecuencias negativas que esto produce. Cada tema será abordado con una serie de actividades las cuales están basadas en el modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales (Fisher y Fisher, 1992) e incluye cada uno de sus elementos básicos: se proporcionará conocimientos, esto motivará a cada uno de los participantes a que dichas actividades las realicen con sus alumnos, y de esta manera puedan llevar a cabo las habilidades aprendidas en el curso.

Para lograr los objetivos del taller, se sugiere que se lleven a cabo las siguientes fases:

- a. Convocatoria: Con la finalidad de juntar a los interesados y la formación de los grupos del taller, el facilitador lo ofrecerá a los directivos y profesores en escuelas secundarias, particulares y/u oficiales, repartiendo folletos y colocando carteles acerca del taller, lugar y fecha en el cual se llevará a cabo y sin costo; estos datos se podrán incluir después de que se haya negociado con los directivos de las escuelas “meta”. Además, se integrará un teléfono al cual los interesados puedan pedir informes y/o notificar de su asistencia. Puede darse una plática en cada escuela “meta” en la cual se dé una breve información sobre el

taller, la importancia del mismo y de los beneficios que les traerá consigo a ellos como docentes y a sus alumnos.

- b. Este taller constará de tres fases, las cuales son las siguientes:
- Fase 1, Pre-evaluación: En la primer sesión se aplicará el instrumento (pre-test) “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” para evaluar el repertorio de conocimientos sobre el tema a los profesores de nivel secundaria. Además esto permitirá al facilitador localizar los puntos de los cuales partir, hacer énfasis, corregir y/o reforzar.
 - Fase 2, Intervención: Después del pre-test se proseguirá con esta fase la cual constará de cinco sesiones. En estas se cumplirán los objetivos mediante actividades que permitan la comprensión y asimilación de los cinco temas distribuidos en cada sesión (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas).
 - Fase 3, Post-evaluación: En la quinta sesión se aplicará el instrumento (post-test), el mismo realizado en la pre-evaluación, con el fin de corroborar los cambios que se obtuvieron durante la intervención. Además de aplicar el instrumento “*Evaluación del taller*” con el objetivo de evaluar el taller.

Contenidos del taller (Fase de intervención)

El presente taller consta de cinco sesiones, diseñadas con base en el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992), en las cuales se abordarán los temas de sexualidad a través de actividades diseñadas para dotarlos de las herramientas que necesitan para resolver dudas sobre dichos temas con sus alumnos y a continuación se describirán a detalle.

- a. Los temas de las sesiones son:

Sesión 1. Embarazo no deseado: En esta sesión se revisará la epidemiología, la definición, las causas, las consecuencias y prevención de los embarazos no deseados en adolescentes.

- Sesión 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS): En esta sesión se abordará la definición de las ITS, así como, la epidemiología, el agente causal, los síntomas, el tratamiento, las consecuencias y prevención de las ITS más representativas en los adolescentes (sífilis, gonorrea, clamidiasis, candidiasis, tricomoniasis, Virus del Herpes Genital VHS-2 y Virus del Papiloma Humano VPH).
- Sesión 3. VIH/SIDA: En esta sesión se enfocará en la definición la epidemiología, el agente causal, los síntomas, el tratamiento, las consecuencias y prevención del VIH/SIDA.
- Sesión 4. Aborto y estrategias preventivas: En esta sesión se revisará la definición, la epidemiología, los tipos, los síntomas del aborto, así como las estrategias preventivas de cada uno de los problemas revisados en las sesiones anteriores.
- Sesión 5. ¿Qué hago yo?: Finalmente, en esta sesión se reafirmarán las dependencias y teléfonos a las que se puede acudir para mayor información y atención, las páginas de internet a consultar, así como, la enseñanza del uso correcto y consistente del condón.
- b. Cada una de las sesiones tendrá lugar una vez por semana y una duración de dos horas.
- c. Las sesiones tienen una estructura y horarios establecidos (ver cartas descriptivas en anexo 3) para realizar todas y cada una de las actividades. En todas las sesiones se dará la bienvenida al taller, se realizarán las actividades propuestas a cada tema de sexualidad y finalmente se concluirá la sesión aportando una breve reseña de la sesión e instrucciones de la siguiente. Se establecerá el lugar, el calendario y los horarios en los que se impartirá el taller. Se recomienda que se impartan los días sábados comenzando con un horario matutino, más adelante se pueden abrir mayores espacios.

Análisis de resultados:

El análisis que debe realizarse para calificar la eficacia del taller es una comparación entre el pre-test y post-test, con una *t* de student, del instrumento de “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” contestado por los participantes del taller. Se registrará cada una de las respuestas que den los participantes en ambos instrumentos (pre y post test) con el fin de comparar aquellas respuestas que no hayan sido contestadas correctamente y comprobar el cumplimiento de los objetivos específicos de cada una de las sesiones. Además, con los resultados obtenidos en ambos instrumentos se conocerá la cantidad de respuestas correctas dadas y por tanto el cambio realizado durante la intervención.

Finalmente, se realizará una evaluación sobre el taller y los ponentes por parte de los profesores, esta constará de rubros acerca de los materiales que se les proporcionaron durante las sesiones, los manuales, la bibliografía recomendada, la calidad del taller, cumplimiento de objetivos, la seguridad que ellos tienen de aplicar las actividades y enseñar los conocimientos a sus alumnos, los conocimientos y habilidades que poseen los facilitadores, así como el manejo del grupo, los valores que mostraron y la confianza que se les mostró durante todas las sesiones. Esta evaluación se realizará con ayuda del formato mostrado en el anexo 2 y el puntaje en cada sección será sumado, a mayor sea el valor total mejor será la calidad de este servicio.

Este trabajo es la propuesta que se plantea que llevará a cabo la persona que imparta el taller.

6. CONCLUSIONES

La educación sexual es un componente importante para los programas de promoción y prevención de la salud sexual ya que es una herramienta que ayuda a incrementar los conocimientos acerca de la sexualidad, el confort para abordarlos y las habilidades conductuales, para así favorecer las conductas preventivas (Givaudan y Pick, 2005). Sin embargo, la sexualidad en México sigue siendo un tema tabú que se refleja en la falta de una adecuada educación sexual y que trae consigo ideas como el “si se enseña a utilizar el condón se favorece el inicio de relaciones sexuales a temprana edad”, esta situación no permite que se puedan abordar los temas de sexualidad y su prevención (Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007). Por ello, los programas de intervención tienen como objetivo dar respuesta a dicha problemática (embarazos no deseados, abortos, ITS y el VIH/SIDA) favoreciendo la adquisición de conocimientos y de actitudes positivas respecto a conductas de sexo seguro y las habilidades para realizar dichas conductas (Givaudan y Pick, 2005; Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2006).

En México se han diseñado muy pocos programas de educación sexual que, con base en una investigación previa, se enfoquen en los factores que intervienen para que los adolescentes realicen conductas de prevención (Pick de Weiss, Andrade-Palos, Townsend y Givaudan, 1994). Dichos programas solo se enfocan en una parte del problema (como en factores fisiológicos o solo aspectos como lo cognoscitivo: actitudes, creencias) pero no atienden otros factores importantes para prevenir las conductas de riesgo como son las habilidades conductuales que deben tener los individuos para realizar conductas preventivas (Pick de Weiss et al., 1994; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Noar, 2007).

Kirby (2007), Noar (2007) y la OPS (2008) mencionan que para que un programa de intervención sea efectivo necesita tener características que ayuden a favorecer el que los jóvenes realicen conductas preventivas, algunos de los programas que se han llevado a cabo no cumplen con dichas características y eso

puede disminuir su efectividad. Al analizar algunos programas se encontró que tienen deficiencias, estas se enunciarán a continuación.

En los estudios revisados se encontró que no se basan en un modelo teórico (Coyle, Kirby, Marin, Gómez y Gregorich, 2004), no se señala si se basan en un marco lógico para establecer claramente las metas específicas y las variables que la favorecen (Eastman, Corona y Schuster, 2006; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), no señalan de cuántas sesiones está constituido el programa (Pick de Weiss et al., 1994; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), tampoco mencionan la duración de las sesiones (Coyle et al., 2004; Wight, Raab, Henderson, Abraham, Buston, Hart, y Scott, 2002; Pick de Weiss et al., 1994; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), no señalan los temas de sexualidad que se abordarán (Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), no describen a detalle las actividades que se proponen para cada una de las sesiones (Coyle et al., 2004; Wight et al. 2002; Carrera, Lameiras, Foltz, Núñez y Rodríguez, 2007; Pick de Weiss et al., 1994; Eastman, Corona y Schuster, 2006; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007; Givaudan y Pick, 2005; Torres et al., 2006), no mencionan si tienen un diseño lógico las actividades propuestas (Coyle et al., 2004; Wight et al. 2002; Carrera et al., 2007; Pick de Weiss et al., 1994; Eastman, Corona y Schuster, 2006; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007; Givaudan y Pick, 2005; Torres et al., 2006), o si los recursos y valores que se proponen en cada actividad están disponibles (Coyle et al., 2004; Wight et al. 2002; Carrera et al., 2007; Pick de Weiss et al., 1994; Eastman, Corona y Schuster, 2006; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007; Givaudan y Pick, 2005; Torres et al., 2006), no indican si las actividades crean un ambiente seguro para los participantes (Coyle et al., 2004; Wight et al. 2002; Carrera et al., 2007; Pick de Weiss et al., 1994; Eastman, Corona y Schuster, 2006; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007; Givaudan y Pick, 2005; Torres et al., 2006), no se enfocan en un objetivo claro que permita focalizar el problema a tratar (Carrera et al., 2007; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), no se da a conocer si se utilizará un lenguaje adecuado a la edad, cultura, experiencia sexual de los participantes (Carrera et al., 2007), no definen si se

contratará o capacitará a los instructores que proporcionarán el taller (Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), no mencionan si existen actividades para reclutar y retener a los participantes (Wight et al. 2002; Pick de Weiss et al., 1994), no indican si seleccionan facilitadores con características específicas (Eastman, Corona y Schuster, 2006; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007), o si se monitoreará, supervisará y/o apoyará de las personas que proporcionarán el taller (Coyle et al., 2004; Pick de Weiss et al., 1994; Eastman, Corona y Schuster, 2006; Lokanc-Diluzio, Cobb, Harrison y Nelson, 2007) y no realizan todo el programa de intervención (Wight et al. 2002).

Los programas, como los antes mencionados, se enfocan en entornos (familia, amigos, escuela) en los que un adolescente se desenvuelve cotidianamente ya que en ellos adquiere conocimientos acerca de los temas sobre sexualidad; este trabajo se enfocará en los maestros de secundaria ya que son una fuente importante de información sobre salud sexual para sus alumnos adolescentes, así como pueden influir en que realicen conductas de prevención y que eviten las conductas de riesgo (Lokanc-Diluzio et al., 2007; Torres et al., 2006). Para que tengan un impacto en la reducción de consecuencias negativas a la salud de los adolescentes, los profesores necesitan tener una constante preparación y capacitación para tener información adecuada (clara, completa y precisa) sobre estos temas (Lokanc-Diluzio et al., 2007; Torres et al., 2006). En relación a lo anterior, los jóvenes reportan no estar satisfechos con la calidad de la información y el confort con el que se revisan dichos temas que se les proporcionan en la escuela lo cual reduce la probabilidad de que realicen conductas preventivas (Pick de Weiss et al., 1994; Ramírez, 1999; Lokanc-Diluzio et al., 2007).

El modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB, Fisher y Fisher, 1992) se tomó en cuenta para diseñar este programa de intervención ya que permite que los profesores sean una fuente confiable de información y que adquieran habilidades conductuales preventivas influyendo en la conducta de sus alumnos (Lokanc-Diluzio et al., 2007; Wight, Raab, Henderson, Abraham, Buston, Hart, y Scott, 2002). Este taller, además, está basado en las

características que menciona Noar (2007), la OPS (2008) y Kirby (2007) para el diseño de esta propuesta y se describen a continuación: Se analizaron las características y necesidades que tiene un adolescente, esto permite conocer los factores que pueden influir en realizar conductas de riesgo o conductas preventivas de dicha población y que los participantes adquieran información clara y precisa sobre el tema. Se revisó literatura que soporta el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) y como puede ser aplicado para la prevención de las consecuencias negativas a la salud de los adolescentes (ITS, VIH/SIDA, aborto, embarazos no deseados), esto permite que sea un programa sólido y eficaz, basado en un modelo teórico y que se puedan obtener datos que prueben la eficacia del programa. Las metas de salud son claras para la prevención de embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA y abortos, lo que permite tener claro los objetivos del programa. Por ello, se diseñó tomando en cuenta un diseño lógico entre las sesiones y se proponen actividades para cada una. Cada actividad es compatible con los valores comunitarios y con los recursos disponibles para realizarlas, se incluyen mensajes claros apropiados a la edad género y cultura de los participantes (profesores de secundaria), están centradas en factores que influyen en que los adolescentes realicen conductas de prevención y eviten las conductas de riesgo. Además, cada una de las sesiones está diseñada de tal manera que se pueda generar un ambiente seguro y de confort en el que los participantes donde puedan expresarse libremente y se tenga tolerancia a las opiniones de cada uno, se incluyen actividades que ayuden a los objetivos del programa y están basados en métodos pedagógicos adecuados tanto para los participantes como para los temas a tratar. La secuencia en que se presentan las actividades es lógica ya que permite abordar cada uno de los temas de lo más sencillo a lo más complejo (en el tema de embarazo no deseado, por ejemplo, se aborda primero la definición de embarazo no deseado, epidemiología, sus causas, sus consecuencias y su prevención). Finalmente, se selecciona a instructores expertos en cada uno de los temas de sexualidad tratados en el taller y con las características pertinentes para manejar grupos, se consideran actividades dentro de las sesiones para mantener la motivación y que los participantes asistan a todas y cada una de ellas. Este

programa es sólo una propuesta por lo que posteriormente se deberá realizar una prueba piloto implementando todas las actividades propuestas y así garantizar su efectividad; esto permitiría realizar las modificaciones pertinentes antes de implementarse la versión final del programa.

Cada una de las características mencionadas permite que el programa sea efectivo (Noar, 2007; OPS, 2008; Kirby, 2007), sin embargo, se necesita que se realicen las actividades como fueron diseñadas para que no pierdan ninguno de los elementos del modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992; los conocimientos, la motivación y las habilidades conductuales) y así se diseñaron dos manuales, uno dirigido al instructor y otro al participante. El manual del instructor otorga una descripción detallada de las actividades, duración y materiales de cada sesión, esto permite que el instructor tenga una idea clara de qué hacer frente a los participantes y conocer todos los elementos para que el taller se pueda replicar en otros espacios. El manual del participante se entregará a cada uno de los profesores con la finalidad de que tengan por escrito una breve información de cada sesión y permitirá fluidez en cada una de ellas.

Los manuales permiten llevar de la mano a los instructores para que realicen cada una de las actividades diseñadas, asimismo, se revisaron las características necesarias que debe tener el instructor para que el programa sea eficaz y favorecer que los participantes obtengan los conocimientos, la motivación y las habilidades conductuales para reducir la problemática en la salud de los adolescentes y estos son los siguientes: Los ponentes deben ser psicólogos expertos en los temas que se darán en el taller (embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA, abortos), con valores como el respeto, tolerancia, empatía, liderazgo, además de contar con algunas características como habilidades sociales, facilidad de palabra, ser dinámico, proactivo, cordial, flexible, coherente, creativo, entusiasta, confiable y conocer el manejo de grupos, capacidades que facilitarán el entendimiento y desarrollo del taller.

Asimismo, se diseñaron dos instrumentos que se aplicarán en el taller: Un instrumento que evaluará cuantitativamente los conocimientos de los temas vistos en el taller, tiene como finalidad conocer si aumentó el nivel de conocimientos

adquiridos en la intervención comparando los resultados proporcionados en el pre-test y en el post-test; la ventaja que tiene el instrumento es evaluar a los participantes para conocer si poseen los conocimientos básicos para transmitirlos a sus alumnos. El segundo instrumento evaluará cualitativamente la calidad del taller y del ponente que impartió el programa, cuya ventaja será conocer si el taller cumple con el objetivo de motivar a los profesores y dotarlos de habilidades que permitan su actividad como docentes. A estos instrumentos no se les ha sometido a prueba de validez ni confiabilidad debido a que son sólo una propuesta para evaluar el taller y a los ponentes.

Cabe mencionar que este programa es una propuesta por lo que aún no se ha realizado una prueba piloto que ayude a determinar la factibilidad y eficacia de las actividades, del instrumento y de los manuales, por lo que este taller debe implementarse en su totalidad para evaluar cada uno de sus componentes y así cumplir con los objetivos propuestos para este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Anguiano, S. (2006). Psicología y Salud. Conferencia Salud. En S. Anguiano, *Antología de Psicología Clínica Teórica IV* (pp. 1-18). México: UNAM, FES Iztacala.
- Arnold, E., Smith, T., Harrison, D. y Springer, D. (1999). The effects of abstinence-based sex education program on middle school student's knowledge and beliefs. *Research on Social Work Practice*, 9 (1), 10-24.
- Bernard, H. (2005). The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papilomaviruses. *Journal of clinical virology*, 32S, S1-S6.
- Berry, Parasuraman y Zeithaml (1988). The Service-Quality Puzzle. *Business Horizons*, 31 (5), 35-43.
- Bianco, M., y Re, M.I. (2007a). *Cartilla educativa para docentes: la prevención del VIH/SIDA y la equidad de género van a la escuela*. Recuperado de http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/cartilla_docentes_VIH.pdf
- Bianco, M., y Re, M.I. (2007b). *Qué deben saber madres, padres y docentes sobre educación sexual y VIH/SIDA. Para chic@s y adolescentes*. Recuperado de http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/cartilla_EdSex.pdf
- Blanquez-Fraile, A. (1978). *Diccionario manual latino-español español-latino*. España: Editorial Ramón Sopena.
- Brower, L., y Burt, J. (1972). *Educación sexual*. México: Nueva editorial Interamericana.
- Burges, V., Dziegielewski, S. & Evans, G. (2005). Improving comfort about sex communication between parents and their adolescents: practice-based research within a teen sexuality group. *Brief Treatment and crisis intervention*, 5 (4), 379-390.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.

- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Cáceres, C., Rosasco, A., Muñoz, S. y Gotuzzo, E. (1992). Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima. *Revista Latinoamericana de psicología*, 24 (1-2), 109-123.
- Careaga, A., Sica, R., Cirillo, A. y Da Luz, S. (2006). *Aportes para diseñar e implementar un taller. 8vo. Seminario-Taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC)*. Recuperado de http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/Fundamentacion_talleres.pdf
- Carpí, A. y Breva, A. (1997). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (7). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/abreva7191302101/texto.html>
- Carpí, A., Breva, A. y Palmro, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de psicología*, 21 (1), 84-91.
- Carrera, M., Lameiras, M., Foltz, M., Núñez, A., y Rodríguez, Y. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 739-751.
- Castañeda-Sánchez, O., Rocha-Díaz, J. y Ramos-Aispuro, M. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10 (1), 7-9.
- Centro de Estudios para la Preparación y Evaluación Socioeconómica de Proyectos (CEPEP). (2009). *Metodología para la evaluación de proyectos de salud*. Recuperado de <http://www.cepep.gob.mx/materiales.html>
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE). (2009). *Anuarios de morbilidad*. Recuperado de <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (1998). *Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/1998/junio.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2006). *Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/drogasinyecta.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2007). *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. 30 de junio del 2007*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2007/panoepide30jun2007.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2010). *El VIH/SIDA en México 2010*. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/elvihsida_mexico2010.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2012). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de junio del 2012*. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30junio2012pub2.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2013). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre de 2013 (CENSIDA)*. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2013_v3.pdf
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2007). *Virus del papiloma humano: Información sobre el VPH para los médicos*. Recuperado de www.cdc.gov/std/hpv/common-clinicians/sp/ClinicianBro-Sp-fp.pdf
- Conde, S., y Vidales, I. (2000). Responsabilidad y toma de decisiones individuales. En S. Conde e I. Vidales, *Formación Cívica y Ética 3* (pp. 115-216). México: Larousse.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2010). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. Recuperado de

www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1998). *Salud sexual y reproductiva de la República Mexicana*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=238

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2009). *Situación actual de los jóvenes en México. Dirección de Estudios Sociodemográficos*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/04.pdf>

Correa, C., Faur, E., Re, M.I., y Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Recuperado de <http://www.rednacadol.org.ar/pdf/ManualSaludSexualidad.pdf>

Coyle, K., Kirby, D., Marin, B., Gómez, C., y Gregorich, S. (2004). Draw the line/Respect the line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 94 (5), 843-851.

De la Barreda, L. (2000a). Adolescencia y juventud. En L. De la Barreda, *Formación Cívica y Ética 1* (pp. 61-116). México: Santillana.

De la Barreda, L. (2000b). Participación en la sociedad. En L. De la Barreda, *Formación Cívica y Ética 2* (pp. 67-182). México: Santillana.

Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. España: Siglo XXI de España Editores.

Dirección general de epidemiología. (2011). *Boletín Epidemiológico. Vigilancia Epidemiológica Semana 1, 2011*. Recuperado de <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2010imagen/plantilla/indice-2011.htm>

Domingo, A. (2005). Enfermedades de transmisión sexual. *Pediatría Integral*, IX (2), 105-120.

Domingo, A. (2005). *Enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado de [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual(1).pdf)

Doorbar, J. (2004). Review. The papillomavirus life cycle. *Journal of Clinical Virology*, 32S, S7-S15.

- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de Psicología*. España: Herder.
- Eastman, K., Corona, R. y Schuster, M. (2006). *Talking Parents, Healthy Teens: A worksite-based program for parents to promote adolescent sexual health*. Recuperado de http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/oct/pdf/06_0012.pdf
- Encuesta Nacional de Juventud (ENJ). (2005). *Encuesta Nacional de Juventud 2005: Sexualidad*. Recuperado de <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/encuesta.html>
- Espinoza, H., y López-Carrillo, L. (2003). Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. *Gaceta Médica de México*, 139 (supl. 1) S9-S15.
- Faneite, P., Amato, R., Rodríguez, F., Faneite, J., Rodríguez, Y., y Rivera, C. (2007). Aborto séptico en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1977-2006. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 67 (3), 174-178.
- Feinholz, D., y Ávila, E. (1996). Embarazo no deseado: El problema de la temporalidad. En: T. Lartigue y H. Ávila (comp.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, (Vol. 1, pp. 113-142), México: Universidad Iberoamericana.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- Fisher, J y Fisher, W. (1992). Changing AIDS-Risk Behavior. *Psychological Bulletin*, 111 (3), 455-474.
- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A. y Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *American Psychological Association, Inc*, 21 (2), 177-186.
- Flórez, C., y Soto, V. (2008). *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global*. Recuperado de http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-632_esp.pdf
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. En: S. Rivera, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México Vol. XII* (pp.227-232). México: UNAM, AMEPSO.

- Fuentes, A, Martínez, J., Ramos, M., De la Orden, V y Carpintero, E. (2002). Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Infancia y aprendizaje*, 25 (3), 347-361.
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de psicología*. México: Siglo veintiuno editores.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Vinicio, M., Onofre, D. & Zhou, Y. (2007). Research brief: sexual communication and knowledge among Mexican parents and their adolescent children. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 18 (2), 28-34.
- García, J., Pérez, E., y Perpiñá, J. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. De Pablo (coord.), *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (pp. 539-579). España: INO Reproducciones.
- García, E. (2005). *Psicología general*. México: Publicaciones Cultural.
- Givaudan, M. y Pick, S. (2005). Evaluación del Programa Escolarizado para Adolescentes: "Un Equipo contra el VIH/SIDA". *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), 339-346.
- Gobierno del Estado de Veracruz (2008). *Manual autoestima 2008*. Recuperado de <http://portal.veracruz.gob.mx/Buscar/index.jsp?moreLT=&sortDir=asc&sortField=Titulo&Veracruz=Contralor%EDa+General%2F&cfgFile=demo&userQuery=estrada&arSrch=>
- Gómez, M. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia: Avances en la disciplina*, 1 (2), 159-179.
- González, E., Montero, A., Martínez, V., Mena, P., y Varas, M. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un Centro universitario de Salud Sexual y Reproductiva. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75 (2), 84-90.
- González-Pienda, J., Núñez-Pérez, C., González-Pumariega, S. y García-García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9 (2), 271-289.
- Gotuzzo Herencia, E., Peinado, J., Tijero, M., Mayorca, C. y Badajos, A. (2001). Evaluación de un programa de capacitación en educación sexual y SIDA a

- docentes del cono norte de Lima - Perú, 1996 - 1997. *Revista Médica Herediana*, 12 (2), 45-51.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005a). *¿Qué es el aborto?*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=104>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005b). *Mitos y realidades: las mujeres que abortan*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=74>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005c). *Señales de peligro*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=116>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005d). *¿Qué esperar después de un aborto?*. Recuperado <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=152>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005e). *Tu vida está a salvo*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=125>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2006). *Cifras del aborto en México*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=3>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2011). *¿Con qué frecuencia se embarazan las adolescentes?*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=58>
- Hurlock, E. (1961). *Psicología de la adolescencia*. Argentina: Editorial Paidós.
- Infante, H., y Hernández, G. (2001). Reproducción humana. En H. Infante-Cosío y G. Hernández-Valverde, *Biología 2* (pp. 137-172). México: Santillana.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
- Jaworski, B. y Carey, M. (2001). Effects of a Brief, Theory-Based STD-Prevention Program for Female College Students. *Journal of Adolescent health*, 29, 417-425.

- Jiménez, M. (2003). Motivación y salud. En: E. García, M. Jiménez y M. Martín (Eds.), *Emoción y motivación. La adaptación humana* (pp. 831-854). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Jones, D. (2010). *La primera relación sexual: papeles, escenas y secuencias*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n35/n35a8.pdf>
- Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, D.C: National Campaign to prevent teen pregnancy.
- Kirby, D. (2002). *Do abstinence-only programs delay the initiation of sex among young people and reduce teen pregnancy?*. Washington, D.C: National Campaign to prevent teen pregnancy.
- Kirby, D. (2007). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington, D.C: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. y Cagampang, H. (1997). The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*, 29 (3), 100-108.
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F., y Zabin, L. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109 (3), 339-360.
- Lamotte, J. (2004). Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN*, 8 (4), 49-63.
- Langer-Glas, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (3), 192-205.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5 (1). Recuperado de <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5resumen.html>
- Lokanc-Diluzio, W., Cobb, H., Harrison, R y Nelson A. (2007). Building Capacity to Talk, Teach and Tackle Sexual Health. *Sieccan Newsletter*, 42 (1-2), 135-143.
- López, A., y Lizano, M. (2006). Cáncer cérvicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología*, 1 (1), 31-55.

- Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. En J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp.159-187). New York: Wiley.
- Mayfield, E., Smith, T., Harrison, D. y Springer, D. (1999). The effects of an abstinence – based sex education program on middle school students knowledge and beliefs. *Research on Social Work Practice*, 9 (1), 10-24.
- Medline Plus. (2011). *Infección por VIH*. Recuperado de 6 de septiembre de 2011, desde <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M y Díaz, E. (2007). Reflexiones críticas a los modelos psicológicos de la salud orientados al VIH/SIDA desde la perspectiva interconductual. En S. Robles y D. Moreno (Eds.), *Psicología y salud sexual* (pp. 43-62). México: Editorial de la Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Moreno, E. y Gil Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (1), 91-109.
- Navarro, V. (1997). Concepto actual de la salud pública. En: F. Martínez, J. Antó, P. Castellanos, M. Gili, P. Marset y V. Navarro, *Salud Pública* (pp. 49-55). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Noar, S. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care*, 19 (3), 392-402.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011a). *Salud de los adolescentes*. Recuperado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011b). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.a.). *Desarrollo*. Recuperado de http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Washington, D.C: Publicaciones científica y técnica No. 594.

- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135 (5), 647-652.
- Palazón, A., y Nadal, M. (2009). La reproducción. En A. Palazón y M. Nadal, *Ciencias 1. Biología* (pp. 172-227). México: Oxford
- Paz, M., Herencia-Leva, A. y Uribe, A. (2009). Versión fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 587-598.
- Peñacoba, C., Álvarez, E. y Lázaro, L. (2006). *Teoría y práctica de psicología del desarrollo*. España: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Perpiñá, J., García, J., y Pérez, E. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: entidades nosológicas. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. De Pablo (coord.), *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (pp. 539-579). España: INO Reproducciones.
- Pick de Weiss, S., Andrade, P., Townsend, J. y Givaudan, M. (1994). *Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes*. Recuperado de http://64.78.33.15/Imifap/Imifap/Docs/Salud_Mental_1994.pdf
- Quintanilla, E. (1969). *La vida sexual*. España: Editorial Everest.
- Ramírez, C. (1999). Conocimientos y Actitudes Hacia la Sexualidad en Profesores de Educación Secundaria. *Revista Sonorense de Psicología*, 13 (2), 47-54.
- Real Academia Española (2010). *Autocracia*. Recuperado de <http://rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- Rector, R. (2002). The effectiveness of abstinence education programs in reducing sexual activity among youth. *The Heritage Foundation*, 1533, 1-9.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México: McGraw-Hill.
- Reyes, L. (2007). *La teoría de acción razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes*. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero_articulo?codigo=2358919
- Rice, F.P. (1997). *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.

- Rodrigo, M., Máiquez, M., García, M., Mendoza, R. Rubio, A., Martínez, A. y Martín J. (2004). *Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia*. Recuperado de <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/8235/8099>
- Rodríguez, A. y Klein, I. (2010). *Formación Cívica y Ética 1*. México: SM de Ediciones.
- Rodríguez, M., Frías, I. B., y Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En J. Orozco, C. Peña y Q. Calleja (Eds.), *Ciencias Biomédicas. Generalidades* (pp. 363-402). México: UNAM, FES Iztacala.
- Royo-Botello, H. (2006). Métodos anticonceptivos. En J. Orozco, C. Peña y Q. Calleja (Eds.), *Ciencias Biomédicas. Generalidades* (pp. 338-362). México: UNAM, FES Iztacala.
- Ros, R., Morandi, T., Cozzetti, E., Lewintal, C., Cornella, J. y Surís, J. (2001). La adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. De Pablo (coord.), *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (pp. 27-83). España: Sociedad Española de Contracepción.
- Santrock, J. (2004). *Adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Santrock, J. (2005). *Introducción a la psicología*. México: McGraw-Hill.
- Sebastiani, R., Pelicioni, M. y Chiattoni, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (1), 153-172.
- Secretaría de Salud. (2009). Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf
- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behaviour in female university students. *AIDS care*, 15 (1), 71-76.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (4), 335-541.
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidad de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1 (5), 117-123.

- Torres, P., Walker, D., Gutiérrez, P. y Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48 (4), 308-316.
- Urbano, C., y Yuni, J. (2005). *Psicología del Desarrollo. Enfoques y perspectivas del Curso Vital*. Argentina: Editorial Brujas.
- Wight, D., Raab, G., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., Hart, G., y Scott, S. (2002). Limits of teacher delivered sex education: interim behavioral outcomes from randomize trial. *Primary care*, 324, 4-6.
- World Health Organization (WHO). (2011a). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/definition>
- World Health Organization (WHO). (2011b). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
- World Health Organization (WHO). (s.a.). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de http://www.wpro.who.int/health_topics/sexually_transmitted_infections/
- Zimmermman, M. (1992). La adolescencia. En M. Zimmermman, *Reproduccion de los seres humanos I* (Vol. I, pp. 39-111). España: Cultural.

SOXINZ

ANEXO 1

Instrumento

"Conocimientos

básicos

sobre sexualidad

del adolescente"

ANEXO 1.1. CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de preguntas acerca de temas de sexualidad, en las cuales deberá escoger la respuesta que usted considere correcta de las cinco posibles opciones dadas en cada una de ellas.

Sección de datos personales:

Nombre: _____

Edad : _____ Sexo: F M

Máximo nivel de estudios:

- a) Licenciatura trunca
- b) Técnico
- c) Normal Superior
- d) Licenciatura en Biología
- e) Otro: _____

Escuela en la que trabaja: _____

Años de docencia: _____

Años de docencia en las materia de Biología y/o Cívica y Ética: _____

Materias que imparte: _____

Sexualidad

1. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor al **embarazo no deseado**?:
 - a) Ocurre si desearlo
 - b) No se planeó con anticipación
 - c) No se usó o falló el método anticonceptivo
 - d) No se empleó método de emergencia
 - e) Todas las anteriores
2. Los factores de riesgo en los **embarazos no deseados** son:
 - a) Presión de los coetáneos para ser sexualmente activo
 - b) Ninguna de las opciones
 - c) a y d
 - d) Inicio de relaciones sexuales a temprana edad
 - e) Responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad
3. ¿Cuáles son algunas causas de un **embarazo no deseado** que llega a término?:
 - a) No saber cómo se usan los métodos anticonceptivos
 - b) No se planeó la relación sexual
 - c) Por el apoyo de los amigos
 - d) Por el uso correcto de métodos anticonceptivos
 - e) a y b

4.	<p>¿Cuáles son algunas de las consecuencias de un embarazo no deseado?:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Físicas: bajo peso del bebé al nacer b) Sociales: rechazo por parte de familiares c) Aborto espontáneo d) Abandonar la escuela en algunos casos e) Todas las anteriores
5.	<p>¿Qué se puede hacer para prevenir los embarazos no deseados?:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Uso correcto y consistente de métodos anticonceptivos b) Todas las opciones c) Posponer encuentros sexuales d) Practicar abstinencia e) Practicar la sexualidad con responsabilidad
6.	<p>El aborto es más frecuente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguna de las opciones b) En mujeres de 16 a 20 años que solo tienen primaria c) En mujeres de 25 a 30 años que son profesionistas d) Todas las mujeres tienen la misma frecuencia e) En mujeres de 16 a 20 años que no terminaron la primaria
7.	<p>Los tipos de aborto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Espontáneo e inseguro b) Inducido c) No existen tipos de aborto d) Espontáneo e) Espontáneo, inseguro e inducido
8.	<p>El aborto espontáneo es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La pérdida del embarazo después de que el feto puede sobrevivir fuera del útero materno, cuando el feto tiene 22 semanas b) Todas las opciones c) Ninguna de las opciones d) Por personas que carecen de capacidad requerida, cuando el feto tiene 23 semanas de gestación e) Interrumpir el embarazo con intervención humana
9.	<p>¿Cómo prevenir los abortos?:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) No hacer nada b) Obligar a las adolescentes a tener al bebé y a casarse c) Ninguna de las opciones d) Abstinencia, sexo seguro y sexo protegido e) Evitar hablar con los hijos sobre esos temas
10.	<p>Las secreciones femeninas normalmente deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Amarillas b) Mal olientes c) Sin olor d) Transparente e) Solo c y d
11.	<p>¿Cuál es la bacteria que produce la Sífilis?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguna de las opciones b) <i>Treponema pallidum</i> c) <i>Treponema hominis</i> d) <i>Mycoplasma hominis</i> e) Todas las anteriores

12. ¿Quiénes padecen con mayor frecuencia la **sífilis**?
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Es más frecuente en mujeres que en hombres y en portadores de VIH.
 - c) Todas las opciones
 - d) Es más frecuente en hombres que en mujeres y en portadores de VIH.
 - e) Es menos frecuente en hombres que en mujeres y en portadores de ulcera venérea.
13. ¿Cuál es la vía de contagio de la **sífilis**?
- a) b, c y d
 - b) Contacto sexual
 - c) Si la madre la tiene se la transmite al feto
 - d) Transfusión de sangre
 - e) b y c
14. Los síntomas de la **sífilis** primaria en las primeras 4 a 6 semanas son:
- a) c y d
 - b) Alopecias sífilíticas
 - c) Una ulcera sin dolor llamada chancro normalmente en el pene o labios mayores, ano, boca
 - d) Las erupciones desaparecen al poco tiempo pero continúan en la sangre
 - e) b, c y d
15. Los síntomas de la **sífilis** secundaria (6 u 8 semanas) en algunos pacientes son:
- a) Malestar general: dolores de cabeza y anorexia
 - b) Erupciones en las palmas de manos y pies
 - c) a, b y d
 - d) No queda latente la enfermedad
 - e) a y b
16. Los síntomas de la **sífilis** terminal (2 a 10 años) son:
- a) Afecta al sistema nervioso y cardiovascular
 - b) No puede causar ceguera ni deformaciones en huesos
 - c) a y b
 - d) Gastrosífilis y neurosífilis
 - e) a y d
17. ¿Qué se puede hacer si se tiene alguna ITS como **sífilis, gonorrea, tricomoniasis, clamidiasis, herpes genital, candidiasis genital, papiloma humano y VIH/SIDA**?
- a) No hacer nada
 - b) Lavados con romero
 - c) Acudir al ginecólogo o urólogo
 - d) Lavados vaginales
 - e) Ninguna de las opciones
18. La **gonococia** conocida como **gonorrea** es una infección producida por...
- a) Una bacteria llamada *Neisseria Gonorrhoeae*
 - b) Un hongo llamado *Giardia Gonorrhoeae*
 - c) Todas las opciones
 - d) Ninguna de las opciones
 - e) Un virus llamado *Citomegalovirus*
19. La **gonorrea**, en pacientes femeninas, es asociada frecuentemente con:
- a) La infección pélvica inflamatoria
 - b) Todas las opciones
 - c) Ninguna de las opciones
 - d) La infección por Sífilis
 - e) El VIH

20.	La adquisición de gonorrea es más probable: a) De un hombre infectado hacia mujeres b) De una mujer infectada a hombres c) Es la misma proporción d) No hay diferencia e) De mujer a mujer
21.	¿Cuál es la vía de contagio de la gonorrea ? a) b y d b) Contacto sexual vaginal, oral o anal c) Transmisión de la madre por el canal del parto d) Transfusión de sangre y transmisión de la madre durante el embarazo e) b y c
22.	Algunos de los síntomas en hombres a los 2 a 10 días por la infección de la gonorrea son: a) Inflamación de la uretra b) Dolor al orinar c) No hay pus d) Ninguna de las opciones e) a y b
23.	Algunos de los síntomas en mujeres a los 10 días por la infección de la gonorrea son: a) Secreción o flujo vaginal normal b) c y d c) Dolor, ardor al orinar y defecar d) Flujo y sangrado anormal e) a y c
24.	La clamidiasis es una infección producida por... a) Un hongo llamado <i>Clamidia trachomatis</i> b) Ninguna de las opciones c) Todas las opciones d) Un virus llamado <i>Trichomas vaginalis</i> e) Una bacteria llamada <i>Clamidia trachomatis</i>
25.	¿Cuál es la vía de contagio de la clamidiasis ? a) Contacto sexual oral, vaginal o anal b) a y e c) Usar utensilios y objetos contaminados d) a, c y e e) De madre a hijo durante el parto
26.	Algunos de los síntomas de la clamidiasis en los hombres son: a) Necesidad urgente de orinar y ardor b) a, c y d c) Puede no producir síntomas d) Secreciones por el pene e) Se presenta un chancro
27.	Algunos de los síntomas de la clamidiasis en las mujeres son: a) Flujo vaginal espeso y amarillento b) Flujo verdoso c) Puede no producir síntomas d) a y c e) No hay uretritis ni cervicitis

28.	Si no se trata adecuadamente la clamidiasis , ¿Qué puede provocar en ambos sexos?: a) Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y Síndrome de Reiter b) No pasa nada c) Impotencia d) Cáncer cérvicouterino e) Virus del Papiloma Humano
29.	¿Cuál es el virus que produce el herpes genital (VHS) ? a) Todas las opciones b) <i>Herpesvirus (VHS)6 y 7</i> c) Ninguna de las opciones d) <i>Herpes Simplex (VHS)1 y Herpesvirus(VHS)6</i> e) <i>Herpes Simplex (VHS) 2</i>
30.	¿Cuál es la vía de contagio del herpes genital ? a) Por compartir objetos personales b) Contacto sexual vaginal, oral o anal c) Por saliva de una persona infectada d) De la madre al feto si hay un brote en el momento del parto e) b y d
31.	Algunos síntomas del herpes genital en ambos sexos son: a) b y c b) Ulceras en pene, vagina, vulva, ano, boca, piernas o recto c) Las ulceras se secan después de 10 a 14 días d) Las ulceras se secan después de 1 año e) No hay síntomas
32.	Si no se da tratamiento para el herpes genital ¿Qué consecuencias trae consigo?: a) Puede estar latente y causar infecciones recurrentes b) Consecuencias neurológicas c) A recién nacidos no afecta la enfermedad d) a y b e) Desaparece con el tiempo
33.	La tricomoniasis es producida por el protozoo: a) Todas las opciones b) <i>Trichomona Tenax</i> c) <i>Trichomona Vaginalis</i> d) Ninguna de las opciones e) <i>Trichomona Hominis</i>
34.	¿Cuál es la vía de contagio de la tricomoniasis ? a) Por inoculación b) Contacto sexual c) Si la madre la tiene se la transmite al feto d) Transfusión de sangre e) b y c
35.	Algunos síntomas de la tricomoniasis en hombres son: a) Secreción o flujo del pene b) En la mayoría no hay síntomas c) Erupciones en todo el cuerpo d) a y b e) No se inflama próstata ni el glande

36.	Algunos síntomas de la tricomoniasis en las mujeres son: a) Manchas rojas pequeñas b) A veces no hay síntomas c) Picazón en la vagina y dolor al tener relaciones sexuales d) b y c e) Sangrados abundantes y constantes
37.	Si no es tratada la tricomoniasis ¿Qué síntomas padecen ambos sexos?: a) Salpullido b) Prostatitis y Vaginitis c) Ulceras d) Chancros dolorosos e) Verrugas
38.	¿Qué es lo que produce la candidiasis genital ? a) Ninguna de las opciones b) La bacteria <i>Candida contagiosum</i> c) El hongo <i>Candida albicans</i> d) El virus <i>Candida trachomatis</i> e) Todas las anteriores
39.	¿Quiénes tienen mayor probabilidad de contraer la candidiasis genital ? a) Obesos y diabéticos b) a, c y d c) Quienes consumen antibióticos y anticonceptivos d) Embarazadas e) a y c
40.	¿Cuál es la vía de contagio de la candidiasis genital ? a) Ropas y objetos b) Contacto sexual c) La persona lo tiene en el organismo d) Todas las opciones e) Ninguna de las opciones
41.	Algunos síntomas de la candidiasis genital en hombres son: a) Picazón o ardor en el pene b) Manchas rojas o blancas en el pene c) Ulceras sin dolor en el pene d) a y b e) a y c
42.	Algunos síntomas de la candidiasis genital en mujeres son: a) b, c y d b) Enrojecimiento en vagina y vulva c) Ulceras vaginales d) Dolor en la boca e) b y d
43.	Algunos síntomas que se tiene por no tratarse de la candidiasis genital son: a) Alopecias b) Cáncer intrauterino c) Todas las opciones d) Problemas en el sistema nervioso e) Ninguna de las opciones

44. ¿Cuál es el agente causal del **papiloma humano**?
- a) Hongo
 - b) Bacteria
 - c) Todas las opciones
 - d) Ninguna de las opciones
 - e) Protozoos
45. ¿Qué se puede mencionar del **papiloma humano**?
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Todas las opciones
 - c) Existen 200 genotipos pero 40 afectan al tracto genital
 - d) Existen 60 genotipos pero solo 40 afecta al tracto genital
 - e) Existe 40 genotipos pero solo 1 afecta al tracto genital
46. ¿Cuál es la vía de contagio del **papiloma humano**?
- a) b y c
 - b) Contacto sexual vaginal, oral o anal
 - c) Si la madre la tiene se la transmite al feto
 - d) Transfusión de sangre
 - e) Ninguna de las anteriores
47. Algunos síntomas del **papiloma humano** son:
- a) Verrugas en órganos genitales
 - b) Chancros dolorosos
 - c) Secreciones purulentas
 - d) Sangrados esporádicos
 - e) Manchas rojizas
48. ¿Qué medida se toma para detectar el **papiloma humano** con mayor frecuencia que para otras ITS?:
- a) b y e
 - b) Citología vaginal
 - c) Cistometría vaginal
 - d) Ninguna de las opciones
 - e) Penoscopia
49. ¿Existe una forma de prevenir el **papiloma humano**?:
- a) Es inevitable el contagio
 - b) Una vacuna que se aplica a mujeres de 6 a 26 años, previene y cura la enfermedad
 - c) Una vacuna que se aplica a mujeres de 6 a 26 años y previene la enfermedad
 - d) Una vacuna que se aplica a todas las mujeres y previene la enfermedad
 - e) Ninguna de las anteriores
50. ¿Qué significan las siglas **VIH**?
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
 - c) Virus de Inmunodeficiencia Humana y ataca al sistema inmunológico
 - d) Virus de Inmunodeficiencia
 - e) Todas las anteriores
51. ¿Cuántos años transcurre desde que una persona se infecta a la presencia de los primeros síntomas del **VIH/SIDA**?
- a) 4 a 5 semanas
 - b) 6 a 10 años
 - c) 4 a 5 años
 - d) 6 a 10 semanas
 - e) Ninguna de las anteriores

- 52.** ¿Cuál es la vía de contagio del **VIH/SIDA**?
- a) Contacto sexual, lactancia, sanguínea
 - b) Piquete de insecto
 - c) Compartir comida
 - d) Por besos
 - e) Por saludar de mano
- 53.** Ejemplo(s) de ITS curables son:
- a) VIH/SIDA
 - b) Herpes
 - c) Ninguna de las opciones
 - d) Todas las opciones
 - e) Virus del papiloma humano
- 54.** ¿Qué se puede hacer para prevenir los embarazos no deseados?
- a) Utilizar cualquier método anticonceptivo
 - b) Tener una higiene adecuada
 - c) Ducharse después de una relación
 - d) a y b
 - e) Ninguna de las opciones
- 55.** ¿Qué apariencia debe de tener el cuerpo del compañero sexual para tomarlo como una de las medidas preventivas de alguna ITS?
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Que tenga úlceras
 - c) Huela mal
 - d) Que este irritada la piel o el órgano
 - e) Todas las anteriores
- 56.** Las estrategias preventivas para el VIH/SIDA son:
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Sexo protegido, abstinencia,
 - c) Sexo seguro, protegido, abstinencia
 - d) Solo abstinencia
 - e) Todas las opciones

AGRADECEMOS SU COOPERACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
2014

ANEXO 1.2. HOJA DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

HOJA DE CALIFICACIÓN:

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Instrucciones: Las respuestas serán correctas cuando el participante señale las opciones que coincidan con las que se presentan a continuación. Si dichas respuestas no corresponden, o bien, han sido señaladas 2 o más opciones en la misma pregunta, las respuestas serán consideradas incorrectas.

Cada una de las respuestas correctas tendrá un valor de 1 punto y las respuestas incorrectas un valor de 0, la suma de las respuestas será la calificación total del cuestionario. El valor máximo será 56 y el valor mínimo 0.

Sexualidad

1. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor al **embarazo no deseado**?:
 - a) Ocurre si desearlo
 - b) No se planeó con anticipación
 - c) No se usó o falló el método anticonceptivo
 - d) No se empleó método de emergencia
 - e) Todas las anteriores
2. Los factores de riesgo en los **embarazos no deseados** son:
 - a) Presión de los coetáneos para ser sexualmente activo
 - b) Ninguna de las opciones
 - c) a y d
 - d) Inicio de relaciones sexuales a temprana edad
 - e) Responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad
3. ¿Cuáles son algunas causas de un **embarazo no deseado** que llega a término?:
 - a) No saber cómo se usan los métodos anticonceptivos
 - b) No se planeó la relación sexual
 - c) Por el apoyo de los amigos
 - d) Por el uso correcto de métodos anticonceptivos
 - e) a y b
4. ¿Cuáles son algunas de las consecuencias de un **embarazo no deseado**?:
 - a) Físicas: bajo peso del bebé al nacer
 - b) Sociales: rechazo por parte de familiares
 - c) Aborto espontáneo
 - d) Abandonar la escuela en algunos casos
 - e) Todas las anteriores
5. ¿Qué se puede hacer para prevenir los **embarazos no deseados**?:
 - a) Uso correcto y consistente de métodos anticonceptivos
 - b) Todas las opciones
 - c) Posponer encuentros sexuales
 - d) Practicar abstinencia
 - e) Practicar la sexualidad con responsabilidad
6. El **aborto** es más frecuente en:
 - a) Ninguna de las opciones
 - b) En mujeres de 16 a 20 años que solo tienen primaria
 - c) En mujeres de 25 a 30 años que son profesionistas
 - d) Todas las mujeres tienen la misma frecuencia
 - e) En mujeres de 16 a 20 años que no terminaron la primaria

7. Los tipos de **aborto** son:
- Esponáneo e inseguro
 - Inducido
 - No existen tipos de aborto
 - Esponáneo
 - Esponáneo, inseguro e inducido
8. El **aborto** esponáneo es:
- La pérdida del embarazo después de que el feto puede sobrevivir fuera del útero materno, cuando el feto tiene 22 semanas
 - Todas las opciones
 - Ninguna de las opciones
 - Por personas que carecen de capacidad requerida, cuando el feto tiene 23 semanas de gestación
 - Interrumpir el embarazo con intervención humana
9. ¿Cómo prevenir los **abortos**?:
- No hacer nada
 - Obligar a las adolescentes a tener al bebé y a casarse
 - Ninguna de las opciones
 - Abstinencia, sexo seguro y sexo protegido
 - Evitar hablar con los hijos sobre esos temas
10. Las secreciones femeninas normalmente deben ser:
- Amarillas
 - Mal olientes
 - Sin olor
 - Trasparente
 - Solo c y d
11. ¿Cuál es la bacteria que produce la **sífilis**?
- Ninguna de las opciones
 - Treponema pallidum*
 - Treponema hominis*
 - Mycoplasma hominis*
 - Todas las anteriores
12. ¿Quiénes padecen con mayor frecuencia la **sífilis**?
- Ninguna de las opciones
 - Es más frecuente en mujeres que en hombres y en portadores de VIH.
 - Todas las opciones
 - Es más frecuente en hombres que en mujeres y en portadores de VIH.
 - Es menos frecuente en hombres que en mujeres y en portadores de úlcera venérea.
13. ¿Cuál es la vía de contagio de la **sífilis**?
- b, c y d
 - Contacto sexual
 - Si la madre la tiene se la transmite al feto
 - Transfusión de sangre
 - b y c
14. Los síntomas de la **sífilis** primaria en las primeras 4 a 6 semanas son:
- c y d
 - Alopecias sífilíticas
 - Una úlcera sin dolor llamada chancro normalmente en el pene o labios mayores, ano, boca
 - Las erupciones desaparecen al poco tiempo pero continúan en la sangre
 - b, c y d

15. Los síntomas de la **sífilis** secundaria (6 u 8 semanas) en algunos pacientes son:
- a) Malestar general: dolores de cabeza y anorexia
 - b) Erupciones en las palmas de manos y pies
 - c) a, b y d
 - d) No queda latente la enfermedad
 - e) a y b
16. Los síntomas de la **sífilis** terminal (2 a 10 años) son:
- a) Afecta al sistema nervioso y cardiovascular
 - b) No puede causar ceguera ni deformaciones en huesos
 - c) a y b
 - d) Gastrosífilis y neurosífilis
 - e) a y d
17. ¿Qué se puede hacer si se tiene alguna ITS como **sífilis, gonorrea, tricomoniasis, clamidiasis, herpes genital, candidiasis genital, papiloma humano y VIH/SIDA**?
- a) No hacer nada
 - b) Lavados con romero
 - c) Acudir al ginecólogo o urólogo
 - d) Lavados vaginales
 - e) Ninguna de las opciones
18. La **Gonococia** conocida como **gonorrea** es una infección producida por...
- a) Una bacteria llamada *Neisseria Gonorrhoeae*
 - b) Un hongo llamado *Giardia Gonorrhoeae*
 - c) Todas las opciones
 - d) Ninguna de las opciones
 - e) Un virus llamado *Citomegalovirus*
19. La **gonorrea**, en pacientes femeninas, es asociada frecuentemente con:
- a) La infección pélvica inflamatoria
 - b) Todas las opciones
 - c) Ninguna de las opciones
 - d) La infección por Sífilis
 - e) El VIH
20. La adquisición de **gonorrea** es más probable:
- a) De un hombre infectado hacia mujeres
 - b) De una mujer infectada a hombres
 - c) Es la misma proporción
 - d) No hay diferencia
 - e) De mujer a mujer
21. ¿Cuál es la vía de contagio de la **gonorrea**?
- a) b y d
 - b) Contacto sexual vaginal, oral o anal
 - c) Transmisión de la madre por el canal del parto
 - d) Transfusión de sangre y transmisión de la madre durante el embarazo
 - e) b y c
22. Algunos de los síntomas en hombres a los 2 a 10 días por la infección de la **gonorrea** son:
- a) Inflamación de la uretra
 - b) Dolor al orinar
 - c) No hay pus
 - d) Ninguna de las opciones
 - e) a y b

23. Algunos de los síntomas en mujeres a los 10 días por la infección de la **gonorrea** son:
- a) Secreción o flujo vaginal normal
 - b) c y d
 - c) Dolor, ardor al orinar y defecar
 - d) Flujo y sangrado anormal
 - e) a y c
24. La **clamidiasis** es una infección producida por...
- a) Un hongo llamado *Clamydia trachomatis*
 - b) Ninguna de las opciones
 - c) Todas las opciones
 - d) Un virus llamado *Trichomas vaginalis*
 - e) Una bacteria llamada *Clamydia trachomatis*
25. ¿Cuál es la vía de contagio de la **clamidiasis**?
- a) Contacto sexual oral, vaginal o anal
 - b) a y e
 - c) Usar utensilios y objetos contaminados
 - d) a, c y e
 - e) De madre a hijo durante el parto
26. Algunos de los síntomas de la **clamidiasis** en los hombres son:
- a) Necesidad urgente de orinar y ardor
 - b) a, c y d
 - c) Puede no producir síntomas
 - d) Secreciones por el pene
 - e) Se presenta un chancro
27. Algunos de los síntomas de la **clamidiasis** en las mujeres son:
- a) Flujo vaginal espeso y amarillento
 - b) Flujo verdoso
 - c) Puede no producir síntomas
 - d) a y c
 - e) No hay uretritis ni cervicitis
28. Si no se trata adecuadamente la **clamidiasis**, ¿Qué puede provocar en ambos sexos?:
- a) Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y Síndrome de Reiter
 - b) No pasa nada
 - c) Impotencia
 - d) Cáncer cérvicouterino
 - e) Virus del Papiloma Humano
29. ¿Cuál es el virus que produce el **herpes genital (VHS)**?
- a) Todas las opciones
 - b) *Herpesvirus (VHS)6 y 7*
 - c) Ninguna de las opciones
 - d) *Herpes Simplex (VHS)1 y Herpesvirus(VHS)6*
 - e) *Herpes Simplex (VHS) 2*
30. ¿Cuál es la vía de contagio del **herpes genital**?
- a) Por compartir objetos personales
 - b) Contacto sexual vaginal, oral o anal
 - c) Por saliva de una persona infectada
 - d) De la madre al feto si hay un brote en el momento del parto
 - e) b y d

31. Algunos síntomas del **herpes genital** en ambos sexos son:
- b y c
 - Úlceras en pene, vagina, vulva, ano, boca, piernas o recto
 - Las úlceras se secan después de 10 a 14 días
 - Las úlceras se secan después de 1 año
 - No hay síntomas
32. Si no se da tratamiento para el **herpes genital** ¿Qué consecuencias trae consigo?:
- Puede estar latente y causar infecciones recurrentes
 - Consecuencias neurológicas
 - A recién nacidos no afecta la enfermedad
 - a y b
 - Desaparece con el tiempo
33. La **tricomoniasis** es producida por el protozoo:
- Todas las opciones
 - Trichomona Tenax*
 - Trichomona Vaginalis*
 - Ninguna de las opciones
 - Trichomona Hominis*
34. ¿Cuál es la vía de contagio de la **tricomoniasis**?
- Por inoculación
 - Contacto sexual
 - Si la madre la tiene se la transmite al feto
 - Transfusión de sangre
 - b y c
35. Algunos síntomas de la **tricomoniasis** en hombres son:
- Secreción o flujo del pene
 - En la mayoría no hay síntomas
 - Erupciones en todo el cuerpo
 - a y b
 - No se inflama próstata ni el glándulo
36. Algunos síntomas de la **tricomoniasis** en las mujeres son:
- Manchas rojas pequeñas
 - A veces no hay síntomas
 - Picazón en la vagina y dolor al tener relaciones sexuales
 - b y c
 - Sangrados abundantes y constantes
37. Si no es tratada la **tricomoniasis** ¿Qué síntomas padecen ambos sexos?:
- Salpullido
 - Prostatitis y Vaginitis
 - Úlceras
 - Chancros dolorosos
 - Verrugas
38. ¿Qué es lo que produce la **candidiasis genital**?
- Ninguna de las opciones
 - La bacteria *Candida contagiosum*
 - El hongo *Candida albicans*
 - El virus *Candida trachomatis*
 - Todas las anteriores

39. ¿Quiénes tienen mayor probabilidad de contraer la **candidiasis genital**?
- a) Obesos y diabéticos
 - b) a, c y d
 - c) Quienes consumen antibióticos y anticonceptivos
 - d) Embarazadas
 - e) a y c
40. ¿Cuál es la vía de contagio de la **candidiasis genital**?
- a) Ropas y objetos
 - b) Contacto sexual
 - c) La persona lo tiene en el organismo
 - d) Todas las opciones
 - e) Ninguna de las opciones
41. Algunos síntomas de la **candidiasis genital** en hombres son:
- a) Picazón o ardor en el pene
 - b) Manchas rojas o blancas en el pene
 - c) Ulceras sin dolor en el pene
 - d) a y b
 - e) a y c
42. Algunos síntomas de la **candidiasis genital** en mujeres son:
- a) b, c y d
 - b) Enrojecimiento en vagina y vulva
 - c) Ulceras vaginales
 - d) Dolor en la boca
 - e) b y d
43. Algunos síntomas que se tiene por no tratarse de la **candidiasis genital** son:
- a) Alopecias
 - b) Cáncer intrauterino
 - c) Todas las opciones
 - d) Problemas en el sistema nervioso
 - e) Ninguna de las opciones
44. ¿Cuál es el agente causal del **papiloma humano**?
- a) Hongo
 - b) Bacteria
 - c) Todas las opciones
 - d) Ninguna de las opciones
 - e) Protozoos
45. ¿Qué se puede mencionar del **papiloma humano**?
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Todas las opciones
 - c) Existen 200 genotipos pero 40 afectan al tracto genital
 - d) Existen 60 genotipos pero solo 40 afecta al tracto genital
 - e) Existe 40 genotipos pero solo 1 afecta al tracto genital
46. ¿Cuál es la vía de contagio del **papiloma humano**?
- a) b y c
 - b) Contacto sexual vaginal, oral o anal
 - c) Si la madre la tiene se la transmite al feto
 - d) Transfusión de sangre
 - e) Ninguna de las anteriores

47. Algunos síntomas del **papiloma humano** son:
- Verrugas en órganos genitales
 - Chancros dolorosos
 - Secreciones purulentas
 - Sangrados esporádicos
 - Manchas rojizas
48. ¿Qué medida se toma para detectar el **papiloma humano** con mayor frecuencia que para otras ITS?:
- b y e
 - Citología vaginal
 - Cistometría vaginal
 - Ninguna de las opciones
 - Penoscopía
49. ¿Existe una forma de prevenir el **papiloma humano**?:
- Es inevitable el contagio
 - Una vacuna que se aplica a mujeres de 6 a 26 años, previene y cura la enfermedad
 - Una vacuna que se aplica a mujeres de 6 a 26 años y previene la enfermedad
 - Una vacuna que se aplica a todas las mujeres y previene la enfermedad
 - Ninguna de las anteriores
50. ¿Qué significan las siglas **VIH**?
- Ninguna de las opciones
 - Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
 - Virus de Inmunodeficiencia Humana y ataca al sistema inmunológico
 - Virus de Inmunodeficiencia
 - Todas las anteriores
51. ¿Cuántos años transcurre desde que una persona se infecta a la presencia de los primeros síntomas del **VIH/SIDA**?
- 4 a 5 semanas
 - 6 a 10 años
 - 4 a 5 años
 - 6 a 10 semanas
 - Ninguna de las anteriores
52. ¿Cuál es la vía de contagio del **VIH/SIDA**?
- Contacto sexual, lactancia, sanguínea
 - Piquete de insecto
 - Compartir comida
 - Por besos
 - Por saludar de mano
53. Ejemplo(s) de ITS curables son:
- VIH/SIDA
 - Herpes
 - Ninguna de las opciones
 - Todas las opciones
 - Virus del papiloma humano
54. ¿Qué se puede hacer para prevenir los embarazos no deseados?
- Utilizar cualquier método anticonceptivo
 - Tener una higiene adecuada
 - Ducharse después de una relación
 - a y b
 - Ninguna de las opciones

55. ¿Qué apariencia debe tener el cuerpo del compañero sexual para tomarlo como una de las medidas preventivas de alguna ITS?
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Que tenga úlceras
 - c) Huela mal
 - d) Que este irritada la piel o el órgano
 - e) Todas las anteriores
56. Las estrategias preventivas para el VIH/SIDA son:
- a) Ninguna de las opciones
 - b) Sexo protegido, abstinencia,
 - c) Sexo seguro, protegido, abstinencia
 - d) Solo abstinencia
 - e) Todas las opciones

ANEXO 2
Instrumento
"Evaluación
del taller
y de los
ponentes"

ANEXO 2. EVALUACIÓN DEL TALLER Y DE LOS PONENTES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EVALUACIÓN DEL TALLER

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de afirmaciones con cinco opciones de respuesta acerca del taller y de los ponentes de las cuales deberá escoger la opción que los describa mejor (1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. De acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo). Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, sólo deseamos conocer su opinión en relación al taller que recibió.

Fecha: _____

Evaluación del taller		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5
1.	El taller tuvo una difusión favorable en relación a los temas a tratar, horarios y lugar en el que se desarrollaría					
2.	Los materiales de apoyo (carteles, diapositivas, etc.) fueron suficientes para comprender los temas del taller					
3.	Los materiales que se les proporcionaron (estambre, plumas, hojas, etc.) estaban en buen estado					
4.	El manual que se les proporcionó tiene la información básica para comprender acerca de los temas sobre sexualidad					
5.	La presentación del manual es el adecuado para abordar los temas vistos en el taller					
6.	El taller se basó en los contenidos propuestos en el manual					
7.	Las bibliografía recomendada y la información acerca de las instituciones proporcionadas en el manual son suficientes para tener una idea general acerca de los temas					
8.	El número de sesiones fue suficiente para abordar lo relevante de los temas sobre sexualidad					

Evaluación del taller (continúa)		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5
9.	La duración de las sesiones del taller fue adecuada para abordar cada tema					
10.	El taller me proporcionó la información que necesito sobre los temas de sexualidad					
11.	Los temas que se abordaron fueron suficientes para entender y ayudar a mis alumnos					
12.	Con la información que se me proporcionó, hablo más sobre sexualidad con mis alumnos					
13.	Tengo más confianza para hablar de temas de sexualidad con mis alumnos					
14.	Estoy motivado para evitar que mis alumnos realicen conductas de riesgo					
15.	Aprendí actividades y dinámicas que puedo realizar con mis alumnos					
16.	Estoy seguro de utilizar lo que aprendí con mis alumnos					
17.	La calidad del taller es adecuado y me ayudó a tratar los temas sobre sexualidad					
18.	Recomendaría este taller a otros profesores de secundaria					

Evaluación de los ponentes		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5

Los ponentes...

19.	Poseen las habilidades sociales necesarias para desenvolverse ante un grupo					
20.	Poseen las habilidades necesarias para conducir un grupo de aprendizaje					
21.	Poseen la información suficiente para cada tema expuesto en el taller					
22.	Transmiten sus conocimientos con claridad					

Evaluación de los ponentes (continúa)		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5
Los ponentes...						
23.	Aclararon exitosamente las dudas que surgieron a lo largo de las sesiones					
24.	Escuchan atentamente y con respeto las dudas y opiniones de los participantes					
25.	Inspiraron confianza a los participantes para abordar los temas del taller					
26.	Cumplieron con todos los objetivos propuesto para cada sesión					
27.	Se enfocaron en los temas propuestos en el manual					
28.	Cumplieron con el horario establecido para dar el taller					

Otros comentarios y sugerencias

ANEXO 3

Cartas

descriptivas

ANEXO 3. CARTAS DESCRIPTIVAS

Sesión 1: Introducción y embarazo (¿Con qué empezamos?)

Objetivo: Evaluar los conocimientos sobre sexualidad que poseen los docentes de secundaria y abordar los aspectos generales acerca del embarazo.

Objetivos específicos:

1. Introducir a los participantes en los temas que se abordarán en las sesiones del taller y plantear los objetivos de esta sesión
2. Evaluar los conocimientos que poseen los docentes sobre embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH, aborto y estrategias preventivas acerca de estos problemas de salud sexual
3. Capacitar a los profesores de secundaria en el tema de embarazo en adolescentes
4. Cerrar la sesión con las conclusiones generadas por los participantes acerca del tema de embarazo adolescente

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
1	1	Bienvenida y presentación	Bienvenida Se les dará la bienvenida explicándoles los objetivos generales del taller y darles el agradecimiento por su asistencia.	5"	• Ninguno
			Dinámica de presentación "Telaraña" Presentación de los participantes y de los facilitadores con la dinámica Telaraña en la cual se conocerá las expectativas que tienen sobre el taller, años de docencia tanto en la materia como años de servicio, la escuela en la que trabajan y si tienen hijos adolescentes.	25"	• Estambre
			Buzón de dudas y sugerencias Se les comentará a los participantes sobre un buzón de dudas y/o aclaraciones sobre los temas, así como del taller, comentando que las respuestas se abordarán en la siguiente sesión.	5"	• Ninguno

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
1	2	Introducción y presentación del taller y objetivos de la sesión 1	¿Por qué es importante revisarlo? Presentación sobre los objetivos generales de la sesión así como de los objetivos particulares.	8"	<ul style="list-style-type: none"> •Papel bond con los objetivos generales y particulares
	3	Pre-evaluación de los conocimientos sobre sexualidad	Y ¿Cómo se mide lo que sé? Aplicación de la pre-evaluación sobre los conocimientos que tienen de los temas de sexualidad a través del instrumento " <i>Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente</i> ".	20"	<ul style="list-style-type: none"> •Lápices •Fotocopia del instrumento para cada participante
	4	Entrega de manuales	¿Cuál es el mío? Además se entregarán los manuales a cada uno de los docentes explicando su función, estructura e instrucciones de uso.	2"	<ul style="list-style-type: none"> •Manual para los participantes

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
1	5	Embarazo	<p>Dinámica: ¿Qué sabemos y hemos vivido sobre el embarazo adolescente? Se realizará una lluvia de ideas acerca del tema de embarazos no deseados en adolescentes con puntos de vista sobre los aspectos generales y particulares del tema que sepan, creen o hayan presenciado los docentes englobándolos en 5 subtemas: epidemiología, definición, causas, consecuencias y prevención.</p> <p>Conferencia: embarazo y sus implicaciones El facilitador dará una explicación sobre el tema rescatando información dada en la lluvia de ideas, por lo cual es necesario que conozca a la perfección el tema. Esta información será organizada en los subtemas mencionados.</p>	25''	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Plumones o gises
	6	Cierre de la sesión	<p>Este cuento se acabó... Se realizará una breve reseña de lo visto agradeciendo su asistencia y recordándoles que sus dudas y sugerencias sean depositadas en el buzón.</p>	5''	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 2: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS, ¿De qué nos podemos enfermar?)

Objetivo: Dotar de información a los profesores de secundaria sobre el tema de ITS

Objetivos específicos:

1. Identificar y conocer epidemiología, definición, causas y síntomas de las ITS más recurrentes en adolescentes
2. Identificar y conocer los medios de transmisión, consecuencias y tratamiento de las ITS
3. Establecer la importancia de la prevención en todas y cada una de las ITS.
4. Cerrar la sesión con las conclusiones generadas por los participantes acerca del tema de ITS.

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
2	1	Bienvenida y objetivos	Bienvenida Se les dará un dulce a cada uno de dos colores (ejemplo: azul y rojo) simulando que es parte de la bienvenida, procurar llevar el mismo número de dulces de uno y otro. Se les dará la bienvenida a la sesión. Lo que no quedó claro Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa, se dará una breve reseña de lo visto y los objetivos de esta sesión.	5" 10"	<ul style="list-style-type: none">• Dulces de dos colores• Papel bond con los objetivos generales y particulares
	2	Agente causal y síntomas (ITS)	Dinámica: ¿Qué sabemos y hemos vivido sobre las ITS? Se realizará una lluvia de ideas acerca del tema de ITS en adolescentes enfocándose en el agente causal y síntomas de cada una de ellas.	25"	<ul style="list-style-type: none">• Pizarrón• Gises o plumones

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
2	3	Causas y prevención (ITS)	<p>División del grupo Se les recordará haberseles dado un dulce al inicio de la sesión y se les pedirá que se junten con las personas que hayan escogido un dulce del mismo color. Procurar que ambos grupos sean equitativos.</p> <p>Dinámica: ¿Qué es lo que pensamos? Ambos grupos discutirán las medidas de prevención sobre el tema de ITS.</p> <p>Y la conclusión es... Posteriormente se hará una sesión plenaria exponiendo las ideas de ambos equipos acerca de las ITS.</p>	5" 10" 10"	<ul style="list-style-type: none"> • Dulce • Hojas de papel (rotafolio) • Bolígrafo

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
2	4	Consecuencias de tratamiento, medios de transmisión (ITS)	<p>Dinámica: Encuéntrame si sabes quién soy El memorama de las ITS se jugará en 2 equipos, de acuerdo a la división del grupo, donde el primer participante de cada equipo que junte las parejas gana; además el primer equipo que termine el juego tendrán la opción de decidir si explican o no el tema ante el grupo, en caso que sea negativo el otro equipo tendrá que hacerlo. El memorama incluye las siguientes ITS: Virus del papiloma humano, herpes, tricomoniasis, gonorrea, sífilis, clamidia, candidiasis (ver plantilla 1 en el manual del instructor).</p> <p>Conferencia: ITS, ¿Las tenemos o no? El facilitador dará una explicación sobre el tema y los aspectos necesarios de cada una de ellas, definición, epidemiología, agente causal, síntomas, tratamiento, prevención; por lo cual es necesario que el facilitador conozca a la perfección el tema.</p>	25''	<ul style="list-style-type: none"> •Memorama de las ITS •Hojas rotafolio / Presentación en Power point •Material de apoyo (carteles y/o cañón, computadora)
	5	Cierre de la sesión	<p>Este cuento se acabó... Se realizará una breve reseña de lo visto y se les recordará que usen el buzón y se agradecerá su asistencia.</p>	5''	<ul style="list-style-type: none"> •Ninguno

Sesión 3: VIH/SIDA (¿Está tan mal como dicen?)

Objetivo: Actualizar los conocimientos de los profesores de secundaria sobre el tema de VIH/SIDA

Objetivos específicos:

1. Conocer la epidemiología, definición y causas del VIH/SIDA
2. Conocer los medios de transmisión, consecuencias y tratamiento del VIH/SIDA
3. Establecer la importancia de la prevención del VIH/SIDA.
4. Cerrar la sesión con las conclusiones generadas por los participantes acerca del tema de VIH/SIDA.

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
3	1	Bienvenida y objetivos	<p>Bienvenida Se dejará elegir a cada uno de los participantes una carta del juego “UNO”, no se les explicará el motivo de dicha acción hasta que todos tengan una. Las cartas elegidas por el facilitador serán 1 de cada color del juego (verde, amarillo, rojo, azul) de cada número del 1 al 5. Se les dará la bienvenida a la sesión actual.</p> <p>Lo que no me quedó claro Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa, se dará una breve reseña de lo visto y los objetivos de esta sesión.</p>	5” 10”	<ul style="list-style-type: none"> • 20 cartas del juego “UNO.” • Papel bond con los objetivos generales y particulares
	2	Causas del VIH/SIDA	<p>Dinámica: Ningún color como el mío Se les indicará a los participantes que se junten con los que tengan su mismo número.</p> <p>Dinámica: ¿Qué sabemos y hemos vivido sobre el VIH/SIDA? Se les pedirá que realicen una lluvia de ideas con sus equipos y lleguen a un acuerdo de las causas del VIH/SIDA, después se discutirá en plenaria con el grupo.</p>	5” 15” 10”	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del UNO • Pizarrón • Plumones o gises

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
3	3	Vías de transmisión y consecuencias (VIH/SIDA)	<p>Dinámica: sistema inmunológico De los grupos formados, se escogerá a un integrante de cada equipo formando un subgrupo de 5 personas. Del resto del grupo se escogerá a un sexto participante para realizar un juego de roles. El facilitador revolverá papeles con las siguientes palabras: narrador, persona, enfermedad, sistema inmunológico y VIH. El narrador, con el guión proporcionado por el facilitador, explicará cómo funciona el sistema inmunológico y los demás participantes actuarán lo que se vaya narrando (ver anexo 1 en el manual del instructor). Se les harán preguntas a los participantes acerca del tema para que quede claro (ver anexo 2 en el manual del instructor).</p>	35"	<ul style="list-style-type: none"> •5 gafetes (persona, VIH, enfermedad, 2 sistema inmunológico) •Guión del narrador •6 cuadros de papel (narrador, persona, enfermedad, VIH, 2 de sistema inmunológico) •Preguntas y respuestas acerca de VIH/SIDA
	4	Tratamiento (VIH/SIDA)	<p>Dinámica: ¿Y entonces qué hago? Se discutirá en el grupo las instituciones y/o lugares a los que pueden acudir en caso de contagio de VIH/SIDA y los tratamientos que hay para dicha enfermedad, al final se hará un directorio.</p> <p>Conferencia: ¿Qué implica tener VIH/SIDA? El facilitador dará una explicación sobre el tema utilizando los conceptos dados en las actividades anteriores, definición, epidemiología, agente causal, síntomas, tratamiento, prevención; por lo cual es necesario que el facilitador conozca a la perfección el tema.</p>	10" 25"	<ul style="list-style-type: none"> •Pizarrón Plumones o gises •Hojas rotafolio / Presentación en Power point •Material de apoyo (carteles y/o cañón, computadora)

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
3	5	Cierre de la sesión	<p>Este cuento se acabó... Se realizará una breve reseña de lo visto y se mencionará que usen el buzón, agradeciendo su asistencia.</p>	5"	•Ninguno

Sesión 4: Aborto y estrategias preventivas (¿Lo mejor para evitar las consecuencias?)

Objetivo: Capacitar a los profesores de secundaria sobre los temas de aborto y estrategias preventivas

Objetivos específicos:

1. Conocer la definición y abordar los datos epidemiológicos del aborto
2. Identificar los tipos de abortos, síntomas y prevención de los abortos
3. Describir las estrategias preventivas de embarazos, ITS y VIH/SIDA
4. Cerrar la sesión con las conclusiones generadas por los participantes acerca del tema de aborto y estrategias preventivas a los problemas de salud visto en las sesiones anteriores.

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
4	1	Bienvenida y objetivos	<p>Bienvenida Se les dará la bienvenida a la sesión.</p> <p>Lo que no me quedó claro Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa, se dará una breve reseña de lo visto y los objetivos de esta sesión.</p>	5" 10"	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond con los objetivos generales y particulares
	2	Epidemiología (Aborto)	<p>Dinámica: ¿Con quién me toca? Se numerará a los participantes del 1 al 5 para formar 5 equipos equitativos con 4 personas. Se les dirá que formen equipos con el mismo número que ellos.</p> <p>Dinámica: ¿Qué sabemos y hemos vivido sobre el aborto? Una vez formado el equipo discutirán entre ellos cómo lo practican los adolescentes a través de sus experiencias y lo que saben. Se explicará ante los demás equipos de forma breve.</p>	5" 25' 10"	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Pizarrón • Plumones o gises

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
4	3	Tipos y consecuencias (aborto)	<p>Dinámica: Qué si y qué no tengo yo Se pondrá en el pizarrón letreros de los tipos de aborto y de las consecuencias que puede traer el aborto. Se les preguntará a los equipos qué hacer en estos casos.</p> <p>¿A dónde podemos ir? Además se les preguntará a los participantes a dónde acudir.</p>	15" 10"	<ul style="list-style-type: none"> • Letreros • Pizarrón • Gises o plumones
	4	Prevención (aborto)	<p>Dinámica: Y entonces, ¿cómo se protege? Se pedirá que comenten los docentes sobre cuáles son las estrategias preventivas de embarazos</p>	10"	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	5	Conferencia	<p>Conferencia: ¿Y así se acaba la vida? El facilitador dará una explicación sobre el tema utilizando los conceptos dados en las actividades anteriores, definición, epidemiología, tipos, síntomas y prevención de los abortos además de las estrategias preventivas; por lo cual es necesario que el facilitador conozca a la perfección el tema.</p>	25"	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas rotafolio / Presentación en Power point • Material de apoyo (carteles y/o cañón, computadora)
	6	Cierre de la sesión	<p>Este cuento se acabó... Se realizará una breve reseña de lo visto agradeciendo su asistencia y recordándoles que sus dudas y sugerencias sean depositadas en el buzón</p>	5"	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 5: ¿Y qué hago yo?

Objetivo: Discutir acerca de lo más conveniente en cada uno de los temas del taller.

Objetivos específicos:

1. Establecer la importancia de prevenir los problemas de salud en los adolescentes (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto) y la búsqueda de información acerca de la sexualidad
2. Enseñar el uso correcto y consistente del condón
3. Concluir y discutir el progreso en el taller.

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
5	1	Bienvenida y objetivos	Bienvenida Se les dará la bienvenida a la sesión Lo que no me quedó claro Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa, se dará una breve reseña de lo visto y los objetivos de esta sesión.	5" 10"	<ul style="list-style-type: none">•Papel bond con los objetivos generales y particulares

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
5	2	Prevenir y la búsqueda de información	<p>Dinámica: ¿Con quién me toca? Antes de iniciar la sesión, los ponentes pegarán en los asientos de los participantes post-it con las palabras queso o zanahoria equitativamente (de tal manera que cada participante tendrá alguno de ellos) y se colocarán un dibujo de un ratón en un extremo del pizarrón y en el otro el de un conejo. Los ponentes les pedirán a los participantes que cada uno, con el post-it que les tocó, se sienten del lado del dibujo correspondiente: los que digan queso con el dibujo del ratón y los que digan zanahoria con el dibujo del conejo.</p> <p>Dinámica: Juega Gato garabato Los equipos se pondrán frente al pizarrón y pasarán al frente de una persona de cada equipo, el facilitador hará preguntas sobre los temas vistos, el que anote la respuesta correcta primero gana el derecho a poner una pieza de gato mencionando que pueden hacer en el tema de la pregunta hecha. Se harán 1 pregunta por tema. Gana el que termine de jugar el gato. En caso de no terminar se hará otro gato, por ello se deberá preparar más preguntas.</p>	<p>5''</p> <p>15''</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Post-it • Dibujos en hojas tamaño carta • Pizarrón • Plumones o gises

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
5	3	El uso correcto y consistente del condón	<p>Conferencia: Y eso ¿Con qué se come? El ponente enseñará, como estrategia preventiva, el uso del condón (historia, fabricación, control de calidad y tipos de condones; ver anexo 3 en el manual del instructor).</p> <p>Actividad: El uso correcto y consistente del condón Un participante, con la ayuda de todos los demás, pasará en frente a poner un condón y se evaluarán los pasos correctos (ver anexo 4 en el manual del instructor). El ponente enseñará los pasos correctos para colocar un condón y cada participante practicará con el condón que se le proporcionará. Finalmente el ponente explicará cómo se coloca un condón femenino.</p> <p>Conferencia: ¿Qué es lo que puedo hacer yo? El facilitador dará la conferencia sobre los lugares, instituciones, teléfonos, páginas de internet donde podrán consultar y pedir ayuda en caso de necesitarlo. Además recordarles que la manera de hablar con sus estudiantes es con la información clara y completa, con motivación y apertura en cada tema (ver anexo 5 en el manual del instructor).</p>	<p>10"</p> <p>10"</p> <p>10"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas rotafolio / Presentación en Power point • Material de apoyo (carteles y/o cañón, computadora) <ul style="list-style-type: none"> • Hojas rotafolio / Presentación en Power point • Material de apoyo (carteles y/o cañón, computadora)

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
5	4	Post-evaluación de los conocimientos sobre sexualidad y evaluación del taller	<p>Y ¿Cómo se mide lo que adquirí?</p> <p>Aplicación de la post-evaluación sobre los conocimientos que tienen de los temas de sexualidad a través del instrumento “<i>Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente</i>” y el instrumento “<i>Evaluación del taller</i>” que evalúa la calidad del servicio proporcionado.</p>	20”	<ul style="list-style-type: none"> •Lápices •Fotocopia de los dos instrumentos para cada participante
	5	Cierre de la sesión	<p>Este cuento se acabó...</p> <p>Se realizará una breve reflexión acerca de lo visto, lo que les dejó el taller y cómo lo incorporarán en su práctica docente. Además agradeciendo su asistencia y recordándoles el uso de su manual.</p>	25”	<ul style="list-style-type: none"> •Ninguno

ANEXO 4

Materiales

del taller

ANEXO 4. MATERIALES DEL TALLER

A continuación se presentan enlistados los materiales necesarios para el taller dirigido a profesores de secundaria. En el primer cuadro se mencionan aquellos que se utilizarán en las cinco sesiones y en los siguientes aquellos que sólo se utilizan por sesión.

Taller “Manejo de la sexualidad con adolescentes”

Material	Marca	Características
Papel bond	Sin marca	Presentación: Blanco (preferente). Cantidad: Uno por cada sesión. Descripción: Se escribirán los objetivos por sesión.
Buzón de dudas y/o sugerencias	Sin marca	Características: se hará del tamaño de una caja de zapatos forrada, con una abertura amplia para que los papeles quepan.
Hojas para el buzón de dudas y/o aclaraciones	Sin marca	Características: 20/8 de hoja para las dudas y/o aclaraciones (1/8 por participante) para cada sesión.
Manuales	Sin marca	Cantidad: Uno por cada participante.
Plumones o gises	Magistral o Baco	Cantidad: Los que sean necesarios para cada sesión Presentación: De colores (plumones para pizarrón blanco, gises para pizarrón verde).
Pizarrón	Sin marca	Presentación: El que se encuentre en el salón donde se impartirán las sesiones.
Carteles y/o diapositivas	Sin marca	Material de apoyo para dar el tema de cada sesión.

Sesión 1 (Introducción y embarazo no deseado): “¿Con qué empezamos?”

Material	Marca	Características
Estambre	El gato	Presentación: Estambre grueso de 50 gr aprox. Cantidad: 1 paquete.
Lápices	Mirado	Presentación: Del número 2 o 2 ½. Cantidad: uno por participante. Descripción: Serán ocupados en las sesiones uno y cinco del taller.
Sacapuntas	Sin marca	Cantidad: Uno por cada 5 participantes. Descripción: Serán ocupados en las sesiones uno y cinco del taller.
Gomas	Sin marca	Cantidad: Uno por participante. Descripción: Serán ocupadas en las sesiones uno y cinco del taller.

Sesión 2 (ITS): “¿De qué nos podemos enfermar?”

Material	Marca	Características
Dulces de dos colores	Sin marca	Cantidad: Un dulce para cada participante (50% de un color y 50% de otro color).
Hojas de papel (rotafolio)	Sin marca	Cantidad: 6.
Cinta adhesiva	Janel	Cantidad: El necesario para las actividades correspondientes. Descripción: Serán ocupados en las sesiones dos, cuatro y cinco del taller.
Memorama de las ITS	Sin marca	Presentación: 42 tarjetas de memorama con características, consecuencias, tratamiento y medios de trasmisión de cada ITS (ver plantilla 1 en el manual del instructor).
Bolígrafo	BIC	Cantidad: Uno por cada participante. Descripción: Serán ocupados en las sesiones restantes del taller.

Sesión 3 (VIH/SIDA): “¿Está tan mal como dicen?”

Material	Marca	Características
Cartas del juego “UNO”	Mattel	Cantidad: 20. Presentación: 1 de cada color del juego (verde, amarillo, rojo, azul) de cada número del 1 al 5.
Cuadros de papel	Sin marca	Cantidad: 6. Características: Papel de 5cm X 5cm. Uno con cada palabra siguiente: palabras narrador, persona, enfermedad y VIH. Dos con la palabra sistema inmunológico.
Gafete con la palabra persona	Sin marca	Cantidad: 1.
Gafete con la palabra enfermedad	Sin marca	Cantidad: 1.
Gafete con la palabra VIH	Sin marca	Cantidad: 1.
Gafetes con la palabras sistema inmunológico	Sin marca	Cantidad: 2.
Guión del narrador	Sin marca	Cantidad: 1. Características: Dinámica sistema inmunológico (ver anexo 1 en el manual del instructor)

Sesión 4 (Aborto): “¿Lo mejor para evitar las consecuencias?”

Material	Marca	Características
Letreros	Sin marca	Presentación: sobre tipos de aborto y las consecuencias que pueden traer.

Sesión 5 (¿Qué hago yo?): “¿Y qué hago yo?”

Material	Marca	Características
Post-it	Sin marca	Cantidad: 2. Características: La mitad con la palabra queso y la otra con zanahoria.
Dibujos en hojas tamaño carta	Sin marca	Cantidad: 2 dibujos (1 de ratón y 1 de conejo). Tamaño: Carta.
Fichas del juego “gato”	Sin marca	Cantidad: 18 (9 círculos y 9 taches). Características: Cartón de color verde (círculos) y rojo (taches).
Condón masculino	Condomes gratuitos otorgados por Centros de Salud	Cantidad: Uno por cada participante.
Condón femenino	Female health company	Cantidad: 1.

ANEXO 5

Manual

del

instructor

UNA BUENA OPORTUNIDAD



**Capacitación
sobre
sexualidad
del adolescente**

INTRODUCCIÓN

La información que se nos proporciona acerca de lo que nos puede hacer daño y cómo se puede prevenir es muy importante ya que favorece a nuestro desarrollo óptimo y al decidir realizar conductas que favorecen nuestra salud, como se dice “la ignorancia es nuestro peor enemigo”, si conocemos aquello que puede hacer daño es más probable que lo evitemos a que si no lo sabemos. Esta información debe ser completa, clara y precisa, de lo contrario es muy probable que se realicen conductas de riesgo como tener relaciones sexuales sin condón o no concebir la magnitud de los problemas que aquejan a la sociedad (Correa, Faur, Re y Pagani, 2003; Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002).

Asimismo, es importante mencionar que se puede encontrar esta información en muchas fuentes de diversa calidad y/o de aquellas que no son confiables, sin embargo, algunas de ellas son tomadas en cuenta más que las demás, por ejemplo un adolescente dará prioridad a la proporcionada por los amigos, que en muchas ocasiones no es confiable o es incompleta, o de medios de fácil acceso como internet que no son basados en conocimientos sólidos, está incompleta y/o en ocasiones es propuesta con intenciones del mal informar o desorientar.

La población que está más propensa a recibir este tipo de información no confiable son los adolescentes, si al contrario se les instruye desde casa sobre la sexualidad es más probable que realicen conductas de prevención, sin embargo, es necesario complementarla o corregirla en las instituciones de educación a través de los profesores, aquellos personajes que puedan ser un modelo a seguir o una influencia en su vida cotidiana; ambos ámbitos son relevantes al ser los lugares en los que pasan más tiempo los adolescentes, áreas que tienen gran influencia en su desarrollo, y que determinan el ejercicio sano de su sexualidad. Si al joven en su casa no le hacen caso o se siente incomprendido y en la escuela no dan estos temas apropiadamente será más probable que realice conductas de riesgo y aumente el número de casos en cada uno de los problemas de salud de los adolescentes como son ITS, VIH/SIDA, embarazos no deseados y abortos.

Con la necesidad de reducir los problemas de salud sexual antes mencionados se han diseñado diversos programas de intervención y prevención

(Rector, 2002; Kirby, 2002; Arnold, Smith, Harrison y Springer, 1999; Kirby, Korpi, Barth y Cagampang, 1997; Coyle, Kirby, Marin, Gómez y Gregorich, 2004), sin embargo muchos de ellos no tienen un sustento teórico que permita tener objetivos claros, identificar las conductas, y los factores que afectan directamente la salud, así como desarrollar actividades que permitan tener conductas preventivas (Kirby, 2007). Este manual está diseñado, con base en el modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMB; Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002) que permite proporcionar información sobre la sexualidad, motivar y dar las herramientas necesarias al docente para reducir las conductas sexuales de riesgo y favorecer las conductas preventivas en los adolescentes.

El manual está conformado por 5 sesiones de dos horas cada una en las cuales se abordarán las temáticas del taller. El diseño propuesto tiene tres fases: Pre-evaluación, Intervención (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto y estrategias preventivas, ¿qué hago yo?) y Post-evaluación. La fase de pre-evaluación se llevará a cabo en la sesión uno en la que se aplicará un instrumento con la finalidad de conocer los conocimientos básicos con los que cuentan los participantes y serán comparados con el cuestionario que se aplicará en la sesión 5 en la fase de post-evaluación. La fase de intervención se realizará a lo largo de las 5 sesiones donde se presentará una breve información sobre el tema, los objetivos y las actividades que deberán realizarse en cada una.

A continuación, se mencionarán aquellos aspectos importantes que el ponente debe saber para impartir el taller y cumplir con los objetivos propuestos.

¿Quién puede impartir el taller?

Los ponentes deben ser psicólogos expertos en los temas que se darán en el taller (embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA, abortos) y que podrán recurrir al apoyo de profesionistas de la salud como médicos y enfermeras en caso de necesitarlo, con valores como el respeto (a valores, creencias y estilos de vida), tolerancia, empatía, liderazgo, además de contar con algunas características como habilidades sociales, facilidad de palabra, ser dinámico, proactivo, cordial, flexible, coherente, creativo, entusiasta,

confiable y conocer el manejo de grupos, capacidades que facilitarán el entendimiento y desarrollo del taller.

¿Qué se necesita para dar un taller?

Algunas actividades son necesarias para sacar el máximo provecho al taller ya que con ellas se entabla un ambiente de comunicación y armonía con los participantes, además de ser benéfico para el desempeño adecuado en el mismo, algunas de ellas son las siguientes:

- Hacer contacto visual con los participantes y con una escucha activa, esto expresa interés y entendimiento de ambas partes.
- Identificar las necesidades de los participantes y ofrecer soluciones a las mismas.
- No imponer ideas y concepciones al otro que dificulten el taller, cada uno tiene sus propias ideas.
- Lenguaje claro y preciso, además de dar respuestas concretas a los participantes en cualquier duda que tengan.

Sugerencias:

Se sugiere leer cuidadosamente la información, las notas y comentarios que ayudarán a un mejor desempeño en el taller, revisar el material propuesto en cada sección, buscar otra para complementar la información y llevar a cabo las actividades en su totalidad como se planearon.

Con ello, se espera que este manual ayude al desarrollo de los participantes y reduzcan los problemas de salud en los adolescentes que son alarmantes en el país.

REFERENCIAS

Arnold, E., Smith, T., Harrison, D. y Springer, D. (1999). The effects of abstinence-based sex education program on middle school student's knowledge and beliefs. *Research on Social Work Practice*, 9 (1), 10-24.

- Correa, C., Faur, E., Re, M.I. y Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos.* Recuperado de <http://www.rednacadol.org.ar/pdf/ManualSaludSexualidad.pdf>
- Coyle, K., Kirby, D., Marin, B., Gómez, C., y Gregorich, S. (2004). Draw the line/Respect the line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health, 94* (5), 843-851.
- Fisher, F., Fisher, W., Bryan, A. y Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *American Psychological Association, Inc, 21* (2), 177-186.
- Kirby, D. (2002). *Do abstinence-only programas delay the initiation of sex among young people and reduce teen pregnancy?*. Washington, D.C: National Campaign to prevent teen pregnancy.
- Kirby, D. (2007). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases.* Washington, D.C: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. y Cagampang, H. (1997). The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives, 29* (3), 100-108.
- Rector, R. (2002). The effectiveness of abstinence education programs in reducing sexual activity among youth. *The Heritage Foundation, 1533*, 1-9.



¿CON QUÉ EMPEZAMOS?

1. Introducción y embarazo no deseado

En esta sesión se comenzará con la introducción y bienvenida al taller para profesores de secundaria con la finalidad de que los participantes se integren al grupo y haya un mejor desempeño durante cada sesión; el ponente debe ser muy cuidadoso, no dejar a ninguno de los participantes fuera de las actividades ya que eso impedirá un ambiente confortable, además debe asegurarse que todos los participantes hayan entendido las instrucciones, hablar en términos coloquiales e incitar a la participación para enriquecer la sesión.

Proseguirá una evaluación a los profesores con el instrumento “CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE” y finalmente se abordará el tema de embarazo no deseado en adolescentes, en esta sección el ponente no deberá olvidar los subtemas: epidemiología actualizada mínimo al 2011, definición, causas, consecuencias y prevención del tema, así como tomar de la vida cotidiana ejemplos que sirvan para su mejor comprensión.

Objetivo general: Evaluar los conocimientos sobre sexualidad que poseen los docentes de secundaria y abordar los aspectos generales acerca de los embarazos.

Objetivos específicos:

1. Introducir a los temas que se abordarán en las sesiones del taller y plantear los objetivos de la sesión
2. Evaluar los conocimientos que poseen los docentes de secundaria sobre embarazos no deseados, Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH, aborto y estrategias preventivas a la problemática en salud sexual
3. Capacitar a los profesores de secundaria en el tema de embarazo en adolescentes
4. Concluir la sesión.

Actividades de los participantes:

Los participantes se integrarán al grupo con el que tomarán las próximas sesiones del taller, prestarán atención a los ponentes, participarán activamente en cada una de las actividades propuestas, contestarán el instrumento que se les aplicará en la sesión, se relacionarán con respeto entre ellos y con los ponentes, expresarán abiertamente sus dudas y comentarios acerca de los temas, así como de las experiencias que hayan tenido.

Materiales:

Se utilizarán: estambre, un papel bond, el buzón de dudas y/o sugerencias, lápices (1 por cada participante), sacapuntas, goma, el instrumento “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” (uno por cada participante), pizarrón, plumones o gises, material de apoyo para dar el tema (carteles y/o cañón, computadora, diapositivas).

Duración total de la sesión: 2 horas

Actividades de la sesión:

Bienvenida y presentación

① Bienvenida

Objetivo: Presentar el taller y a sus ponentes.

Descripción: Los ponentes darán la bienvenida al taller presentándose por su nombre, agradeciendo la presencia de los participantes y explicando lo que se espera de ellos, así como mencionar cuales son los objetivos generales del taller y ponerse a sus órdenes para cualquier duda sobre el mismo.

Duración aproximada: 5 minutos

② Dinámica de presentación “Telaraña”

Objetivo: Los participantes se conocerán e integrarán como grupo **Descripción:** Los ponentes mencionarán que es el inicio de la sesión y se dará paso a la primera actividad. Se pedirá a

los participantes se pongan de pie y se hará espacio para realizarla, ya puestos en círculo uno de los ponentes explicará las instrucciones con el estambre en la mano.

Instrucciones: la persona que tenga el estambre tendrá que mencionar su nombre, años de docencia de la materia y de servicio, escuela en la que trabajan, expectativas que tienen del taller (que esperan) y si tienen hijos adolescentes; una vez terminada su presentación pasarán el estambre a otra persona que esté enfrente de él sosteniendo la punta, esta nueva persona al terminar su presentación se lo pasará al participante que esté del lado derecho de la persona que inició sosteniendo el estambre y así se continuará hasta que todos los participantes hayan terminado con su presentación formando una “telaraña”.

Nota: Preguntar a los participantes si fueron claras las instrucciones y volverlas a plantear si es necesario.

Duración aproximada: 25 minutos

③ Buzón de dudas y sugerencias

Objetivo: Mencionar la existencia de un buzón de dudas y/o aclaraciones de forma anónima.

Descripción: Los ponentes les comentarán a los participantes que se pondrá un buzón de dudas y/o aclaraciones donde de manera anónima ellos podrán colocar en un papel aquellos puntos que no les haya quedado claro de los temas, comentarios sobre el taller (materiales, iluminación, entre otras) e incluso de los ponentes, mencionando que a estos se aclararán en la siguiente sesión y se tomarán en cuenta para el taller. Además se les pedirá que anoten el número de la sesión a la que corresponde su comentario.

Se utilizará 1/8 de hoja para cada duda y/o aclaración y que los ponentes enumerarán para llevar el control y tomar en cuenta todas y cada una de las participaciones escritas. El buzón se

hará del tamaño de una caja de zapatos forrada, con una abertura lo suficientemente grande para que los papeles quepan por ella.

Nota: Ser cuidadosos de revisarlo al final de cada sesión sin omitir ninguno y retomarlas en la siguiente sesión, en caso de ser repetida o similar la pregunta y/o aclaración, generalizarlas y englobarlas en una misma para evitar el tedio en los participantes.

Duración aproximada: 5 minutos

Introducción y presentación del taller, objetivos de la sesión 1

④ ¿Por qué es importante revisarlo?

Objetivo: Introducir el tema de la sexualidad y su importancia en la adolescencia.

Descripción: Los ponentes presentarán una breve introducción sobre sexualidad y porque es importante abordarlo tanto con los profesores de secundaria como con los adolescentes.

Nota: El ponente no debe olvidar mencionar los cambios que sufre el adolescente (físico-biológicos, psicológico-sociales y cognitivos) de manera muy breve para recordarles a los profesores de donde partir en la problemática actual. También debe recordar mencionar algunos problemas de salud y en específico de salud sexual derivados de las conductas de riesgo que realizan los adolescentes así como algunos ejemplos de ellas. Con esta información, el docente estructurará la información, aterrizará el problema y establecerá qué acciones puede tomar para ayudar a sus estudiantes al finalizar el taller.

Además, se mencionarán los objetivos generales y particulares de la sesión que estarán escritos en un papel bond, el cual se

pegará en una esquina del salón en donde todos los participantes puedan verlos hasta el término de esta sesión.

Duración aproximada: 8 minutos

Pre-evaluación de los conocimientos sobre sexualidad

⑤ **Y ¿Cómo se mide lo que sé?**

Objetivo: Evaluar los conocimientos básicos sobre sexualidad a los participantes.

Descripción: Los ponentes aplicarán a los participantes la pre-evaluación entregándole a cada uno el instrumento “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” y un lápiz para contestarlo.

Instrucciones: Se les indicará que tienen solamente 20 minutos para contestarlo y que este instrumento tiene como finalidad evaluar sus conocimientos de sexualidad y tomarlos de base para el taller.

Duración aproximada: 20 minutos

Entrega de manuales

⑥ **¿Cuál es el mío?**

Objetivo: Entregar los manuales dirigidos a los participantes y explicar su uso.

Descripción: Se entregarán los manuales a cada uno de los participantes explicándoles su función, cómo está estructurado, las instrucciones de cómo usarlo y algunas recomendaciones que se puedan hacer sobre el mismo.

Duración aproximada: 2 minutos

Embarazo

7) ¿Qué sabemos y hemos vivido sobre el embarazo adolescente?

Objetivo: Construir los aspectos relevantes sobre embarazo no deseado en adolescentes a partir de los conocimientos de los participantes.

Descripción: Los ponentes pedirán a los asistentes que mencionen en una lluvia de ideas, de manera ordenada, todo aquello que sepan, crean o hayan presenciado que involucre a los embarazos no deseados en adolescentes. Los ponentes escribirán en el pizarrón los puntos clave, en pocas palabras, de todo lo que se mencione en la lluvia de ideas englobándolos en 5 subtemas: epidemiología con datos nacionales actualizados mínimo al 2011, definición (embarazo, embarazo no deseado, embarazo no planeado), causas, consecuencias (físicas, económicas, sociales, psico-emocionales) y prevención.

Duración aproximada: 25 minutos

8) Conferencia: embarazo y sus implicaciones

Objetivo: Complementar la información dada en la actividad anterior y destacar los puntos relevantes.

Descripción: Los ponentes darán una explicación sobre el tema de embarazo rescatando aquellas ideas importantes mencionadas en la actividad anterior, esto ayudará a relacionar la información que ya se sabía con la que darán los ponentes, por lo que éstos deben saber a la perfección del tema. Esta información deberá ser dada con los subtemas de la actividad anterior: epidemiología con datos nacionales actualizados mínimo al 2011, definición (embarazo, embarazo no deseado, embarazo no planeado), causas (factores y situaciones que lo hacen probable), consecuencias (físicas, económicas, sociales, psico-emocionales) y prevención (acciones que se pueden tomar

para evitarlo). Además puede utilizarse material de apoyo como carteles o diapositivas en la computadora (debe contar con cañón).

Duración aproximada: 25 minutos

Cierre de la sesión

9 Este cuento se acabó...

Descripción: Los ponentes realizarán una breve reseña o resumen sobre el tema tratado en esta sesión.

Finalmente, se agradece la asistencia a los presentes y se les recuerda que sus dudas y sugerencias serán depositadas en el buzón las cuales serán tratadas en la siguiente sesión. Se les indicará que revisen su manual y lean lo correspondiente a la siguiente sesión.

Duración aproximada: 5 minutos

Bibliografía básica:

Díaz, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (supl. 1), S23-S28.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2011). *Derecho reproductivo*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/>

Langer-Glas, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (3), 192-205.

Langer-Glas, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (supl. 1), S3-S7.

León, P., Minassian, M., Borgoño, R. y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5 (1). Recuperado de <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5resumen.html>

Vázquez, E. (ed.). (2003). *Medicina reproductiva*. México: Manual Moderno.

Bibliografía complementaria:

- Baguley, S., Kumar, S., y Persad, R. (Eds.). (2006). *Key topics in sexual health*. London: Taylor y Francis.
- Calero, J., y Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo, embarazo y aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27 (1), 50-57.
- Demarest, R.; Sciarra, J. y Calderone, M. (1980). *Concepción, nacimiento y anticoncepción: Una presentación visual*. Barcelona: Paidós.
- Díaz, E. (2002). Embarazo adolescente. En Instituto Nacional de Perinatología, *Psicología de la reproducción humana: un enfoque integral* (pp. 83-106). México: Editorial Trillas.
- García, L., Ocaña, A. y Cuellar, A. (1993). *Sistema urogenital*. México: Editorial Limusa.
- Gispert, J. (2004). *Prevención del embarazo no deseado*. México: Alfil.
- Jean-Pierre, D. (1979). *Embarazo y maternidad en la adolescente*. Barcelona: Herder.
- Lewis, T. y Chamberlain, G. (1994). *Ginecología*. México: Manual Moderno.
- Martínez, S. (2002). Embarazo. En Instituto Nacional de Perinatología, *Psicología de la reproducción humana: un enfoque integral* (pp. 61-82). México: Editorial Trillas.
- Padrón, G. (2005). Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes. *Revista Médica del Hospital general de México*, 68 (1), 13-19.
- Souza y Machorro, M. (2000). *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina*. México: Editorial Trillas.

Sitios de internet:

- Center for Young Women's Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (s.f.). *Derechos reproductivos*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/>
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>
- Kids Health in the Classroom. (s.f.). *Grades 9 to 12*. Recuperado de <http://classroom.kidshealth.org/>
- Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Teens Health. (s.f.). *For teens.* Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

Instituciones oficiales:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes.* Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN.* Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Planificatel y planificanet. (2009a). *Sexualidad humana.* Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Planificatel y planificanet. (2009b). *¡Conoce tu método!* Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>



¿DE QUÉ NOS PODEMOS ENFERMAR?

2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Esta sesión comenzará con la bienvenida a los participantes y dando respuesta a las dudas y/o sugerencias de la sesión anterior; los ponentes no deben olvidar ninguna de ellas para enriquecer mejor la reseña y que los participantes sientan que son tomados en cuenta. Es importante preparar las respuestas y comentarios previamente para evitar repetir información, se recomienda que se coloquen las preguntas y respuestas en una sola hoja impresa como material de apoyo.

Se continuará con una lluvia de ideas sobre los agentes causales y síntomas de cada una de las ITS que afectan a los adolescentes, el ponente debe poner mucha atención a lo que dice cada uno de los participantes, para poder plasmarlo en el pizarrón e incitar a la participación para enriquecer la sesión. Asimismo, no debe olvidar en hablar en términos coloquiales, pero tener el cuidado de no dejar de llamar a las cosas por su nombre. Es importante que el ponente sea un experto en la materia para que oriente de manera eficiente a los participantes.

Se procederá a dividir al grupo para realizar las siguientes actividades: discutir acerca de cómo prevenir las ITS y jugar con un memorama de las ITS sus consecuencias, tratamiento y medios de transmisión.

Finalmente, con lo mencionado en la sesión se realizará una conferencia aterrizando la información en los aspectos: definición, epidemiología con datos nacionales actualizados mínimo al 2011, agente causal, síntomas, tratamiento, consecuencias y prevención.

Objetivo general: Dotar de información a los profesores de secundaria sobre el tema de ITS.

Objetivos específicos:

1. Identificar y conocer la epidemiología, definición, causas y síntomas de las ITS más recurrentes en adolescentes

2. Identificar y conocer los medios de transmisión, consecuencias y tratamiento de las ITS
3. Establecer la importancia de la prevención en todas y cada una de las ITS.
4. Cierre de la sesión.

Actividades de los participantes:

Los participantes llevarán su manual, habrán leído la sesión correspondiente, elegirán un dulce de su preferencia, prestarán atención a los ponentes, participarán activamente en cada una de las actividades propuestas, contestarán a las preguntas que les hagan los ponentes, se relacionarán con respeto entre ellos y con los ponentes, discutirán sobre el tema abordado, expresarán abiertamente y/o en el buzón sus dudas y comentarios acerca de los temas, así como de las experiencias que hayan tenido.

Materiales:

Se utilizarán: dulces de dos colores, papel bond, pizarrón, gises o plumones, hojas de papel (rotafolio), bolígrafo, memorama de las ITS, material de apoyo para dar el tema (carteles y/o cañón, computadora, diapositivas).

Duración total de la sesión: 2 horas

Actividades de la sesión:

Bienvenida y objetivos

① Bienvenida

Objetivo: Iniciar la sesión

Descripción: Se iniciará la sesión con una pequeña bienvenida a la sesión y se les dará a escoger un dulce a cada uno de dos colores diferentes (por ejemplo: azul y rojo) simulando que es

parte de la bienvenida, procurar llevar el mismo número de ambos dulces.

Duración aproximada: 5 minutos

② Lo que no me quedó claro

Objetivo: Aterrizar el tema anterior en la presente sesión para esclarecer puntos inconclusos y/o recordar los ya vistos.

Descripción: Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa y/o se dará una breve reseña de lo visto en la sesión anterior, así como, recordarles e incitarlos a dejar sus dudas y sugerencias para un mejor desarrollo del taller. Finalmente, se mencionarán los objetivos generales y particulares de la sesión que estarán escritos en un papel bond (el cual se pegará en una esquina del salón en donde todos los participantes puedan verlos hasta el término de esta sesión) y se establecerá la relación entre ambos temas: embarazo - ITS.

Duración aproximada: 10 minutos

Agente causal y síntomas (ITS)

③ ¿Qué sabemos y hemos vivido sobre las ITS?

Objetivo: Establecer el agente causal y síntomas de cada una de las ITS representativas en la adolescencia a partir de los conocimientos de los participantes.

Descripción: Los ponentes pedirán a los asistentes que mencionen en una lluvia de ideas, de manera ordenada, lo que conozcan acerca del tema de ITS en adolescentes enfocándose en el agente causal y síntomas de aquellas que aquejan más a los adolescentes (sífilis, gonorrea, clamidiasis, candidiasis, tricomoniasis, Virus del Herpes Genital VHS-2, Virus del Papiloma Humano VPH).

Los ponentes escribirán en el pizarrón los puntos clave, en pocas palabras, de todo lo que se mencione en dicha lluvia de ideas.

Nota: En caso de que algún dato sea incorrecto se preguntará a los demás participantes por su opinión sobre ello, si no se corrige el error el ponente deberá mencionar el correcto brevemente y mencionar que se describirá a mayor profundidad más adelante. Si la información es incompleta el ponente decidirá si es más conveniente retomarlo en esta actividad o en la conferencia que se dará sobre el tema. En caso de que el ponente decide mencionarlo hasta la conferencia debe mencionar que ese punto está incompleto y se retomará más adelante.

Duración aproximada: 25 minutos

Causas y prevención (ITS)

4. División del grupo

Objetivo: Colocar a los participantes en dos grupos equitativos

Descripción: Se les recordará a los participantes haberles dado un dulce al inicio de la sesión y se les pedirá que se junten con las personas que hayan escogido el mismo color. Procurar que ambos grupos sean equitativos.

Duración aproximada: 5 minutos

5. Dinámica: ¿Qué es lo que pensamos?

Objetivo: Discutir sobre las causas y prevención de ITS.

Descripción: Se les dará la instrucción que deberán discutir entre los miembros de cada grupo sobre las causas y las medidas de prevención de cada una de las ITS abordadas en la sesión para que de esta forma lleguen a una conclusión. Escribirán los participantes en hojas de papel (rotafolio) sus conclusiones.

Duración aproximada: 10 minutos

⑥ **Y la conclusión es...**

Objetivo: Exponer cuáles son las causas y cómo prevenir las ITS.

Descripción: Posteriormente se hará una sesión plenaria donde cada uno de los equipos expondrán sus ideas de cuáles son las causas por las que un adolescente contrae alguna ITS y cómo se pueden prevenir. El ponente dividirá el pizarrón en dos para que un miembro de cada equipo coloque sus hojas en el pizarrón, de manera simultánea, sobre sus conclusiones con el fin de comparar en que concuerdan y/o en que difieren ambos grupos.

Duración aproximada: 10 minutos

Consecuencias, tratamiento, medios de transmisión (ITS)

⑦ **Dinámica: Encuéntrame si sabes quién soy**

Objetivo: Relacionar cada ITS con sus consecuencias, tratamiento y medios de transmisión correspondiente.

Descripción: Se jugará en 2 equipos al memorama, de acuerdo a la división ya hecha del grupo, donde se seguirán las reglas básicas del juego donde el primer participante que junte las parejas gana; además el primer equipo que termine de juntarlas adecuadamente tendrá la opción de decidir si explican o no el tema ante el grupo, en caso que decida no pasar el equipo ganador tendrá que pasar el otro equipo.

¿Cómo hacer las tarjetas?: El memorama constará de las siguientes ITS: sífilis, gonorrea, clamidiasis, candidiasis, tricomoniasis, Virus del Herpes Genital VHS-2 y Virus del Papiloma Humano VPH, y habrá en otras tarjetas escritas con las consecuencias más representativas, tratamiento y medios de transmisión del mismo tamaño (Ver **Plantilla 1**).

Nota: Es necesario que el ponente sea un experto en la materia para que oriente y califique de manera eficiente a los

participantes. Además, algunas ITS tienen el mismo tratamiento por lo que debe imprimirse la tarjeta las veces que sea necesario para facilitar el juego, no debe omitirse ninguna.

Duración aproximada: 25 minutos

8 Conferencia: ITS, ¿Las tenemos o no?

Objetivo: Complementar la información dada en la actividad anterior y destacar los puntos relevantes.

Descripción: Los ponentes darán una explicación sobre el tema de las ITS rescatando aquellas ideas importantes mencionadas en las actividades anteriores, esto ayudará a relacionar la información que ya se sabía con la que darán los ponentes, por lo que estos deben saber a la perfección del tema. Deberá ponerse atención a la definición de las ITS y factores de alto riesgo de contraer alguna, además la epidemiología con datos nacionales actualizados mínimo al 2011, agente causal, síntomas, tratamiento, consecuencias y prevención de cada una de ellas. Además puede utilizarse material de apoyo como carteles o diapositivas en la computadora (cañón).

Duración aproximada: 25 minutos

Cierre de la sesión

9 Este cuento se acabó...

Descripción: Los ponentes realizarán una breve reseña o resumen sobre el tema tratado en esta sesión.

Finalmente, se agradece la asistencia a los presentes y se les recuerda que sus dudas y sugerencias serán depositadas en el buzón las cuales serán tratadas en la siguiente sesión. Se les indicará lean lo correspondiente a la siguiente sesión de su manual.

Duración aproximada: 5 minutos

Bibliografía básica:

- Asociación de Medicina Interna de México. (2002). *Infecciones por transmisión sexual*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Casanova, G., Ortiz, F. y Figueroa, J. (2004). *Infecciones de transmisión sexual*. México: Alfil.
- Handsfield, H. (2001). *Color atlas and synopsis of sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division.
- Vázquez, E. (ed.). (2003). *Medicina reproductiva*. México: Manual Moderno.

Bibliografía complementaria:

- Baguley, S., Kumar, S. y Persad, R. (Eds.). (2006). *Key topics in sexual health*. London: Taylor y Francis.
- Conzuelo, A. (2006). *Papilomavirus los virus más viejos del mundo*. México: Editorial Trillas.
- Covington, T. y McClendon, F. (1987). *Sex care: the complete guide to safe and healthy sex*. New York: Pocket
- García, L., Ocaña, A. y Cuellar, A. (1993). *Sistema urogenital*. México: Editorial Limusa.
- Hereñu, R. (1992). *Enfermedades de transmisión sexual y SIDA*. Buenos Aires: Funsana.
- Lewis, T. y Chamberlain, G. (1994). *Ginecología*. México: Manual Moderno.

Sitios de internet:

- Center for Young Women's Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html
- Correa, C., Faur, E., Re, M.I. y Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Recuperado de <http://www.rednacadol.org.ar/pdf/ManualSaludSexualidad.pdf>
- Dirección general de epidemiología. (2011). *Boletín Epidemiológico. Vigilancia Epidemiológica Semana 1, 2011*. Recuperado de <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2010imagen/plantilla/indice-2011.htm>
- Domingo, A. (2005). *Enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado de [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/limage/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/limage/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual(1).pdf)

Encuesta Nacional de Juventud (ENJ). (2005). *Encuesta Nacional de Juventud 2005: Sexualidad*. Recuperado de <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/encuesta.html>

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>

Kids Health in the Classroom. (s.f.). *Grades 9 to 12*. Recuperado de <http://classroom.kidshealth.org/>

Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

World Health Organization (WHO). (2011a). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/definition>

World Health Organization (WHO). (s.a.). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de http://www.wpro.who.int/health_topics/sexually_transmitted_infections/

Instituciones oficiales:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2007). *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. 30 de junio del 2007*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2007/panoepide30jun2007.pdf>

Planificatel y planificanet. (2009c). *iProtégete! ITS y VIH*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>



¿ESTÁ TAN MAL COMO
DICEN?

3. VIH/SIDA

Esta sesión comenzará con la bienvenida a los participantes y dando respuesta a las dudas y/o sugerencias de la sesión anterior; los ponentes no deben olvidar tomar en cuenta todas las dudas y/o comentarios, como en la sesión anterior.

Se proseguirá dividiendo al grupo para discutir acerca de las causas que están directamente relacionadas con el VIH/SIDA, que lleguen a un acuerdo entre cada equipo y con el grupo en general, además, se entenderá como es el desarrollo natural de la enfermedad y cómo es su contagio (vías de transmisión). No olvidar preguntar a los participantes si fueron claras las instrucciones y volverlas a plantear si es necesario. Además, se mencionarán los lugares a donde pueden recurrir en caso de contagio y para mayor información, así como el tratamiento que se sigue ante esta enfermedad.

Finalmente, con lo mencionado en la sesión se realizará una conferencia aterrizando la información en los siguientes aspectos: definición, epidemiología con datos nacionales actualizados mínimo al 2011, agente causal, síntomas, tratamiento, consecuencias y prevención. Por las actividades que se realizarán y la necesidad de que se enseñe información clara y precisa, es necesario, como en las sesiones anteriores, que el ponente sea un experto en la materia para que oriente de manera eficiente al grupo.

Objetivo general: Actualizar los conocimientos de los profesores de secundaria sobre el tema de VIH/SIDA.

Objetivos específicos:

1. Conocer la epidemiología, definición y causas del VIH/SIDA
2. Conocer los medios de transmisión, consecuencias y tratamiento del VIH/SIDA
3. Establecer la importancia de la prevención del VIH/SIDA.
4. Cierre de la sesión

Actividades de los participantes:

Los participantes llevarán su manual, habrán leído la sesión correspondiente, elegirán una carta del juego “UNO”, prestarán atención a los ponentes, participarán activamente en cada una de las actividades propuestas, se juntarán en equipos, contestarán a las preguntas que les hagan los ponentes, se relacionarán con respeto entre ellos y con los ponentes, discutirán sobre el tema abordado, expresarán abiertamente y/o en el buzón sus dudas y comentarios acerca de los temas, así como de las experiencias que hayan tenido.

Materiales:

Se utilizarán: 20 cartas del juego “UNO”: 1 de cada color del juego (verde, amarillo, rojo, azul) de cada número del 1 al 5, papel bond, pizarrón, gises o plumones, guión del narrador, 6 cuadros de papel de 5X5 cm con las siguientes palabras: narrador, persona, enfermedad, VIH y dos de sistema inmunológico (uno por cada cuadro), 1 gafete con la palabra persona, 1 gafete con la palabra enfermedad, 1 gafete con la palabra VIH, 2 gafetes con la palabras sistema inmunológico, material de apoyo para dar el tema (carteles y/o cañón, computadora, diapositivas).

Duración total de la sesión: 2 horas

Actividades de la sesión:

Bienvenida y objetivos

① Bienvenida

Objetivo: Iniciar la sesión

Descripción: Se iniciará la sesión con una pequeña bienvenida a la sesión y se dará a cada uno de los participantes una carta del juego “UNO”, no se les explicará el motivo de dicha acción hasta que todos tengan una.

Duración aproximada: 5 minutos

② **Lo que no me quedó claro**

Objetivo: Aterrizar el tema anterior en la presente sesión para esclarecer puntos inconclusos y/o recordar los ya vistos.

Descripción: Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa y/o se dará una breve reseña de lo visto en la sesión anterior, así como, recordarles e incitarlos a dejar sus dudas y sugerencias para un mejor desarrollo del taller. Finalmente, se mencionarán los objetivos generales y particulares de la sesión que estarán escritos en un papel bond (el cual se pegará en una esquina del salón en donde todos los participantes puedan verlos hasta el término de esta sesión) y se establecerá la relación entre los temas ya retomados y el de la presente sesión (embarazo, ITS, VIH/SIDA).

Duración aproximada: 10 minutos

Agente causal y prevención del VIH/SIDA

③ **Dinámica: Ningún color como el mío**

Objetivo: Colocar a los participantes en 5 grupos equitativos.

Descripción: Se les recordará a los participantes haberles dado una carta del juego “UNO” y se les indicará a los participantes que se junten con aquellos que tengan su mismo número.

Nota: Preguntar a los participantes si fueron claras las instrucciones y volverlas a plantear si es necesario.

Duración aproximada: 5 minutos

④ **¿Qué sabemos y hemos vivido sobre el VIH/SIDA?**

Objetivo: Establecer las causas del VIH/SIDA y su prevención a partir de los conocimientos de los participantes.

Descripción: Los ponentes pedirán a los asistentes que mencionen en una lluvia de ideas, de manera ordenada, acerca del tema de VIH/SIDA en adolescentes enfocándose en agente

causal y prevención de dicha enfermedad con sus equipos y lleguen a un acuerdo, después se discutirá con el grupo.

Duración aproximada: 25 minutos (15 minutos por equipos y 10 al grupo)

Vías de transmisión, diferencia entre VIH y SIDA

⑤ **Dinámica: Sistema inmunológico**

Objetivo: Aprender cómo el VIH destruye el sistema inmunológico para que las enfermedades llamadas oportunistas se conviertan en graves, conocer más acerca de cómo se transmite el VIH y ser capaces de explicar las diferencias entre tener VIH y tener SIDA.

Descripción: De los grupos que han sido formados en la actividad anterior se les pedirá que escojan a un compañero de cada equipo para realizar la actividad de tal manera que se tengan a 5 personas. De las personas restantes se pedirá a un profesor que mencione un número y el ponente los contará de manera aleatoria para seleccionar a un sexto participante para realizar un juego de roles.

El ponente les dará a escoger a cada participante uno de los 6 cuadros de 5X5 cm con la finalidad de ver que participante realizará el rol de narrador, persona, enfermedad, de sistema inmunológico o de VIH, otorgándoles su gafete que deberán quedar visibles para la audiencia.

A la persona que funja como narrador, el ponente deberá entregarle el guión que leerá a la audiencia donde explica cómo funciona el sistema inmunológico mientras que los demás participantes deberán representar su papel del guión (Ver **Anexo 1**).

El ponente les dirá las instrucciones y en qué momento entran en escena.

Al final de la actividad se les preguntará a los participantes para concluir la actividad y que queden claros los aspectos importantes del tema, en caso de que mencionen datos incorrectos, el ponente deberá corregir la información (Ver **Anexo 2**).

Nota: El ponente deberá tener muy claros los objetivos de la dinámica con la finalidad de no salirse del tema.

Duración aproximada: 35 minutos

Tratamiento (VIH/SIDA)

⑥ **Dinámica: ¿Y entonces qué hago?**

Objetivo: Exponer cuál es el tratamiento del VIH/SIDA.

Descripción: Se le pedirá al grupo que mencionen las instituciones y/o lugares a los que pueden acudir en caso de contagio de VIH/SIDA y los tratamientos que hay para dicha enfermedad, el ponente los escribirá en el pizarrón.

Duración aproximada: 10 minutos

⑦ **Conferencia: ¿Qué implica tener VIH/SIDA?**

Objetivo: Complementar la información dada en la actividad anterior y destacar los puntos relevantes.

Descripción: Los ponentes darán una explicación sobre VIH/SIDA rescatando aquellas ideas importantes mencionadas en las actividades anteriores, esto ayudará a relacionar la información que ya se sabía con la que darán los ponentes, por lo que éstos deben saber a la perfección del tema. Ésta información deberá ser organizada con los siguientes subtemas: definición, epidemiología con datos nacionales actualizados

mínimo al 2011, agente causal, síntomas, tratamiento, consecuencias y prevención.

Además puede utilizarse material de apoyo como carteles o diapositivas en la computadora (debe contar con cañón).

Duración aproximada: 25 minutos

Cierre de la sesión

⑧ Este cuento se acabó...

Descripción: Los ponentes realizarán una breve reseña o resumen sobre el tema tratado en esta sesión.

Finalmente, se agradece la asistencia a los presentes y se les recuerda que sus dudas y sugerencias serán depositadas en el buzón las cuales serán tratadas en la siguiente sesión. Se les indicará lean lo correspondiente a la siguiente sesión de su manual.

Duración aproximada: 5 minutos

Bibliografía básica:

Cahn, P. (2007). *El VIH/Sida desde una perspectiva integral*. Buenos Aires: Eudeba.

Cobo, F. (coord.). (2005). *Aspectos clínicos y microbiológicos de la infección por VIH: nuevos avances en el tratamiento del SIDA*. Jaén: Alcalá la Real.

Goldstein, B., Glejzer, C. y Castañera M. (1996). *SIDA...del dicho al hecho hay un gran trecho!!!*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Ponce de León, S. y Rangel, S. (2000). *Sida: aspectos clínicos y terapéuticos*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Bibliografía complementaria:

Baguley, S., Kumar, S. y Persad, R. (Eds.). (2006). *Key topics in sexual health*. London: Taylor y Francis.

Casanova, G., Ortiz, F. y Figueroa, J. (2004). *Infecciones de transmisión sexual*. México: Alfil.

Faura, T. (coord.). (2001). *VIH-SIDA: una guía para los cuidados de enfermería*. España: Rol.

Grmek, M. (1992). *Historia del sida*. México: Siglo XXI.

Hereñu, R. (1992). *Enfermedades de transmisión sexual y SIDA*. Buenos Aires: Funsana.

Lewis, T. y Chamberlain, G. (1994). *Ginecología*. México: Manual Moderno.

Sitios de internet:

Bianco, M y Re, M.I. (2007). *Cartilla educativa para docentes: la prevención del VIH/SIDA y la equidad de género van a la escuela*. Recuperado de http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/cartilla_docentes_VIH.pdf

Center for Young Women's Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html

Correa, C., Faur, E., Re, M.I. y Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Recuperado de <http://www.rednacadol.org.ar/pdf/ManualSaludSexualidad.pdf>

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>

Kids Health in the Classroom. (s.f.). *Grades 9 to 12*. Recuperado de <http://classroom.kidshealth.org/>

Medline Plus. (2011). *Infección por VIH*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>

Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Redvihda. (2010). *Prevención VIH. Diferencia entre VIH y SIDA*. Recuperado de <http://www.redvihda.org/prevencionvih.asp?mm=3>

Redvihda. (s.f.). *Documentos de interés*. Recuperado de <http://www.redvihda.org/documentos.asp>

Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

World Health Organization (WHO). (2011a). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/definition>

Instituciones oficiales:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2010a). *FORMAS DE TRANSMISIÓN (INFORMACIÓN BÁSICA)*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/inforbasica.html>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2010b). *El VIH/SIDA en México 2010*. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/elvihsida_mexico2010.pdf

Centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS (CAPASITS). (2013). *CAPASITS/SAI*. Recuperado de www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html

Planificatel y planificanet. (2009c). *iProtégete! ITS y VIH*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Secretaría de Salud. (2009). *Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH*. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf



¿LO MEJOR PARA EVITAR LAS CONSECUENCIAS?

4. Aborto y estrategias preventivas

Esta sesión comenzará con la bienvenida a los participantes y dando respuesta a las dudas y/o sugerencias de la sesión anterior; los ponentes no deben olvidar tomar en cuenta todas las dudas y/o comentarios, como en las sesiones anteriores.

No olvidar, preguntar a los participantes si fueron claras las instrucciones y volverlas a plantear si son necesarias. Se continuará dividiendo al grupo para discutir acerca de la manera en que los adolescentes pueden practicarse un aborto, que lleguen a un acuerdo entre cada equipo y con el grupo en general, además, se entenderán cuáles son las consecuencias, prevención y acciones que se deben realizar para obtener mayor información.

Finalmente, con lo mencionado en la sesión se realizará una conferencia aterrizando la información en los siguientes aspectos: definición, epidemiología con datos nacionales actualizados mínimo al 2011, tipos, síntomas y estrategias preventivas sobre la problemática ya mencionada en las sesiones anteriores, incluyendo el aborto. Es necesario que se enseñe información clara y precisa y que el ponente sea un experto en la materia para que oriente de manera eficiente al grupo, como en las sesiones anteriores, y por las actividades que se realizarán.

Objetivo general: Capacitar a los profesores de secundaria sobre los temas de aborto y estrategias preventivas.

Objetivos específicos:

1. Conocer la definición y abordar los datos epidemiológicos del aborto
2. Identificar los tipos de abortos, síntomas y prevención de los abortos
3. Describir las estrategias preventivas de embarazos, ITS y VIH/SIDA
4. Cerrar la sesión.

Actividades de los participantes:

Los participantes llevarán su manual, habrán leído la sesión correspondiente, prestarán atención a los ponentes, participarán activamente en

cada una de las actividades propuestas, se juntarán en equipos, contestarán a las preguntas que les hagan los ponentes, identificarán los conceptos, se relacionarán con respeto entre ellos y con los ponentes, discutirán sobre el tema abordado, expresarán abiertamente y/o en el buzón sus dudas y comentarios acerca de los temas, así como de las experiencias que hayan tenido.

Materiales:

Se utilizarán: papel bond, pizarrón, gises o plumones, letreros de los tipos de aborto y las consecuencias que puede traer, material de apoyo para dar el tema (carteles y/o cañón, computadora, diapositivas).

Duración total de la sesión: 2 horas

Actividades de la sesión:

Bienvenida y objetivos

① **Bienvenida**

Objetivo: Iniciar la sesión

Descripción: Se iniciará la sesión con una pequeña bienvenida a la sesión y agradeciendo su presencia en el taller.

Duración aproximada: 5 minutos

② **Lo que no me quedó claro**

Objetivo: Aterrizar el tema anterior en la presente sesión para esclarecer puntos inconclusos y/o recordar los ya vistos.

Descripción: Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa y/o se dará una breve reseña de lo visto en la sesión anterior, así como, recordarles e incitarlos a dejar sus dudas y sugerencias para un mejor desarrollo del taller. Finalmente, se mencionarán los objetivos generales y particulares de la sesión que estarán escritos en un papel bond (el cual se pegará en una esquina del salón en donde todos los participantes puedan verlos hasta el término de esta sesión) y se

establecerá la relación entre los temas ya retomados y el de la presente sesión (embarazo, ITS, VIH/SIDA, aborto).

Duración aproximada: 10 minutos

Epidemiología (Aborto)

③ **Dinámica: ¿Con quién me toca?**

Objetivo: Colocar a los participantes en 5 grupos equitativos.

Descripción: Se numerará a cada participante del 1 al 5 de tal manera que queden 4 personas aproximadamente con cada número para formar 5 equipos equitativos. Después de numerarlos darles las siguientes instrucciones.

Instrucciones: Reúnanse con aquellos que tienen el mismo número, todos los uno, los dos, los tres y los cuatro (señalar donde deben colocarse cada grupo en el salón).

Nota: Preguntar a los participantes si fueron claras las instrucciones y volverlas a plantear si es necesario.

Duración aproximada: 5 minutos

④ **¿Qué sabemos y hemos vivido sobre el aborto?**

Objetivo: Establecer cómo se practican el aborto los adolescentes a partir de los conocimientos de los participantes.

Descripción: Una vez formado el equipo discutirán entre ellos la manera en que los adolescentes pueden practicarse el aborto a través de sus experiencias y lo que saben, llegando a un acuerdo, después se explicarán al grupo sus conclusiones.

Duración aproximada: 35 minutos (25 minutos discusión en grupos y 10 en grupo)

Tipos y consecuencias (aborto)

⑤ **Dinámica: Qué sí y qué no tengo yo**

Objetivo: Ubicar las consecuencias físicas y psico-sociales que le trae a una adolescente abortar.

Descripción: El ponente pondrá en el pizarrón letreros sobre los tipos de abortos (espontáneo, inducido e inseguro) y de algunas consecuencias que puede traer el practicarse un aborto (Infecciones, hemorragias, perforación del útero y lesiones cervicales, infertilidad, muerte de la madre y/o del feto, sentir culpa, tristeza, ansiedad, la pérdida de la pareja, depresión profunda).

Se les pedirá a algunos participantes que mencionen la definición de cada tipo de aborto de manera breve poniendo debajo de los letreros palabras claves. Con los letreros de las consecuencias, cada participante mencionará en qué aspecto (físico o psico-social) debe colocarse, además se pedirá que mencionen otras más de cada rubro.

Duración aproximada: 15 minutos

⑥ ¿A dónde podemos ir?

Objetivo: Determinar qué se debe hacer enfrente de un aborto

Descripción: El ponente les preguntará a los equipos qué hacer y/o a dónde acudir en el caso de tener a una adolescente que quiere practicarse un aborto y se escribirán en el pizarrón para aquellos que quieran copiarlos en su manual del participante.

Duración aproximada: 10 minutos

Prevención (aborto)

⑦ Dinámica: Y entonces, ¿cómo se protege?

Objetivo: Exponer cuál es la prevención de aborto en adolescentes.

Descripción: El ponente le pedirá a cada uno de los participantes que comenten sobre cuáles son las estrategias preventivas contra los abortos en adolescentes de acuerdo a lo

que ellos conocen y han vivido, se escribirán palabras claves en el pizarrón del tema.

Duración aproximada: 10 minutos

Conferencia

8) Conferencia: ¿Y así se acaba la vida?

Objetivo: Complementar la información dada en la actividad anterior y destacar los puntos relevantes.

Descripción: El ponente dará una explicación sobre aborto rescatando aquellas ideas importantes mencionadas en las actividades anteriores, esto ayudará a relacionar la información que ya se sabía con la que dará el ponente, por lo que estos deben saber a la perfección del tema. Ésta información deberá ser organizada con los siguientes subtemas: definición, epidemiología con datos nacionales actualizados mínimo al 2011, tipos, síntomas, prevención de los abortos y estrategias preventivas.

Además puede utilizarse material de apoyo como carteles o diapositivas en la computadora (debe contar con cañón).

Duración aproximada: 25 minutos

Cierre de la sesión

9) Este cuento se acabó...

Descripción: El ponente realizará una breve reseña o resumen sobre el tema tratado en esta sesión.

Finalmente, se agradece la asistencia a los presentes y se les recuerda que sus dudas y sugerencias serán depositadas en el buzón las cuales serán tratadas en la siguiente sesión. Se les indicará lean lo correspondiente a la siguiente sesión de su manual.

Duración aproximada: 5 minutos

Bibliografía básica:

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2011). *Aborto*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/>

Jean-Pierre, D. (1979). *Embarazo y maternidad en la adolescente*. Barcelona: Herder.

Kilby, D. (1988). *Sexo seguro: Educación sexual, anticoncepción y enfermedades venéreas*. México: McGraw-Hill.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). *Métodos médicos de interrupción del embarazo: informe de un Grupo Científico de la OMS*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Souza y Machorro, M. (2000). *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina*. México: Editorial Trillas.

Bibliografía complementaria:

Baguley, S., Kumar, S. y Persad, R. (Eds.). (2006). *Key topics in sexual health*. London: Taylor y Francis.

Covington, T. y McClendon, F. (1987). *Sex care: the complete guide to safe and healthy sex*. New York: Pocket

Demarest, R.; Sciarra, J. y Calderone, M. (1980). *Concepción, nacimiento y anticoncepción: Una presentación visual*. Barcelona: Paidós.

García, L., Ocaña, A. y Cuellar, A. (1993). *Sistema urogenital*. México: Editorial Limusa.

Gispert, J. (2004). *Prevención del embarazo no deseado*. México: Alfil.

Lewis, T. y Chamberlain, G. (1994). *Ginecología*. México: Manual Moderno.

Miller, D. y Green, J. (Eds.). (2002). *The psychology of sexual health*. Massachusetts: Blackwell Science.

Vázquez, E. (ed.). (2003). *Medicina reproductiva*. México: Manual Moderno.

Sitios de internet:

Center for Young Women's Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005a). *¿Qué es el aborto?*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=104>

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005b). *Señales de peligro*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=116>

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005c). *¿Qué esperar después de un aborto?*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=152>

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005d). *Tu vida está a salvo*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=125>

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2006). *Cifras del aborto en México*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=3>

Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

Instituciones oficiales:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Planificatel y planificanet. (2009a). *Sexualidad humana*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>



¿Y QUÉ HAGO YO?

5. ¿Y qué hago yo?

Esta sesión comenzará con la bienvenida a los participantes y dando respuesta a las dudas y/o sugerencias de la sesión anterior; el ponente no debe olvidar tomar en cuenta todas las dudas y/o comentarios, como en las sesiones anteriores. No olvidar preguntar a los participantes si fueron claras las instrucciones y volverlas a plantear si son necesarias.

Se continuará dividiendo al grupo para mencionar cuáles pueden ser las acciones que deben realizar los docentes en cada una de las situaciones marcadas en la sesión. Con lo mencionado en la sesión se realizará una conferencia incorporando aquellas dependencias, páginas de internet y teléfonos que hayan faltado en cada uno de los temas del taller.

Proseguirá una evaluación a los profesores con el instrumento “CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE” y finalmente se realizará el cierre de sesión para agradecer su participación en el taller y esperando la eficacia en su docencia.

Objetivo general: Discutir acerca de lo más conveniente en cada uno de los temas del taller.

Objetivos específicos:

1. Establecer la importancia de prevenir los problemas de salud en los adolescentes (embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA, aborto) y la búsqueda de información acerca de la sexualidad.
2. Enseñar el uso correcto y consistente del condón.
3. Concluir y discutir el progreso en el taller.

Actividades de los participantes:

Los participantes llevarán su manual, habrán leído la sesión correspondiente, prestarán atención a los ponentes, participarán activamente en cada una de las actividades propuestas, se juntarán en equipos, contestarán a las preguntas que les hagan los ponentes, se relacionarán con respeto entre ellos y

con los ponentes, discutirán sobre el tema abordado, expresarán abiertamente sus dudas y comentarios acerca de los temas y el taller, así como de las experiencias que hayan tenido, contestarán los instrumentos “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” y “*Evaluación del taller*”.

Materiales:

Se utilizarán: papel bond, pizarrón, gises o plumones, post-it (uno por cada participante) la mitad de ellos con la palabra queso y la otra mitad con zanahoria, 1 condón masculino por cada participante, 1 condón femenino, material de apoyo para dar el tema (carteles y/o cañón, computadora, diapositivas), lápices (1 por cada participante), sacapuntas, goma, los instrumentos “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*” y “*Evaluación del taller*” (uno por cada participante).

Duración total de la sesión: 2 horas

Actividades de la sesión:

Bienvenida y objetivos

① Bienvenida

Objetivo: Iniciar la sesión

Descripción: Se iniciará la sesión con una pequeña bienvenida a la sesión y agradeciendo su presencia en el taller.

Duración aproximada: 5 minutos

② Lo que no me quedó claro

Objetivo: Aterrizar el tema anterior en la presente sesión para esclarecer puntos inconclusos y/o recordar los ya vistos.

Descripción: Se abordarán las dudas y sugerencias dejadas en el buzón de la sesión previa y/o se dará una breve reseña de lo visto en la sesión anterior, así como, recordarles e incitarlos a dejar sus dudas y sugerencias para un mejor desarrollo del taller.

Finalmente, se mencionarán los objetivos generales y particulares de la sesión que estarán escritos en un papel bond (el cual se pegará en una esquina del salón en donde todos los participantes puedan verlos hasta el término de esta sesión), se establecerá la relación entre los temas ya retomados y el de la presente sesión (embarazo, ITS, VIH/SIDA, aborto, ¿qué hago yo?).

Duración aproximada: 10 minutos

Prevenir y la búsqueda de información

③ **Dinámica: ¿Con quién me toca?**

Objetivo: Colocar a los participantes en 2 grupos equitativos.

Descripción: Al inicio de la sesión se pegará, antes de que lleguen los participantes, debajo del asiento un post-it en el cual se pondrán en la mitad de ellos la palabra queso y en la otra mitad zanahoria. Al comenzar la actividad se les mencionarán las instrucciones. Mientras los participantes leen los post-it, el ponente colocará la imagen de un queso del lado derecho del pizarrón y la de una zanahoria del lado izquierdo (en medio se pondrá el juego de gato).

Instrucciones: Ha caído un meteorito en el salón y cada pupitre los ha convertido en algo diferente, busquen debajo de su asiento para saber en qué (se espera a que todos los participantes tengan el suyo), los que tienen queso se han convertido en ratones y los que tienen zanahoria se han convertido en conejos. Ahora deberán reunirse con sus compañeros enfrente del dibujo que los representa.

Nota: Preguntar a los participantes si fueron claras las instrucciones y volverlas a plantear si son necesarias. Los equipos deben ser equitativos.

Duración aproximada: 5 minutos

④ **Dinámica: Juega Gato garabato**

Objetivo: Establecer qué pueden hacer los docentes en cada uno de los temas de sexualidad tratados en el taller.

Descripción: Una persona de cada equipo pasará frente al pizarrón y debajo del dibujo que los representa, el facilitador hará preguntas sobre los temas vistos en el taller, la persona que anote la respuesta correcta primero gana el derecho de poner una pieza de gato y el otro equipo tendrá que mencionar que pueden hacer para prevenir y/o ayudar a sus alumnos en alguna situación específica del tema de la pregunta hecha, por ejemplo: si la pregunta es de embarazos no deseados tendrán que mencionar qué pueden hacer ellos como docentes para ayudar a sus alumnas embarazadas. Se hará 1 pregunta por tema y gana el que termine el juego de gato. En caso de no terminar se hará otro gato, por ello el facilitador deberá preparar más preguntas.

Duración aproximada: 15 minutos

El uso correcto y consistente del condón

⑤ **Conferencia: Y eso ¿Con qué se come?**

Objetivo: Informar sobre el condón y sus características más importantes.

Descripción: El ponente enseñará a los participantes, como estrategia preventiva de embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA, el uso del condón y aspectos como su historia, fabricación, control de calidad y tipos de condones de acuerdo a: material, tipo de práctica y por usuario (Ver **Anexo 3**). Puede utilizarse material de apoyo como carteles o diapositivas en la computadora (debe contar con cañón).

Duración aproximada: 10 minutos

6 Actividad: El uso correcto y consistente del condón

Objetivo: Enseñar el uso correcto y consistente del condón.

Descripción: Un participante, con la ayuda de todos los demás, pasará al frente a poner un condón calificándolo en la hoja de evaluación (Ver **Anexo 4**). El ponente modelará cómo se pone correctamente un condón masculino enfatizando los puntos que estuvieron incorrectos. Se le entregará a cada uno un condón con el que puedan practicar los pasos para poner un condón correctamente. Asimismo, se enseñará el uso correcto del condón femenino, el ponente mostrará cómo se coloca correctamente. Puede utilizarse material de apoyo como carteles o diapositivas en la computadora (debe contar con cañón).

Duración aproximada: 20 minutos

7 Conferencia: ¿Qué es lo que puedo hacer yo?

Descripción: Los ponentes expondrán los lugares, instituciones, teléfonos, páginas de internet donde podrán consultar y pedir ayuda en caso de necesitarlo para cada tema de sexualidad en los que sus alumnos pueden verse afectados, retomándolos de cada tema ya visto (Ver **Anexo 5**).

Además de recordarles que la manera de hablar con sus estudiantes es mediante un ambiente de confianza y respeto.

Puede utilizarse material de apoyo como carteles o diapositivas en la computadora (debe contar con cañón).

Objetivo: Complementar la información dada en la actividad anterior y destacar los puntos relevantes.

Duración aproximada: 10 minutos

Post-evaluación de los conocimientos sobre sexualidad

8 Y ¿Cómo se mide lo que adquirí?

Objetivo: Evaluar los conocimientos básicos sobre sexualidad obtenidos en el taller a los participantes.

Descripción: Los ponentes aplicarán a los participantes la post-evaluación entregándole a cada uno el instrumento “*Conocimientos básicos sobre sexualidad del adolescente*”, el instrumento “*Evaluación del taller*” y un lápiz para contestarlo.

Instrucciones: Se les indicará que tienen solamente 20 minutos para contestarlo y que este instrumento tiene como finalidad evaluar sus conocimientos de sexualidad obtenidos en el taller.

Duración aproximada: 20 minutos

Cierre de la sesión

⑨ **Este cuento se acabó...**

Descripción: Se realizará una breve reflexión acerca de lo visto en cada una de las sesiones, las enseñanzas que les dejó, sus comentarios y cómo incorporarán en su práctica docente lo visto en el taller.

Además se agradecerá su asistencia y participación en el mismo recordándoles el uso de su manual como guía en su ejercicio de la docencia.

Duración aproximada: 25 minutos

Bibliografía básica:

Fishbein, M., y Pequegnat, W. (2000). Evaluating AIDS prevention interventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27, 101-110.

Kilby, D. (1988). *Sexo seguro: Educación sexual, anticoncepción y enfermedades venéreas*. México: McGraw-Hill.

Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, B., Moreno, D. y Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19 (1), 103-109.

Spruyt, A., Steiner, M.J., Joanis, C., Glover, L.H., Piedrahita, C., Alvarado, G., y Ramos, R. (1998). Identifying condom users at risk for breakage and slippage: findings from three international sites. *American Journal of Public Health*, 88 (2), 239-244.

Warner, L., Warner, C. J., Boles, J., y Williamson, J. (1998). Assessing condom use practices: implications for evaluating method and user effectiveness. *Sex Transmission Diseases*, 25, 273-277.

Bibliografía complementaria:

Cahn, P. (2007). *El VIH/Sida desde una perspectiva integral*. Buenos Aires: Eudeba.

Covington, T. y McClendon, F. (1987). *Sex care: the complete guide to safe and healthy sex*. New York: Pocket.

Demarest, R.; Sciarra, J. y Calderone, M. (1980). *Concepción, nacimiento y anticoncepción: Una presentación visual*. Barcelona: Paidós.

Gispert, J. (2004). *Prevención del embarazo no deseado*. México: Alfil.

Goldstein, B., Glejzer, C. y Castañera M. (1996). *SIDA...del dicho al hecho hay un gran trecho!!!*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Provenzano, S., Lange, D. y Tatti, S. (2006). *Manual de ginecología*. Argentina: Corpus.

Vázquez, E. (ed.). (2003). *Medicina reproductiva*. México: Manual Moderno.

Sitios de internet:

Center for Young Women's Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html

Condom. (s.f.). *The history of the condom*. Recuperado de <http://www.condom.com/history.html>

Condoms Production and Distribution Company (CPR). (2010). *Producción & Calidad*. Recuperado de http://www.cpr-germany.com/sites_es/production_es.html#

Durex. (s.f.a). *La historia del sexo*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/The%20History%20of%20Sex/pages/HistoryOfSex.aspx>

Durex. (s.f.b). *Hagamos un condón*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Letsmakeacondom.aspx>

Durex. (s.f.c). *Pruebas y pruebas*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/TestingTesting.aspx>

Durex. (s.f.d). *Las pruebas que hacemos y porque*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Theatestswedo.aspx>

Durex. (s.f.e). *Durex condoms*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/Products/Condoms/pages/CondomHomepage.aspx> Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). <http://www.gire.org.mx>

Infomed Red Telemática de Salud (s.f.) *Proceso de fabricación de los condones*. Recuperado de <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=672>

InfoRed SIDA (2011a). *Guías Para Tener Relaciones Sexuales Más Seguras*. Recuperado de http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/151?lang=spa

InfoRed SIDA (2011b). *Condomes*. Recuperado de http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/153#masculino

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005a). *Características generales*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005b). *El condón masculino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161711>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005c). *El condón masculino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161712>

Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Prudence. (s.f.). *Productos*. Recuperado de <http://www.prudence.com.mx/productos.html>

Redvihda. (s.f.). *Documentos de interés*. Recuperado de <http://www.redvihda.org/documentos.asp>

Sico. (s.f.a). *Historia del condón*. Recuperado de <http://anllie.com/cv/planet/sico/historia.htm>

Sico. (s.f.b). *Productos*. Recuperado de <http://www.sico.com.mx>

Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

Trojan. (s.f.). *Productos*. Recuperado de <http://www.trojan.com.mx/home.html>

Instituciones oficiales:

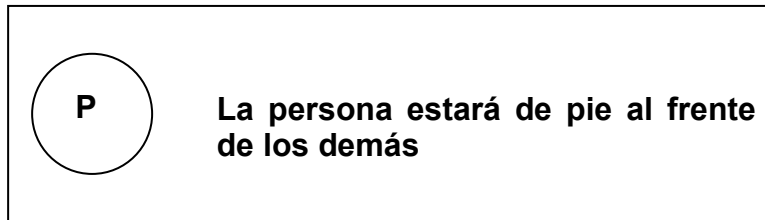
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010a). *Preguntas frecuentes*. Recuperado <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/preguntas.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010b). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2008). *Manual sobre Salud Sexual Anorrectal*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SaludAnoRectal.pdf>
- Centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS (CAPASITS). (2013). *CAPASITS/SAI*. Recuperado de www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html
- El Laboratorio Profeco. (2004). *Condomes. Revista del Consumidor*. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_04/condon04.pdf
- El Laboratorio Profeco. (2006). *Condomes. Revista del Consumidor*. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_06/condones-nov06.pdf
- El Laboratorio Profeco. (2011). *Estudio de calidad: condones. El producto vital a prueba. Revista del Consumidor*. Recuperado de <http://revistadelconsumidor.gob.mx/wp-content/uploads/2011/03/condonesOK.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005a). *Características generales*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005b). *El condón masculino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161711>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005c). *El condón femenino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161712>
- Planificanet. (2009). *Dónde acudir*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/life-and-style-mainmenu-31/donde-acudir/>
- Planificatel y planificanet. (2009b). *¡Conoce tu método!*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Sífilis	Vía de transmisión: contacto sexual, trasfusión de sangre, madre-hijo por la placenta	Sífilis	Curable con antibióticos (penicilina)	Sífilis	Consecuencias: lesiones en el corazón, cerebro, malformaciones en el feto o su muerte
Gonorrea	Vía de transmisión: contacto sexual, madre-hijo por el canal de parto	Gonorrea	Curable con antibióticos	Gonorrea	Consecuencias: esterilidad, artritis, problemas cardíacos, ceguera total en los hijos
Clamidiasis	Vía de transmisión: contacto sexual, madre-hijo en el parto	Clamidiasis	Curable con antibióticos	Clamidiasis	Consecuencias: esterilidad, embarazo ectópico, infecciones en los ojos y artritis
Candidiasis	Vía de transmisión: ropa, por objetos, contacto sexual	Candidiasis	Curable con medicamentos orales y locales	Candidiasis	Consecuencias: problemas de riñón, bazo, pulmón y cerebro
Tricomoniasis	Vía de transmisión: ropas, sábanas y toallas húmedas, contacto sexual y madre-hijo	Tricomoniasis	Curable con medicamentos orales y locales	Tricomoniasis	Consecuencias: esterilidad, inflamación en trompas, prostatitis y vaginitis
Virus del Herpes Genital VHS-2	Vía de transmisión: contacto sexual, madre-hijo	Virus del Herpes Genital VHS-2	No curable, tratable (analgésicos para el dolor)	Virus del Herpes Genital VHS-2	Consecuencias: aborto, problemas neuroológicos, deformaciones en el feto
Virus del Papiloma Humano VPH	Vía de transmisión: contacto sexual, inoculación y madre- hijo	Virus del Papiloma Humano VPH	No curable, tratable (eliminar las verrugas y del condiloma)	Virus del Papiloma Humano VPH	Consecuencias: cáncer del útero, muerte, verrugas genitales y lesiones en el cuello del útero

Anexo 1

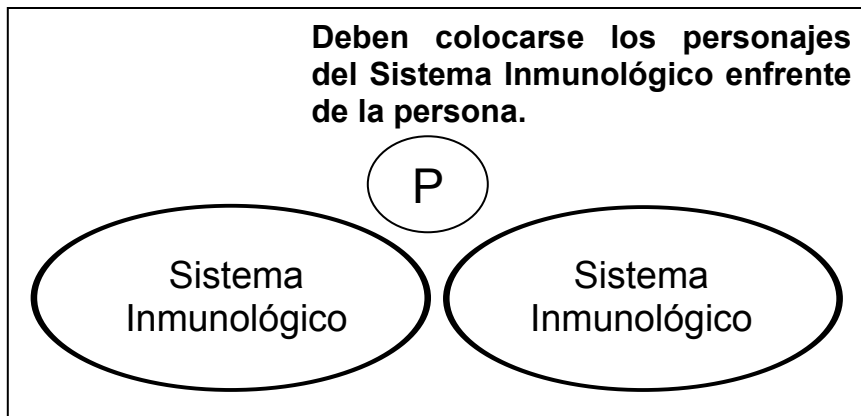
Guión para el narrador



Ahora harás la presentación para el personaje de la Persona, para lo cual puedes guiarte por el siguiente texto:

NARRADOR: ¿Esta persona parece saludable? Nosotros vamos a demostrar lo que pasa cuando una persona como él o ella se infecta por el VIH. VIH son las siglas del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En este momento pedirás o harás una seña para que el Sistema Inmunológico entre al escenario y se coloquen enfrente de la persona como bloqueadores.

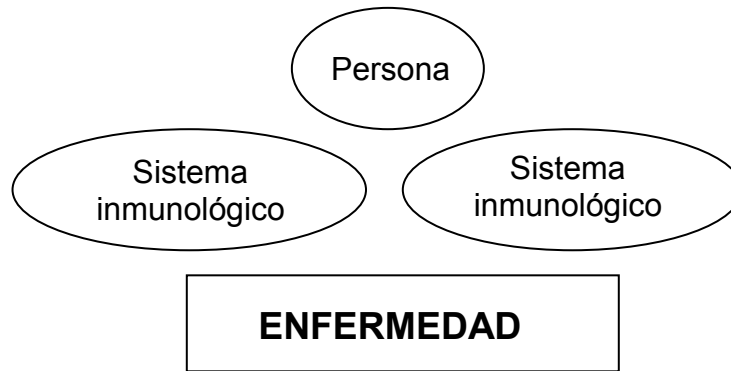


NARRADOR: Todos tenemos un sistema inmunológico. Las defensas del sistema inmunológico protegen a las personas de las infecciones y ayudan a las personas a mejorarse cuando ellas están enfermas.

Ahora, harás la introducción para el personaje de la Enfermedad. Le haces una señal y le dices al público:

NARRADOR: Este (señalando al actor con el gafete de enfermedad) puede ser un resfriado, gripe, pulmonía, una infección, cáncer o muchas otras cosas más.

Deben colocarse los personajes del sistema inmunológico enfrente de la persona y evitar que la enfermedad lo toque.

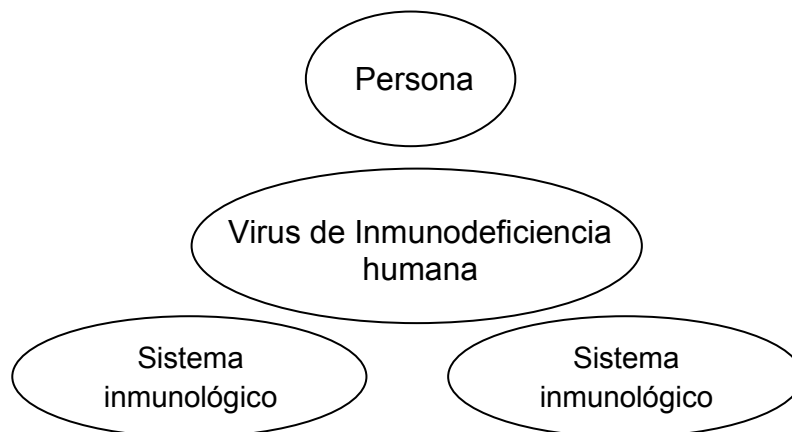


La enfermedad intenta tocar a la persona, sólo que está bloqueada por el Sistema Inmunológico. Después de ser bloqueada, la enfermedad se hace a un lado.

NARRADOR: Muchas enfermedades normalmente no pueden atacar a las personas porque el sistema inmunológico protege a la persona.

La persona gira sobre su eje o da 3 vueltas (lo cual representa a las conductas de riesgo, como el sexo sin protección), posterior a esto el personaje con el gafete de VIH se coloca entre el sistema inmunológico y la persona.

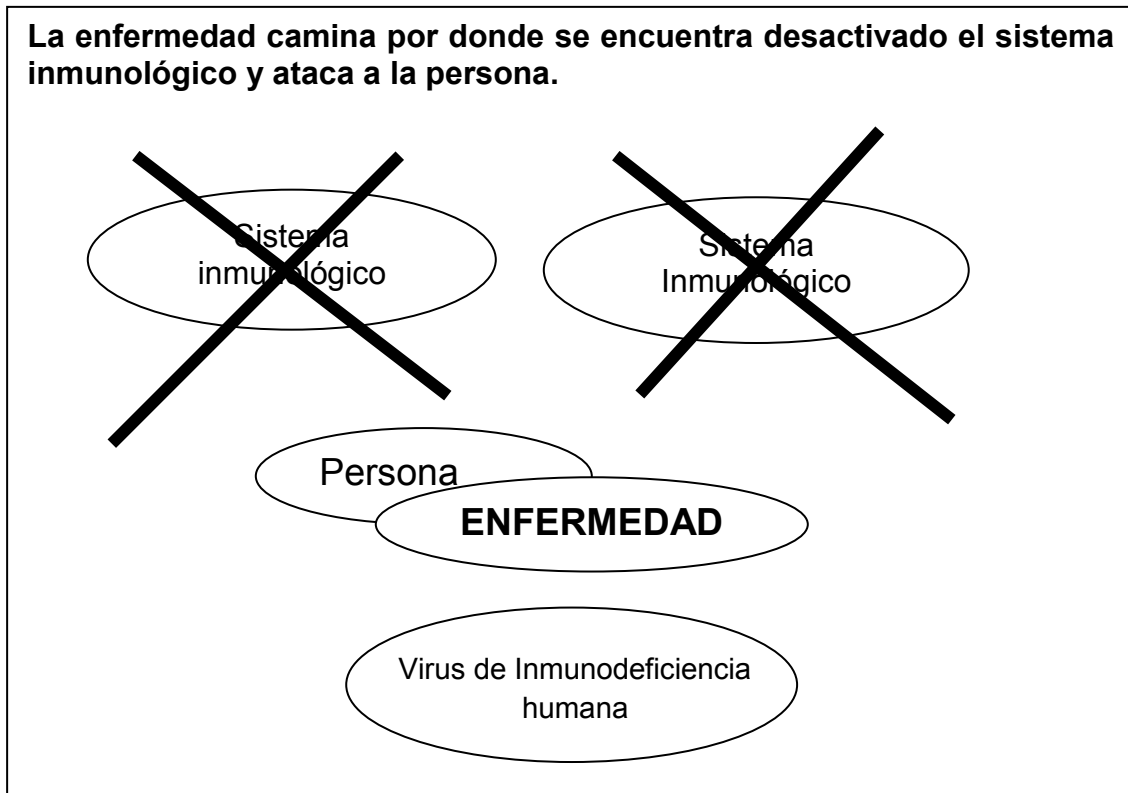
El personaje con el gafete de VIH se coloca entre el sistema inmunológico y la persona.



NARRADOR: Si la persona tiene sexo sin protección con una persona infectada o comparte agujas sucias, el VIH puede entrar a la sangre de la persona.

El personaje del VIH empuja a las personas que representan el Sistema inmunológico a un lado, entonces esas 2 células del sistema mueren.

NARRADOR: El VIH es un virus que destruye al Sistema Inmunológico, dejando a la persona vulnerable a las infecciones y enfermedades que a la mayoría de las personas con un sistema inmunológico saludable no atacan o están protegidas.



NARRADOR: Con un sistema inmunológico debilitado, las enfermedades como la pulmonía atacan o infectan fácilmente a la persona. Ella tardará más tiempo en recuperarse. Esta es una de las enfermedades a las que se les ha denominado oportunistas y que quizá mate a la persona con VIH.

Cuando una persona con VIH desarrolla una enfermedad oportunista, entonces se dice que la persona tiene SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Anexo 2

Preguntas y respuestas

1. ¿Qué hace el sistema inmunológico en una persona saludable?
Lucha contra los gérmenes y enfermedades que entran en el cuerpo
2. ¿Qué le sucede al sistema inmunológico cuando una persona se infecta con el VIH?, ¿Qué es lo que ocurre enseguida?, ¿Sabe la persona que está pasando?
El VIH puede estar en el cuerpo y puede lentamente destruir el sistema inmunológico sin que la persona lo sepa. Magic Johnson era un atleta saludable que no sabía que estaba infectado por el VIH hasta que él se hizo la prueba para saberlo. Cuando se tiene un resfriado, se tiene el virus en el cuerpo durante un par de días antes de que se tengan los síntomas como tener la nariz con mucosidad y sentirse enfermo. Pero solo se puede contraer el VIH haciendo ciertas cosas con una persona que ya lo tiene.
3. ¿Cómo es que el VIH entra en la sangre de una persona?
A través del intercambio de sangre, semen o fluidos vaginales durante el sexo, compartiendo agujas para las drogas o por las perforaciones y las transfusiones sanguíneas antes de 1985 o por vía perinatal.
4. ¿Cuánto tiempo puede llevar el VIH las personas antes de que muestre señales de estar enfermo?
Esto realmente depende de una combinación de factores y puede llegar a los 10 años o aún más tiempo.
5. ¿Cómo puede saber una persona si está infectada por VIH, si no hay ningún síntoma todavía?
La persona tendría que realizarse una prueba de VIH para saberlo.
6. ¿Por qué una persona que está infectada por VIH puede contraer más fácilmente una pulmonía que una persona que tiene VIH negativo?
El sistema inmunológico de la persona con VIH ya no pelea o lucha contra la pulmonía como lo hace el sistema inmunológico de una persona con VIH negativo.
7. Menciona dos cosas que tienen que estar ocurriendo antes de decir que una persona tiene SIDA.
Ellos deben: 1. Ser VIH positivos o 2. Tener una enfermedad o infección oportunista.
Ahora, a partir de 1993 se dice también que una persona tiene VIH cuando su sistema inmunológico está severamente dañado, aun cuando no presente ninguna enfermedad. Puede haber oído hablar de las células T que son las células de defensa inmunológica. Una persona saludable normalmente tiene arriba de 1,000 células T. Una persona infectada con VIH tiene sólo 200 células T o menos, entonces se dice que la persona tiene SIDA.

Anexo 3

Condón

La manera para prevenir problemas de salud que aquejan a los adolescentes es el sexo protegido. Este término es definido como aquellas prácticas sexuales en las que existe una barrera física entre los cuerpos como son dedales, guantes, diques dentales de látex y por supuesto el condón (El Laboratorio Profeco, 2011).

El uso del condón es el único método que sirve como protección contra la transmisión de VIH/SIDA, de ITS y de embarazos no deseados por lo cual es muy importante la difusión de su uso correcto y consistente (en todas y cada una de las relaciones sexuales) (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2005a)

Sin embargo, su uso no es suficiente para prevenirlos ya que su eficacia depende de su uso correcto, a esto, la mayoría de los jóvenes reportan usar el condón de manera inconsistente y/o cometer errores al usarlo (Spruyt, Steiner, Joanis, Glover, Piedrahita, Alvarado y Ramos, 1998; Warner, Warner Boles y Williamson, 1998; Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y Robles, 2009; El Laboratorio Profeco, 2011). Por ello, se debe poner atención en la habilidad de los usuarios para colocar y retirar el condón, así como la instrucción de los pasos a seguir, se recomienda el uso de un pene de enseñanza (Fishbein y Pequegnat, 2000).

Para comprender mejor acerca de este método de prevención se debe considerar al condón como una barrera de protección que cubre el pene, la entrada a la vagina o el ano, antes de las relaciones sexuales con el fin de impedir el intercambio de fluidos (semen o fluidos vaginales) antes, durante y después de la relación sexual (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, CENSIDA, 2010b)

El uso correcto del condón protege al usuario hasta un 99%de contraer el VIH/SIDA, a lo que la Agencia de Medicinas y Alimentos de Estados Unidos (FDA)

ha demostrado que los condones de látex reducen hasta 10 mil veces la transferencia y paso de fluidos como la sangre, semen y virus que provocan infecciones de transmisión sexual (ITS) (OPS, 2005a; El Laboratorio Profeco, 2011).

Ventajas y retos de su uso

Algunas de las ventajas que trae el uso del condón en todas y cada una de las relaciones sexuales son: es el único método que protege a los usuarios de embarazos no deseados, la transmisión de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), impide el intercambio de fluidos (líquido pre-eyaculatorio, semen, sangre y fluidos vaginales), para personas que viven con el VIH/SIDA, protege a sus parejas y a una reinfección del VIH, y mejor aún no tiene efectos secundarios (CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).

Algunos de los retos para que su uso sea consistente son:

- Subestimar el riesgo: No creer que están expuestos de contraer el VIH en sus relaciones o alguna ITS (OPS, 2005a).
- Precio y acceso: El precio puede ser alto para algunas personas y el acceso en algunas regiones del país es difícil, sin embargo, existen lugares como Centros de Salud donde regalan condones para planificación y prevención de enfermedades (OPS, 2005a).
- Problemas para negociar el uso del condón: Algunas personas no se sienten capacitadas para exigir el uso del condón (OPS, 2005a).
- Uso de drogas y alcohol puede influir en las relaciones sexuales sin protección (OPS, 2005a).
- Actitudes: Como las religiosas y culturales (machismo) que pueden dificultar el uso del condón (OPS, 2005a).
- La creencia de disminución del placer: el dejarse llevar por el prejuicio generalizado del condón como un reductor de placer por aquellos que no lo han utilizado y se dejan llevar por aquellas que hacen comentarios negativos (OPS, 2005a). Sin embargo, existen posibilidades de erotizar a la pareja con el condón al poderse poner

con las manos, con la boca o con otras partes del cuerpo dentro de los juegos sexuales preliminares a la penetración (CENSIDA, 2010b).

Estos aspectos son relevantes si se quiere aumentar el uso del condón en los adolescentes y reducir el riesgo a los problemas de su salud (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010b).

Historia del condón

El uso del condón se remonta al antiguo Egipto (1220 AC; Durex, s.f.a) en el que la imagen más parecida a un condón aparece en algunos murales en donde algunos hombres portan en sus penes una especie de envoltura, aunque el propósito se desconoce (Sico, s.f.a). Además, en China se recomendaba cubrir el pene con papel de arroz empapado con aceite para evitar los embarazos no deseados y la transmisión de ITS (El Laboratorio Profeco, 2004)

En Europa, se encuentra la primera prueba que confirma el uso de preservativos en algunas escenas de las pinturas rupestres de Combarelles, Francia que datan de los años 100 a 200 AC (Durex, s.f.a). Muchos historiadores creen que los soldados romanos, durante las campañas militares fuera de Roma, fueron los primeros en usar condones hechos de intestinos secos de borrego que usaban para protegerse contra enfermedades venéreas, que se decía habían sido enviados como azote por Venus, diosa del amor (Sico, s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004). Con la caída del Imperio Romano, el uso de "condones" se volvió raro y su uso casi se pierde en la Edad Media (Sico, s.f.a).

En Francia, en el siglo XVII, se indica que el condón fue "re-inventado" por el Marqués de Sade cuando envolvió su pene en una tira de tocino antes de sodomizar gallinas vivas (Sico, s.f.a), además, los en este siglo y en el siguiente se remontan grabados y dibujos que indican la fabricación de condones de intestino de carnero como algo común (Sico, s.f.a).

En 1564 se hace la referencia escrita más vieja de que se utilizaban telas como condón, una funda de lino fino bañada en una infusión de hierbas astringentes, en un tratado sobre la sífilis (De morbo gallico) de Gabriello Fallopio (anatomista italiano) para evitar el contagio de la enfermedad (Durex, s.f.a; Sico,

s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004). Además, otros materiales populares durante estos años eran el cuero, papel de óleo y tripas de animales (Durex, s.f.a).

Se tienen dos posibles explicaciones sobre el nombre del condón (1600): 1. Podría derivar del vocablo latino *condus* (receptor) y *condere* (esconder, proteger); 2. Pudo adoptar su nombre del doctor Condom o Quondam que fabricaba protecciones a partir de intestinos de animales para el rey Carlos II de Inglaterra que no deseaba tener más hijos ilegítimos (Durex, s.f.a; Sico, s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004).

En 1843, con el proceso de la vulcanización del caucho (Goodyear y Hanckok) hizo posible producir en masa y en menor costo los condones (Sico, s.f.a). Este proceso, que consiste en tratar el caucho bruto con azufre y someterlo a la acción de calor intenso, el látex se convierte en un material muy resistente y elástico (Sico, s.f.a). En estos años, en Estados Unidos se fabricaron condones que podían usarse varias veces y venían con manual de instrucciones, mientras que en 1880 salieron a la venta los primero preservativos de látex (El Laboratorio Profeco, 2004).

En 1921 se hizo la primer adaptación moderna del condón cuando un trabajador de una empresa en Akron, OH (Alfred Trojan) sumergió accidentalmente su pene erecto en una tina de caucho vulcanizado (Condom, s.f.).

Para 1935 se producían en Estados Unidos 1.5 millones de condones de látex al día pero para los años 60's, con la píldora anticonceptiva y tratamientos contra las ITS, se dio la revolución sexual que ocasionó una caída importante en la venta de condones (El Laboratorio Profeco, 2004).

En los años 80's, con la aparición del VIH/SIDA incrementó su venta y para los años 90's se emplean nuevas tecnologías que han mejorado la calidad de los condones (Durex, s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004).

Fabricación del condón

Este proceso cosiste en los siguientes pasos:

Extracción: el látex se extrae de algunos árboles como el caucho de Malasia, a estos se les realizan cortes en la corteza; la sustancia que escurre se

recoge en vasijas, se envía a las fábricas donde cada una es clasificada y se le da un número de lote (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.). El látex también puede ser obtenido de forma sintética por medio de la polimerización de derivados del petróleo (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.).

Producción: Se le añaden químicos (estabilizadores, antioxidantes y químicos vulcanizantes) al látex natural químicos y se calienta (prevulcanización) para darle estabilidad y resistencia; los químicos reaccionan al látex reduciendo los alérgenos (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; Durex, s.f.b; Condoms Production and Distribution Company, CPR, 2010a). El látex se pasa a unos recipientes de curado, cuando el grado de este ha sido alcanzado la mezcla de látex es vertida a unas cubas de inmersión (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; CPR, 2010a). En esas cubas se introducen moldes de vidrio que se sumergen en látex a velocidad variable para que el látex se seque después de cada inmersión y se rotan para que se distribuya por igual (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; Durex, s.f.b; CPR, 2010a). Después del secado, el molde vuelve a sumergirse en látex para una segunda capa; el grosor del condón es determinado por la velocidad de la cadena y de la viscosidad del compuesto del látex (Durex; s.f.b; CPR, 2010a).

Previo al último período de secado, el anillo del condón es formado por unos cepillos giratorios y finalmente, los moldes pasan a través de un horno de vulcanización a temperatura controlada, esto completa las reacciones químicas y los condones de látex obtienen su resistencia y elasticidad (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; Durex, s.f.b).

Lavado: Son sumergidos en tanques de lavado con agua caliente e ingredientes especiales con la finalidad de que desprendan y extraigan los residuos químicos del condón, más tarde son retirados de los formadores por cepillos automáticos (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; Durex, s.f.b; CPR, 2010a). Los condones son lavados en una emulsión de silicón y cubiertos de un compuesto de polvo en una lavadora industrial para que obtengan su textura, posteriormente son secados por medio de fuerza centrífuga y calor que extrae la mayoría del agua residual y humedad (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.;

Durex, s.f.b; CPR, 2010a). Durex (s.f.c) menciona que los condones se guardan por 2 días para proceder al siguiente paso, el control de calidad.

Control de Calidad: Los estudios de control de calidad de los condones se realizan con base en normas internacionales lo que garantiza un grado de confiabilidad elevado con respecto a fallas relacionadas al proceso de fabricación (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.). Las pruebas de calidad se realizan antes (a la materia prima), durante el proceso y al producto terminado (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; CPR, 2010a). Los fabricantes someten a pruebas electrónicas a todos los condones para detectar la presencia de imperfecciones (falta de uniformidad en el espesor del látex) o agujeros a través de una máquina que detecta corrientes de aire (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; Durex, s.f.c; Durex, s.f.d; CPR, 2010a). Se hacen además otras pruebas para medir la seguridad de los condones y son:

- Filtrado de agua. Consiste en llenar el preservativo con una cantidad específica de agua y colgarlo por un minuto (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; Durex, s.f.d). Si aparece cualquier humedad o filtración en la superficie, es signo de la existencia de orificios y derrames, por consiguiente, el condón no pasará la prueba (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.; Durex, s.f.d). En Durex (s.f.d) se realiza la prueba a una muestra de 2 millones de condones por mes.

- Resistencia a la tensión. En esta prueba se corta una sección del preservativo y se estira hasta el punto de rotura, para determinar la calidad del látex (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.). Se mide el grado de resistencia del material antes de romperse y la longitud que alcanza en el momento de la rotura, además para verificar constantemente la calidad del material (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.).

- Inflado por aire. Aquí se inflan con aire los condones hasta que revientan permitiendo localizar fallas y defectos en el látex (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.). Se realiza para prever la rotura de los condones durante su uso revisando su resistencia y elasticidad (Infomed Red Telemática de Salud, s.f.). En Durex (s.f.d) se realiza la prueba a una muestra de 500,000 condones por mes.

Cualquier condón que falle en estas pruebas provoca que se detenga el lote de condones al que pertenece siendo descartado y no puesto a la venta (Durex, s.f.d; CPR, 2010a).

Lubricado y sellado: Finalmente, los condones que fueron aceptados en la prueba individual son lubricados y empacados automáticamente por una máquina selladora (“foil”) que los introduce en su empaque individual; estos son sellados a través de calor y se le estampa el número de lote y fecha de fabricación o de expiración (Infomed Red Telemática de Salud, 2007; Durex, s.f.c; CPR, 2010a).

Los moldes de vidrio, antes de pasar por un nuevo proceso, se someten a un sistema que limpia cualquier residuo que haya quedado de las sumergidas anteriores (CPR, 2010a).

Se recomienda que el ponente revise el video sobre la fabricación y pruebas de calidad de los condones realizado por Condoms Production and Distribution Company (CPR, 2010b).

Tipos de condones

Existe un gran variedad de condones que pueden ser elegidos de acuerdo a tres clasificaciones: por usuario, por práctica y por el material del que están hechos (CENSIDA, 2010b) los cuales son los siguientes:

Usuario:

- Masculino: Es una funda que se coloca en el pene erecto para prevenir el intercambio de fluidos corporales (el paso de espermatozoides) durante las relaciones sexuales y proteger la salud (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b). Se recomienda que los hombres practiquen el uso correcto del condón y prueben uno con su pareja antes de tener relaciones sexuales (CENSIDA, 2010b).
- Femenino: Las mujeres son 4 veces más vulnerables de infectarse con el VIH que los hombres ya que el área de los genitales femeninos expuestos a semen y otros fluidos sexuales es más grande que el de un hombre (OPS, 2005c). Para ello, el condón

femenino, que es una funda que se pone en la vagina y hace posible que las mujeres tomen la decisión de usar condón (OPS, 2005c). El condón femenino es fabricado de poliuretano que es un material más fuerte que el látex, tiene una mejor resistencia a los cambios de temperatura, no tienen efectos secundarios y conduce el calor manteniendo la sensibilidad (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b). Este condón es más amplio que el condón masculino, protege más contra las ITS porque cubre una gran parte de los genitales femeninos (vagina, cuello del útero y genitales externos) y la base del pene, no obstante, el precio de un condón femenino es más alto que un condón masculino (OPS, 2005c). Se recomienda que se practique el uso correcto del condón antes de la relación sexual para familiarizarse con él (CENSIDA, 2010b).

Práctica sexual:

- **Sexo Oral:** El tejido de la boca puede permitir el ingreso de fluidos infectantes y si hay lesiones incrementa la posibilidad de contraer el VIH/SIDA o alguna ITS, por ello, se debe utilizar condones sin lubricante, delgados (ultra sensitivos), de sabor, de aroma o bien cortar un condón de tal manera que la zona queda bien protegida (CENSIDA, 2010a; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2004; Sico, s.f.b; Durex, s.f.e; Prudence, s.f.; Trojan, s.f.). Además, para su uso se ha puesto a la venta lubricantes de sabores que ayuden a su práctica (CENSIDA, 2010b; InfoRed SIDA, 2011a).
- **Sexo Anal:** La mucosa anorrectal es frágil y sensible a infecciones y accidentes que pueden provocar hemorragias y otras lesiones más delicadas y graves, por lo se le considera una situación propicia para la adquisición y transmisión ITS incluso cuando no hay eyaculación, por lo que es recomendable en la práctica del sexo anal utilizar un condón (CENSIDA, 2008).

En este tipo de prácticas el condón se somete a mayores esfuerzos por lo que es conveniente utilizar un preservativo más grueso

(reforzado-extra resistente-0.09mm de grosor) y con mucho lubricante; además también se puede utilizar el condón femenino removiendo el anillo interno y colocándolo en la punta del pene para que lo empuje al penetrar (CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011). Además, para su uso se ha puesto a la venta lubricantes que faciliten la penetración (CENSIDA, 2010b; Sico, s.f.b; Trojan, s.f.).

- Sexo Vaginal: Al tener relaciones sexuales tienen riesgo de contraer alguna ITS o VIH/SIDA, además hay riesgo de embarazos no deseados, por lo que el uso de condones es muy importante para reducir la probabilidad de que ocurran y son los más conocidos en el mercado por su amplia variedad (CENSIDA, 2010a).

Se tienen: lubricados (el lubricante sirve para evitar rupturas del condón, además lo emplean aquellas mujeres que no lubrican “normalmente”), de colores, de diversos tamaños (regular de 12 a 18 cm de largo o de más de 18cm), de texturas (con puntos para estimular al hombre, con estrías/anillos para estimular a la mujer, u ambos), de diversos grosores de la pared de látex (extra resistente - 0.09 mm ideal para el sexo prolongado, más de 10 min sin eyacular; normales - 0.08 mm), con espermaticida (lubricados con un agente espermicida nonoxynol 9 que mata espermatozoides y es auxiliar en la prevención de embarazos, puede causar irritación que abre puntos de entrada al virus del SIDA y agentes causales de ITS) y con retardante (para alargar el clímax del hombre lubricados con Benzocaina al 5%) (Sico, s.f.b; Durex, s.f.e; Prudence, s.f.; Trojan, s.f.).

Material:

Existen tres materiales de condones masculinos:

- Tejido de animales (condones de membrana natural, intestinos de cordero): Hay que tener cuidado con ellos debido a que son anticonceptivos más no protegen contra las ITS y VIH/SIDA (OPS, 2005a; El Laboratorio Profeco, 2011).

- **Látex:** Es el más distribuido y utilizado en todo el mundo y tiene un promedio de 5 años de vida; estos se pueden deteriorar si se expone a ciertas condiciones como luz ultravioleta o calor, por lo que deben guardarse en lugares que no lo dañen (bolsa delantera del pantalón o falda, en la camisa, cajetilla de cigarros, caja de chicles, porta condones; además de tomar en cuenta las condiciones que se mencionan más adelante) y utilizarse con lubricantes a base de agua (OPS, 2005a). Estos no presentan poros naturalmente pero si pueden tener defectos de fábrica microscópicos y que se pueden evitar con un adecuado control de calidad; además previene embarazos no deseados, la transmisión de las ITS y VIH/SIDA (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010c).
- **Poliuretano:** Este tipo de condones son utilizados por las personas que resultan ser alérgicas al látex, además previene embarazos no deseados, la transmisión de las ITS y VIH/SIDA (OPS, 2005a; El Laboratorio Profeco, 2011).

En las tiendas llamadas “condonerías”, sex shops, farmacias y centros comerciales se ofrecen productos de formas, colores y figuras llamativas que se conocen como condones de fantasía los cuales son utilizados para los juegos sexuales y no como preservativos que garanticen una protección contra las ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados, por ello se recomienda que se utilicen marcas con registro oficial y que este visible en el empaque (El Laboratorio Profeco, 2011).

Con el fin de que los condones tengan una mayor probabilidad de eficacia, existen lineamientos internacionales para el control de calidad y seguridad de los condones en los cuales se hacen pruebas para determinar si son seguros (OPS, 2005a).

La Revista del Consumidor ha realizado estudios de calidad de condones en las cuales se describen si son confiables a los usuarios. En febrero del 2011, se analizaron 25 marcas y 66 modelos de condones con casi 69 mil pruebas (El

Laboratorio Profeco, 2011). La evaluación de los productos tuvo relación con el número de muestras que presentó alguna falla por prueba en cada uno de los aspectos y se obtuvieron los siguientes resultados (El Laboratorio Profeco, 2011):

Los preservativos que no tuvieron fallas son los catalogados como excelentes con una calificación global de 100% y por ende los considerados como los más confiables son (El Laboratorio Profeco, 2011):

	Condomes naturales excelentes			Condomes con color excelente		
Marca	Prudence	Sico	Trojan	Prudence		
Modelo	Clásico	Ther Maxx Skin (de poliuretano)	Extrafuerte	Aroma y color chocolate	Aroma y color naranja	Aroma y color menta
Presentación	3 piezas	2 piezas	3 piezas	3 piezas	3 piezas	100 piezas

Los lotes analizados pertenecientes a los siguientes preservativos presentan riesgos a la salud por tener la mayor cantidad de fallas y con una calificación global menor al 93% los cuales son (El Laboratorio Profeco, 2011):

Condomes naturales						
Marca	Balam	Do It Lovely	Durex		Gladiador	Trojan
Modelo	Texturizado	Natural	Natural	Retardante	Liso Lubricado	Muy Sensible
Presentación	3 piezas	3 piezas	3 piezas	3 piezas	4 piezas	3 piezas
Lote	0912-78	1005-31	TGL8236	TRR0006	1001-06	TTT008BUL

La evaluación de los condones antes mencionada puede variar de lote a lote y de presentación a presentación por lo que es recomendable revisar la tabla completa mostrada en el artículo escrito en febrero por El Laboratorio Profeco (2011) y calificado de acuerdo al Laboratorio Nacional de Protección al Consumidor (LNPC).

Para el 2004, los condones con peor calidad fueron: condones lisos lubricados de la marca Unidus modelo regular, Double One modelo regular de China, Maximum modelo regular de Corea y de condones lisos lubricados con espermaticida el Casanova modelo Regular de Corea (El Laboratorio Profeco, 2004). Además, en el 2006 se realizó un estudio de calidad en el cual se mencionan marcas que son de pésima calidad y por tanto un gran riesgo para la

salud, estos son: Carnaval, Apolo, Sexipakk, Preven-Pakk y Night Light / Efecto fluorescente (El Laboratorio Profeco, 2006).

Se recomienda que el ponente revise los estudios de calidad de enero del 2004 y de noviembre de 2006 como complemento para la información de la confiabilidad de los condones (El Laboratorio Profeco, 2004; El Laboratorio Profeco, 2006).

Uso correcto del condón masculino

Es importante reconocer la evaluación de los condones solo abarcan su función y sus características particulares, sin embargo mucha o poca de su eficacia depende principalmente de su uso correcto, desde el inicio hasta el final de cada relación sexual (recurrente) (El Laboratorio Profeco, 2011), los pasos se enunciarán a continuación:

1. *El condón adecuado.* Elegir y comprar el condón de acuerdo a la práctica sexual y la persona (El Laboratorio Profeco, 2011).
2. *Fecha de caducidad o elaboración.* Verificar la fecha de caducidad, es recomendable preferir aquellos con fecha de fabricación más reciente y no usar condones con más de 5 años de fabricación; si estos solo mencionan la fecha de caducidad restarle 2 a 3 años y si dice la fecha de elaboración sumarle dos o tres años para asegurar su efectividad (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).
3. *Checar burbuja de aire.* Antes de usar un condón, verificar que el empaque sea hermético (al apretarlo ligeramente este contenga un poco de aire) y no esté dañado, si no se siente el aire hay que dudar de su efectividad (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).
4. *Donde se abre el condón.* Ubicar por dónde se abre el condón, por lo general el empaque tiene unos dientes que permiten su abertura (abre fácil) (CENSIDA, 2010b).

5. *Mover el condón.* Bajar el condón por un extremo del empaque aun dentro con las yemas de los dedos (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).
6. *Abrir el empaque.* Con las mismas yemas, abrir el empaque por el abre fácil; si se hace con las uñas o tijeras se puede dañar al condón (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).
7. *Sacar el condón.* Con cuidado sacarlo del empaque evitando que roce con sus lados ya que se puede rasgar (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b).
8. *Identificar el lado correcto.* Asegurarse de tener el lado correcto del condón hacia el lado en el que se desenrolla, no debe soplarle ya que se contamina (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b).
9. *Oprimir la punta del condón.* Tomar el receptáculo (la punta del condón) con la yema de los dedos y darle dos vueltas para extraer el aire que pueda existir debido a que este, durante la penetración, puede forzar el condón hasta romperlo (El Laboratorio Profeco, 2011; CENSIDA, 2010b). Poner, si es posible, una gota de lubricante soluble en agua en el pene antes de colocarlo que aumentará la sensibilidad (CENSIDA, 2010b).
10. *Identificar como debe ponerse.* Una vez erecto el pene, identificar si la persona tiene o no prepucio, si tiene bajarlo con cuidado y descubrir el glande (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).
11. *Colocar el condón.* Teniendo sujeto con las yemas de los dedos el receptáculo del semen, colocarlo sobre el glande.
12. *Desenrollar el condón.* Empezar a deslizarlo con cuidado y suavidad hasta llegar a la base del pene; si no se desenrolla hay que tirarlo a la basura y utilizar uno nuevo debido a que este ya está contaminado (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011). Pasar la mano sobre el condón buscando que no

se hayan quedado burbujas de aire ni arrugas, la punta del condón debe quedar libre para recibir el semen de la eyaculación; se puede aplicar lubricante en la punta una vez puesto para facilitar la penetración y transmitir el calor que aumenta la sensibilidad (CENSIDA, 2010b).

13. *Al introducirlo.* Sujetar el condón desde la base del pene e introducirlo en la vagina o ano.
14. *Después de la eyaculación.* Aún erecto el pene, se debe sostener el condón en la base del pene y retirarlo de la vagina, esto con la finalidad de que no se quede dentro de la pareja ni se derrame el semen al retirarlo (CENSIDA, 2010b).
15. *Pasar por el cuerpo del pene.* Sujetar el condón por su base, llevar los residuos del semen que hayan escurrido del pene a la punta (OPS, 2005b; El Laboratorio Profeco, 2011).
16. *Retirarlo.* Tomar el receptáculo con la yema de los dedos y darle dos vueltas al condón mientras que con la otra mano se va retirando el condón del pene con cuidado para no derramarlo (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).
17. *Desecharlo.* Una vez fuera, envolverlo y después debe tirarse en la basura; no se debe tirar en el escusado ya que pueden bloquear la tubería (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).

Las recomendaciones importantes que se debe tomar en cuenta a la hora de usar un condón son:

- Se debe guardar en lugares frescos y secos, evitar carteras, guanteras del coche, bolsas traseras del pantalón o en un lugar donde haya objetos que puedan perforar o dañar el condón, por ejemplo llaves, corta uñas, entre otros (CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011). Para ello, existen porta condones que ayudan a la conservación del producto.

- Aplicar un lubricante adicional a base de agua ya que eso reducirá la posibilidad de ruptura del condón de látex y/o a base de aceite si el condón es de poliuretano (El Laboratorio Profeco, 2011; InfoRed SIDA, 2011a).
- Utilizar otro condón si se va a tener otra relación sexual o si las tiene en otro sitio (vaginal, oral, anal) (OPS, 2005b).
- No utilizar ambos tipos de condones (femenino y masculino) al mismo tiempo (CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011; InfoRed SIDA, 2011b).
- Cuando un condón se rompe es importante quitárselo y colocar otro en su lugar; si existe la probabilidad de que se haya salido el semen considerar el uso de un método contraceptivo de emergencia con las debidas precauciones y el conocimiento del mismo; en caso de sospechar que se tiene una ITS o VIH/SIDA consultar al especialista (El Laboratorio Profeco, 2011).

La posibilidad de que se rompa un condón en uso vaginal es de 0.5 al 3% y del 5 al 10% en uso anal, algunas de las razones por las que puede ocurrir son las siguientes (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010b):

- Calidad del condón: Condones de baja calidad baja tienden a romperse con mayor frecuencia que los que cumplen con los estándares de fabricación.
- Edad del condón: Los condones viejos son más probables de romperse que los nuevos.
- El almacenamiento del condón: Un condón guardado durante mucho tiempo expuesto a condiciones negativas (calor excesivo, a la luz fluorescente) pierde su calidad.
- Actividades del usuario al momento como:
 - Desenrollar el condón antes de ponérselo
 - Se lo pone cuando ya ha empezado la penetración
 - Usa el mismo dos veces

- Lo utiliza al revés
- Utiliza lubricantes basados en aceite, el condón de látex tiene una reacción fuerte con estos lubricantes.
- Abre el condón con tijeras, dientes o uñas afiladas
- Utilizar un condón inadecuado para la práctica que se realizará, por ejemplo usar un condón delgado para el sexo anal que necesitarían uno más grueso.

Uso correcto del condón femenino

Como se ha visto el condón masculino es el más difundido y usado como método de barrera por su difusión y precio, sin embargo, en este apartado se explicará el uso correcto del condón femenino.

Este condón es más amplio que el condón masculino y tiene dos anillos, un anillo exterior y un anillo interior; el anillo más grande se usa para cubrir los genitales externos y el pequeño para insertar el condón manteniéndolo en su lugar correcto durante la relación sexual (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b). Los pasos son los siguientes:

1. Siempre deberá colocarse antes de una penetración teniendo como ventaja el poderse colocar hasta 8 horas previas a tener relaciones sexuales, entonces no es necesario interrumpir el acto sexual (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b).
2. Verificar que el condón no esté dañado y la fecha de caducidad, es recomendable preferir aquellos con fecha de fabricación más reciente y no usar condones que no estén dentro de los 5 años de fabricación (OPS, 2005c).
3. Abrir el empaque con cuidado, no usar tijeras, uñas ni dientes (CENSIDA, 2010b).
4. Elegir una posición cómoda para colocar el condón (agachada, con una pierna levantada, sentada o acostada) (CENSIDA, 2010b).
5. Sostener el condón por el extremo cerrado con el extremo abierto colgando hacia abajo, apretar el anillo interno del condón con el pulgar y el dedo medio hasta flexionarlo en forma de ocho;

mientras se continúa apretando el anillo interno del condón sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b).

6. Con la otra mano se deberá separar los labios de la vagina, colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b).
7. Con el dedo índice, por dentro del condón, empujar el anillo interno dentro de la vagina hasta pasar el hueso púbico lo máximo que sea posible, unos 2.5 cm del condón con el anillo externo quedará fuera del cuerpo para proteger los genitales externos (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b).
8. Para remover el condón, apretar y dar vuelta al anillo externo de manera suave para mantener el semen en el interior de la funda (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b).
9. Se recomienda envolverlo y después debe tirarse en la basura, no se debe tirar en el escusado ya que pueden bloquear la tubería al no ser biodegradables (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b)

Existen recomendaciones, como las que se dieron para el condón masculino, que son importantes que se tomen en cuenta a la hora de usar un condón y son:

- Aplicar lubricantes adicionales basados en agua (condones de látex) y/o aceite (condones de poliuretano), una o dos gotas en el extremo del condón por fuera, alrededor del condón por dentro, o donde se considere necesario (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b).
- Utilizar otro condón si se va a tener una nueva relación sexual (OPS, 2005c).

REFERENCIAS

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2008). *Manual Sobre Salud Sexual Anorrectal*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SaludAnoRectal.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010a). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/preguntas.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010b). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010c). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>
- Condoms Production and Distribution Company (CPR, 2010a). *Producción & Calidad*. Recuperado de http://www.cpr-germany.com/sites_es/production_es.html#
- Condoms Production and Distribution Company (CPR, 2010b). *Producción & Calidad*. Recuperado de http://www.cpr-germany.com/sites/cpr_image_movie/sico_film.html
- Condom. (s.f.). *The history of the condom*. Recuperado de <http://www.condom.com/history.html>
- Durex. (s.f.a). *La historia del sexo*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/The%20History%20of%20Sex/pages/HistoryOfSex.aspx>
- Durex. (s.f.b). *Hagamos un condón*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Letsmakeacondom.aspx>
- Durex. (s.f.c). *Pruebas y pruebas*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/TestingTesting.aspx>
- Durex. (s.f.d). *Las pruebas que hacemos y porque*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Theatestswedo.aspx>
- Durex. (s.f.e). *Durex condoms*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/Products/Condoms/pages/CondomHomepage.aspx>

- El Laboratorio Profeco. (2004). *Condomes. Revista del Consumidor*. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_04/condon04.pdf
- El Laboratorio Profeco. (2006). *Condomes. Revista del Consumidor*. Recuperada de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_06/condones-nov06.pdf
- El Laboratorio Profeco. (2011). *Estudio de calidad: condones. El producto vital a prueba. Revista del Consumidor*. Recuperado de <http://revistadelconsumidor.gob.mx/wp-content/uploads/2011/03/condonesOK.pdf>
- Fishbein, M., y Pequegnat, W. (2000). Evaluating AIDS prevention interventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27, 101-110.
- Infomed Red Telemática de Salud (s.f.) *Proceso de fabricación de los condones*. Recuperado de <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=672>
- InfoRed SIDA (2011a). *Guías Para Tener Relaciones Sexuales Más Seguras*. Recuperado de http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/151?lang=spa
- InfoRed SIDA (2011b). *Condomes*. Recuperado de http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/153#masculino
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005a). *Características generales*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005b). *El condón masculino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161711>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005c). *El condón femenino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161712>
- Prudence. (s.f.). *Productos*. Recuperado de <http://www.prudence.com.mx/productos.html>
- Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, B., Moreno, D. y Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19 (1), 103-109.
- Sico. (s.f.a). *Historia del condón*. Recuperado de <http://anllie.com/cv/planet/sico/historia.htm>
- Sico. (s.f.b). *Productos*. Recuperado de <http://www.sico.com.mx>

Spruyt, A., Steiner, M.J., Joanis, C., Glover, L.H., Piedrahita, C., Alvarado, G., y Ramos, R. (1998). Identifying condom users at risk for breakage and slippage: findings from three international sites. *American Journal of Public Health*, 88 (2), 239-244.

Trojan. (s.f.). *Productos*. Recuperado de <http://www.trojan.com.mx/home.html>

Warner, L., Warner, C. J., Boles, J., y Williamson, J. (1998). Assessing condom use practices: implications for evaluating method and user effectiveness. *Sex Transmission Diseases*, 25, 273-277.

Anexo 4

Evaluación del uso correcto del condón.

Descripción de los pasos	Si	No
1. El condón adecuado.		
2. Fecha de caducidad o elaboración.		
3. Checar burbuja de aire.		
4. Donde se abre el condón.		
5. Mover el condón.		
6. Abrir el empaque.		
7. Sacar el condón.		
8. Identificar el lado correcto.		
9. Oprimir la punta del condón.		
10. Identificar como debe ponerse.		
11. Colocar el condón.		
12. Desenrollar el condón.		
13. Al introducirlo.		
14. Después de la eyaculación.		
15. Pasar por el cuerpo del pene.		
16. Cómo retirarlo.		
17. Desecharlo		

Anexo 5

Directorio

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE SEXUALIDAD

Planificatel y planificanet

Dirección electrónica: www.planificanet.gob.mx

Teléfono: sin costo al 01 800 624 64 64 desde cualquier parte del país.

Atención de lunes a viernes de 8:00 a 23:00 horas, sábados, domingos y días festivos de 8:00 a 18:00 h (Hora del centro de la República).

Salud Integral para la Mujer A.C.

Dirección electrónica: <http://www.sipam.org.mx>

Dirección: Vista Hermosa #89, Col. Portales, C.P. 03300, México D.F.

Teléfono: 5674-9417

Fax: 5674-9417

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 h.

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono (SAPTEL)

Dirección electrónica: www.saptel.org.mx

Teléfono: 52 59 81 21 y sin costo 01800-4727835

Correo electrónico: saptel@prodigy.net.mx

Atención las 24 h del día y los 365 días del año.

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C.
(IMIFAP)

Dirección electrónica: www.imifap.org.mx

Dirección: Málaga Norte No. 25, Col. Insurgentes Mixcoac, C.P. 03920, México, D.F.

Teléfono: (+52 55) 5611 5876 y (+52 55) 5598 5673 y sin costo 01800-0175900

Fax: (+52 55) 5563 6239

Correo electrónico: imifap@imifap.org.mx

Atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 h.

Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve)

Dirección electrónica: www.imjuventud.gob.mx

Dirección: Serapio Rendón No. 76, Col. San Rafael, CP. 06470, México, D.F.

Teléfono: 15 00 13 00 ext. 1303 y sin costo 01800-2280092

Correo electrónico: webmaster@imjuventud.gob.mx

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 h.

Centro de Capacitación y Atención Integral. Centro de Orientación
para l@s Adolescentes A.C. (CORA)

Dirección electrónica: www.cora.org.mx

Dirección: Ángel Urzaa 1122 Colonia del Valle, C.P. 03100, México, D.F.

Teléfono: 55 59 84 51 y 55 59 84 53

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
(CNEGSR)

Dirección electrónica: www.cnegsr.gob.mx

Dirección: Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México, D.F.

Teléfono: (55) 52639100 Ext.59106

Correo electrónico: cnegsr@salud.com.mx

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 15:30 h.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Teléfono: (55) 52639100

Correo electrónico: plan.familiar-cnegsr@salud.gob.mx

SALUD MATERNA Y PERINATAL

Teléfono: (55) 52639100 Ext. 59005

Teléfono de urgencias obstétricas: 01800-6283762 (Lunes a Viernes de 7:00 a 21:00 h).

Correo electrónico: apv-cnegsr@salud.gob.mx

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

Teléfono: (55) 52639100

Correo electrónico: adolescentes-cnegsr@salud.gob.mx

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

Dirección electrónica: <http://sn.dif.gob.mx/>

Dirección: Emiliano Zapata No. 340, Col. Sta. Cruz Atoyac, C.P. 03310, México, D.F.

Teléfono: (55) 30032200

Guttmacher Institute

Dirección electrónica: <http://www.guttmacher.org/>

SOBRE TEMAS ESPECÍFICOS:

Embarazo y aborto

Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE)

Dirección electrónica: www.gire.org.mx

Dirección: Viena 160, Col. del Carmen, Coyoacán, C. P. 04100, México, D.F.

Teléfono: (+52 55) 5658 66 45 y (+52 55) 5658 66 84

Fax: Extensión 242

Correo electrónico: correo@gire.org.mx

ITS Y VIH/SIDA

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, (CENSIDA)

Dirección electrónica: www.censida.salud.gob.mx

Dirección: Herschel No.119, Col. Anzures, Delegación Miguel Hidalgo, CP. 11590, México, D.F.

Teléfono: telSIDA: 52 07 40 77 y sin costo de los estados al 01800-7120886 y 01800-7120889

Correo electrónico: telsida@salud.gob.mx

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 21:30 h.

Centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS (CAPASITS)

Dirección electrónica: www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html

Directorio de CAPASITS:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/dir_capasits.pdf

Ser Humano, A.C.

Dirección electrónica: www.serhumano.org.mx

Dirección: Av. Fray Servando de Mier No. 104 Colonia Centro, Del. Cuauhtémoc C.P. 06740, México D.F.

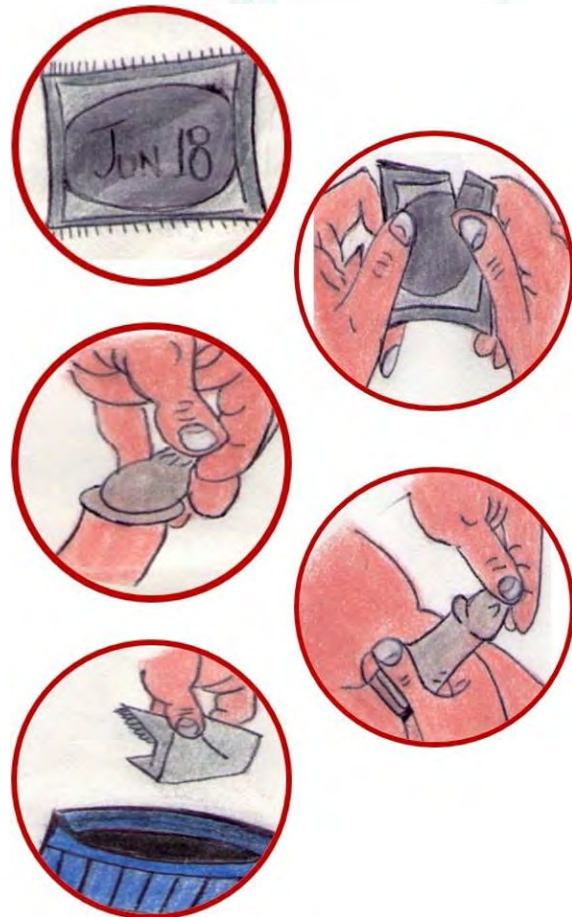
Teléfono: 52 55 5578 7423 y sin costo 01800-7808182

Fax: 52 55 5588 7629

Correo electrónico: serhumano@serhumano.org.mx

Atención de Lunes a viernes de 9:00 a 16:00 h. y sábados de 9:00 a 14:00 h.

ANEXO 6
Manual
del
participante



Capacitación sobre sexualidad del adolescente

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Una persona durante la adolescencia tiene cambios físicos, psicológicos y sociales que lo lleva a tener diferentes comportamientos y ciertas decisiones que lo harán desarrollarse como una persona adulta.

En todos los ámbitos de su vida, el adolescente tiene dudas que quiere resolver, en específico en la sexualidad, ¿Qué hace para solucionarlo? va con la personas de su confianza, sus amigos, que saben y viven lo mismo que él.

Además, consultan otras fuentes que encuentran a su alcance y son fáciles de revisar, los medios de comunicación (internet, revistas, radio o televisión).

Dichas fuentes, en muchas ocasiones, no le brindan información completa, clara, precisa y/o verdadera, por lo que aumentan aún más sus dudas o lo dejan con ideas erróneas de dichos temas.

Con esa información, el adolescente toma sus decisiones, que probablemente serán conductas de riesgo (no usar condón, tener relaciones sexuales con muchas parejas, entre otras), esto le traerá consecuencias negativas a su salud como embarazos no deseados, el contagio de las Infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA y/o practicarse abortos.

Estas consecuencias afectan a la salud pero ¿Quién puede realmente ayudarlos a prevenir dichas consecuencias?, cada adolescente se interrelaciona con sus amigos y los medios de comunicación, pero aquellos que les enseñan a comportarse, a tomar decisiones y a interactuar con los demás son los padres.

Los padres y la familia son las primeras personas con las que un niño interactúa por lo que su enseñanza será fundamental para un buen desarrollo.

INTRODUCCIÓN

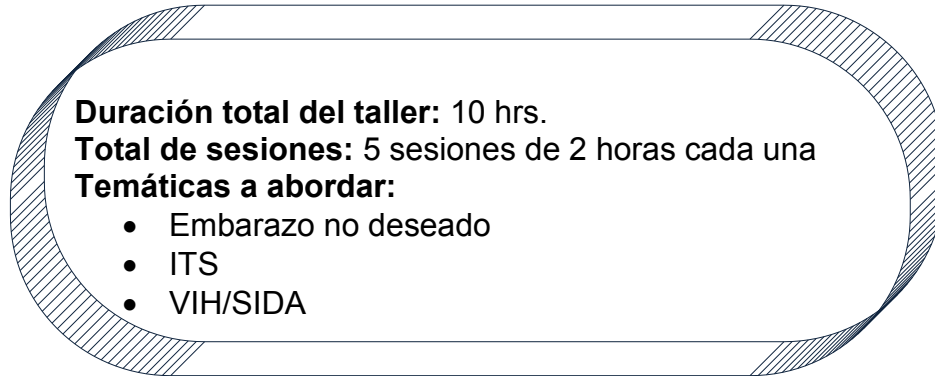
Sin embargo, las creencias y prejuicios que aún existen en nuestro país acerca de los temas sobre la sexualidad hace que sean un tabú abordarlos en muchas familias, esto es debido a la ignorancia y la pena que prefieren evitar, otros de ellos simplemente creerán que hacen un buen trabajo al decir a su hijo comentarios como “no me vayas a salir con tu domingo siete”. No obstante, algunas familias, los abordarán de manera correcta y sin vergüenza, como algo natural, evitando que sus hijos realicen conductas de riesgo y con ello las consecuencias; tema que ya es abordado por algunos especialistas con el fin de mejorar la comunicación padre-hijo y reducir la probabilidad de que realicen conductas de riesgo.

De cualquier manera nunca está de más que exista otra fuente que corrobore, aumente y corrija la información que se tiene sobre sexualidad para tener un conocimiento más amplio, asimismo, de contar con las herramientas necesarias para realizar conductas de prevención y evitar las de riesgo; pero entonces ¿A quién más se podría recurrir?, a usted profesor que pasa gran parte de tiempo con ellos, que les enseña sobre cómo resolver problemas de la vida cotidiana, que convive con él, que lo puede orientar con información clara y precisa. Asimismo, puede darle la confianza para acercarse a usted esclareciendo sus dudas lo mejor posible, sin exageraciones o con el poder de orientarlo a los lugares que lo puedan ayudar ante una problemática más complicada.

Este taller está enfocado a lo antes mencionado y se espera que usted obtenga los conocimientos suficientes para poder lograr un impacto en la sociedad y prevenir las consecuencias negativas de realizar conductas de riesgo en la sexualidad.

ESTRUCTURA DEL TALLER

El taller está organizado de la siguiente manera:



Cada uno de los temas, por su importancia y extensión, se realizará en una sesión distinta y se explicarán de la siguiente manera:

1. Embarazo no deseado
 - 1.1. El embarazo deseado y embarazo no deseado
 - 1.2. Causas
 - 1.3. Consecuencias
 - 1.4. Prevención
2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - 2.1. Aspectos generales de las ITS
 - 2.2. Características de las ITS más representativas en adolescentes
 - 2.2.1. Epidemiología:
 - 2.2.2. Agente causal y vía de transmisión:
 - 2.2.3. Síntomas: en hombres y mujeres
 - 2.2.4. Tratamiento y consecuencias
 - 2.3. Prevención
3. VIH/SIDA
 - 3.1. Epidemiología:
 - 3.2. Agente causal y vías de transmisión
 - 3.3. Historia natural de la enfermedad y síntomas
 - 3.4. Prevención

4. Aborto y estrategias preventivas

4.1. El aborto

4.2. Causas

4.3. Consecuencias físicas y psico-emocionales:

4.4. Prevención

5. ¿Qué hago yo?

5.1. ¿Qué hacer en caso de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA y/o aborto?

5.2. Uso correcto y consistente del condón

¿Qué debo hacer para tener un buen desempeño en el taller?

Tener apertura en adquirir nuevos conocimientos y actividades que se mencionen en el taller, tener responsabilidad, empatía, tolerancia y respeto a las opiniones y vivencias de los demás, además de los valores necesarios para una convivencia óptima con los demás en el taller.

¿Qué hacer en el transcurso del taller?

Revise otras fuentes de información, aparte de la recomendada, para complementar y enriquecer cada una de las sesiones y su aprendizaje.

El manual

El manual está compuesto por 4 secciones: 1. Contenido: se enuncian los temas que se verán en el taller, 2. Información básica: una breve información sobre el tema, 3. Notas: espacio en el cual podrá anotar comentarios, preguntas, frases o datos relevantes sobre el tema, y 4. Bibliografía: aquí se encontrarán la bibliografía recomendada, páginas que se pueden consultar e instituciones gubernamentales que le brindarán información y/o apoyo en caso de necesitarlo.

Lea cuidadosamente la información, las notas y los comentarios que le ayudarán a un mejor desempeño en el taller sobre cada uno de los temas básicos de sexualidad.

Se espera que este manual ayude a su desarrollo como docente dándole las herramientas necesarias (conocimientos) con las cuales pueda orientar a sus alumnos, y a cualquier adolescente, para ejercer su vida sexual con responsabilidad y reducir los problemas de salud que les aquejan por realizar conductas de riesgo.



¿CON QUÉ EMPEZAMOS?



1. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Contenido

- 1.1. El embarazo deseado y embarazo no deseado
- 1.2. Datos epidemiológicos
- 1.3. Causas
- 1.4. Consecuencias
- 1.5. Prevención

Información básica

En esta sesión se abordará el tema de embarazos no deseados en adolescentes y lo que implica este tema en cada uno de los involucrados.

Cuando caminamos por la calle y vemos a una chica adolescente embarazada ¿Qué pensamos?, muchos dirán que “se comió la torta antes del recreo” pero ¿qué hay detrás de eso?.

1.1. El embarazo y embarazo no deseado

¿Qué es el embarazo? Físicamente, es el momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide y da origen a un nuevo ser en una mujer, pero el embarazo tiene mayores implicaciones como son la responsabilidad de crianza del bebé y de cumplir las necesidades físicas, económicas, sociales y emocionales para los involucrados (Infante y Hernández, 2001; Conde y Vidales, 2000; De la Barreda, 2000a; De la Barreda, 2000b).

¿Cómo le podemos pedir a un adolescente que acaba de pasar por la niñez que tenga todos estos requisitos y pueda cumplir eficazmente su tarea?, muchos de estos embarazos son no deseados, sin prevención y no son planeados con anticipación (Feinholz y Ávila, 1996; Conde y Vidales, 2000; CENSIDA, s.f.).

Los embarazos no deseados en la adolescencia los podemos definir cuando una pareja o una madre adolescente no desea concebir a un hijo, mientras que un embarazo no planeado es cuando ocurre de improviso y no se planea el tener una familia; un adolescente puede no planear tener un hijo pero puede desear concebirlo asumiendo las consecuencias que traiga consigo (Prada, Remez, Kestler, Sáenz de Tejada, Singh y Bankole, 2006; Feinholz y Ávila, 1996; Conde y Vidales, 2000; CENSIDA, s.f.).

1.2. Datos epidemiológicos

Cada año, 14 millones adolescentes (10% del total de nacimientos) dan a luz en el mundo, mientras que en América Latina los nacimientos entre las adolescentes representa entre el 15 y 20% de total de nacimientos de los cuales el 70% son no planeados y aproximadamente el 40% de las mujeres tienen hijos antes de los 20 (Palazón y Nadal, 2009; GIRE, 2011).

En nuestro país, en el 2010, 464,102 embarazos fueron de mujeres adolescentes que al no tener un completo desarrollo físico ni psicológico ponen en gran riesgo su salud e incluso la del bebé, por ejemplo infecciones para la madre, bajo peso del niño, dejar trunca su educación y depresión para ambos padres, entre otras que afecta de manera permanente a los involucrados, puntos que se abordará a continuación (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2010).

1.3. Causas

Hay factores que favorecen la posibilidad de que ocurran embarazos no deseados en la población adolescente y algunas son las siguientes (León, Minassian, Borgoño y Bustamante, 2008):

- Factores de riesgo individuales: estos factores, como su nombre lo indica son aquellos que dependen de cada uno de los adolescentes, sus características y como viven piensan y sienten. Algunos de ellos son tener bajo nivel de aspiraciones académicas, ser impulsivos (no pensar en las consecuencias de sus actos), ideas de omnipotencia (por ejemplo. “a mí no me va a pasar” o “yo todo lo puedo hacer”), no tener una planificación familiar, tener creencias y prejuicios sobre los embarazos (por ejemplo “la primera vez no me voy a embarazar si no uso métodos anticonceptivos”).

- Factores de riesgo familiares: estos factores se refieren a lo que el adolescente vive día con día en su casa, sus enseñanzas y lo que ha vivido hasta el momento como son disfunción familiar, falta de comunicación con los padres, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia y baja escolaridad de los padres ya que influyen en su manera de pensar y actuar.

- Factores de riesgo sociales: estos factores son aquellos que pertenecen a las personas y el ambiente en el cual están acostumbrados a desenvolverse por ejemplo un ambiente donde hay delincuencia, alcoholismo, el vivir en un área rural (donde no existe mucha información y tienen prejuicios ante los temas de sexualidad), ingreso precoz al trabajo (convivencia con personas de mayor edad con costumbres y prejuicios) y el predominio del “amor romántico” en cada una de sus relaciones sentimentales (la creencia de que la otra persona no tiene o ha tenido otras parejas sexuales, la existencia de ideas como “la prueba del amor”: apresurar el debut sexual) y así realizar conductas que son riesgosas para su salud (no usar preservativo).

En cada uno de estos factores y la interrelación entre ellos se presentan algunas causas de embarazos no deseados como (Conde y Vidales, 2000; CENSIDA, s.f.; CENSIDA, 2010c):

- El inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
- La presión de los coetáneos para ser sexualmente activo sin la debida protección (métodos anticonceptivos).
- La urgencia para satisfacer los deseos sexuales sin pensar en las consecuencias.
- Falta de reflexión de lo que implica la maternidad y la paternidad en su proyecto de vida.
- No se planean las relaciones sexuales y por tanto no se tiene el cuidado de usar protección.
- Falta de información clara y precisa sobre la sexualidad y uso correcto de métodos anticonceptivos.
- Falta de personas que los informen y orienten ante las diversas situaciones a las que se enfrentan.
- Uso inconsistente (no se usa en toda la relación sexual) e incorrecto del condón (no se cuidan los pasos que se deben seguir, ni se usa en todas las relaciones sexuales), así como desplazamiento (que el condón se salga completamente del pene) y ruptura del mismo.

1.4. Consecuencias

Los adolescentes que tienen un embarazo a temprana edad comprometen su desarrollo y se les presentan consecuencias que perdurarán en su vida como adultos y algunas son los siguientes (ver tabla 1.1) (De la Barreda, 2000a; De la Barreda, 2000b; Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009; León et al., 2008):

Tabla 1.1. Consecuencias de embarazo no deseado

Físicas	Económicas	Sociales	Psico-emocionales
Riesgo para la salud de la adolescente como infecciones, abortos, hemorragias, anemia, complicaciones en el parto y muerte. Para el bebé bajo peso, propensión a contraer enfermedades, malformaciones, deficiencias físicas o mentales y muerte.	Gastos médicos, alimento, vivienda, vestido, educación, limpieza y otros aspectos necesarios para el desarrollo del hijo y para la madre.	Rechazo de la familia y amigos, matrimonio forzado o anticipado, abandono de estudio de los padres adolescentes, menores posibilidades de encontrar trabajo.	Depresión, estrés, angustia, temor, culpa, rechazo y/o maltrato, frustración.

Elaborada por: Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011)

1.5. Prevención

Algunas de las acciones que se pueden tomar ante dicho problema son (Conde y Vidales, 2000, CENSIIDA, s.f.):

- Abstinencia: evitar tener relaciones sexuales.
- Tener información válida, certera y confiable sobre la sexualidad, métodos anticonceptivos, y los riesgos de un embarazo no deseado.
- Tener información práctica de donde obtener anticonceptivos y como utilizarlos.
- Uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos.

- Contar con la orientación de un adulto de confianza.
- Tener claro el proyecto de vida, comprender el impacto que pueda tener un embarazo no deseado en la vida y la responsabilidad de ello.

A través de los años, los métodos anticonceptivos y el condón han tenido una mayor aceptación en la sociedad que permite dejar a un lado los prejuicios de su uso y su inducción en las relaciones sexuales. Así, la información clara y precisa permite la decisión de utilizarlos y de cómo reducir sus riesgos de acuerdo a su proyecto de vida, en la tabla 1.2 se citan algunos de ellos y su nivel de prevención (De la Barreda, 2000a; Conde y Vidales, 2000).

Tabla 1.2. Seguridad en prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA de algunos métodos anticonceptivos Retomada de Correa, Faur, Re y Pagani (2003, p. 89)

Método anticonceptivo	Prevención del embarazo		Prevención de ITS y VIH/SIDA
	Más seguros	Poco seguros	
Abstinencia periódica o método del ritmo		X	NO
Espermicidas (solos)		X	NO
Diafragma (con espermicida)	X		NO
Dispositivo T de cobre/DIU o espiral	X		NO
Anticonceptivos hormonales:			
- pastillas	X		NO
- inyecciones	X		NO
Coito interrumpido		X	NO
Método de lactancia amenorrea (MELA)		X	NO
Preservativo masculino	X		SI
Preservativo femenino	X		SI

El condón es el único método que previene embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH/SIDA, sin embargo, los métodos más seguros mostrados en la tabla 1.2 pueden tomarse en cuenta con la orientación de un especialista que valore cual es el adecuado para cada persona y explique su uso correcto para que sea efectivo.

Bibliografía recomendada

- Conde, S. y Vidales, I. (2000). Responsabilidad y toma de decisiones individuales. En S. Conde e I. Vidales, *Formación Cívica y Ética 3* (pp. 115-216). México: Larousse.
- De la Barreda, L. (2000a). Adolescencia y juventud. En L. De la Barreda, *Formación Cívica y Ética 1* (pp. 61-116). México: Santillana.
- De la Barreda, L. (2000b). Participación en la sociedad. En L. De la Barreda, *Formación Cívica y Ética 2* (pp. 67-182). México: Santillana.
- Feinholz, D. y Ávila, E. (1996). Embarazo no deseado: El problema de la temporalidad. En T. Lartigue y H. Ávila (comp.), *Sexualidad y reproducción humana en México, volumen 1* (pp. 113-142). México: Universidad Iberoamericana.
- Langer-Glas, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública, 11* (3), 192-205.
- Langer-Glas, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta Médica de México, 139* (supl. 1), S3-S7.
- Palazón, A. y Nadal, M. (2009). La reproducción. En A. Palazón y M. Nadal, *Ciencias 1. Biología* (pp. 172-227). México: Oxford.
- Prada, E., Remez, L., Kestler, E., Sáenz de Tejada, S., Singh, S. y Bankole, A. (2006). *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: Causas y Consecuencias*. Washington, DC: Guttmacher Institute.

Sitios de internet

- Center for Young Women’s Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (s.f.). *Derechos reproductivos*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/>
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2010). *Natalidad. Consulta interactiva de datos*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11092&c=11109&s=est&cl=4#>
- Kids Health in the Classroom. (s.f.). *Grades 9 to 12*. Recuperado de <http://classroom.kidshealth.org/>

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

León, P., Minassian, M., Borgoño, R. y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*. 5 (1). Recuperado de <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5resumen.html>

Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

Instituciones oficiales

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Planificatel y planificanet. (2009a). *Sexualidad humana*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Planificatel y planificanet. (2009b). *¡Conoce tu método!*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Números telefónicos

Planificatel y planificanet: sin costo al 01 800 624 64 64 desde cualquier parte del país.

Salud Integral para la Mujer A.C.: 5674-9417

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono (SAPTEL): 52 59 81 21 y sin costo 01800-4727835

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP): (+52 55) 5611 5876 y (+52 55) 5598 5673 y sin costo 01800-0175900

Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve): 15 00 13 00 ext. 1303 y sin costo 01800-2280092

Centro de Capacitación y Atención Integral. Centro de Orientación para l@s Adolescentes A.C. (CORA): 55 59 84 51 y 55 59 84 53

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR): (55) 52639100 Ext.59106

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

(CNEGSR) PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN: (55) 52639100

(CNEGSR) SALUD MATERNA Y PERINATAL: (55) 52639100 Ext. 59005; Urgencias obstétricas:
01800-6283762

(CNEGSR) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES: (55) 52639100

(CNEGSR) DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF): (55) 30032200

Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE): (+52 55) 5658 66 45 y (+52 55) 5658 66 84

**¿DE QUÉ NOS PODEMOS
ENFERMAR?**

2. INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL (ITS)

Contenido

- 2.1. Aspectos generales de las ITS
- 2.2. Características de las ITS más representativas en adolescentes
 - 2.2.1. Epidemiología
 - 2.2.2. Agente causal y vía de transmisión
 - 2.2.3. Síntomas: en hombres y mujeres
 - 2.2.4. Tratamiento y consecuencias
- 2.3. Prevención

Información básica

En esta sesión se abordará el tema de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes y lo que implica este tema en cada uno de los involucrados.

A parte de embarazos no deseados, los adolescentes también pueden contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) que traen consigo consecuencias negativas a su salud. Las ITS son la mayor causa, a nivel mundial, de enfermedades graves, infertilidad y muerte sin importar raza, sexo, situación económica y demás características propias de cada cultura (World Health Organization, WHO, s.a).

2.1. Aspectos generales de las ITS

Las ITS son producidas por agentes infecciosos que no solo se transmiten por contacto sexual, aunque esta sea la vía de infección más importante en la mayoría de ellas, y tiene una relevancia epidemiológica (García, Pérez, y Perpiñá, 2001; WHO, 2011a). Estas son producidas por varios agentes causales y se transmiten de una persona infectada a otra (García et al., 2001; Brower y Burt, 1972; Correa, Faur, Re y Pagani, 2003).

Existen factores de alto riesgo que nos pueden dar una idea de quienes son aquellos que tienen mayor riesgo de adquirir una ITS o VIH/SIDA y algunos son los siguientes: inicio a edad temprana relaciones sexuales (antes de los 14 años), tener relaciones sexuales (coito vaginal, anal u oral) sin protección con más de una pareja sexual en los últimos 3 meses, o bien, 6 parejas sexuales en el último año, relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales, o bien, tener una pareja que mantenga relaciones sexuales con varias personas, entre otras (Domingo, 2005, Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009).

Las ITS pueden presentar síntomas leves, agudos, ausentes (puede no aparecer) o transitorios (aparecer y desaparecer) que pueden tener consecuencias a largo plazo (infertilidad, enfermedades crónicas, entre otros) si no se atiende a tiempo (WHO, 2011a). Para algunas de ellas existe tratamiento que controlan dichos síntomas e incluso las curan en su totalidad como la gonorrea; existen otras ITS que solo se pueden controlar los síntomas y evitar que avance hasta tener consecuencias irreversibles debido a que no se pueden curar como el Herpes genital (WHO, 2011a).

En la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ, 2005) se encontró que de la muestra encuestada el 1.6% de los jóvenes han padecido alguna ITS, el 11% padeció virus del papiloma humano, 39% gonorrea, 3% hongos, 2.8% infección vaginal y 17% otras ITS, además, de estos el 87% siguió un tratamiento.

2.2. Características de las ITS más representativas en adolescentes

En la tabla 2.1 se mencionarán las ITS y sus características principales (epidemiología, agente causal y vía de transmisión, síntomas, tratamiento y consecuencias) de aquellas que son consideradas representativas en la adolescencia (Sífilis, Gonorrea, Clamidiasis, Candidiasis, Tricomoniasis; Virus del Herpes Genital VHS-2 y Virus del Papiloma Humano VPH) (CENSIDA, 2007; Dirección general de epidemiología, 2011; Conde y Vidales, 2000; Perpiñá, García y Pérez, 2001; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Rodríguez y Klein, 2010).

Tabla 2.1. Características de las ITS más representativas en la adolescencia
Elaborada por: Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011)

ITS	Epidemiología	Agente causal y vía de transmisión	Síntomas	Tratamiento y consecuencias
Sífilis	Para finales del año 2010 en el país: Sífilis adquirida 2,000 casos y congénita hubo 144 casos	Transmitida por una bacteria y por contacto sexual, transfusión de sangre y de la madre a hijo durante el embarazo	Se presenta un chancro sin dolor que desaparece, irritación de la piel, dolores de garganta, muscular y de cabeza entre otros	Con antibióticos si no puede presentar consecuencias como lesiones en el corazón, en el cerebro y médula espinal provocando ceguera, parálisis, demencia e incluso la muerte
Gonorrea	Para finales del año 2010 en el país 1,467 casos	Trasmitida por una bacteria y por contacto sexual y la trasmisión de la madre a hijo por el canal del parto	Presentan dolores abdominales, dolor al orinar, secreción purulenta, entre otros	Con antibióticos si no puede presentar consecuencias como esterilidad, artritis, meningitis y ceguera total en los hijos, problemas cardiacos y del hígado
Clamidiasis	Para finales del año 2010 en el país 345 casos	Trasmitida por una bacteria y por contacto sexual y la trasmisión de la madre a hijo durante el parto	Presentan: dolor u ardor al orinar, fiebre, náuseas, dolor abdominal, inflamación de recto o la cérvix, entre otros	Con antibióticos si no puede presentar algunas consecuencias como esterilidad, (infecciones en los ojos, uretritis y artritis) en ambos sexos
Candidiasis	Para finales del año 2010 en el país 291,266 casos	Transmitida por un hongo que por la disminución de defensas o cambio en el cuerpo permite que se extienda	Los más comunes son irritación, comezón, inflamación, úlceras, entre otras.	Medicamentos orales y locales sino puede presentar consecuencias como problemas de riñón, bazo, pulmón y cerebro

Tabla 2.1 (Continuación). Características de las ITS más representativas en la adolescencia

ITS	Epidemiología	Agente causal y vía de transmisión	Síntomas	Tratamiento y consecuencias
Virus del Herpes Genital (VHS-2)	Para finales del año 2010 en el país 2,543 casos	Transmitida por un virus y por contacto sexual, por contacto con ampollas o úlceras abiertas que estén infectadas y de madre a hijo si en ese momento se presenta un brote	Empieza con una picazón en los genitales seguida de pequeñas ampollas dolorosas, desaparecen. Estas se convierten en llagas húmedas y dolorosas, fiebre, dolor de cabeza, inflamación de los ganglios y fatiga, sensación de ardor, entre otras.	Analgésicos para el dolor; sin embargo, el individuo queda como portador de la enfermedad, por ello las consecuencias de esta es contagiar a otros, presentar recaídas, problemas neurológicos entre otros
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Para finales del año 2010 en el país 29,461 casos	Transmitida por un virus y por contacto sexual, inoculación y de madre al feto	El VPH puede que sea una enfermedad asintomática, sin embargo, en muchos casos presentan verrugas genitales suaves al tacto y que sin tratamiento pueden crecer tanto que bloquean la entrada a la vagina, el ano o la garganta; en hombres pueden no crecer verrugas o ser diminutas en la zona del glande, por debajo del prepucio y en el escroto	Eliminar las verrugas que puede facilitar a la acción inmunitaria para eliminar el virus restante, esto puede ocurrir con cirugías, y pomadas y puede provocar cáncer uterino e incluso la muerte

2.3. Prevención

Es importante saber cómo prevenir las ITS tomando acciones tales como sexo protegido (uso correcto y consistente del condón donde hay intercambio de secreciones), sexo seguro (sin penetración: besos, caricias, masturbación mutua, entre otras; en caso de masturbación debe usarse protección como dedos, guantes de látex o el dique dental que protegen de estar en contacto con las secreciones), practicar la abstinencia sexual o evitar cualquier contacto con una persona que tenga alguna ITS, cuestión que se abordará en la sesión siguiente del taller (VIH/SIDA) (Conde y Vidales, 2000; CENSIDA, s.f.; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; CENSIDA, 2010).

NOTAS PERSONALES

Bibliografía recomendada

- Brower, L., y Burt, J. (1972). *Educación sexual*. México: Nueva editorial Interamericana.
- Conde, S. y Vidales, I. (2000). Responsabilidad y toma de decisiones individuales. En S. Conde e I. Vidales, *Formación Cívica y Ética 3* (pp. 115-216). México: Larousse.
- García, J., Pérez, E. y Perpiñá, J. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. De Pablo (coord.), *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (pp. 539-579). España: INO Reproducciones.
- Palazón, A. y Nadal, M. (2009). La reproducción. En A. Palazón y M. Nadal, *Ciencias 1. Biología* (pp. 172-227). México: Oxford
- Perpiñá, J., García, J. y Pérez, E. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: entidades nosológicas. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. De Pablo (coord.), *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (pp. 539-579). España: INO Reproducciones
- Rodríguez, A. y Klein, I. (2010). Los adolescentes ante situaciones que enfrentan en los ámbitos donde participan. En A. Rodríguez e I. Klein, *Formación Cívica y Ética 1* (pp. 108-137). México: SM de Ediciones.
- Rodríguez, M., Frías, I. B. y Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En J. Orozco, C. Peña y Q. Calleja (Eds.), *Ciencias Biomédicas. Generalidades* (pp. 363-402). México: UNAM, FES Iztacala.

Sitios de internet

- Center for Young Women's Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html
- Correa, C., Faur, E., Re, M.I. y Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Recuperado de <http://www.rednacadol.org.ar/pdf/ManualSaludSexualidad.pdf>
- Dirección general de epidemiología. (2011). *Boletín Epidemiológico. Vigilancia Epidemiológica Semana 1, 2011*. Recuperado <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2010imagen/plantilla/indice-2011.htm>

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

- Domingo, A. (2005). *Enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado de [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Enfermedades_transmision_sexual(1).pdf)
- Encuesta Nacional de Juventud (ENJ). (2005). *Encuesta Nacional de Juventud 2005: Sexualidad*. Recuperado de <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/encuesta.html>
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>
- Kids Health in the Classroom. (s.f.). *Grades 9 to 12*. Recuperado de <http://classroom.kidshealth.org/>
- Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>
- Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html
- World Health Organization (WHO). (2011a). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/definition>
- World Health Organization (WHO). (s.a.). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de http://www.wpro.who.int/health_topics/sexually_transmitted_infections/

Instituciones oficiales

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2007). *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. 30 de junio del 2007*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2007/panoepide30jun2007.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2010). *Medidas de prevención (información básica)*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/medidas.html>
- Planificatel y planificanet. (2009c). *iProtégete! ITS y VIH*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Números telefónicos

Planificatel y planificanet: sin costo al 01 800 624 64 64 desde cualquier parte del país.

Salud Integral para la Mujer A.C.: 5674-9417

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono (SAPTEL):
52 59 81 21 y sin costo 01800-4727835

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP): (+52 55) 5611 5876 y
(+52 55) 5598 5673 y sin costo 01800-0175900

Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve): 15 00 13 00 ext. 1303 y sin costo 01800-2280092

Centro de Capacitación y Atención Integral. Centro de Orientación para l@s Adolescentes A.C.
(CORA): 55 59 84 51 y 55 59 84 53

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR): (55) 52639100
Ext.59106

(CNEGSR) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES: (55) 52639100

(CNEGSR) DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF): (55) 30032200

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA): telSIDA: 52 07 40 77 y
sin costo de los estados al 01800-7120886 y 01800-7120889

Ser Humano, A.C.: 52 55 5578 7423 y sin costo 01800-7808182

**¿ESTÁ TAN MAL COMO
DICEN?**

3. VIH/SIDA

Contenido

- 3.1. Epidemiología:
- 3.2. Agente causal y vías de transmisión
- 3.3. Historia natural de la enfermedad y síntomas
- 3.4. Prevención

Información básica

En esta sesión se abordará el tema de VIH/SIDA y lo que implica este tema en aquellos que lo padecen.

El VIH/SIDA es otro problema que aqueja a la población mexicana que se puede transmitir por tres vías (sexual, sanguínea, parenteral), otras de sus características son: no es curable, solo se controla, es mortal y es de fácil contagio (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, CENSIDA, 2010a; WHO, 2011a). Por ello, es muy necesario prevenir dicha enfermedad dando información y enseñando conductas preventivas a los jóvenes.

3.1. Epidemiología

México ocupó el segundo lugar en países de América Latina con 220,000 personas viviendo con VIH y 3 ó 4 personas de 15 a 49 años de edad por cada mil pudieron ser portadoras del VIH en el 2009 (CENSIDA, 2010b). Para el 2010 se diagnosticaron 899 hombres y 249 mujeres con SIDA en el rango de edad de 15 a 29 años (CENSIDA, 2010b).

3.2. Agente causal y vías de transmisión

¿Cuál es la diferencia entre el VIH y SIDA? en muchas ocasiones estos términos se utilizan de la misma manera siendo que son diferentes. El VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana, es agente causal de la enfermedad que ataca al sistema inmunológico y el SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida la cual es la última fase de la enfermedad en la que la persona ya tiene síntomas producidos por el VIH (García et al., 2001; Redvhida, 2010). El VIH/SIDA se transmite por tres vías (De la Barrera, 2000; Conde y Vidales, 2000; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006):

- Ψ Transmisión sexual (vaginal, oral, anal) en el cual se intercambian secreciones vaginales, semen o sangre que estén infectados por el virus.
- Ψ Transmisión por vía sanguínea incluye todo tipo de contacto con la sangre infectada: transfusiones de sangre, jeringas u objetos punzocortantes que lesionen la piel de una persona infectada a una sana.
- Ψ Transmisión de madre-hijo (parenteral): la madre portadora puede contagiar al feto durante el embarazo, parto o lactancia, sin embargo, los avances científicos reducen el riesgo por esta vía.

El VIH vive en los fluidos del cuerpo humano (sangre, semen, entre otros) y fuera de él sobrevive por unas horas, cuando el virus es contraído por una persona se concentra en algunos fluidos más que en otros y esto hace mayor su transmisión (Correa, Faur, Re y Pagani, 2003; Bianco y Re, 2007).

3.3. Historia natural de la enfermedad y síntomas

La infección primaria o aguda: De cuatro a seis semanas después del ingreso del virus al organismo se pueden presentar síntomas como fatiga, fiebre, dolor de cabeza, entre otros y que pueden desaparecer un tiempo después (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Secretaria de Salud, 2009.; Medline Plus, 2011).

Infección asintomática: Es la etapa en la cual no se presenta síntomas pero no significa que excluye que pueda seguir contagiando a los demás ya que el virus está en el cuerpo y existe un deterioro lento del sistema inmunológico (Secretaría de Salud, 2009; Medline Plus, 2011).

El estadio intermedio: En esta fase la mayoría de las personas presenta síntomas en la cual se observa mayor frecuencia de infecciones como Herpes (VHS-2), Varicela Zoster (VVZ), bronquitis, neumonía, tuberculosis, candidiasis recurrente (oral y vaginal) entre otros, además, pérdida de peso, fiebre, diarrea, entre otros (Rodríguez, Frías, Barroso, 2006; Secretaría de Salud, 2009; Medline Plus, 2011).

El estadio tardío (SIDA): Es en la fase en donde existe un desarrollo de infecciones oportunistas que aprovechan la debilidad del organismo (ausencia de anticuerpos) para hacer algunas lesiones, neoplasias y trastornos neurológicos (Conde y Vidales, 2000; Lamotte, 2004; Secretaría de Salud, 2009).

3.4. Prevención de las ITS y VIH/SIDA

Como se mencionó en la sesión anterior, las ITS pueden provocar esterilidad, embarazo ectópico, cáncer genital y hasta la muerte, el VIH/SIDA no es la excepción y se ha convertido en una enfermedad epidémica en el mundo que se transmite de persona a persona por el contacto de fluidos corporales (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006). Además, el VIH/SIDA no es curable sino tratable cuyo tratamiento es muy caro y algunos hospitales públicos no tienen lo necesario para atender de manera efectiva la demanda (Conde y Vidales, 2000; Rodríguez, et al., 2006).

¿Qué podemos hacer nosotros para evitarlo entonces? La respuesta es prevenir las ITS y/o VIH/SIDA al realizar algunas de las acciones siguientes, además de las ya mencionadas en la sesión anterior (ITS) (Conde y Vidales, 2000; CENSIDA, s.f.; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006):

- Ψ Tener una sola pareja sexual.
- Ψ Sexo protegido (uso correcto y consistente del condón), abstinencia y sexo seguro (Ver sesión cuatro).

- Ψ Evitar cualquier contacto con una persona que tenga alguna ITS y/o VIH/SIDA
- Ψ Evitar el uso de alcohol o sustancias que limiten el control de las acciones y de las medidas de prevención.
- Ψ Conocer y reconocer los signos y síntomas de las ITS y/o VIH/SIDA.
- Ψ Buscar atención médica oportuna ante cualquier indicio de estar contagiados.
- Ψ Evitar relaciones sexuales cuando se detecte algún síntoma en la pareja.
- Ψ Observar si la pareja sexual presenta úlceras, huele mal, tiene irritada la piel o los genitales (pene o vagina); no se puede confiar de lo saludable o limpio que pueda parecer la persona, no se sabe si está infectada o no.
- Ψ Realizar un chequeo tanto de la pareja como de uno mismo.
- Ψ Mantenerse informado sobre su sexualidad.

Las ITS y el VIH/SIDA, como se ha visto, tienen consecuencias negativas a la salud de los adolescentes y en muchas ocasiones irreversibles por lo cual es importante realizar medidas preventivas que ayuden a este propósito.

En el caso de sospechar tener una ITS o VIH/SIDA se debe acudir con un especialista (ginecólogo o urólogo), diversas organizaciones no gubernamentales o gubernamentales que les darán un diagnóstico confiable, en caso de tener alguna se pueden tomar medidas para curarla o tratarla disminuyendo los síntomas venideros y evitando el contagio a otras personas (Conde y Vidales, 2000).

NOTAS PERSONALES

Bibliografía recomendada

- Conde, S. y Vidales, I. (2000). Responsabilidad y toma de decisiones individuales. En S. Conde e I. Vidales, *Formación Cívica y Ética 3* (pp. 115-216). México: Larousse.
- De la Barreda, L. (2000). Adolescencia y juventud. En L. De la Barreda, *Formación Cívica y Etica 1* (pp. 61-116). México: Santillana.
- García, J., Pérez, E. y Perpiñá, J. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J. De Pablo (coord.), *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (pp. 539-579). España: INO Reproducciones.
- Lamotte, J. (2004). Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN*, 8 (4), 49-63.
- Palazón, A. y Nadal, M. (2009). La reproducción. En A. Palazón y M. Nadal, *Ciencias 1. Biología* (pp. 172-227). México: Oxford
- Rodríguez, M., Frías, I. y Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En J. Orozco, C. Peña y Q. Calleja (Eds.), *Ciencias Biomédicas. Generalidades* (pp. 363-402). México: UNAM, FES Iztacala.

Sitios de internet

- Bianco, M y Re, M.I. (2007). *Cartilla educativa para docentes: la prevención del VIH/SIDA y la equidad de género van a la escuela*. Recuperado de http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/cartilla_docentes_VIH.pdf
- Center for Young Women’s Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html
- Correa, C., Faur, E., Re, M.I. y Pagani, L. (2003). *Manual de capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Recuperado de <http://www.rednacadol.org.ar/pdf/ManualSaludSexualidad.pdf>
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>
- Kids Health in the Classroom. (s.f.). *Grades 9 to 12*. Recuperado de <http://classroom.kidshealth.org/>
- Medline Plus. (2011). *Infección por VIH*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>
- Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

Redvihda. (2010). *Prevención VIH. Diferencia entre VIH y SIDA*. Recuperado de <http://www.redvihda.org/prevencionvih.asp?mm=3>

Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

World Health Organization (WHO). (2011a). *Sexually transmitted infections*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/definition>

Instituciones oficiales

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2010a). *FORMAS DE TRANSMISIÓN (INFORMACIÓN BÁSICA)*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/inforbasica.html>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (2010b). *El VIH/SIDA en México 2010*. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/elvihsida_mexico2010.pdf

Centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS (CAPASITS). (2013). *CAPASITS/SAI*. Recuperado de www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

Planificatel y planificanet. (2009c). *¡Protégete! ITS y VIH*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Secretaría de Salud. (2009). *Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH*. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf

Números telefónicos

Planificatel y planificanet: sin costo al 01 800 624 64 64 desde cualquier parte del país.

Salud Integral para la Mujer A.C.: 5674-9417

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono (SAPTEL): 52 59 81 21 y sin costo 01800-4727835

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP): (+52 55) 5611 5876 y (+52 55) 5598 5673 y sin costo 01800-0175900

Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve): 15 00 13 00 ext. 1303 y sin costo 01800-2280092

Centro de Capacitación y Atención Integral. Centro de Orientación para l@s Adolescentes A.C. (CORA): 55 59 84 51 y 55 59 84 53

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR): (55) 52639100 Ext.59106

(CNEGSR) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES: (55) 52639100

(CNEGSR) DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF): (55) 30032200

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA): telSIDA: 52 07 40 77 y sin costo de los estados al 01800-7120886 y 01800-7120889

Ser Humano, A.C.: 52 55 5578 7423 y sin costo 01800–7808182



**¿LO MEJOR PARA EVITAR
LAS CONSECUENCIAS?**

4. ABORTO Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Contenido

- 4.1. El aborto
- 4.2. Causas
- 4.3. Consecuencias físicas y psico-emocionales:
- 4.4. Prevención
- 4.5. Estrategias preventivas

Información básica

En esta sesión se abordará el tema de aborto y las implicaciones que enfrentarán aquellos jóvenes que deciden practicarlo, además de las estrategias preventivas en las relaciones sexuales.

En muchas ocasiones, el no tener medidas preventivas hace que los jóvenes tengan consecuencias muy graves para ellos mismos e incluso para terceros. Pero ¿Qué pasa con aquellos que no quieren enfrentar tener un hijo a esa corta edad? muchas parejas deciden no culminar el embarazo y practicarse el aborto, esto les trae consecuencias negativas a su salud.

En México en el 2006 se estimaron 874 747 abortos, aunque es difícil establecer con precisión una cifra exacta ya que algunas de las adolescentes se los practican en lugares clandestinos y/o mueren en el proceso (GIRE, 2006).

4.1. El aborto

El aborto, según la Organización Mundial de la Salud, pueden ser de tres tipos (GIRE, 2005a):

- **Aborto espontáneo:** Es aquel que sucede antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero materno (antes de las 22 semanas de gestación) y, como lo indica su nombre, es de una manera inesperada y sin la intervención humana.
- **Aborto inducido:** Es en el que hay intervención humana con el fin de interrumpir el embarazo.
- **Aborto inseguro:** Es el procedimiento que se lleva a cabo por personas que carecen del conocimiento necesario y/o en un ambiente carente de estándares médicos mínimos.

El aborto es entonces una interrupción del embarazo siendo con o sin intervención humana, además con o sin condiciones que aumenta aún más el riesgo para la salud de la persona que se lo realiza (GIRE, 2005a).

4.2. Causas

Algunos de los motivos por los que una mujer adolescente o incluso una pareja decide abortar son (GIRE, 2005e; Espinoza y López-Carrillo, 2003):

9. Seguir estudiando sin alterar su proyecto de vida
10. Posponer la decisión de una posible maternidad - paternidad
11. Peligro de la vida o de la salud de la mujer, cuando el embarazo implica un riesgo

Con estas causas y muchas más que pueden hacer que una adolescente decida el aborto hace que veamos cuan extenso puede llegar a ser e incluso para la pareja y sus familias.

4.3. Consecuencias

En la tabla 4.1 se mencionan algunas de las consecuencias de practicarse el aborto (Langer-Glas, 2002; GIRE, 2005c; GIRE, 2005d; GIRE, 2005e):

Tabla 4.1. Consecuencias de aborto

Físicas	Psico-emocionales
<p>Después de un aborto, siempre es recomendable ir al médico 15 días después de la práctica de un aborto para reducir el riesgo a tener las siguientes consecuencias:</p>	<p>Cada una de las personas reaccionamos de diferente manera, una adolescente que ha experimentado un aborto inducido puede experimentar sentimientos</p>
<p>9. Infecciones: Es causada por la entrada de ciertas bacterias al útero.</p>	<p>positivos, negativos u ambos y algunos son:</p>
<p>10. Retención de tejido donde pueden crecer bacterias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio
<p>11. Hemorragias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa
<p>12. Lesiones intra-abdominales (perforación del útero y lesiones cervicales).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Ansiedad
<p>13. Reacciones tóxicas e incluso envenenamiento a las sustancias o medicamentos utilizados para inducir el aborto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de pérdida • Depresión profunda (“trauma post aborto”) <p>En muchas ocasiones es por las condiciones en que se llevó a cabo y no por el hecho en sí de abortar.</p>
<p>14. Continuación del embarazo.</p>	<p>Una adolescente que toma la decisión voluntariamente y está segura de ello se recupera más fácil que la que duda</p>
<p>15. Infertilidad.</p>	<p>y no ha pensado en las consecuencias de sus actos.</p>
<p>16. Muerte de la madre y/o del feto en el parto o en el embarazo.</p>	
<p>Pueden presentarse algunas señales de alerta como fiebre, escalofríos, dolores musculares, cansancio, debilidad o letargo, dolor abdominal o pélvico, cólicos y/o dolor de espalda, sensibilidad a la presión en el abdomen, hemorragia prolongada o abundante, entre otros.</p>	

Elaborada por: Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011)

4.4. Prevención

Una persona que tiene información clara y precisa sobre estos temas tiene mayor probabilidad de realizar acciones preventivas, mientras que existe una mayor posibilidad de realizar conductas de riesgo por parte de aquellos que no tienen dicha información (Espinoza y López-Carrillo, 2003).

Estos conocimientos pueden ser adquiridos a través de impartir programas de intervención en los cuales estén involucrados los adolescentes, padres, profesores para informar sobre la sexualidad y el uso correcto de las medidas preventivas, el sexo seguro, sexo protegido y la abstinencia, referidos de igual manera en el embarazo no deseado e incluso en la ITS (Espinoza y López-Carrillo, 2003).

Además, mejorar los servicios de salud es otra medida que si bien no se evitará que muchas mujeres adolescentes aborten, si se puede lograr que reduzcan en la medida de lo posible las consecuencias negativas y la mortalidad (Espinoza y López-Carrillo, 2003).

Para este tema y los ya vistos en las sesiones anteriores, se mencionarán a continuación las estrategias preventivas para ejercer la sexualidad de manera sana y responsable.

4.5. Estrategias preventivas

Las estrategias preventivas que se recomienda que se haga para ejercer una sexualidad responsable y con menor probabilidad de tener consecuencias negativas a la salud son (Conde y Vidales, 2000; CENSIDA, s.f.; Palazón y Nadal, 2009; Rodríguez, Frías y Barroso, 2006):

- Uso correcto y consistente del condón durante todas las relaciones sexuales, único método que las previene (sexo protegido).
- Besos, caricias, juegos sexuales sin penetración, entre otros, cuando no se disponga del condón (sexo seguro).
- No tener relaciones sexuales (abstinencia sexual).

Bibliografía recomendada

- Conde, S. y Vidales, I. (2000). Responsabilidad y toma de decisiones individuales. En S. Conde e I. Vidales, *Formación Cívica y Ética 3* (pp. 115-216). México: Larousse.
- Espinoza, H. y López-Carrillo, L. (2003). Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. *Gaceta Médica de México*, 139 (supl. 1), S9-S15.
- Langer-Glas, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (supl. 1), S3-S7.
- Palazón, A. y Nadal, M. (2009). La reproducción. En A. Palazón y M. Nadal, *Ciencias 1. Biología* (pp. 172-227). México: Oxford
- Rodríguez, M., Frías, I. y Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En J. Orozco, C. Peña y Q. Calleja (Eds.), *Ciencias Biomédicas. Generalidades* (pp. 363-402). México: UNAM, FES Iztacala.

Sitios de internet

- Center for Young Women’s Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005a). *¿Qué es el aborto?*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=104>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005b). *Señales de peligro*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=116>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005c). *¿Qué esperar después de un aborto?*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=152>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2005d). *Tu vida está a salvo*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=125>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2006). *Cifras del aborto en México*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=3>
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). (s.f.). *Yo quiero, yo puedo*. Recuperado de <http://www.yoquieroyopuedo.org.mx/>
- Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>
- Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

Instituciones oficiales

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). (s.f.). *Todo sobre el CONDÓN*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>

Planificatel y planificanet. (2009a). *Sexualidad humana*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Números telefónicos

Planificatel y planificanet: sin costo al 01 800 624 64 64 desde cualquier parte del país.

Salud Integral para la Mujer A.C.: 5674-9417

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono (SAPTEL): 52 59 81 21 y sin costo 01800-4727835

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP): (+52 55) 5611 5876 y (+52 55) 5598 5673 y sin costo 01800-0175900

Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve): 15 00 13 00 ext. 1303 y sin costo 01800-2280092

Centro de Capacitación y Atención Integral. Centro de Orientación para l@s Adolescentes A.C. (CORA): 55 59 84 51 y 55 59 84 53

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR): (55) 52639100 Ext.59106

(CNEGSR) PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN: (55) 52639100

(CNEGSR) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES: (55) 52639100

(CNEGSR) DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF): (55) 30032200

Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE): (+52 55) 5658 66 45 y (+52 55) 5658 66 84



¿Y QUÉ HAGO YO?

5. ¿QUÉ HAGO YO?

Contenido

- 5.1. ¿Qué hacer en caso de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA y/o aborto?
- 5.2. Uso correcto y consistente del condón

Información básica

En esta sesión se abordará qué hacer como docentes, a dónde acudir en caso de necesitar más información y cómo orientar a los alumnos en un ambiente de confianza. Además, se describirá la forma correcta de poner un condón y que permitirá su uso consistente, siendo este el único método que previene embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA.

5.1. ¿Qué hacer en caso de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA y/o aborto?

A los alumnos se les debe explicar con cuidado, respeto y con confianza en sí mismos estos temas, así como darles la confianza de acudir a nosotros por información y/o lugares, páginas de internet, direcciones de aquellas instituciones que puedan atender casos específicos y que no podamos resolver.

Si nos ponemos nerviosos, nos enojamos, hablamos de los temas como un juego o sin respeto, serán actitudes negativas que impedirán y limitarán el objetivo de este manual, el informar, motivar y dar las herramientas necesarias a los adolescentes para evitar las consecuencias negativas.

Algunos de los lugares, páginas, teléfonos a los cuales se puede recurrir y remitir a los adolescentes son:

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

Planificatel y planificanet

Dirección electrónica: www.planificanet.gob.mx

Teléfono: sin costo al 01 800 624 64 64 desde cualquier parte del país.

Atención de lunes a viernes de 8:00 a 23:00 horas, sábados, domingos y días festivos de 8:00 a 18:00 h (Hora del centro de la República).

Salud Integral para la Mujer A.C.

Dirección electrónica: <http://www.sipam.org.mx>

Dirección: Vista Hermosa #89, Col. Portales, C.P. 03300, México D.F.

Teléfono: 5674-9417

Fax: 5674-9417

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 h.

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por
teléfono (SAPTEL)

Dirección electrónica: www.saptel.org.mx

Teléfono: 52 59 81 21 y sin costo 01800-4727835

Correo electrónico: saptel@prodigy.net.mx

Atención las 24 h del día y los 365 días del año.

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP)

Dirección electrónica: www.imifap.org.mx

Dirección: Málaga Norte No. 25, Col. Insurgentes Mixcoac, C.P. 03920, México, D.F.

Teléfono: (+52 55) 5611 5876 y (+52 55) 5598 5673 y sin costo 01800-0175900

Fax: (+52 55) 5563 6239

Correo electrónico: imifap@imifap.org.mx

Atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 h.

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve)

Dirección electrónica: www.imjuventud.gob.mx

Dirección: Serapio Rendón No. 76, Col. San Rafael, CP. 06470, México, D.F.

Teléfono: 15 00 13 00 ext. 1303 y sin costo 01800-2280092

Correo electrónico: webmaster@imjuventud.gob.mx

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 h.

Centro de Capacitación y Atención Integral. Centro de Orientación para l@s
Adolescentes A.C. (CORA)

Dirección electrónica: www.cora.org.mx

Dirección: Ángel Urraza 1122 Colonia del Valle, C.P. 03100, México, D.F.

Teléfono: 55 59 84 51 y 55 59 84 53

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
(CNEGSR)

Dirección electrónica: www.cnegsr.gob.mx

Dirección: Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Del. Miguel Hidalgo, C.P.
11570, México, D.F.

Teléfono: (55) 52639100 Ext.59106

Correo electrónico: cnegsr@salud.com.mx

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 15:30 h.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Teléfono: (55) 52639100

Correo electrónico: plan.familiar-cnegsr@salud.gob.mx

SALUD MATERNA Y PERINATAL

Teléfono: (55) 52639100 Ext. 59005

Teléfono de urgencias obstétricas: 01800-6283762 (Lunes a Viernes de 7:00 a
21:00 h).

Correo electrónico: apv-cnegsr@salud.gob.mx

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

Teléfono: (55) 52639100

Correo electrónico: adolescentes-cnegsr@salud.gob.mx

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

Dirección electrónica: <http://sn.dif.gob.mx/>

Dirección: Emiliano Zapata No. 340, Col. Sta. Cruz Atoyac, C.P. 03310, México, D.F.

Teléfono: (55) 30032200

Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE)

Dirección electrónica: www.gire.org.mx

Dirección: Viena 160, Col. del Carmen, Coyoacán, C. P. 04100, México, D.F.

Teléfono: (+52 55) 5658 66 45 y (+52 55) 5658 66 84

Fax: Extensión 242

Correo electrónico: correo@gire.org.mx

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

Dirección electrónica: www.censida.salud.gob.mx

Dirección: Herschel No.119, Col. Anzures, Delegación Miguel Hidalgo, CP. 11590, México, D.F.

Teléfono: telSIDA: 52 07 40 77 y sin costo de los estados al 01800-7120886 y 01800-7120889

Correo electrónico: telsida@salud.gob.mx

Atención de lunes a viernes de 9:00 a 21:30 h.

Centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS (CAPASITS)

Dirección electrónica: www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html

Directorio de CAPASITS:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/dir_capasits.pdf

Ser Humano, A.C.

Dirección electrónica: www.serhumano.org.mx

Dirección: Av. Fray Servando de Mier No. 104 Colonia Centro, Del. Cuauhtémoc
C.P. 06740, México D.F.

Teléfono: 52 55 5578 7423 y sin costo 01800–7808182

Fax: 52 55 5588 7629

Correo electrónico: serhumano@serhumano.org.mx

Atención de Lunes a viernes de 9:00 a 16:00 h. y sábados de 9:00 a 14:00 h.

5.2. Uso correcto y consistente del condón

La manera para prevenir los problemas de salud que aquejan a los adolescentes es el sexo protegido, el cual se definiría como el uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006).

El condón es considerado como una barrera de protección que cubre el pene, la entrada a la vagina o el ano antes, durante y después de las relaciones sexuales (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, CENSIDA, 2010b).

Ventajas y retos de su uso

Algunas de las ventajas está en que su uso correcto reduce hasta un 99% el riesgo de contraer el VIH/SIDA por la transferencia y paso de fluidos como la sangre, semen y virus que provocan infecciones de transmisión sexual (ITS) (OPS, 2005a; El Laboratorio Profeco, 2011).

Algunos de los retos que tiene el uso del condón de la población en todas y cada una de sus relaciones sexuales son:

- No creer que están expuestos de contraer el VIH en sus relaciones o alguna ITS (OPS, 2005a).
- El precio puede ser alto para algunas personas y el acceso en algunas regiones del país es difícil, sin embargo, existen lugares como Centros de Salud donde regalan condones para planificación y prevención de enfermedades (OPS, 2005a).

- Algunas personas no se sienten capacitadas para exigir el uso del condón (OPS, 2005a).
- Actitudes religiosas y culturales (machismo) que pueden dificultar el uso del condón, la creencia que no es necesario su uso (OPS, 2005a).
- El creer que con el condón no se siente igual (OPS, 2005a). Sin embargo, puede utilizarse dentro de los juegos sexuales preliminares a la penetración (CENSIDA, 2010b).

Historia del condón

El condón ha sido utilizado desde las antiguas civilizaciones con la finalidad de prevenir embarazos, la trasmisión de ITS y más reciente del VIH/SIDA. A continuación se explicará brevemente esta historia (ver tabla 5.1).

Tabla 5.1. Historia del condón

Lugar/Fecha	Hecho
Egipto (1220 AC)	Aparece en algunos murales en donde algunos hombres portan en sus penes una especie de envoltura pero no se sabe para que lo usaban (1220 AC; Durex, s.f.a).
China	Se recomendaba cubrir el pene con papel de arroz empapado con aceite para evitar embarazos y la trasmisión de ITS (El Laboratorio Profeco, 2004).
Europa (100 a 200 AC)	Algunas escenas de las pinturas rupestres de Combarelles, Francia (Durex, s.f.a). Soldados romanos fueron los primeros en usar condones de hojas de intestinos secos de borrego para protegerse contra enfermedades venéreas (Sico, s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004). Con la caída del Imperio Romano, el uso de "condones" se volvió raro y casi se pierde en la Edad Media (Sico, s.f.a).

Elaborada por: Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011)

Tabla 5.1. (Continuación) Historia del condón

Francia	El condón fue “re-inventado” por el Marqués de Sade cuando envolvió su pene en una tira de tocino, existen dibujos que indican la fabricación de condones de intestino de carnero (Sico, s.f.a).
1500	Referencia escrita más vieja de que se utilizaba el condón en un tratado sobre la sífilis (1564) de Gabriello Fallopio (funda de lino fino bañada en una infusión de hierbas astringentes) (Durex, s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004).
1600	Explicaciones de por qué se llama “condón” (Durex, s.f.a; Sico, s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004): <ol style="list-style-type: none"> 1. Del vocablo latino <i>condus</i> (recipiente) 2. Del doctor Condom o Quondam que fabricaba protecciones a partir de intestinos de animales para el rey Carlos II de Inglaterra.
1843	Con la vulcanización del caucho (se convierte en un material resistente y elástico) permite la fabricación en serie (Sico, s.f.a). En los 80’s incrementó su venta con la aparición del VIH/SIDA y para los 90’s se utilizaron nuevas tecnologías (Durex, s.f.a; El Laboratorio Profeco, 2004).

Elaborada por: Claudia Sarai Castañeda Ávila (2011)

Tipos de condones

Existe un gran variedad de condones que pueden ser elegidos de acuerdo a tres clasificaciones: por usuario, por práctica y por el material del que están hechos (CENSIDA, 2010b) los cuales son los siguientes:

Usuario:

- Masculino: Es una funda que se coloca en el pene erecto para prevenir el intercambio de fluidos corporales (el paso de espermatozoides) durante las relaciones sexuales y proteger la salud (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b).
- Femenino: Es una funda que se pone en la vagina, es fabricado de poliuretano que es un material más fuerte que el látex, tiene una mejor resistencia a los cambios de temperatura, no tienen efectos secundarios y conduce el calor manteniendo la sensibilidad (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b). Este condón es más amplio que el condón masculino, protege más contra las ITS porque cubre una gran parte de los genitales femeninos (vagina, cuello del útero y genitales externos) y la base del pene, no obstante, el precio de un condón femenino es más alto que un condón masculino (OPS, 2005c).

Se recomienda que se practique el uso correcto de cualquiera de ambos tipos de condón antes de la relación sexual para familiarizarse con él y reducir el riesgo de errores en su colocación (CENSIDA, 2010b).

Práctica sexual:

- Sexo Oral: Se debe utilizar condones sin lubricante, delgados (ultra sensitivos), de sabor, de aroma o bien cortar un condón de tal manera que la zona queda bien protegida (CENSIDA, 2010a; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2004; Sico, s.f.b; Durex, s.f.c; Prudence, s.f.; Trojan, s.f.).
- Sexo Anal: Es conveniente utilizar un preservativo grueso (reforzado-extra resistente-0-09mm de grosor) y con mucho lubricante; además también se puede utilizar el condón femenino removiendo el anillo interno y colocándolo en la punta del pene para que lo empuje al penetrar (CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011).
- Sexo Vaginal: Son los más conocidos en el mercado por su amplia variedad y algunos son: lubricados (el lubricante sirve para evitar

rupturas del condón, además lo emplean aquellas mujeres que no lubrican “normalmente”), de colores, de diversos tamaños (regular de 12 a 18 cm de largo o de más de 18cm), de texturas (con puntos para estimular al hombre, con estrías/anillos para estimular a la mujer, u ambos), de diversos grosores de la pared de látex (extra resistente - 0.09 mm ideal para el sexo prolongado, más de 10 min sin eyacular; normales - 0.08 mm), con espermaticida (lubricados con un agente espermicida nonoxynol 9 que mata espermatozoides y es auxiliar en la prevención de embarazos, puede causar irritación que abre puntos de entrada al virus del SIDA y agentes causales de ITS) y con retardante (para alargar el clímax del hombre lubricados con Benzocaina al 5%) (Sico, s.f.b; Durex, s.f.c; Prudence, s.f.; Trojan, s.f.).

Además, para su uso se ha puesto a la venta lubricantes que faciliten la práctica sexual (CENSIDA, 2010b; InfoRed SIDA, 2011; Sico, s.f.b; Trojan, s.f.).

Material:

Existen tres materiales de condones masculinos:

- Tejido de animales (condones de membrana natural, intestinos de cordero): Estos solo anticonceptivos más no protegen contra las ITS y VIH/SIDA (OPS, 2005a; El Laboratorio Profeco, 2011).
- Látex: Es el más distribuido y utilizado en todo el mundo para prevenir embarazos no deseados, la trasmisión de las ITS y VIH/SIDA; estos se pueden deteriorar si se expone a ciertas condiciones como luz ultravioleta o calor, por lo que deben guardarse en lugares que no lo dañen (bolsa delantera del pantalón o falda, en la camisa, cajetilla de cigarros, caja de chicles, porta condones; además de tomar en cuenta las condiciones que se mencionan más adelante) y utilizarse con lubricantes a base de agua (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010c)

Manual del taller: “Capacitación sobre sexualidad del adolescente”

- Poliuretano: Este tipo de condones son utilizados por las personas que resultan ser alérgicas al látex, además previene embarazos no deseados, la transmisión de las ITS y VIH/SIDA (OPS, 2005a; El Laboratorio Profeco, 2011).

En las tiendas llamadas “condonerías”, sex shops, farmacias y centros comerciales se ofrecen productos de formas, colores y figuras llamativas que se conocen como condones de fantasía los cuales son utilizados para los juegos sexuales y no como preservativos que garanticen una protección contra las ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados, por ello se recomienda que se utilicen marcas con registro oficial y que esté visible en el empaque (El Laboratorio Profeco, 2011).

Existen lineamientos internacionales para el control de calidad y seguridad de los condones en los cuales se hacen pruebas para determinar si son seguros (OPS, 2005a). En el 2004, los condones con peor calidad fueron: condones lisos lubricados de la marca Unidus modelo regular, Double One modelo regular de China, Maximum modelo regular de Corea y de condones lisos lubricados con espermaticida el Casanova modelo Regular de Corea (El Laboratorio Profeco, 2004). Para el 2006 se mencionan marcas que son de pésima calidad y por tanto un gran riesgo para la salud, estos son: Carnaval, Apolo, Sexipakk, Preven-Pakk y Night Light / Efecto fluorescente (El Laboratorio Profeco, 2006).

En el 2011, los lotes analizados pertenecientes a los siguientes preservativos presentan riesgos a la salud por tener la mayor cantidad de fallas y con una calificación global menor al 93% los cuales son (El Laboratorio Profeco, 2011):

Condomes naturales						
Marca	Balam	Do It Lovely	Durex		Gladiador	Trojan
Modelo	Texturizado	Natural	Natural	Retardante	Liso Lubricado	Muy Sensible
Presentación	3 piezas	3 piezas	3 piezas	3 piezas	4 piezas	3 piezas
Lote	0912-78	1005-31	TGL8236	TRR0006	1001-06	TTT008BUL

Los preservativos que no tuvieron fallas son los catalogados como excelentes con una calificación global de 100% y por ende los considerados como los más confiables son (El Laboratorio Profeco, 2011):

	Condomes naturales excelentes			Condomes con color excelente		
Marca	Prudence	Sico	Trojan	Prudence		
Modelo	Clásico	Ther Maxx Skin (de poliuretano)	Extrafuerte	Aroma y color chocolate	Aroma y color naranja	Aroma y color menta
Presentación	3 piezas	2 piezas	3 piezas	3 piezas	3 piezas	100 piezas

La evaluación de los condones antes mencionada pueden variar de lote a lote y de presentación a presentación por lo que es recomendable revisar la tabla completa mostrada en el artículo escrito en febrero por El Laboratorio Profeco (2011) y calificado de acuerdo al Laboratorio Nacional de Protección al Consumidor (LNPC).

Uso correcto del condón masculino

Para asegurar el éxito de un condón es necesario conocer su uso correcto, desde el inicio hasta el final de cada relación sexual (recurrente) (El Laboratorio Profeco, 2011), los pasos se enunciarán a continuación (OPS, 2005b; CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011):

1. Elegir y comprar el condón de acuerdo a la práctica sexual, material y persona que lo utilizará.
2. Observar la fecha de caducidad (restarle 2 a 3 años) o fecha de elaboración (sumarle 2 o 3 a la fecha).
3. Verificar que el empaque sea hermético (se sienta la burbuja de aire) y no esté dañado.
4. Ubicar el abre fácil del empaque.
5. Hacer a un lado el condón con las yemas de los dedos hacia un lado.
6. Abrir el empaque con las mismas yemas, no usar uñas o tijeras se puede dañar al condón.
7. Sacar el condón con cuidado del empaque.

8. Asegurarse de tener el lado correcto del condón por el que se desenrolla, no soplarle.
9. Tomar el receptáculo (la punta del condón) con la yema de los dedos y darle dos vueltas.
10. Estando el pene erecto, identificar si tiene prepucio o no, si lo tiene bajarlo con cuidado hasta descubrir el glande, poner si es posible una gota de lubricante a en el pene antes de colocarlo.
11. Colocar el condón sujetando el receptáculo con las yemas de una mano y con la otra colocarlo sobre el glande.
12. Desenrollarlo con cuidado hasta la base del pene; si no se desenrolla utilizar uno nuevo. Pasar la mano sobre el condón asegurarse que este sin burbujas de aire ni arrugas, se puede aplicar lubricante en la punta una vez puesto.
13. Sujetar el condón desde la base del pene e introducirlo a la vagina o ano.
14. Después de la eyaculación, aún erecto el pene, se debe sostener el condón en la base del pene y retirarlo de la vagina o ano.
15. Sujetar el condón por su base, llevar los residuos del semen de tal forma que se lleve a la punta los residuos que quedaran en el pene.
16. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas, con la otra mano se va retirando el condón del pene.
17. Una vez fuera enrollarlo en papel higiénico y tirarlo en el bote de basura, no en el retrete.

Acciones que deben realizarse para asegurar la eficacia del condón (CENSIDA, 2010b; El Laboratorio Profeco, 2011; OPS, 2005b; InfoRed SIDA, 2011):

- Guardar en lugares frescos y secos usar porta condones, evitar carteras, guanteras del coche, bolsas traseras del pantalón o en un

lugar donde haya objetos que lo puedan perforar o dañar (llaves, corta uñas, entre otros).

- Aplicar un lubricante adicional a base de agua ya que eso reducirá la posibilidad de ruptura del condón de látex y/o a base de aceite si el condón es de poliuretano.
- Utilizar otro condón si se va a tener otra relación sexual o si las tiene en otro sitio (vaginal, oral, anal).
- No utilizar ambos tipos de condones (femenino y masculino) al mismo tiempo.
- Cuando un condón se rompe es importante quitárselo y colocar otro en su lugar.
- Si se tiene probabilidad de que se haya salido el semen considerar el uso de un método contraceptivo de emergencia con las debidas precauciones y el conocimiento del mismo; en caso de sospechar que se tiene una ITS o VIH/SIDA consultar al especialista (ginecólogo o urólogo).

Algunas de las razones por las que se puede romper son:

- Condones de baja calidad o caducos (OPS, 2005a).
- Guardarlo durante mucho tiempo expuesto a condiciones negativas (calor excesivo, a la luz fluorescente) hace que pierda su calidad (OPS, 2005a; CENSIDA, 2010b).
- Actividades del usuario al momento como (OPS, 2005a):
 - Desenrollar el condón antes de ponérselo
 - Se lo pone cuando ya ha empezado la penetración
 - Usa el mismo dos veces
 - Lo utiliza al revés
 - Utiliza lubricantes basados en aceite cuando se utiliza un condón de látex.
 - Abre el condón con tijeras, dientes o uñas afiladas
 - Utilizar un condón inadecuado para la práctica que se realizará.

Uso correcto del condón femenino

Este condón es más amplio que el condón masculino y tiene dos anillos, un anillo exterior y un anillo interior; el anillo más grande se usa para cubrir los genitales externos y el pequeño para insertar el condón manteniéndolo en su lugar correcto durante la relación sexual (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b). Los pasos son los siguientes (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b):

1. Siempre deberá colocarse antes de una penetración, este puede colocarse hasta 8 horas previas a tener relaciones sexuales.
2. Verificar que el condón no esté dañado y la fecha de caducidad, es recomendable preferir aquellos con fecha de fabricación.
3. Abrir el empaque con cuidado, no usar tijeras, uñas ni dientes.
4. Elegir una posición cómoda para colocar el condón (agachada, con una pierna levantada, sentada o acostada).
5. Sostener el condón por el extremo cerrado con el extremo abierto colgando hacia abajo, apretar el anillo interno del condón con el pulgar y el dedo medio hasta flexionarlo en forma de ocho; mientras se continúa apretando el anillo interno del condón sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio.
6. Con la otra mano se deberá separar los labios de la vagina, colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo.
7. Con el dedo índice, por dentro del condón, empujar el anillo interno dentro de la vagina hasta pasar el hueso púbico lo máximo que sea posible, unos 2.5 cm del condón con el anillo externo quedará fuera del cuerpo para proteger los genitales externos.
8. Para remover el condón, apretar y dar vuelta al anillo externo de manera suave para mantener el semen en el interior de la funda, sacarlo con cuidado de la vagina.
9. Se recomienda envolverlo y después debe tirarse en la basura, no se debe tirar en el retrete (OPS, 2005c; CENSIDA, 2010b)

Bibliografía recomendada

Rodríguez, M., Frías, I. y Barroso, R. (2006). Sexualidad en el adolescente. En J. Orozco, C. Peña, y Q. Calleja (Eds.), *Ciencias Biomédicas. Generalidades* (pp. 363-402). México: UNAM, FES Iztacala.

Sitios de internet

Center for Young Women’s Health (CYWH). (s.f.). *Sexualidad y salud sexual*. Recuperado de http://www.youngwomenshealth.org/spsexuality_menu.html

Durex. (s.f.a). *La historia del sexo*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/The%20History%20of%20Sex/pages/HistoryOfSex.aspx>

Durex. (s.f.b). *Hagamos un condón*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/AboutDurex/Condom%20Manufacture/Pages/Letsmakeacondom.aspx>

Durex. (s.f.c). *Durex condoms*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-LAT/Products/Condoms/pages/CondomHomepage.aspx>

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (s.f.). *Derechos reproductivos*. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005a). *Características generales*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005b). *El condón masculino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161711>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005c). *El condón masculino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161712>

Planned parenthood en español. (2013). *Información y servicios médicos*. Recuperado de <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud>

Prudence. (s.f.). *Productos*. Recuperado de <http://www.prudence.com.mx/productos.html>

Redvihda. (s.f.). *Documentos de interés*. Recuperado de <http://www.redvihda.org/documentos.asp>

Sico. (s.f.a). *Historia del condón*. Recuperado de <http://anllie.com/cv/planet/sico/historia.htm>

Sico. (s.f.b). *Productos*. Recuperado de <http://www.sico.com.mx>

Teens Health. (s.f.). *For teens*. Recuperado de http://kidshealth.org/teen/centers/spanish_center_esp.html

Trojan. (s.f.). *Productos*. Recuperado de <http://www.trojan.com.mx/home.html>

Instituciones oficiales

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (s.f.). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Recuperado de <http://www.cnegsr.gob.mx>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010a). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/preguntas.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010b). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010c). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon2.html>
- Centros ambulatorios de prevención y atención en SIDA e ITS (CAPASITS). (2013). *CAPASITS/SAI*. Recuperado de www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html
- El Laboratorio Profeco. (2004). *Condomes. Revista del Consumidor*. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_04/condon04.pdf
- El Laboratorio Profeco. (2006). *Condomes. Revista del Consumidor*. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_06/condones-nov06.pdf
- El Laboratorio Profeco. (2011). *Estudio de calidad: condones. El producto vital a prueba. Revista del Consumidor*. Recuperado de <http://revistadelconsumidor.gob.mx/wp-content/uploads/2011/03/condonesOK.pdf>
- InfoRed SIDA (2011). *Guías Para Tener Relaciones Sexuales Más Seguras*. Recuperado de http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/151?lang=spa
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005a). *Características generales*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161710>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005b). *El condón masculino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161711>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005c). *El condón femenino*. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161712>
- Planificanet. (2009). *Dónde acudir*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/life-and-style-mainmenu-31/donde-acudir/>
- Planificatel y planificanet. (2009b). *¡Conoce tu método!*. Recuperado de <http://www.planificanet.gob.mx>

Números telefónicos

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR): (55) 52639100
Ext.59106

(CNEGSR) DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF): (55) 30032200

(CNEGSR) PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN: (55) 52639100

(CNEGSR) SALUD MATERNA Y PERINATAL: (55) 52639100 Ext. 59005; Urgencias obstétricas:
01800-6283762

(CNEGSR) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES: (55) 52639100

Centro de Capacitación y Atención Integral. Centro de Orientación para l@s Adolescentes A.C.
(CORA): 55 59 84 51 y 55 59 84 53

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA): telSIDA: 52 07 40 77 y
sin costo de los estados al 01800-7120886 y 01800-7120889

Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE): (+52 55) 5658 66 45 y (+52 55) 5658 66 84

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP): (+52 55) 5611 5876 y
(+52 55) 5598 5673 y sin costo 01800-0175900

Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve): 15 00 13 00 ext. 1303 y sin costo 01800-2280092

Planificatel y planificanet: sin costo al 01 800 624 64 64 desde cualquier parte del país.

Salud Integral para la Mujer A.C.: 5674-9417

Ser Humano, A.C.: 52 55 5578 7423 y sin costo 01800-7808182

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en crisis por teléfono (SAPTEL):
52 59 81 21 y sin costo 01800-4727835

