



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Prueba piloto del taller Abriendo Brecha.
Comunicación sexual entre padres e hijos"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Ivette Macedo Arratia

Directora: Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo

Dictaminadores: Lic. Martha Rodríguez Cervantes

Mtra. Patricia Anabel Plancarte Cansino

Los Reyes Iztacala, Edo de México, Junio 2014.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

“Ante tu valioso apoyo mi silencio vale oro. Sólo quiero decirte GRACIAS”
Abel Pérez Rojas.

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, apoyando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A la UNAM

Por déjame portar con orgullo los colores Azul y Oro, por este tiempo que me dejó aprender en sus aulas con la experiencia y conocimiento de los profesores de la bella FES Iztacala.

A la Lic. Beatriz Frías.

Agradezco de manera especial que, como directora de esta tesis, me orientó, apoyó y corrigió con mucho interés, entrega y paciencia, gracias por todo el aprendizaje, los buenos momentos, la motivación y por haber confiado en mí persona a su esposo Rodolfo, aunque no formó parte de los asesores siempre estuvo al pendiente con sus críticas, observaciones y sugerencias a lo largo de este camino, gracias por su apoyo y ánimo.

A la Lic. Martha y a la Mtra. Patricia.

Gracias por su tiempo, sus comentarios positivos, sus observaciones tan valiosas y sus atinadas correcciones para la conclusión de este trabajo.

A Católicas por el Derecho a Decidir

Especialmente al área de jóvenes por la oportunidad de invitarme a caminar con ustedes, dejarme ejercer lo que en mi formación profesional me enseñaron, por fomentar siempre mi aprendizaje, por su apoyo en la realización de este trabajo, pero sobre todo por la amistad, de verdad no tengo con que agradecerles. A Mine, Irenita, Flor, Juanita, Gore, Chris, Toño, Nayeli y a quienes se han ido sumando en el camino.

A mis padres

Con todo mi cariño y mi amor por que hicieron todo en la vida para dejarme soñar de manera libre, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi familia

A mis hermanos Adán y Josue porque sé que puedo contar con ustedes incluso en las situaciones más complicadas gracias por regalarme tanta confianza, a Aixa gracias por siempre apoyarme y por dejarme vivir al lado de Elian tantas experiencias acompañadas de su bella sonrisa.

A Daniel y Familia

A tí Daniel por aparecer en el mejor momento de la vida, por apoyarme en cada momento y siempre regalarme una sonrisa para poder encontrar una solución, a tu familia por el apoyo, su buena vibra y por las facilidades para el taller a todos y cada uno de ustedes gracias.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
1. DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA.....	14
1.1 Adolescencia versus pubertad.....	14
1.2 Desarrollo físico y/o biológico del adolescente.....	17
1.2.1 Caracteres sexuales primarios.....	18
1.2.2 Caracteres sexuales secundario.....	18
1.3 Desarrollo psicológico del adolescente.....	19
1.4 Desarrollo social del adolescente.....	23
2. SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA.....	29
2.1 Sexualidad.....	29
2.2 Salud sexual.....	32
2.2.1 Embarazo.....	38
2.2.2 Aborto.....	42
2.2.3 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	46
2.2.3.1 Sífilis.....	47
2.2.3.2 Clamidia.....	49
2.2.3.3 Gonorrea.....	50
2.2.3.4 Tricomoniasis.....	51
2.2.3.5 Candidiasis.....	52
2.2.3.6 Hepatitis B.....	53

2.2.3.7 Herpes genital.....	55
2.2.3.8 Virus de Papiloma Humano (VPH).....	56
2.2.4 VIH/SIDA.....	58
3. MODELOS Y TEORÍAS.....	64
3.1 Modelo de Creencias de Salud.....	65
3.2 Modelo de Acción Razonada.....	66
3.3 Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio.....	69
3.4 Modelo de Autoeficacia.....	71
3.5 Modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales.....	74
3.6 Características para que un programa sea efectivo.....	80
3.6.1 Proceso de desarrollo del programa.....	80
3.6.2 Los contenidos del programa.....	81
3.6.3 Instrumentación del programa.....	83
4. COMUNICACIÓN SEXUAL ENTRE PADRES E HIJOS COMO FACTOR DE PREVENCIÓN.....	85
4.1 Comunicación.....	86
4.2 Limitaciones de los programas preventivos (2004-2008) sobre comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes.....	88
5. REPORTE DE INVESTIGACIÓN.....	100
5.1 Pregunta de investigación.....	104
5.2 Objetivo general.....	104
5.3 Objetivos específicos.....	104
5.4 Método.....	105

5.4.1 Diseño.....	107
5.4.2 Variables, instrumentos y medidas.....	108
5.4.3 Procedimiento.....	113
5.5 Análisis de datos.....	114
6. RESULTADOS.....	115
6.1 Variable Información.....	115
6.2 Variable Motivación.....	123
6.3 Variable Habilidades Conductuales.....	129
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	137
BIBLIOGRAFÍA.....	152

ANEXOS

Anexo 1. Cartas descriptivas propuestas por Bárcenas y Tenorio (2012)

Anexo 2. Bitácoras de la prueba piloto

Anexo 3. Escala posterior a la prueba piloto

Anexo 3.1 Nota adjunta (pre-evaluación).

Anexo 4. Cartas descriptivas posteriores a la prueba piloto

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una prueba piloto del taller “Abriendo brecha” (Bárceñas y Tenorio, 2012) sobre comunicación sexual asertiva para padres de hijos adolescentes, en donde se brinde a los participantes la información detallada sobre sexualidad procurando motivar en cada sesión a los participantes con la información dada y las actividades realizadas en cada una de ellas para que adquieran técnicas específicas y estrategias para una comunicación más efectiva sobre temas de sexualidad entre ellos y sus hijos.

Se llevó a cabo con 14 participantes de edad comprendida entre 32 y 43 años todos ellos padres de familia de los alumnos de 3er grado de la Telesecundaria 1046 “Miguel de Cervantes Saavedra” del municipio de Abasolo en el estado de Guanajuato.

Para la evaluación de este programa se empleó un instrumento para evaluar los conocimientos de los padres sobre temas sexuales basado en el modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales (Fisher y Fisher, 1992), que consta de 4 secciones, la primera de datos demográficos, la segunda evalúa la información que tienen acerca de temas de sexualidad, la tercera evalúa las actitudes o motivación y finalmente la cuarta sección evalúa las habilidades de comunicación de los padres. Se empleó un diseño pretest-postest con intervención, y en ambas evaluaciones se empleó dicho instrumento. Este estudio constó de cuatro fases: Fase 1. Convocatoria, Fase 2. Pre-evaluación, Fase 3. Aplicación del “Taller de comunicación sexual asertiva para padres”, Fase 4. Post-evaluación. Finalmente se realizó un análisis comparativo entre la Pre y la Post evaluación utilizando una *t de student* para muestras relacionadas para analizar las diferencias por elementos del modelo y por cada uno de los reactivos del instrumento entre las evaluaciones.

En la sección “Información”, se evaluaron los conocimientos que poseen los padres con respecto a temas como la sexualidad, las ITS, métodos anticonceptivos, uso correcto del condón, adolescencia y pubertad, embarazos, abortos y VIH/SIDA, encontrando diferencias significativas en ambas evaluaciones

mientras que por reactivo se encontraron diferencias significativas en 7 de 11 reactivos. Se evaluó que tanto los padres se involucran con sus hijos en cuanto a temas sexuales y que tanto se comunican con ellos encontrando diferencias significativas y en todos los reactivos de la sección “Motivación en ambas evaluaciones. Finalmente en la sección “Habilidades Conductuales” se evaluó si los padres pueden intervenir en la educación sexual de sus hijos y de qué manera lo hacen encontrando diferencias significativas en los reactivos y en la sección misma para las dos evaluaciones.

Aunque no hubo ningún participante con los puntajes esperados, esta prueba piloto ayudo a reconocer los errores del programa “Abriendo brecha” para la mejora en la implementación del mismo.

INTRODUCCIÓN

“Es hermoso que los padres lleguen a ser amigos de sus hijos, desvaneciéndoles todo temor, pero inspirándoles un gran respeto”

José Ingenieros.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo como un tránsito entre la niñez y la adultez sin darle mayor atención. Actualmente se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que los colocan en cierta situación de vulnerabilidad que hacen necesario que se preste más atención, debido a que en esta etapa las vivencias por las que pasa el adolescente requieren de una asimilación y comprensión de los cambios para favorecer la construcción de la nueva identidad y la definición de conductas que regirán en la vida adulta, tal como mencionan Pérez, Sosa, Amaran, Pinto, y Arias (2008) los efectos de la edad en la cual comienzan los cambios de la pubertad, combinados con las formas en que los amigos, los compañeros, las familias y la sociedad en general responden a estos cambios, pueden influenciar otros aspectos de la vida del adolescente y tener efectos a largo plazo sobre éste.

La adolescencia es una etapa que tiene como constante el cambio, es compleja y diversa; no hay una sola manera de vivirla, por ello es importante contar con ciertas nociones sobre la misma y saber cómo actuar en consecuencia, para que sea fuente de crecimiento y aprendizaje tanto para el adolescente como para quienes lo acompañan.

En esta etapa una de las cuestiones más importantes por abordar es sin duda el desarrollo de la sexualidad que suele hacer explosión en la adolescencia, al iniciarse los cambios hormonales; aparece la posibilidad de la reproducción íntimamente ligados a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social (Della, 2003), por lo que es imprescindible que el adolescente tenga información certera en materia sexualidad para que pueda vivirla saludablemente, siendo el adolescente quien determine sus propios tiempo y gustos, ya que el

desconocimiento de los cambios en esta etapa unido a los problemas de salud sexual, coloca a los jóvenes en condiciones de riesgo, por lo que mundialmente, los hombres y mujeres jóvenes se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otros problemas graves de salud de la reproducción como el aborto (Garzo y Quintero, 2009).

En la adolescencia también se presentan las primeras experiencias con la bebida, con drogas o cigarrillos, generalmente teniendo lugar en compañía de otros jóvenes, para ellos esto se considera lo normal y necesario para poder aprender, situación que se agrava con sus experiencias con las relaciones sexuales sin protección que reflejan un estilo de vida al límite (Aliño, López y Narro, 2006).

Por lo anterior, la educación sexual es un gran aporte a la formación humana ayuda a conocer el cuerpo, a reflexionar sobre las emociones que surgen, favoreciendo la comprensión de las necesidades y vivencias de los adolescentes, así como la educación en sexualidad que es crucial tanto para padres como para hijos, ya que favorece el diálogo y fortalece el vínculo familiar, dejando ver que cuanto más conozcan los adultos acerca de esta etapa y el adolescente sobre los propios cambios que está atravesando será más factible que logren disfrutar de una etapa de muchos cambios y aprendizajes (Spellings, 2003).

Los problemas de salud sexual resultado de la conducta sexual de riesgo se consideran un problema relevante para los psicólogos del área de la salud ya que al tener conocimiento de las variables que intervienen en las conductas saludables dentro del comportamiento de los adolescentes pueden estar jugando un papel importante a la hora de crear programas, ya sea en un individuo, una relación o en la sociedad, que exigen la adopción de medidas concretas que permitan la identificación, prevención o el tratamiento de dichos problemas y, finalmente, su resolución (Palacios, Bravo y Andrade, 2007).

Si bien han surgido estrategias de prevención en respuesta a estas problemáticas, las mismas han sido débiles e ineficientes para modificar las actitudes de riesgo de los adolescentes, los padres quienes tienen bajo su responsabilidad el cuidado de sus hijos, a menudo se sienten poco preparados es por eso que algunos de los programas preventivos promueven la comunicación entre padres e hijos adolescentes debido a que se ha encontrado que el apoyo recibido en el hogar disminuye las conductas sexuales de riesgo y la comunicación siendo el principal mecanismo de interacción para los seres humanos ayuda a conocer y negociar los espacios en la vida cotidiana, al igual que se entregan o vivencian las creencias, las costumbres y los estilos de vida propios de cada familia, comunidad o espacio social al que se pertenece (Atienzo, Campero, Estrada, Rouse, y Walker, 2011).

A través de la comunicación es posible fomentar las conductas sexuales preventivas en la población susceptible como son los adolescentes, para lo cual se requiere de adultos responsables, veraces y coherentes que les ayude a los adolescentes a entender y entenderse, a su alrededor deben encontrar formadores y este papel cae con mayor responsabilidad en los padres que deberían ser quienes los informen y acojan entregándoles opciones claras y sin prejuicios (Salas, 2006).

Cuando se utiliza el estilo asertivo en la comunicación con los hijos y ambas partes se hacen partícipes de lo que piensan, de cómo se sienten, de un modo claro y respetuoso, contribuyendo a mejorar su autoconcepto, a elevar su autoestima y a establecer una relación más cercana con ellos (Caricote, 2008), por lo que es el estilo que se pretende fomentar en este trabajo.

Por ende, el objetivo del presente trabajo es realizar una prueba piloto del taller “Abriendo Brecha” propuesto por Bárcenas y Tenorio (2012), debido a que una de las características para que un programa sea efectivo es realizar la prueba piloto para poder realizar ajustes posteriores (Kirby, 2007).

El taller abriendo brecha es un programa diseñado con base en el modelo Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) que consta de una evaluación previa sobre conocimientos, actitudes o motivación y habilidades conductuales acerca de temas de sexualidad, la aplicación de un taller sobre comunicación sexual asertiva entre padres e hijos adolescentes donde se les enseña a los padres mediante técnicas específicas, estrategias para una comunicación más efectiva entre ellos, mostrándoles en primera instancia los aspectos importantes de las conductas sexuales de riesgo y su prevención a partir de la comunicación.

De acuerdo con Kirby (2007) el taller debe estar basado en un modelo o teoría por lo que este taller se encuentra basado en el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) para incluir las tres características más importantes Información, Motivación y Habilidades Conductuales, para que este programa preventivo sea exitoso y se modifiquen los comportamientos sexuales de riesgo que realizan tanto padres y que finalmente transmiten a sus hijos, además se basa en los aciertos de otros programas de intervención similares al presentado en este trabajo.

Este trabajo contiene información específica en cada uno de los capítulos presentados.

De este modo, el primer capítulo, denominado desarrollo de la adolescencia: pretende ofrecer un panorama general de los principales cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen en esta etapa de la vida.

Casi siempre se discute la sexualidad en la adolescencia, desde sus aspectos problemáticos, particularmente en relación con el embarazo, el aborto, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA, pero no pueden resolverse si no se conocen los aspectos del desarrollo compartidos por la mayoría de los adolescentes, por eso en la segunda parte, bajo el subtítulo sexualidad y salud sexual en el adolescente, se abarca las definiciones empleadas para ambas cuestiones y se presentan los problemas de salud sexual más importantes en esta etapa.

El tercer capítulo se plantean los modelos y teorías que han sido empleados para evaluar, describir o predecir las conductas de riesgo para la salud de los individuos y como es que pudieran ser la base para programas preventivos eficaces, para ello se mencionan también las características para que se realicen lo mejor posible.

Durante el capítulo 4 se menciona la relevante influencia que tiene la comunicación sexual entre padres e hijos como factor de prevención, comenzando por definir la comunicación y continuando con una breve reseña de algunos programas (2004-2008) así como sus aportes y sus limitaciones en el tema de comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes.

A través de la propuesta de un programa de intervención adecuado a la población mexicana en el capítulo 5 se menciona cómo es que se llevó a cabo la prueba piloto del Taller “Abriendo Brecha”, mencionando de manera detallada, los antecedentes para su realización, los objetivos para este estudio, la metodología empleada, el diseño del estudio, las variables empleadas, los instrumentos, su medición, el procedimiento del programa y las fases que contiene así como la manera en que se llevó a cabo el análisis de datos.

En el capítulo 6 se presentan los datos obtenidos mediante el análisis comparativo realizado entre la Pre y la Post evaluación dónde se empleó la t de student para observar la existencia de diferencias significativas entre ambas evaluaciones presentando las gráficas comparativas de las variables información, motivación y habilidades conductuales, también se muestran los resultados detallados de cada reactivo de las 3 variables empleadas y las diferencias que se encontraron.

Después de lo anterior se presenta en el capítulo 7, la discusión, los objetivos alcanzados, el contraste de la literatura con los datos obtenidos, los problemas metodológicos y su posible solución, las alternativas para la mejora del programa presentado y la conclusión de este trabajo.

Finalmente, se mencionan las referencias empleadas y los anexos que sirvieron de apoyo para la realización de este trabajo, estos últimos son las cartas descriptivas empleadas en el taller, las bitácoras obtenidas en las sesiones del taller, la escala basada en Bárcenas y Tenorio (2012) mejorada tras la aplicación de este programa y las cartas descriptivas sugeridas después de la intervención.

1. DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA.

“En la adolescencia se es héroe o villano a diario”

Luis Gabriel Carrillo Navas.

En la actualidad estudiar a la población adolescente es necesario y muy interesante para los adultos y para quienes viven esta etapa, se extiende a los profesionales de la psicología quienes, a través de la investigación, la reflexión y la acción directa pueden realizar intervenciones eficaces (Morales, 2002) a fin de conocer las capacidades, las potencialidades, las necesidades y las dificultades que tienen y las que deberán enfrentar en el futuro, al tratarse de una etapa donde ocurren cambios en el desarrollo biológico, psicológico y social, hay comportamientos que pueden afectar su salud y calidad de vida en el presente o el futuro, dichos cambios se expondrán a lo largo de este capítulo para el conocimiento de sus características, la definición y las diferencias entre adolescencia y pubertad.

Es importante mencionar que gran parte de los habitantes en el mundo son adolescentes, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia informa que hasta 2009 vivían 1,200 millones de personas que tenían entre 10 y 19 años, la gran mayoría de adolescentes (el 88%) vive en países en desarrollo, 1 de cada 6 adolescentes vive en los países menos adelantados, aproximadamente 108 millones en América Latina y el Caribe de los cuales 12,8 millones de adolescentes viven en México; 6,3 millones son mujeres y 6,5 millones son hombres (UNICEF, 2011).

1.1 Adolescencia versus pubertad

Existe una diferencia entre lo que es la adolescencia y la pubertad, son dos términos que a veces se confunden, sin embargo, ambos conceptos están estrechamente unidos, por esa razón es conveniente revisar los conceptos y evitar emplearlos como sinónimos. A continuación se presentan algunas definiciones acerca de la pubertad este es un término que proviene de latín "*pubertas*" que

significa "edad viril" y hace referencia a la primera parte de la adolescencia (Carretero, 1985), donde se produce una serie de cambios físicos en el organismo humano cuyo producto final es, básicamente, la completa maduración de los órganos sexuales y la plena capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente (Coleman y Hendry, 2003), Sepúlveda y Mericq (2001) resaltan que es una de las etapas más importantes de la vida que está definida como un período de transición donde el sujeto adquiere las características sexuales secundarias (que incrementan la velocidad de crecimiento) y la capacidad reproductiva, se trata de un conjunto de modificaciones puramente orgánicas, comunes a todas las especies con fenómenos neurohormonales y antropométricos (Silva, 2007) y más adelante se empiezan a experimentar cambios somáticos y psicológicos que progresan ordenadamente, hasta que al final se alcanza la talla adulta, la madurez psicosocial y la fertilidad (Temboury , 2009).

Todas estas definiciones son importantes para entender por qué la Organización Panamericana de la Salud (citada en OMS, 2001) la define como un proceso en que los niños se transforman en personas sexualmente maduras, capaces de reproducirse, esta etapa comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducción y con el cese del crecimiento somático; dicha definición de pubertad será usada en este trabajo para facilitar su comprensión.

Hay que tener en consideración que la edad en que la pubertad se inicia es muy variable y, en condiciones normales, está influenciada, por el sexo, por factores genéticos, ambientales y metabólicos. Su presentación, precoz o tardía, puede ser una simple variación extrema de la normalidad o el reflejo de alguna de las múltiples patologías que pueden influir o condicionar el momento de su aparición (Martínez y Sanz, 2007).

La manifestación de los diversos cambios en la pubertad, dan pie al desarrollo de la adolescencia cuyas definiciones encontradas son las siguientes: Rubio (2009) menciona que la palabra adolescencia proviene etimológicamente

del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer” o “hacerse mayor”, Pineda y Aliño (2002) agregan que es un término relativamente nuevo y la definen como una etapa entre la niñez y la etapa adulta del ser humano que cronológicamente se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones, para otros autores como Massa, Pat, Keb, Canto y Chan (2011) es considerada como la etapa en donde se realiza la transición de cuerpo y mente entre el niño y el adulto que se conjuga con su entorno, el cual es transcendental para que los cambios fisiológicos que se producen les permitan llegar a la edad adulta. Por otro lado, Silva (2007) menciona es un período de transición bio-psico-social que ocurre entre la infancia y la edad adulta mediante modificaciones corporales y de adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que llevan a la vida adulta, dicho período va desde los 10 hasta los 19 años, en el cual no sólo se producen un crecimiento y maduración físicos acelerados sino que también existen cambios de orden psicológico, sexual, de comportamiento y socialización (Casas, 2010). Mafla (2008) indica que estas definiciones llevan a considerarla también como una edad crítica y por este motivo es indispensable poner especial atención, dada su complejidad e impacto sobre distintos aspectos de la salud.

Tomando en cuenta estas consideraciones se puede decir que la adolescencia es el período que inicia con la pubertad y culmina al llegar a la vida adulta mediante cambios físicos y/o biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran ligados entre sí (Pineda y Aliño, 2002; Massa, et al., 2011; Silva,2007). Cada una de estas concepciones de la adolescencia contiene algunos indicadores de la definición más aceptada y empleada en la investigación, la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define de la siguiente manera:

“Es aquella etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y

modificación en el perfil psicológico y de la personalidad” (OMS, 2001, p. 13).

Las personas que están entrando en la adolescencia experimentan muchos cambios, en este trabajo se engloban en tres grandes grupos: cambios físicos y/o biológicos, cambios psicológicos y cambios sociales, dichos cambios en la adolescencia generan diversas repercusiones, debido a que es el momento de definir proyectos de vida y crear sus propias bases para el desarrollo individual y de la sociedad, en ese sentido se hace necesario evaluar las conductas que puedan desarrollar acciones positivas ante factores y conductas de riesgo, por eso es que conocer estos cambios es importante para quienes están viviendo este proceso, para quienes le rodean y para la psicología de la salud cuyos espacios de acción serían todos aquellos en los que se identifiquen factores psicosociales de riesgo para la salud y la intervención de estos para el mejoramiento de ambientes sociales, escolares, laborales y familiares (Morales, 2002, citado en: Reynoso y Seligson, 2002).

De los cambios que se dan al entrar en la adolescencia son varios, el más notorio es el desarrollo físico que las personas experimentan, por ello puede ser útil recordar que cada adolescente se desarrolla a una velocidad diferente, estos cambios también incluyen la parte biológica y se presentan a continuación.

1.2 Desarrollo físico y/o biológico del adolescente.

Es en la etapa de la adolescencia inicial (10-14 años) cuando por lo general empiezan a presentarse los cambios físicos más importantes, iniciando con la sorprendente aceleración del crecimiento, también el cerebro experimenta un precipitado desarrollo neuronal y fisiológico, el número de células cerebrales pueden llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental (cambios internos, menos evidentes), mientras que en la adolescencia final (15 y los 19 años de edad) ya han tenido

lugar los cambios físicos más importantes como el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales (cambios externos o evidentes) (UNICEF, 2011). Ramírez y Aguiñana (2006) hacen referencia a que estas características sexuales o caracteres sexuales son aquellos que forman parte de los rasgos por los que se pueden distinguir el sexo femenino del masculino, hay dos tipos de caracteres sexuales: primarios y secundarios, que a continuación se describirán.

1.2.1 Caracteres sexuales primarios

Los caracteres sexuales primarios se refieren a los órganos sexuales y reproductores en el caso de las mujeres, la vagina, los ovarios y el útero, aunque desde la infancia existe vello en el área genital, es en la etapa adolescente cuando aparece el vello púbico más largo y grueso, como respuesta al aumento de andrógenos y estrógenos en la piel de la zona mencionada y tiene como finalidad proteger la vagina, todos estos caracteres forman parte de la primera indicación externa de la maduración sexual, mientras que en los hombres los órganos sexuales y reproductores aumentan su tamaño: el pene, los testículos, y el escroto (la estructura en forma de bolsa que contiene a los testículos), posteriormente se da la aparición del vello púbico y más tarde puede observarse una aceleración en el crecimiento del pene, en este período el pene queda erecto con gran facilidad, ya sea espontáneamente o en respuesta a toda una variedad de estímulos (Ramírez y Aguiñana, 2006), por otro lado, para continuar, se mencionarán los caracteres sexuales secundarios.

1.2.2 Caracteres sexuales secundarios

Salas y Álvarez (2008) mencionan que los caracteres sexuales secundarios inician con la activación de las glándulas hipófisis, tiroides, suprarrenales y las gónadas; las hormonas que producen estas glándulas provocan cambios en el cuerpo, que comprenden la conformación física general del cuerpo, en el desarrollo de los órganos sexuales, también suceden cambios fisiológicos como el

principio de la producción de espermatozoides (hombres) y óvulos (mujeres) estos procesos son llamados principios de la gametogénesis.

Dichos cambios en las mujeres se relacionan con el desarrollo de los senos, el ensanchamiento de las caderas, y otros cambios en la forma del cuerpo, en esta etapa el útero y la vagina crecen, lo que ocurre simultáneamente con el desarrollo de los senos, también se agrandan los labios vaginales (mayores y menores) y el clítoris, cuando empieza a detenerse la altura de su cuerpo comienza la menarquia (menstruación), de este modo comienza la ovulación mensual que es la liberación de óvulos de los ovarios (Ramírez y Aguiñana, 2006).

En los hombres los caracteres sexuales secundarios se manifiestan por los cambios que comienzan con el desarrollo del vello facial y corporal (hacen su primera aparición unos 2 años después del comienzo del vello pubiano), la voz se hace notoriamente más baja o grave, en algunos chicos este cambio de voz, es más bien brusco y dramático, en tanto que en otros ocurre de manera gradual que casi no es perceptible, durante este proceso, la laringe (o manzana de Adán) aumenta significativamente y las cuerdas vocales aumentan de manera gradual su longitud (Ramírez y Aguiñana, 2006).

Estos cambios llevan a los adolescentes a formularse preguntas con respecto a su nueva imagen corporal, se presenta entonces la capacidad de reflexionar y pensar sobre sí mismo, motivando el desarrollo psicológico (Mc Guire y Chicoine, 2012), el cual se abordará en el siguiente apartado.

1.3 Desarrollo psicológico del adolescente

La evolución psicológica del adolescente incluye el desarrollo del pensamiento abstracto y la búsqueda de la personalidad a través de diversos contrastes, la meta es que el adolescente pueda reconocerse así mismo como miembro de un género, como hombre o mujer (Salas y Álvarez, 2008), en este proceso los cambios del estado de ánimo, el aislamiento, la conducta

experimental, la volubilidad y la inconstancia con que se afirman las elecciones personales, son señales propias del descubrimiento a sí mismo (Mc Guire y Chicoine, 2012).

De acuerdo con García (2004) los numerosos cambios a los que se enfrentan los adolescentes, pueden suponer grandes demandas en la habilidad para conseguir ajustar sus propias autoevaluaciones con la nueva información que les llega sobre sí mismos, dichos cambios van a afectar de una manera u otra al adolescente respecto de su sentimiento de autocongruencia y de identidad de sí mismo, por ello, necesita tiempo para ir integrando y asumiendo estas transformaciones y conformar una identidad firme y positiva de sí mismo, la autoevaluación que realice acerca de su imagen corporal puede afectar de forma importante en su nivel de autoestima, esta cuestión que se observa de manera más clara en las mujeres, ya que ellas son más críticas a la hora de evaluar su aspecto físico especialmente en el peso que tienen y el desarrollo de su cuerpo y en el caso de los hombres la altura es la cuestión que les causa más insatisfacción.

Chambers, Taylor y Potenza (2003) señalan que en la literatura uno de los aspectos más destacados del desarrollo adolescente es el que hace referencia a la construcción de la identidad personal, ya que probablemente es uno de los rasgos más importantes de la adolescencia, se realiza mediante un proceso de exploración y búsqueda que va a culminar con el compromiso de chicos y chicas con una serie de valores ideológicos, y con un proyecto de futuro, que definirán su identidad personal y profesional, esta necesaria exploración y búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias van a verse favorecidas por algunos cambios cognitivos que suelen llevar al adolescente a un deficiente cálculo de los comportamientos de riesgo.

Sutt y Maddaleno (2003) mencionan que las influencias más importantes en el desarrollo psicológico del adolescente son: el interés por la apariencia física, la identidad sexual, la lucha por la independencia y el bienestar emocional, tales factores serán descritos a detalle enseguida.

El *interés por la apariencia física*, dan importancia a la manera de vestir, a los peinados, siguiendo las modas y estilos, comparan su desarrollo cuidadosamente con el de sus iguales y son agudamente conscientes de sus imperfecciones, los adolescentes de ambos sexos, se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo, los varones quieren ser altos, anchos de espalda, y atléticos, mientras que las mujeres quieren ser lindas, delgadas, pero con forma, y con una piel y un cabello hermoso, les interesa mucho su aspecto físico más que cualquier otro asunto de sí mismos, lo que trae como consecuencia la aparición de los desórdenes en la salud como desnutrición, descuido del peso, anorexia, bulimia, depresión, ansiedad y hasta abuso en el consumo de alcohol, tabaco y drogas (Shutt y Maddaleno, 2003).

Por otro lado, *la identidad sexual*, se solidifica durante la etapa inicial de la pubertad entre los 10 y los 13 años de edad o en la etapa intermedia de la adolescencia entre los 14 y los 17 años, permitiendo a un individuo formular un concepto de sí mismo a través de la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo (género), la manifestación de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos con respecto a la pareja (orientación sexual), el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio conjunto de características biológicas (identidad de género) que definen al espectro de humanos como hombres o mujeres (sexo), es importante mencionar que durante este proceso, los jóvenes prueban diferentes personalidades buscan, imitan y rechazan diversos modelos (Shutt y Maddaleno, 2003).

Otra de las influencias es *la lucha por la independencia*, esta puede comenzar durante la etapa inicial de la adolescencia, entre los 15 y 19 años de edad, se muestra más dificultad por aceptar el consejo o las críticas de los padres

y se tiende a desarrollar un fuerte lazo con el grupo de pares, los conflictos y la rebeldía de los adolescentes son la principal forma de lograr la autonomía y la independencia con los padres, las luchas de poder empiezan cuando la autoridad está en juego o el "tener la razón" es el asunto principal. En este sentido, la independencia se define como la toma de decisiones propias que se valga por sí mismo/a, y que tome su vida con responsabilidad, es "libertad" de acción que consiste en la capacidad de hacer los juicios propios y regular la propia conducta. Parte del proceso de desarrollo de los adolescentes es aprender a resolver sus problemas sin intervención externa, aumentar sus capacidades cognitivas e intuitivas para enfrentar nuevas responsabilidades, a tener pensamientos y fantasías sobre su futuro y su vida adulta como por ejemplo, la carrera que quiere estudiar, la capacitación laboral, el trabajo o el matrimonio (Sutt y Maddaleno, 2003).

El *bienestar emocional* también es importante debido a que los cambios hormonales y físicos del cuerpo durante la adolescencia dan lugar a sentimientos de autoconciencia y preocupación en relación con la imagen del cuerpo y el atractivo físico. En este sentido, el aspecto más importante para la determinación del bienestar emocional es la autoestima ya que se considera un factor protector que ayuda a las personas a superar situaciones difíciles. Así un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilitando la toma de decisiones que llevan a una vida más saludable, por el contrario, el bajo nivel de autoestima se ve implicada en los problemas de salud (como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas), en esta etapa los hombres desean y se alegran con los cambios físicos que ocurren, pero las mujeres pueden tener momentos difíciles, con menos confianza y seguridad en sí mismas, lo que contribuye a una menor autoestima (Sutt y Maddaleno, 2003).

Estas influencias no solo son importantes sino decisivas por sus implicaciones psicológicas ya que le hacen percibir el mundo más real y expresar juicios y pensamientos propios (Sutt y Maddaleno, 2003), la nueva apariencia no

solo modifica la relación y la imagen que se tiene de sí mismo, sino que también produce cambios en las relaciones con las otras personas, entonces se produce el desarrollo social (Krauskopf, 2000), el cual se expondrá a continuación.

1.4 Desarrollo social del adolescente

Los adolescentes presentan cambios biológicos y psicológicos los cuales son de gran importancia y marcan un punto de partida para el desarrollo y los cambios en la parte social del adolescente (Rodríguez, 2012).

De acuerdo con (McAnarney, 1997, citado en Rodríguez, 2012) el desarrollo social consiste en una mayor autonomía respecto de los padres y la autoridad adulta, considerándose como una modificación de las relaciones interpersonales y en la madurez de la conducta del adolescente.

Los estudios sobre la socialización de la familia han demostrado que los padres tienen un gran impacto sobre el desarrollo de sus hijos, en este aspecto el término socialización manifiesta el proceso mediante el cual se transmite la cultura de una generación a la siguiente, este proceso es interactivo y en él se transmiten contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos (Silva, 2007), o bien, se puede definir como un proceso de aprendizaje no formalizado y en gran parte no consciente, en el que a través de un proceso de interacciones el adolescente asimila conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y demás patrones culturales que los caracterizarán para toda la vida, este estilo de adaptación al ambiente en gran medida determinará su manera de actuar, aprendiendo las limitaciones y las probabilidades que tiene para formar su identidad a través de las relaciones sociales (Musitu, 2000).

El desarrollo adolescente se da en una delicada interacción con los entes sociales del entorno, tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad, es el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las metas

socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno (Krauskopf, 2000), estas interacciones pueden alterar el estado de ánimo y tener una mayor implicación en conductas de riesgo, aunado a ello, no todos los adolescentes inician esta importante etapa de su vida con los mismos recursos personales y sociales, la mayor o menor adaptación del adolescente se encuentra determinada, en gran parte, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar estos cambios y en este sentido, uno de los principales recursos de que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Musitu y Cava, 2003).

Dentro del desarrollo social del adolescente, Rice (1999, citado en Rodríguez, 2012) enfatiza "la sociedad de los adolescentes" es aquella que se encuentra representada por una red organizada de asociaciones entre los adolescentes y la "cultura de los adolescentes" y que mediante estos dos aspectos se facilita la comprensión del mundo social en quienes atraviesan por esta etapa.

Las razones por las cuales los adolescentes interactúan con otros individuos es por las necesidades personales que existen en esta etapa, que de acuerdo con Rice (1999, citado en Rodríguez, 2012) las que se enumeran a continuación podrían ser algunas:

1. Necesidad de conformar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés hacia los compañeros de juego de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino aceptable y aprender la conducta apropiada al sexo.

Silva (2007) menciona para cubrir estas necesidades, en este proceso existen numerosos grupos más o menos pequeños, llamados agentes

socializadores que juegan un papel de mayor o menor importancia para los adolescentes y cuya función es la difusión de los conocimientos culturales necesarios según su posición en la estructura social, el comienzo natural del proceso de socialización es su inmediato grupo familiar, aunque también en esta etapa del ser humano aparecen otros agentes importantes para su desarrollo: los amigos, la pareja y el uso de las redes sociales, mismos que se irán describiendo a continuación.

De acuerdo a la OMS (citada en Silva, 2007) se considera a la familia, en todas las culturas, como el agente primario de la sociedad para la promoción de la salud y de la calidad de vida del individuo, la Organización Panamericana de la Salud (2003, citada en: Tejada y Olmo del s/a), por su parte sostiene que es la fuente de mayor credibilidad para los adolescentes, representando por un lado, un lugar seguro para su desarrollo, su expresión y fortalecimiento, y por otro es vivida como uno de los escenarios de mayor incomunicación, incompreensión y conflicto, ejemplo de ello es, la imposibilidad para abordar temas relacionados con la salud sexual, las adicciones y los trastornos alimenticios con naturalidad, oportunidad y eficiencia (Tejada y Olmo del, s/a). La familia es el núcleo básico de la sociedad, el primer espacio de formación y relación con el mundo, desempeña diversos roles en la formación de la sexualidad de los adolescentes, en primer lugar el de educar, ya que transmite conocimientos, habilidades de interrelación, actitudes y conductas sociales las mismas que formarán parte de la personalidad del individuo para que pueda interrelacionarse con otras personas, sin dejar a un lado la función afectiva que permite el desarrollo de emociones y sentimientos fundamentales para la formación de una adecuada autoestima y el desarrollo de habilidades necesarias para establecer relaciones interpersonales sanas y saludables en el futuro y de la misma manera , brindar bienestar, salud, protección y cuidado a cada uno de sus miembros y cuidar por el ejercicio de sus derechos (Tejada y Olmo del, s/a).

Bermejo (2010) señala que otra fuente de socialización es *la escuela*, pues constituye el primer núcleo social en el que se establece y mantienen los primeros

contactos extrafamiliares, es un espacio de interacción, construcción y desarrollo de potencialidades, las relaciones y sus posibles transformaciones son un agente fundamental de socialización que transmite y refuerza una serie de valores, normas y actitudes de la sociedad en que se vive, su principal función es educar, en este sentido la educación es un agente de socialización formal, además de transmitir de manera formal también, la cultura de generación en generación, desde distintos ámbitos: entre pares, entre familia, entre el docente y estudiante y la creación de normas y hábitos.

Por otra parte, *los amigos* son el grupo más utilizado por el adolescente como fuente de información y socialización de conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad, debido a que el ser humano es un ser eminentemente social, necesita de amigos con los cuales pueda intercambiar sentimientos, demostrar afecto, sentirse seguro, acompañado y comprendido, pero para los adolescentes, más que modelos a quien imitar, representan una fuente segura de información, el amigo que informa acrecienta su saber en el hecho mismo de la información puesto que del otro recibe una retroalimentación permanente, no obstante, la realidad es que la transmisión del conocimiento es horizontal entre iguales (Tejada y Olmo del, s/a). López (2001) menciona que la amistad con otros jóvenes desempeña un papel importante en la adolescencia, sobre todo en el período de independización respecto de la familia, este grupo de iguales cumple una función de apoyo y ejerce una intensa influencia en la conducta, sobre todo en su presión para obtener conformidad y popularidad social, debido a que busca el apoyo de personas afines con quienes pueda compartir las experiencias vividas, en el proceso de búsqueda de identidad, así los amigos se dan entre sí el apoyo emocional que necesitan.

En los últimos años el adolescente buscando nuevas formas de socializarse, de comunicarse e interactuar con las personas, se ha inmerso en el mundo de la tecnología específicamente al que se ha denominado redes sociales o “comunidades virtuales”, plataformas de Internet que agrupan a personas que se relacionan entre sí y comparten información e intereses comunes. Su principal

objetivo es entablar contactos con gente, ya sea para reencontrarse con antiguos vínculos o para generar nuevas amistades, por lo que se considera que el Internet generó nuevas maneras de relacionarse, nuevas formas de socializarse, el 80 por ciento de los usuarios de redes sociales en todo el mundo, tiene edades entre los 12 y los 30 años, pero, la frecuencia de uso entre los adolescentes (12 a 19) es muy alta generando preocupación debido a que cuando un adolescente construye su blog o su perfil en una red social, suele pensar que sólo lo ven sus amigos, no piensan que cualquiera que navegue en la Red, conocido o no, puede ver lo que escribió, no creen en los riesgos de Internet porque se sienten “autoinmunes” y dejan al descubierto información personal que puede ser utilizada de mala manera por otros y aun quienes tienen información sobre estos riesgos, no siempre trasladan lo que saben, a la acción (Morduchowicz, Marcon, Sylvestre y Ballestrini, 2010).

Morduchowicz, et al. (2010) establecen que las redes sociales más visitadas por los jóvenes y con mayor crecimiento en los últimos años son: en primer lugar el Facebook, que es la más popular en la actualidad, los usuarios publican información personal y profesional, suben fotos, comparten música o videos, chatean y son parte de grupos según intereses afines. La segunda más importante es MySpace es un sitio social, que ganó su popularidad al permitir crear perfiles para músicos, convirtiéndose en una plataforma de promoción de bandas, los usuarios de esta red pueden subir y escuchar música en forma legal (Morduchowicz, et al., 2010). Otra red social utilizada con frecuencia por adolescentes es Twitter su particularidad es que permite a los usuarios enviar minitextos, mensajes muy breves denominados “tweets” (Morduchowicz, et al., 2010). Entre las redes sociales populares entre los adolescentes están además, Sónico, Orkut, Flickr, Yahoo 360°, DevianART y LinkedIn (Morduchowicz, et al., 2010).

Otro agente importante es *la pareja*, esta relación es una de las tareas que socialmente deber realizarse durante la adolescencia, implica una interacción entre sistemas, distintos pero relacionados (el sistema de apego, el sistema sexual

y el sistema de cuidados) dirigidos por metas funcionales, incluyendo componentes cognitivos y emocionales y la incorporación de representaciones mentales de uno mismo, de los demás y de la relación correspondiente, a través de su repetida activación en contextos sociales relativamente estables (Gómez, Ortiz y Gómez, 2011), por lo tanto, cuando el adolescente llega a tener una pareja tiene un conjunto de expectativas y trata de que su comportamiento se ajuste a las exigencias sociales y a la idea que se ha formado sobre lo que es una pareja y lo que se puede esperar o no esperar de la misma (Vargas e Ibáñez, 2006).

Un aspecto importante que hay que considerar es que los adolescentes deben negociar los límites con respecto a estos grupos, para tratar de lograr una mejor convivencia en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período considerado por muchos autores, como una época de gran emocionalidad y estrés, pero a la vez, una época de encuentros, de búsqueda, de apoyo emocional, de sueños del futuro y de nuevos valores, que favorecen la formación de la identidad, sin olvidar que los padres pueden contribuir de manera importante a que los adolescentes logren el equilibrio, desarrollen su personalidad y afronten los cambios en su cuerpo (Salas y Álvarez, 2008).

Tras esta información, claramente se observa que el adolescente, a través del vínculo con los diferentes agentes socializadores, va moldeando su comportamiento, su personalidad no está definida completamente, pero sigue en construcción, buscando su propia identidad en contraste con la de los adultos y su entorno, se enfrenta a situaciones en las que juega con el incumplimiento de normas, sin ser claramente consciente de sus propios límites donde las conductas de riesgo se hacen presentes, no es raro que existan adolescentes con conductas que puedan poner en peligro su salud y algunas veces hasta la vida, por esta razón se ha elevado la preocupación por el aumento y aparición más temprana de estas conductas, aunque todas son importantes para el desarrollo y la salud de este grupo poblacional, no obstante en este trabajo interesa revisar las que tienen relación con la sexualidad, mismas que se desarrollarán en el capítulo posterior.

2. SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA.

“La felicidad radica, ante todo, en la salud”.

George William Curtis.

La adolescencia es un período del desarrollo donde ocurren grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, mismos que establecen el significado y la forma de expresión de la sexualidad, influyendo significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercutiendo en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las siguientes etapas del desarrollo humano (Díaz, 2012).

Los estudios sobre salud sexual y la sexualidad de los adolescentes a menudo han estado dirigidos tradicionalmente a problemas relacionados con la reproducción olvidando que se trata de una parte integral de las personas que no se limita solo a las relaciones sexuales o la genitalidad.

A menudo se confunde la sexualidad con la salud sexual, de hecho González y Pérez (2010) refieren que aunque se empleen como conceptos iguales, no debe ser así, son dos términos diferentes pero que a su vez se complementan, por ello, es conveniente revisar las definiciones para ambos términos.

2.1 Sexualidad

La sexualidad del adolescente se expresa en sus relaciones con la pareja, padres, la sociedad en general y también con el adolescente mismo y se ha definido por algunos autores de la siguiente manera:

Burgos (1997) la define como la suma de atributos físicos, funcionales y psicológicos inseparables al ser humano que se expresan por la identidad y la conducta sexual de una persona en relación o no con los objetos sexuales o con la procreación de los adolescentes.

Otros señalan que se refiere a una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo, incluyendo el género, la identidad de sexo, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción (Organización Panamericana de la Salud, 2000). También la consideran una importante dimensión de la vida humana, que se manifiesta en todas las esferas de su actividad, es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo, es elemento básico en la feminidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal (Pérez, et al., 2008).

Para González y Pérez (2010) es una parte integral de la vida humana que incluye las identidades, orientaciones y roles de género, el sexo, la reproducción, la afectividad y el placer, se expresa mediante pensamientos, emociones y conductas, pero es influenciada por diversos factores biopsicosociales que a su vez, engloba el reconocimiento y respeto a los derechos sexuales.

Ríos (2012) puntualiza que este término va más allá de lo erótico, de lo genital, de lo reproductivo, incluye vínculos espirituales de amor, comunicación e intimidad, matizando las formas de interacción entre los sexos en todas las esferas de la actividad social.

Por tanto, la sexualidad es un concepto muy amplio, sin embargo, la definición que empleará en este trabajo es la que sugiere la Secretaría de Salud (2002), donde se señala que es el conjunto de las condiciones que abarca además de los aspectos físicos (la anatomía y fisiología), los aspectos psicológicos (los sentimientos y las emociones) y los aspectos sociales (las normas y reglas de lo que debe ser un hombre y una mujer en el área sexual), que se puede manifestar de distintas maneras dependiendo del sexo de la persona, su experiencia, su educación y sus valores.

Ahora bien, la Asociación Mundial Para la Salud Sexual (WAS, 2000) enfatiza que al plantear el manejo de la sexualidad es necesario entender, de manera clara, los conceptos que se relacionan con ésta, mismos que no deben

confundirse ya que tienen connotaciones muy particulares, en este sentido, en la tabla 1 se mencionará cada uno de ellos.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD
<p>GÉNERO <i>El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo.</i> El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.</p>
<p>IDENTIDAD DE GÉNERO <i>La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.</i> La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.</p>
<p>ORIENTACIÓN SEXUAL <i>La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.</i> La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.</p>
<p>IDENTIDAD SEXUAL <i>La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona.</i> Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.</p>
<p>EROTISMO <i>El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual.</i> El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.</p>
<p>VINCULO AFECTIVO <i>La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones.</i> El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.</p>

Tabla 1. Conceptos y definiciones relacionadas con la sexualidad; género, identidad de género, orientación sexual, identidad sexual, erotismo, vínculo afectivo, actividad sexual, práctica sexual, relaciones sexuales sin riesgo y comportamiento sexual responsable (WAS, 2000).

Los elementos descritos en el cuadro anterior, hacen referencia de nuestra naturaleza sexual, es decir, la característica humana de ser sexuado que se

encuentra presente toda la vida, aunque no todas estas dimensiones tienen que expresarse, su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano que pueden originar las preocupaciones y los problemas que afectan a la salud sexual (WAS, 2000) misma que a continuación se describen.

2.2 Salud sexual

Hablar de salud sexual es importante ya que este tema, al mismo tiempo que aborda los aspectos relacionados con la sexualidad, tiene una orientación básicamente preventiva, de fomento a la salud y de evitar riesgos (Secretaría de Salud, 2002) y se han encontrado algunas definiciones para referirse a esta.

Se entiende por salud sexual, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos que no incluye como elemento indispensable la procreación (Rodríguez, 2000). Por otro lado, desde los estudios de género el concepto de Salud Sexual además incluye la salud reproductiva en este sentido es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA citado en: Ministerio de la Protección Social, 2003) como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Para este trabajo la definición para referirnos a la salud sexual será la que la OMS (2011) propone y a continuación se enuncia: la salud sexual es la experiencia del proceso progresivo para el bienestar físico, psicológico, y socio-cultural relacionado con la sexualidad, es evidenciada por las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que están albergadas en un armonioso bienestar personal y social, este enriquece la vida individual y social y no es propiamente la ausencia de disfunción, malestar o enfermedad.

Se considera que la salud sexual puede reconocerse en el aspecto personal como comportamientos concretos que se han identificado como características de una persona sexualmente sana, se han difundido como

"Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano", los grupos de expertos proponen que se adopte esta lista de comportamientos en todos los países (WAS, 2000). A continuación se presenta la lista de "Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano" en la tabla 2.

Lista de SIECUS –sobre Comportamientos de Vida del Adulto sexualmente sano. Una persona adulta sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales.
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Tabla 2. Lista de comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano por el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (WAS, 2000).

La salud sexual también se identifica en el aspecto social, por lo que, en la tabla número 3 se presentan las características para qué se pueda considerar una sociedad sexualmente sana (WAS, 2000).

Características de una Sociedad Sexualmente Sana
<p>Las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros muestran las siguientes características:</p> <p>Compromiso político. El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.</p> <p>Políticas explícitas. Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.</p> <p>Legislación. Para la promoción de la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (por ej., prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (por ej., protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (por ej., legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todos las dimensiones sexuales (por ej. legislación relativa a la igualdad de oportunidades).</p> <p>Buena educación. Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.</p> <p>Infraestructura suficiente. Con el objeto de garantizar el acceso de las personas a los servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales y para profesionales especializados en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Esto incluye ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.</p> <p>Investigación. Una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (por ej., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (por ej., tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etc.).</p> <p>Vigilancia adecuada. La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.</p> <p>Cultura. Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a ésta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública atinentes a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura.</p>

Tabla 3. Características de una Sociedad Sexualmente Sana (WAS, 2000).

Estas características nos dan idea de una vertiente positiva en la salud sexual, sin embargo, se considera que la adolescencia es un período crucial en el que los estilos de vida pueden contribuir también para el deterioro de la misma (en su vertiente negativa) porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una amplia gama de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud en general, que tienen

repercusiones en el bienestar psicológico o en la salud del mismo (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007). En este momento es necesario señalar que, riesgo queda entendido como la proximidad a un daño a la salud, la probabilidad de que éste ocurra, y que su alcance pueda conducir hasta la enfermedad o la muerte, no obstante, es preciso resaltar que hay riesgos por la práctica de relaciones sexuales, que si bien no dañan específicamente a la salud, lo hacen en otras esferas de las relaciones humanas (Rodríguez y Álvarez, 2006).

Rojas (2009) menciona que los riesgos en la conducta sexual se llevan a cabo por factores, que son las condiciones, circunstancias o características que favorecen el aumento en la probabilidad de que ocurra un daño en el adolescente.

En la literatura sobre salud sexual, se ha señalado como factor de riesgo para los adolescentes el *debut sexual precoz*, que es la tendencia a la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales como un riesgo, cuando la educación sexual no es la adecuada los adolescentes inician la actividad sexual a edades más tempranas que en generaciones anteriores (Rodríguez y Álvarez, 2006), aunque los adultos pueden estar conscientes de los riesgos de una actividad sexual prematura, los adolescentes pueden no llegar a comprender los riesgos de una primera relación sexual sin protección, factores propios de la cultura, de la familia, de los amigos, de la educación recibida, los valores y las habilidades del joven incidirán en el debut sexual, mediante diversos factores propios: por elección libre o por presión de la cultura, familia, amigos, placer o violencia, displacer, indiferencia, arrepentimiento, amor, curiosidad, soledad, necesidad de mostrarse independiente, confrontación con los padres o como prueba de fertilidad (González, Montero, Martínez, Mena y Varas, 2010). La prevalencia de adolescentes que tienen relaciones sexuales y la edad del debut varían de acuerdo con las particularidades propias del adolescente y sus circunstancias, en algunos grupos sociales, la mujer tiene serias dificultades de inserción social, abandona la escuela en la adolescencia, carece de grupo social de referencia, se dedica a los quehaceres domésticos y al cuidado de hermanos o niños menores en ese caso estas mujeres son las que tienen mayor riesgo de

iniciar la actividad sexual o sufrir abuso desde temprana edad por algún familiar, allegado o conocido cercano, en ese caso el debut sexual se da bajo coerción en esta situación el acto se da ejerciendo la violencia, las amenazas, la insistencia verbal, el engaño, las expectativas culturales o las circunstancias económicas, a participar en una conducta sexual contra su voluntad. Otro factor es la autoestima, respecto a esta las mujeres tienen tres veces más posibilidades en comparación con los hombres de iniciarse sexualmente en forma temprana cuando la autoestima es baja, mientras que los hombres, con alta autoestima tienen una posibilidad mayor de debutar sexualmente, así como los hombres de bajo nivel de educación y entre los que fueron testigos de violencia de la pareja parental y/o sufrieron maltrato infantil, en este aspecto la iniciación sexual puede ser considerada una experiencia formativa, debido a que las prescripciones y expectativas sociales dominantes le otorgan a la iniciación sexual el carácter de requisito para el ingreso al mundo masculino adulto y la sexualidad activa (González, et al., 2010).

Otro factor de riesgo es practicar *sexo sin protección*, si bien la mayoría de los jóvenes han recibido información acerca de métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual, el 80 % de adolescentes mantienen su primera relación sexual sin protección además de no ser planeada (González, 2009), se ha encontrado que un factor importante por el cual los adolescentes no utilizan un método anticonceptivo es el costo del mismo, el acceso a éstos y los efectos secundarios que pueden tener al emplearlos en su vida sexual (Gómez y Phardo, 2010).

En el campo de la prevención, otro factor de importancia es el tener *múltiples parejas sexuales*, Irala (2012) menciona que esta categoría podría tomar en cuenta el tener más de una pareja sexual de manera sucesiva en el tiempo (seriadas) o varias parejas sexuales simultáneamente (concurrentes) entre las que se incluyen relaciones sexuales con personas del mismo sexo (homosexuales), trabajadoras sexuales (personas que ofrecen servicios sexuales a cambio de

dinero) y parejas ocasionales (contacto sexual con personas a las que conocían poco o no conocían en absoluto).

Así mismo, las acciones preventivas señalan que debe indagarse sobre el tipo de prácticas sexuales *de riesgo* que realizan los jóvenes, consiste en averiguar respecto a las diferentes prácticas sexuales, como el sexo anal que es la introducción del pene o de un juguete sexual en el ano y el recto de la pareja; sexo oral, que es una práctica sexual en la que se estimulan los órganos genitales con los labios y la lengua; y el sexo vaginal, que consiste en la penetración del pene en el interior de la vagina, en el terreno de la prevención del VIH/SIDA, el orden de riesgo es mayor en práctica anal, seguida de la vaginal y por último la oral; también se refiere a la introducción de algún objeto con fines sexuales en la vagina de la mujer (Vargas, 2009).

Por otro lado, también es necesario detectar la combinación de más de un factor de riesgo como es el caso de indagar acerca de las *relaciones sexuales con otras conductas de riesgo* como el abuso del alcohol, el consumo de drogas ilegales, el intercambio de agujas en el uso de drogas inyectables y la violencia son algunos de los mayores peligros que enfrentan los adolescentes, estos además se vinculan con al menos tres riesgos sexuales, aumento en la frecuencia de relaciones sexuales, menor uso de métodos anticonceptivos y mayor número de parejas sexuales (Palacios, et al.,2007).

Tomando en cuenta los anteriores factores, se puede notar que la salud de los adolescentes y jóvenes es un tema que suscita cada vez más interés no solo por la mejor comprensión de las características de esta edad y las condiciones cambiantes de la sociedad sino también a la generación de nuevos riesgos para la salud de ellos, por ello Calero y Santana (2001) hacen referencia a que gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí no que ocurren en los años posteriores tal como estima la OMS (citado en Calero,2001) que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a las consecuencias de las conductas iniciadas en la etapa adolescente.

Por falta de experiencia e información en esta etapa es posible que no siempre se tomen decisiones responsables, lo cual podría generar conductas que atentan contra la salud de los adolescentes en especial en la salud sexual con la creación de problemas asociados a los embarazos no deseados o no planificados, a la maternidad temprana, la práctica de un aborto o el contagio de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH que conduce al SIDA, por esa razón en las siguientes líneas se irá desarrollando cada uno de estos problemas de salud sexual.

2.2.1 Embarazo

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden afectar, la salud de la madre como la del hijo (en el presente y/o en el futuro) constituyéndose en un problema de salud (León, Minassian, Borgoño y Bustamante, 2010) tal como lo mencionan Serra, Alonso, Serra y Santez (2011) la situación del embarazo en la adolescencia es un problema de salud para cualquier país ya que más del 10 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes, de estos más del 80 % de los embarazos no son deseados y más de la mitad de estos embarazos se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la otra parte por el uso incorrecto de los mismos (Menéndez, Navas, Hidalgo y Espert, 2012).

México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes a causa de la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos y la falta de políticas públicas adecuadas (IMSS, 2011). De acuerdo con cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 2011 se reportaron más de 72 mil 400 mujeres menores de 20 años embarazadas que acudieron por lo menos una vez a consulta prenatal, siendo principalmente a los 15 años cuando las adolescentes se embarazan; sin embargo, hay registro de adolescentes embarazadas que acuden desde los 12 años (IMSS, 2011).

Cabe señalar que en este trabajo el embarazo en la adolescencia se define como, el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, es decir, el tiempo transcurrido desde la primer menarca (menstruación) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (Lezcano, Vallejos y Sodero, 2005).

Ahora bien, Vásquez, Rengifo, Perdomo y Acevedo (2012) mencionan que dentro de los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente se encuentran los siguientes: la menarca temprana, con ella la llegada de la madurez reproductiva cuando aún no se conocen o manejan las situaciones de riesgo; el inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención; fantasías de esterilidad a través del comienzo de las relaciones sexuales sin cuidados y si no hay embarazo creer que son estériles; abuso de la sexualidad, que consiste en tener relaciones sexuales con alta frecuencia, sin consideración de sus consecuencias; relaciones sin anticonceptivos, considerándolos innecesarios o no tener acceso a ellos; ataques sexuales y violaciones, se refiere al abuso de la integridad del adolescente, generándole traumas y afectando sus aspectos físico, psicológico y/o social, familia disfuncional (uniparentales o con conductas promiscuas) esta situación genera carencias afectivas que el adolescente no sabe resolver poniendo de manifiesto la necesidad de protección en otros grupos, casi siempre peligrosos y promover a relaciones sexuales de sumisión más que de afecto; controversias entre su sistema de valores y el de sus padres a través de desacuerdos en la información que reciben rechazándola constantemente y generando cambios en las costumbres; bajo nivel educativo o desinterés general, pues no existe preocupación por un proyecto de vida que le permita alcanzar un determinado nivel educativo y que obligue a retrasar la maternidad para la edad adulta, la migración que es el traslado de un lugar a otro, en este caso del adolescente, en busca de trabajo y/o mejores condiciones de vida y finalmente y una de los factores más importantes es la falta o distorsión de la información, no recibir información verídica y adecuada para lo que se desea saber o la circulación de información no verídica.

Dentro de las causas más frecuentes para que exista un embarazo en la adolescencia se encuentran: el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer en algunas sociedades; la práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos; la presión de los compañeros que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales; el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas que producen una reducción en la inhibición estimulando la actividad sexual no deseada; la insuficiente información o conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición (IMSS, 2011).

Las consecuencias de este problema de salud son principalmente para la mujer adolescente, por un lado. las consecuencias psicológicas y sociales, entre las cuales se encuentran: la interrupción de los estudios y de la preparación técnico-profesional, la posibilidad de convertirse en madre soltera creando dificultades para que en un futuro establezca un hogar duradero, probabilizando, una sucesión de uniones de corta duración, actitud de rechazo y ocultamiento de la condición por temor a la reacción de las personas que le rodean debido a que es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado (González, Hernández, Conde, Hernández Y Brizuela, 2010).

Por otro lado, el embarazo adolescente tiene también consecuencias para la salud, la maternidad en las adolescentes desde el inicio representa riesgos para su salud y la de su hijo, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden a recibir atención prenatal oportuna, debido a que esta etapa las jóvenes no han alcanzado la plena madurez física y fisiológica, el completo crecimiento y desarrollo de los órganos reproductores (Llanes, Quevedo, Ferrer, Paz de la y Sardiñas, 2009). Es común que durante el embarazo se presenten complicaciones que son más comunes a esta edad, ejemplo de ellos son los trastornos de hipertensión del embarazo que si no se tratan pueden provocar eclampsia (convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación) y como consecuencia que durante el proceso de parto las intervenciones quirúrgicas sean necesarias, es por eso que

hay un alto índice de partos por cesárea en mujeres adolescentes asociado frecuentemente con la desproporción céfalo pélvico; así como anomalías del canal del parto aumentando el riesgo de morir a causa de complicaciones del parto, que es mayor en las menores de 20 años que en el resto de las edades (Llanes, et al., 2009).

Con base en lo anterior, la mayoría de los especialistas de la educación y la salud señalan que para reducir el número de embarazos en adolescentes es necesario tomar en cuenta las siguientes consideraciones (IMSS, 2011).

Que los jóvenes acudan a la unidad de salud para recibir una completa educación sexual, con información adecuada sobre su desarrollo, los cambios que sufrirán, las enfermedades a las que están expuestos, cómo prevenir afecciones y lo que significa un embarazo, facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos, así como a los servicios de planificación familiar para los adolescentes, que ellos comprendan que la edad ideal de la mujer para embarazarse es entre los 24 y 29 años, período en el cual podrán mantener en control su salud y disfrutar una de las etapas más importantes del género femenino y que tengan el apoyo de sus padres para que éstos, desde el principio de la pubertad hablen con sus hijos sobre sexo, relaciones y anticoncepción, además de inculcarles valores, principios y brindar calidad humana (IMSS, 2011).

Langer (2002) reafirma que cuando una mujer queda embarazada sin desearlo, sus opciones son básicamente dos: continuar con el embarazo y dar a luz a un hijo que, probablemente, tampoco será deseado o intentar interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido.

En el caso de ésta última opción (interrupción del embarazo o aborto) se enfrentan a otro problema de salud sexual de la adolescencia, que adquiere en la actualidad, una gran importancia tanto por sus implicaciones, como por las diferentes posturas que existen frente a el aborto, por eso el siguiente apartado se refiere a este tema.

2.2.2 Aborto

El aborto en la adolescencia forma parte de un tema importante que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad, causando controversia por sus implicaciones éticas, morales, sociales y religiosas, aunque ha sido prohibido o limitado en diversas sociedades y permitido en otras, aún así, los abortos continúan siendo comunes inclusive donde la presión social o la ley se oponen a ellos (Doblado, De la Rosa, y Junco, 2010).

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México, etimológicamente "aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, derivado de *an-orior* opuesto a *orior* nacer", es la expulsión del producto de la concepción, antes de que ocurra la viabilidad, es decir, a partir de las 20 semanas o 499 gramos de peso (Mondragón, 2002) y la OMS (citado en: González, 2002) lo define como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos.

Se estima que cada año se embarazan 208 millones de mujeres, de estos, por lo menos 80 millones de embarazos son no planeados y el 58% de ellos terminan interrumpiéndose (OMS, 2012).

En América Latina, en países donde la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal, se practican 3,700,000 abortos inseguros y el riesgo de muerte es de 370 casos por cada 100.000, anualmente se registra que el número de mujeres que mueren por esta causa es de 68,000 en menores de 30 años, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna, este riesgo es dos veces mayor para las mujeres de 20 a 30 años y cinco veces mayor en las menores de 15 años (OMS, 2012).

Para el caso de México el aborto es un procedimiento muy restringido legalmente y actualmente se lleva a cabo de manera clandestina en todo el país excepto en la Ciudad de México: desde abril del 2007 la interrupción del embarazo es legal en la Ciudad de México si se lleva a cabo dentro de las primeras 12

semanas de gestación, hasta el año 2012, mediante este procedimiento legal se registraron 106,701 casos en mujeres de 15 a 44 años de edad (GIRE, 2013).

A continuación se presentan los tipos de aborto que se encuentran en la literatura:

El *aborto espontáneo (AE)* cuando la pérdida del producto de la concepción es sin inducción y ocurre antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos (Bouquet, 2009).

El *Aborto inducido o provocado*, se refiere a un procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos (Briozzo, et al., 2002) que a su vez en algunos países se clasifica en (Neira, 2009): *libre* que es el aborto realizado bajo el supuesto derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo por el solo hecho de no ser deseado; *eugenésico* que se practica cuando se predice con probabilidad o certeza que nacerá un feto con un defecto o enfermedad; *por una razón médica o terapéutica*, cuando se realiza por razones de salud materna, *mixto*, que se refiere a la llamada reducción fetal selectiva, que pretende eliminar en los embarazos múltiples algunos embriones para que los restantes tengan mejor posibilidad de sobrevivir, se dice que es *ético*, cuando el embarazo es producto de una agresión sexual, *aborto legal* que es cuando se realiza bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica y también se puede considerar como aborto ilegal o clandestino, cuando es realizado en contra de alguna de las leyes del país donde se practica.

La manera de inducir el aborto puede ser a través de algunos métodos, cuya clasificación propuesta por Prada, et al. (2006) es la siguiente: mediante métodos quirúrgicos, métodos químicos, el uso de plantas medicinales o remedios caseros y por acciones físicas.

Los métodos quirúrgicos consisten en la interrupción de la gestación en el quirófano mediante una técnica quirúrgica, estos pueden ser: aspiración eléctrica endouterina, la aspiración manual endouterina, dilatación y curetaje (legrado).

Existen los métodos químicos en los que se hace presente el suministro de cualquier elemento químico: ingerido, aplicado, inyectado o absorbido, capaz de provocar alteraciones para producir la interrupción del embarazo, ejemplo de ellos es la utilización de algunos medicamentos como antiácidos (Alka-Seltzer, 20–40 tabletas), el uso de sustancias químicas como el misoprostol y sales en grandes cantidades (sal común e.g., 250 g, sal inglesa, sal inglesa con sulfato y sulfato de magnesio).

Otro método empleado es el uso de sustancias basadas en plantas o remedios caseros, se realiza al tomar infusiones basadas en algunas plantas por ejemplo; el mirto, cilantro con aguardiente, ruda con chocolate, el orégano, zoapatle de castilla o ajeno.

Algunas veces el aborto también se lleva a cabo por acciones físicas: caídas intencionales, cargar objetos pesados, inserción de un catéter (sonda) e inserción de un objeto (ej., gancho de ropa o de tejer, lápiz o botellas de cristal).

Entre las causas asociadas a la elección de la adolescente de inducirse el aborto Calderón y Alzamora (2006) mencionan: el ser menor edad, ser solteras, tener un menor nivel educativo, tener menor nivel socioeconómico, deserción escolar, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja o que éste sea de menor edad o bajo nivel educativo y las consecuencias que se podrían presentar pueden ser físicas, psicológicas y sociales mismas que enseguida serán explicadas.

Respecto a las *consecuencias físicas*, la OMS (2012) refiere que cuando el aborto es realizado por personal debidamente capacitado en condiciones médicas modernas, es poco probable que se produzcan complicaciones y el riesgo de muerte es insignificante, sin embargo los riesgos a la salud de la mujer pueden ser: la continuación del embarazo en la que existe la posibilidad de que el aborto

haya fracasado y el embarazo continúe, aborto incompleto que puede incluir síntomas frecuentes como la hemorragia vaginal y dolor abdominal, y es posible que haya signos de infección, la presentación de hemorragia que puede ser resultado de la retención del producto de la concepción, un traumatismo o daño del cuello uterino, la aparición de infecciones, debido a que el tracto genital es más sensible cuando el cuello del útero está dilatado después de un aborto o parto, perforación del útero, que por lo general no se detecta, por otro lado, las complicaciones relacionadas con la anestesia, que pueden ser convulsiones por el efecto de ésta, la ruptura del útero que se encuentra asociada con una edad gestacional tardía y con la cicatrización uterina y finalmente las complicaciones a largo plazo, entre las que se encuentran; la intoxicación, el traumatismo abdominal o la presencia de cuerpos extraños en el tracto genital y en casos extremos muerte de la mujer.

Las *consecuencias psicológicas* se hacen evidentes debido a que el aborto, en cualquier momento de la vida de una mujer, es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica en cualquier nivel o estrato social causando principalmente: sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático (a corto o largo plazo), frustración, duelo por la pérdida del producto (Doblado, et al., 2010).

Dentro de las *consecuencias sociales* Hernández (2005) refiere que las condiciones personales en las que se realiza un aborto determinan las consecuencias (negativas o positivas) particulares para cada mujer que experimenta este proceso, no todas las mujeres reaccionan de igual manera, hay quienes sienten alivio por resolver una situación no deseada, algunas pueden sentirse deprimidas (por sensación de pérdida y/o culpa) o presentar sentimientos ambivalentes, estas reacciones dependen de las semanas de embarazo, si la mujer ya tiene hijos, sus creencias religiosas, si es apoyada (pareja y/o familia), la aceptación o rechazo del aborto, de su entorno si se realiza dentro del marco legal o ilegal, su situación económica, la capacidad profesional y las condiciones sanitarias en que se lleva a cabo.

Existen dos aspectos a considerar, para la prevención de abortos en la adolescencia; por un lado, *educación integral en sexualidad* que debería impartirse en cada caso, de acuerdo con las necesidades psicológicas, físicas y afectivas de los adolescentes, según su edad, propiciando mayor disfrute de la sexualidad con libertad y responsabilidad, lo que de forma indirecta, propiciaría el empleo de manera adecuada y frecuente el uso de los anticonceptivos y habría una disminución en la utilización del aborto (Gómez, Urquijo y Villarreal, 2011). Por otro lado, *la comunicación* que es un aspecto decisivo para que se produzca o no un aborto provocado en la adolescente, es el hecho de que comparta la experiencia de lo que le ocurre con sus padres, si ésta no le confía sobre su gestación a los padres, existe una alta probabilidad de que se someta a un aborto por el nivel de incertidumbre y confusión que atraviesa (Calderón y Alzamora, 2006).

La práctica de un aborto como ya se mencionó tiene diversas complicaciones, una de ellas es que genera vulnerabilidad para que se presente otro problema de salud sexual en esta etapa, que es la detección o el desarrollo de Infecciones de Transmisión Sexual, mismas que se describen en las siguientes líneas.

2.2.3 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las Infecciones del Tracto Reproductivo (ITR) son aquellas infecciones que pueden afectar la región genital externa y los órganos reproductores, tanto en mujeres como hombres, existen varias áreas potenciales de infección y se han convertido en un serio problema de salud a nivel global (Population Council, s/a).

Existen tres tipos diferentes de infección que afectan dicho tracto: las *Infecciones Endógenas* que son probablemente el tipo más común de ITR en el mundo resultado del aumento excesivo de la población de organismos normalmente presentes en la vagina (entre las infecciones endógenas se encuentra la vaginosis bacteriana y la candidiasis, padecimientos que se pueden

tratar y curar), las *Infecciones latrogénicas*, este tipo de infección es el resultado de la introducción de una bacteria u otro microorganismo en el tracto reproductivo, ya sea a consecuencia de un procedimiento médico, como el aborto inducido, la inserción del DIU o durante el alumbramiento, se puede presentar si el instrumental quirúrgico utilizado durante el procedimiento no se esterilizó adecuadamente o como resultado de la extensión de una infección presente en el tracto reproductivo inferior a través del cuello de la matriz hacia la parte superior de dicho conducto y las Infecciones de transmisión sexual (ITS), este tipo de padecimiento es de origen viral, bacterial o causado por microorganismos parasitarios transmitidos a través de la actividad sexual con un compañero/a infectado (Population Council, s/a).

Estas infecciones, principalmente las de transmisión sexual, son un problema grave para la salud de los jóvenes ya que casi la mitad de éstas ocurren entre los 15 y 24 años y el mayor riesgo de adquirirlas es durante los primeros seis meses a partir del inicio de la actividad sexual (Huneus, Pumarino, Schilling, Robledo, Bofil, 2009), a continuación se presentan algunas de éstas:

2.2.3.1 Sífilis

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, su período de incubación es de 10 a 90 días (Ramos y Cantú, 2003) se presenta a nivel mundial y con mayor frecuencia en grandes zonas urbanas, afectando especialmente a las mujeres embarazadas, al menos en América Latina hasta el 2011, 330.000 embarazadas que se realizaron una prueba para sífilis y que tuvieron positivo, no recibieron tratamiento durante el control prenatal (Rodríguez, et al., 2012), mientras que en México las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) del año 2000 y hasta 2010 reportan 5720 casos en adolescentes de 15 a 19 años.

Sus síntomas a menudo son confundidos con otras infecciones ya que presenta una sintomatología similar, al inicio puede ser asintomática, pero si no es

tratada pueden presentarse complicaciones, cuando los síntomas aparecen se manifiestan por fases (Ramos y Cantú, 2003):

Fase primaria: aparece una lesión ulcerada conocida como el chancro, es una lesión redonda, pequeña e indolora, puede presentarse una o varias lesiones.

Fase secundaria: es caracterizada por irritaciones en piel y mucosas, generalmente no produce prurito, esta lesión toma forma de puntos rugosos, de color rojo o marrón rojizo, tanto en las palmas de las manos y de los pies, aunque también pueden aparecer en otras zonas de la piel, además se puede presentar fiebre, dolor de garganta, cefalea, pérdida del cabello y pérdida de peso.

Fase terciaria: comienza con la desaparición de los síntomas de la fase secundaria, en esta fase la sífilis puede lesionar órganos internos como cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones

El tratamiento debe ser prescrito por un médico especialista que indicará la dosis del tipo de penicilina (si el paciente es alérgico a penicilina, la alternativa la constituyen doxiciclina o tetraciclina) que debe emplearse y la duración, que varían en función de la fase en que se encuentre así como de las manifestaciones clínicas (Ramos y Cantú, 2003).

Se incrementa el riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual, en mujeres embarazadas puede favorecer los abortos espontáneos o los defectos congénitos en el bebé, puede causar problemas circulatorios, parálisis, trastornos neurológicos, ulceraciones en la piel, ceguera, demencia e incluso la muerte (Ramos y Cantú, 2003).

Entre las medidas preventivas están el uso constante y correcto de condones de látex que puede reducir el riesgo de sífilis cuando la úlcera o el sitio de posible exposición está cubierto, aunque es mejor abstenerse de tener relaciones sexuales cuando una úlcera esté presente en el área genital, anal u oral debido a que el contacto con una úlcera fuera del área cubierta por el condón de látex puede aún causar infección, se recomienda también evitar tener múltiples

parejas sexuales, no compartir juguetes sexuales, evitar el consumo de alcohol y drogas en las relaciones sexuales, también se recomienda acudir al médico cuando aparezcan los síntomas o úlceras (Ramos y Cantú, 2003).

2.2.3.2 Clamidia

Se transmite por una bacteria (*C. trachomatis*) por vía sexual y es de las más frecuentes en el mundo, se estima que a nivel mundial 92 millones de nuevos casos ocurren cada año (Tamayo, et al., 2009), mientras que en México, aún se desconoce la prevalencia de infección clamidial puesto que ésta no es considerada de importancia epidemiológica y los datos que se obtienen provienen, en su mayoría, de los trabajos de investigación y no de cifras oficiales (Hernández, et al., 2012).

Su mayor incidencia se presenta en la adolescencia y en mujeres menores de 25 años (Tamayo, et al., 2009).

Entre 50% y 80% de los portadores de clamidia no refiere sintomatología uroginecológica (hasta que la infección se ha extendido del cuello uterino y la uretra a otras partes del cuerpo como el útero o los testículos) lo que hace difícil su diagnóstico precoz, por lo que se recomienda el tamizaje de clamidia anual en todos los menores de 25 años y en personas mayores con factores de riesgo, en caso de presentar síntomas, normalmente comienzan entre 1 y 3 semanas después de haber estado expuesto a la bacteria (en ocasiones pueden pasar hasta 6 semanas antes de que aparezcan los síntomas), tanto en hombres como en mujeres, una infección de clamidia en el recto puede causar secreción del recto, dolor rectal, heces con moco, defecaciones dolorosas, lesiones anales y enrojecimiento en el área del ano (Huneeus, et al., 2009).

Generalmente se recomienda acudir con el especialista que será el que preescriba el medicamento, se trata de píldoras antibióticas, es importante que toda persona con la que haya tenido relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) en los últimos 2 meses reciba tratamiento, independientemente de que tenga síntomas o no, debido a que es común contraer nuevamente la clamidia, se

recomienda que una vez que haya tenido la infección se haga una prueba de seguimiento 6 meses después del tratamiento, es importante que se suspendan las relaciones sexuales hasta que se termine el tratamiento (Cervantes, 2009).

Las consecuencias que se podrían presentar son, enfermedad inflamatoria pelviana (EIP), embarazos ectópicos e infertilidad (Ministerio de Salud, 2008).

Para reducir la transmisión de la clamidia se recomienda el uso de condón durante las relaciones sexuales, en el caso de embarazo, la profilaxis antibiótica contra *C.trachomatis* reduce el riesgo de infección postaborto a la mitad, sin embargo, es conveniente que todas las mujeres sexualmente activas o con parejas sexuales nuevas o múltiples parejas hasta la edad de 25 años deben ser examinadas anualmente en busca de clamidia, una relación sexual mutuamente monógama con una pareja que no esté infectada es una forma de evitar esta infección, en caso de infección es conveniente comunicárselo a la pareja o parejas sexuales para que reciban el tratamiento y evitar una reinfección (Cervantes, 2009).

2.2.3.3 Gonorrea

Se trata de la infección por *Neisseria gonorrhoeae* que forman parte de cepas resistentes a antimicrobianos y su período de incubación va desde los 2 a los 10 días, el ser humano es el único huésped natural y su vía de transmisión es por contacto sexual (CENSIDA, 2004), Carrada (2006) menciona que en México hasta 2006 se había encontrado 36,460 casos de los cuales se presentaban 34 casos de mujeres por 1 de hombres, aunque maneja estas cifras de manera general menciona que dentro de estas estadísticas también hay parte de adolescentes y niños.

Esta infección puede ser asintomática y sintomática, afectando a los órganos sexuales, ano rectal y faríngea, en los hombres se presenta la clásica secreción a través de la uretra anterior, acompañada por disuria (dolorosa e incompleta expulsión de la orina), polaquiuria (componente del síndrome miccional, aumento en el número de micciones) y edema de meato (irritación de la

punta de la uretra), mientras que en las mujeres los síntomas que se pueden presentar son, secreción vaginal atípica, acompañada o no de disuria (CENSIDA, 2004).

El tratamiento lo debe indicar un médico especialista y debe incluir a las personas con las que se tuvo relaciones sexuales, algunas infecciones de gonorrea son resistentes a ciertos tipos de antibióticos, por este motivo, en algunos casos es posible que se necesite más de una dosis así como la suspensión de la actividad sexual (CENSIDA, 2004).

Dentro de las complicaciones más frecuentes para los hombres son, infección persistente crónica, epididimitis (inflamación del epidídimo), estrechez uretral e infertilidad en el caso de las mujeres EPI (enfermedad pélvica inflamatoria) y posteriormente infertilidad e infección diseminada que puede llevar a la muerte (CENSIDA, 2004).

La única forma de asegurarse de que no será contagiado es la abstinencia sexual, una forma más realista de disminuir enormemente las posibilidades de padecer la gonorrea, es usando condones siempre y en la forma adecuada además de evitar las relaciones sexuales con múltiples parejas, en el caso de las embarazadas infectadas con gonorrea, las medidas de prevención están destinadas a preservar la salud de su bebé por lo que los doctores recomiendan que las mujeres embarazadas se hagan al menos una prueba para detectar gonorrea (Carrada, 2006).

2.2.3.4 Tricomoniasis

Es la presencia de protozoos flagelados, pertenecientes a la familia *Trichomonadidae* y al género *Trichomonas*, que parasitan el tracto digestivo y/o reproductor, la infección puede ocurrir por tres especies: *Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas tenax* y *Trichomonas hominis* que tienen un período de incubación de 5 a 25 días (Ramos y Cantú, 2003).

En cuanto a los síntomas, en la mujer se pueden presentar de 3 formas (asintomático, subclínica y vulvovaginitis), de 10 a 50% de las mujeres infectadas cursan asintomáticas. El cuadro clínico descrito en la tricomonosis es la presencia de leucorrea (secreción blanca) de tipo purulento y espumosa, e irritación vaginal como características, en el caso de los hombres frecuentemente es asintomática y algunas veces se presenta incomodidad al orinar (Ramos y Cantú, 2003).

El tratamiento para curar la Tricomoniasis es a base de medicamentos recetados por el especialista (antimicrobianos, en una sola dosis por vía oral), ambos en la pareja deben tratarse la infección al mismo tiempo para eliminar el parásito, las personas que se están bajo tratamiento de tricomoniasis deben evitar tener relaciones sexuales hasta que tanto ellas como sus parejas hayan terminado el tratamiento y no tengan síntomas (Ramos y Cantú, 2003).

La inflamación genital consecuencia de la tricomoniasis puede aumentar la susceptibilidad de una mujer a contraer la infección por el VIH, si queda expuesta a este virus (CENSIDA, 2004).

Para prevenir esta ITS se aconseja no mantener relaciones sexuales hasta que la pareja no haya hecho el tratamiento, el uso correcto del preservativo puede disminuir las posibilidades de contagio, pero no lo evita en forma absoluta, los estudios periódicos con citología y colposcopia ayudan a detectar la tricomoniasis por lo que eso es recomendable realizarlos una vez por año, cuando se presenta durante el embarazo debe tratarse para prevenir un parto prematuro, que tendrá como consecuencia el nacimiento de un bebé de bajo peso y cuando se realiza una intervención quirúrgica de la parte superior del aparato reproductor durante el embarazo, aumenta el riesgo de la ruptura prematura de membranas (Ramos y Cantú, 2003).

2.2.3.5 Candidiasis

Es causada por *Cándida albicans*, se encuentra en más de 90% de las infecciones causadas por levaduras, y por ser una levadura de comportamiento comensal puede presentarse como oportunista en otras entidades (como diabetes

mellitus, personas con problemas de deficiencia inmunológica, aquellos que se encuentran bajo tratamiento con esteroides o durante la gestación) tiene un periodo de incubación de 2 a 5 días (CENSIDA, 2004), reporta la INEGI (2010) que hasta el año 2008 en México se reportaron 206,960 total de casos en un rango de edad de 15 a 19 años.

Los síntomas que se presentan en la candidiasis son, secreción blanquecina, en moderada cantidad, de aspecto grumoso, viscoso, adherido a las paredes vaginales, acompañado de eritema (enrojecimiento de la piel), prurito vulvar y dispareunia (coito doloroso), pudiendo abarcar la región perianal, a la exploración física se corrobora la secreción adherida a las paredes vaginales, eritema de labios y vulva; cérvix de aspecto normal (CENSIDA, 2004).

El tratamiento depende de la extensión de la infección y el estado general del paciente mediante medicamentos tópicos (cotrimazol al 1 por ciento, miconazol, ketoconazol, sertocanazol, terbinafina o naftilina) o sistémico (más frecuentemente empleados son itraconazol o fluconazol), en ambos casos el pronóstico es bueno, pero si los factores predisponentes de estas micosis no se corrigen es posible otra nueva infección (Ministerio de Salud, 2008).

La candidiasis puede causar daño celular y como consecuencia inflamación por invasión directa al epitelio (CENSIDA, 2004).

Para prevenir esta ITS se recomienda una buena higiene y un buen estado de salud para impedir la invasión de piel y mucosas por *Candida*, es importante secar bien la piel y sus pliegues tras la ducha o baño, tener una buena higiene bucal y evitar el tabaquismo radicalmente, las embarazadas deben tener sumo cuidado con su higiene genital, en el caso de las relaciones sexuales la medida más efectiva es el preservativo (Ministerio de Salud, 2008).

2.2.3.6 Hepatitis B

Es un virus DNA que pertenece a la familia *Hepadnaviridae* a pesar de ser un virus envuelto tiene resistencia a los solventes orgánicos, al igual que a las altas temperaturas, su periodo de incubación va de los 30 a los 180 días,

infectando de manera crónica a casi 400 millones de personas en el mundo (Toro y Restrepo, 2011).

Muchas personas con hepatitis B no tienen síntomas y no saben que están infectadas, aún así el virus en hombres y mujeres puede ser detectado en la sangre, si se presentan síntomas con una infección aguda, estos pueden aparecer en un plazo de tres meses después de la exposición y pueden durar de dos a doce semanas, mientras que los síntomas de la hepatitis B crónica pueden tardar hasta 30 años en desarrollarse, los síntomas tanto de la hepatitis B aguda como de la crónica pueden incluir: fiebre, cansancio, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, orina oscura, heces color gris, dolor en las articulaciones e ictericia (Toro y Restrepo, 2011).

Aunque no existe un tratamiento específico, se recomienda reposo en cama (estricto y prolongado) además de dieta hipercalórica, cuando ésta avanza se emplean medicamentos antivirales (lamivudina, telbivudina y entecavir), en caso de falla hepática aguda (Toro y Restrepo, 2011).

Como consecuencia de la infección no tratada, alrededor del 15% al 25% de las personas con hepatitis B crónica desarrollan problemas hepáticos graves, incluyendo daño al hígado, cirrosis, insuficiencia hepática e, incluso, cáncer de hígado (Toro y Restrepo, 2011).

La manera inicial de prevenir la hepatitis B es vacunarse, existen dos vacunas contra el VHB: Recombivax HB y Energix-B (ambas vacunas requieren tres inyecciones que se aplican en un período de seis meses), al tener relaciones sexuales lo ideal es el uso de condones o de cualquier barrera de látex, evitar tener conductas de riesgo como el tener múltiples parejas sexuales o las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas y además de evitar compartir artículos que se puedan haber contaminado con la sangre de otra persona, como por ejemplo cepillos de dientes, hojas de afeitar y agujas que se hayan usado para hacer tatuajes, perforaciones en el cuerpo o acupuntura (Toro y Restrepo, 2011).

2.2.3.7 Herpes genital

Es una de las ITS más comunes en el mundo, el agente etiológico es el Virus herpes simplex tipo 2 (VHS-2) aunque existen varios tipos, su período de incubación es de 3 a 7 días (Ramos y Cantú, 2003), los casos encontrados en México hasta el año 2008 fueron de 1180 casos (no específica género) en adolescentes de entre 15 y 19 años (INEGI, 2010).

Durante el período de incubación esta infección suele ser asintomática, cuando los síntomas aparecen se producen lesiones que inician con enrojecimiento de la región afectada, posteriormente se forman pápulas que evolucionan a vesículas que se rompen y forman una ulceración, generalmente muy dolorosa, en las mujeres se presentan en el área de la vulva, la vagina y en el ano, mientras que en el hombre se presenta en la zona del ano y/o el pene (Ramos y Cantú, 2003).

La abstinencia sexual durante el periodo en el que se tiene los síntomas, es uno de los tratamientos más importantes, asimismo, durante la presencia de la infección, los especialistas recomiendan el uso de antivirales como el Aciclovir (Ramos y Cantú, 2003).

Esta ITS tiende a aparecer después de la relación sexual, exposición solar, y después de situaciones de stress, en los individuos con un sistema inmune normal, el herpes genital permanece como dormido, pero la amenaza está ahí siempre, las consecuencias se reflejan en la aparición de la infección de manera recurrente (frecuentemente), raramente con encefalitis (conjunto de enfermedades producidas por una inflamación del encéfalo), la expansión del virus a otros órganos del cuerpo en gente inmunodeprimida, mielopatía transversa (trastorno neurológico causado por inflamación en ambos lados de un nivel, o segmento de la médula espinal) e incontinencia (CENSIDA, 2004).

Ramos y Cantú (2003) refieren que si una persona tiene herpes genital la forma más segura de evitar la transmisión es la abstención del contacto sexual, el uso del condón puede reducir el riesgo de contraer herpes genital, solamente si el

área infectada está protegida, debido a que es posible que el condón no pueda cubrir todas las áreas infectadas, ni siquiera el uso correcto y habitual de los condones puede garantizar la protección contra el herpes genital, el tener una vida sexual responsable, es indispensable fomentar no solamente el uso del condón sino principalmente valores como la fidelidad, monogamia, el respeto a sí mismo y a su pareja.

2.2.3.8 Virus papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) es un DNA virus, de la familia *Papovaviridae*, más de 5 millones de personas adquieren el VPH cada año, y más del 74% de los casos ocurre entre los 15 y los 24 años de edad (López, 2008) de estos casos entre un 5% y un 30% de infección por VPH están infectadas por varios tipos de VPH, de los tipos más comunes de bajo riesgo no oncogénicos (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81) el VPH de tipo 6 y 11 son los virus de bajo riesgo que se encuentran con mayor frecuencia en las verrugas genitales y del tipo de alto riesgo oncogénicos o asociados con el cáncer (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82) el VPH 16 es el tipo de alto riesgo más común, ya que se encuentra en casi la mitad de todos los cánceres de ano o bucofaríngeo (hombres y mujeres), cuello uterino (mujeres) o pene (hombres) , el VPH 18 es otro virus de alto riesgo común, el cual no solo se puede encontrar en lesiones escamosas sino también en lesiones glandulares (Ministerio de la Salud, 2008).

Usualmente hombres y mujeres no presentan síntomas, a menos que sea por uno de los tipos que causa verrugas genitales, pueden presentarse dentro de varias semanas o meses después del contacto con una pareja que tiene el VPH, por lo general, lucen como una pequeña protuberancia o grupos de protuberancias en el área genital, pueden ser pequeñas o grandes, planas o prominentes, o en forma de coliflor, aunque no da manifestaciones evidentes se debe mantener alerta cuando aparecen los siguientes síntomas: ardor o picazón constante en las zonas genitales, aumento en la sensibilidad y aparición de dolor en los genitales durante las relaciones sexuales, flujos y hemorragias vaginales fuera del ciclo

menstrual o regla y presencia de verrugas, pequeñas malformaciones de la piel en forma de coliflor (Correnti, Cavazza, Alfonso y Lozada, 2008).

Los tratamientos recomendados por los médicos pueden ser por destrucción del tejido infectado (láser, crioterapia, electro fulguración), mediante un tratamiento químico (ácido tricoloacético, podofilina, fluorouracilo) y el tratamiento con inmunomoduladores (sustancia química que produce la inhibición de uno o más componentes del sistema inmune) que únicamente frenan la infección viral, pero no la eliminan totalmente (Correnti, et al., 2008).

Como consecuencia este virus afecta principalmente la piel y las mucosas genitales y el es causante de lesiones benignas, como verrugas o condilomas y lesiones precancerosas y cánceres (cervico uterino el más frecuente, de ano, vulva, vagina, pene y oro faríngeo) (Ministerio de la Salud, 2008).

Las vacunas pueden ayudar en la prevención de casi todos los tipos comunes de VPH que pueden causar enfermedad y cáncer a hombres y mujeres, estas vacunas se administran en tres inyecciones, sin embargo, es importante recibir las tres dosis para contar con la mejor protección y son más eficaces cuando se dan en los primeros años de la adolescencia, en caso de que decidan llevar una vida sexual activa, pueden reducir su riesgo de contraer el VPH si utilizan condones, también se puede reducir la probabilidad de contraer el VPH si limita el número de parejas sexuales, sin embargo, hasta las personas que han tenido solo una pareja sexual en la vida pueden contraer el VPH por lo que se recomienda la realización de pruebas como la prueba de Papanicolaou y la prueba del ADN del VPH (Correnti, et al., 2008).

Jiménez, (2010) menciona que diversos autores (Jemmott y Jemmott, 1990; Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2003; Robles, et al., 2006) coinciden en que el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre los riesgos de contraer una ITS son deficientes por lo que es común encontrar conceptos equivocados, mitos y confusiones que podrían estar situados a presentar comportamientos de riesgo, la información sobre sexualidad que poseen los

adolescentes, está asociada al conocimiento del uso del condón o a comportamientos de menor riesgo, sin embargo, los conocimientos como tal no se traducen en conductas preventivas, por lo que se ha intentado realizar programas preventivos para generar que los adolescentes establezcan comunicación sexual con padres y con la pareja ya que se vincula con la demora del debut sexual, la prevención de problemas de salud sexual (incluyendo las ITS) en la adolescencia y la promoción del uso consistente del condón, situación que podría ayudar a prevenir de igual manera el problema de salud más importante en los adolescentes: el VIH /SIDA.

2.2.4 VIH/SIDA

La ONUSIDA (2008) menciona que VIH es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”, es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células *T CD4* positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento provocando un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia", por otro lado también define el SIDA como un término que corresponde a “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

CENSIDA (2010) menciona que la ONUSIDA hasta el 2009 estimó que en el mundo había 33.3 millones de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (30.8 millones adultos y 2.5 millones menores de 15 años), 2.6 millones contrajeron el VIH y cada día 7100 personas se sumaban a esta infección, de estos casos aproximadamente el 50% eran relacionados a jóvenes (entre 10 y 24 años, para el 2012 (CENSIDA, 2012) menciona que la prevalencia de infección por VIH en población adulta de México (15 a 24 años), era de 0.24%, lo que implica que para finales del 2011 en México había cerca de 147 137 personas viviendo con VIH y 11,422 con estado desconocido de evolución.

Se reportó que hasta el 2009 (CENSIDA, 2010) los fallecimientos a nivel mundial a causa del SIDA fueron un total de 1.8 millones (1.6 millones de personas adultas y 260000 casos de niños menores de 15 años) mientras que en México los casos notificados de SIDA hasta 2012 (CENSIDA, 2012) eran de 89,879 de los cuales son 58,110 de personas fallecidas.

El VIH se puede transmitir cuando está presente en concentraciones suficientemente altas de algún fluido corporal (la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna), se transmite cuando los fluidos de una persona ingresan en el cuerpo de otra por medio de una vía de entrada específica (Venter, 2004):

Por *vía sexual*, a través de coito sin protección (vaginal, anal u oral) el virus ingresa al organismo a través de pequeñas heridas que pueden producirse durante la relación sexual, en la piel o las membranas mucosas de los genitales, de la boca o del ano, si en cualquiera de estas áreas hay una lesión abierta, el virus puede entrar más fácilmente, también por relaciones sexuales vulnerables, es decir, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras y trabajadores sexuales, personas privadas de la libertad, personas viviendo con VIH o con usuarios de drogas inyectables, de igual manera se ven afectadas las personas que intercambian juguetes sexuales o aquellas que tienen contacto sexual cercano, incluso sin penetración ya que produce un riesgo de infección si se produce una exposición a sangre, lesiones abiertas, semen o fluidos vaginales (Venter, 2004).

Por *vía sanguínea*, mediante transfusiones (recibir sangre o productos sanguíneos infectados) o trasplante de un órgano infectado, inyecciones por agujas contaminadas (ámbitos médicos o consumidores de drogas inyectables), lesiones por pinchazos de aguja, instrumentos cortantes y/o punzantes contaminados (por ejemplo; agujas, agujas para tatuajes, instrumentos para circuncisión), la exposición a la sangre a través de cortes en la piel, salpicadura de membrana mucosa o por compartir utensilios de uso personal como hojas de afeitar y cepillos de diente (Venter, 2004).

Por *vía materno infantil*, puede ser durante el embarazo, durante el parto o en el período de lactancia (Venter, 2004).

Venter (2004) menciona que el paso del VIH al desarrollo de SIDA se da mediante las siguientes fases:

Fase 1: Infección por el VIH, este es el momento en que el virus entra en el cuerpo; a veces llamado inoculación (Venter, 2004).

Fase 2: Período ventana, su duración es de hasta 3 meses después de la infección, no hay síntomas ni signos, en esta etapa el virus se está multiplicando rápidamente; su nivel en sangre y en otros fluidos corporales es muy alto (es decir, la carga viral es elevada), por lo cual la persona es muy contagiosa, el resultado de la prueba del VIH es negativo dado que el organismo todavía no ha comenzado a desarrollar los anticuerpos que se miden con ella (Venter, 2004).

Fase 3: Seroconversión, marca el final del período ventana; tarda una o dos semanas, en este punto, el cuerpo comienza a desarrollar anticuerpos (son proteínas generadas por el sistema inmunológico como armas para combatir el virus) contra el VIH, entonces, el resultado de la prueba del VIH es positivo, es factible padecer una enfermedad parecida a la gripe con fiebre, dolores de cabeza, dolor de garganta, cansancio, inflamación de glándulas, dolor en las articulaciones y sarpullido (Venter, 2004).

Fase 4: Período asintomático o período de latencia puede ser variable (menos de un año hasta 15 años o más), la mayoría se mantiene saludable durante unos 3 años, pero el número real de años varía de persona a persona, estos plazos dependen mucho de las circunstancias socioeconómicas, el tener suficiente dinero para comprar buena alimentación, vivir en condiciones salubres y tener acceso a los medicamentos, durante el período asintomático, la persona se siente y se ve saludable, sin embargo, si no hay signos exteriores de enfermedad, el virus continúa multiplicándose activamente y debilita el sistema inmunológico en forma gradual, en este período, el virus se puede transmitir a otros (Venter, 2004).

Fase 5: Enfermedad relacionada con el VIH/SIDA (4 ó 5 años en promedio), los signos y síntomas de la enfermedad comienzan a aparecer leves en un principio, pero gradualmente se vuelven más frecuentes, más severos y duraderos (Venter, 2004).

Fase 6: SIDA, en países en desarrollo, la mayoría muere dentro del año de ingresar en esta fase, en cambio, donde se utilizan fármacos antirretrovirales, las personas con SIDA pueden vivir muchos años, en este momento el sistema inmunológico ya se ha debilitado significativamente y el organismo se encuentra muy vulnerable a nuevas infecciones y cánceres (el paciente muere cuando desarrolla un cáncer o infección incurable), debido a que los niveles del virus en sangre son nuevamente muy altos las posibilidades de contagio a otros son significativamente altas, a pesar de ello, la prueba del VIH puede dar un resultado negativo ya que el sistema inmunológico puede estar tan débil que es incapaz de producir anticuerpos (Venter, 2004).

La infección por el virus del SIDA se puede prevenir de manera efectiva, para ello, se deben considerar los aspectos individuales, es decir, la importancia de disponer de información actualizada, identificar las situaciones de riesgo, conocer los recursos disponibles para la prevención e identificar las conductas que permiten la prevención de la transmisión del VIH (Ministerio de Salud, 2008):

Vía Sexual, consiste en usar correctamente el condón (masculino o femenino) en las relaciones sexuales con penetración, muchos estudios alrededor del mundo han demostrado la efectividad de su uso en la prevención del VIH, evitar tener múltiples parejas sexuales, evitar el inicio temprano de la actividad sexual o practicar la abstinencia (la ausencia de actividad sexual) así como conocer el estado serológico propio y el de la pareja (Ministerio de Salud, 2008).

Vía sanguínea, evitar usar o compartir jeringas durante el consumo de drogas intravenosas, también evitar la transfusión de sangre si se cree haber tenido prácticas de riesgo, evitar el contacto entre fluidos como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna, evitar el contacto con piel

lastimada y no compartir artículos de uso personal, como juguetes sexuales, navajas de rasurar o cepillo de dientes (Ministerio de Salud, 2008).

Vía materno infantil, la transmisión por esta vía se previene mediante el uso de antirretrovirales y la sustitución de la lactancia materna por leche maternizada (Ministerio de Salud, 2008).

Al revisar estos problemas de salud sexual en los adolescentes se puede encontrar que se considera una etapa con alta vulnerabilidad para presentar conductas de riesgo que atraerán consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales que pueden ser prevenibles por eso es importante contar con el entendimiento por parte de quienes le rodean para poder pasar por esta etapa del desarrollo con éxito.

Atienzo, et al. (2011) describen que la principal estrategia para la prevención de estos problemas de salud sexual entre adolescentes son las intervenciones para modificar comportamientos sexuales de riesgo (inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales y el no uso o uso inconsistente de anticonceptivos en especial en condón), en diversos países esta estrategia se ha centrado en intervenciones escolares dirigidas a los jóvenes, también se ha propuesto un enfoque alternativo en la educación sexual de los adolescentes que radica en involucrar a los padres de familia como educadores en sexualidad que pueden funcionar como agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir.

Son los padres los principales y más importantes comunicadores de los hijos respecto a la sexualidad, sin embargo, les cuesta mucho abordar el tema, porque persisten muchos temores, creencias distorsionadas, mitos, prejuicios, falta de conocimiento y de habilidades para hablar de sexualidad, incluso la propia historia personal, que no siempre es satisfactoria, dificulta aún más hablar, tampoco los hijos se atreven a preguntar por el temor a lo que pensarán los padres respecto a su duda o inquietud y buscan las respuestas por sus propios medios, encontrando información que muchas veces no les ayudan a tener

conceptos claros y reales acerca de los elementos que conforman la sexualidad humana, los padres (algunos) se quejan de que los hijos aprendan de este tema en la escuela, en la calle, pero a ellos les cuesta adelantarse, empiezan a hablar cuando ya ha ocurrido una conducta de riesgo.

Para lograr una sexualidad plena y sana en el adolescente, es importante que los padres se comuniquen de manera eficaz en temas de sexualidad con sus hijos desde el inicio de esta etapa, ya que se ha demostrado que cuanto más información maneje el adolescente sobre temas sexuales proveniente de sus padres (familia), menos la buscará en otras fuentes, y probablemente el inicio de su vida sexual se pospondrá para que ocurra en condiciones más seguras y responsables (García, Ávila, Lorenzo y Lara ,2002).

Se ha identificado la importancia de conocer esta etapa, se ha reconocido el papel tan importante que juega la comunicación de los padres con sus hijos, sobre temas de sexualidad, pero, ¿cómo se puede lograr?, para ello en el siguiente capítulo se puntualiza sobre los diferentes programas y los modelos teóricos empleados en este tema.

3. MODELOS Y TEORÍAS.

*“Aquella teoría que no encuentre aplicación en la vida, es una acrobacia del pensamiento”
Swami Vivekenada.*

Los problemas de salud sexual son una cuestión que preocupa a todo el mundo, durante la adolescencia empieza a ser importante en la vida de las personas, ya que es en esta etapa comienzan a ser conscientes de la propia sexualidad y toman decisiones sobre el comportamiento sexual que tienen implicaciones a lo largo de toda la vida, por ello, un apoyo y una intervención eficaces antes y durante este período son fundamentales (Ayala, Vizmanos y Portillo, 2011).

Dichos problemas surgen cuando no tienen control sobre las consecuencias de su propia vida sexual, porque están poco informados o porque no disponen de medios para ejercer un manejo autónomo y responsable sobre sus vidas, por lo que para prevenirlos es necesario crear intervenciones que ayuden a la reducción de comportamientos de riesgo, por lo que Salas y Álvarez (2008) plantean que para la reducción de estos comportamientos es necesario crear programas de prevención que se basen en modelos psicológicos que den pauta para entender en primer lugar la magnitud del problema en el caso de los problemas de salud sexual y segundo apoyarse en bases teóricas para poder resolverlo.

Reafirmando lo anterior, Cabrera, Tascon y Lucumi (2001), indican que las teorías y modelos son importantes para definir y responder a preguntas válidas de investigación, con el objetivo de evaluar, describir y posiblemente predecir algunas conductas de riesgo para la salud de los individuos, dentro del campo de la salud sexual entre otros.

Para abordar y explicar los problemas de salud-enfermedad se han propuesto y empleado diferentes modelos, a continuación se mencionan algunos de los más representativos.

3.1 Modelo de Creencias de Salud

Este modelo tiene su origen en los años 50's, en 1966 lo amplían y en 1975 se modifica para conocerlo como se conoce hasta el día de hoy, sus componentes básicos derivan de la hipótesis propuesta por distintas aproximaciones teóricas de la conducta de los individuos se basa principalmente en dos variables: el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud), así pues, lo que se sugiere con este modelo es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud, si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan (Moreno y Gil, 2003).

De acuerdo con Rosenstock (1974, citado en Moreno y Gil, 2003), las dimensiones que componen este modelo son: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas.

La susceptibilidad percibida es considerada como una dimensión importante que valora fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.

La severidad percibida se refiere a una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por un lado las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o bien dejarla sin tratar una vez contraída.

Los beneficios percibidos se interpretan como las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad.

Otra dimensión tiene que ver con las barreras percibidas que se explican mediante los aspectos negativos de la conducta de salud.

A través de estas dimensiones el modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costos y beneficios para el sujeto, quien mediría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costos de tomarla, sin embargo, además de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la sucesiva incorporación al modelo de nuevas variables exógenas tales como la edad, el sexo, el nivel cultural o el conocimiento sobre la enfermedad, lo que ha causado cada vez mayor abstracción y la progresiva descontextualización del modelo, sobre todo en los últimos años, en una creciente colección de críticas, donde la evidencia respecto a que los sujetos dicen conocer lo que hay que hacer, saben cómo hacerlo y, sin embargo, no lo ponen en práctica, hace difícil sostener una relación positiva y de carácter causal entre creencias y conductas en el ámbito de la salud, tal como se supone de los postulados del modelo (Moreno y Gil, 2003).

Al respecto la utilización del modelo con personas diagnosticadas como seropositivas tiene, entre otros tantos objetivos, la búsqueda de adherencia a los tratamientos terapéuticos, Steele et al. (2001) evaluaron si existía relación entre dos de los componentes del modelo de Creencias de Salud (percepción de vulnerabilidad y barreras) y la adherencia a la terapia antiretroviral (ART por sus siglas en inglés). Sus resultados muestran que aunque la percepción de vulnerabilidad es moderada y se perciben pocas barreras para lograr la adherencia a la ART, no existe una mayor adherencia al tratamiento concluyendo que entonces, que no existe una relación significativa entre las variables del modelo evaluadas y los resultados en la adherencia al tratamiento.

3.2 Modelo de Acción Razonada

Este modelo propuesto por Martín Fisbhein e Icek Ajzen (citados en Reyes, 2007) tuvo su inicio en 1967 para intentar integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables, proponiendo que una conducta saludable es el resultado directo de la intención comportamental, estableciendo que la intención de realizar o no realizar una conducta es una

especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva) (Reyes, 2007).

De esta manera las actitudes hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo (ya sean de tipo positivo o negativo) con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta y que a su vez dependen de la percepción de las consecuencias que están definidas como las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados (Reyes, 2007).

Por otro lado, la norma subjetiva se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las valoraciones sociales que se tienen, acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas (Reyes, 2007).

Si lo que se desea es lograr hacer un cambio de conducta, Fishbein y Ajzen (1976, citados en Reyes, 2007) consideran que una intervención desde el modelo de la Acción Razonada, debe integrar un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual y debido a que toda acción ocurre respecto a un objetivo, en un contexto determinado y en un punto en el tiempo; entonces, la selección e identificación de dicha conducta debe tomar en cuenta estas variables.

Al referirse a la Acción, Fishbein y Ajzen (1976, citados en Reyes, 2007) consideran necesario especificar de forma clara la conducta a analizar.

Por otra parte consideran que el Objetivo, responde a la necesidad de saber lo que se quiere obtener.

En cuanto al Contexto, éste se refiere a la situación en dónde se pretende llevar a cabo la conducta deseada.

La última variable a considerar es el Tiempo, es decir, el momento en que se ha de dar cierto comportamiento.

Tomando en cuenta estos aspectos, uno de los estudios encontrados empleando este modelo es el realizado por Villagrán y Díaz (1999) donde se evaluaron los conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en jóvenes universitarios reportan que no existen pruebas de que el tener actitudes y creencias favorables hacia el uso del condón significa que las personas lo vayan a utilizar, encontrando que aunque una gran cantidad de estudiantes tienen una actitud favorable hacia el uso del condón (pues consideran que el condón no es ofensivo para las parejas, que los protege de infecciones sexuales, que son útiles para prevenir el embarazo si se usan correctamente, que son fáciles de usar, que se consiguen fácilmente y que lo utilizarían si la pareja lo exigiese), no tienen la intención de utilizarlo, según ellos, porque reduce el placer de las relaciones sexuales y el usarlo hace que el hombre pierda la erección, esto deja en claro, que existen incongruencias entre las actitudes y las conductas que se manifiestan; resultado de las pautas de conducta culturalmente determinadas, las cuales llevan a las personas a ser resistentes ante su propia participación en el ejercicio de su sexualidad.

De manera que para Villagrán y Díaz (1999) los componentes de este modelo solo permiten predecir alrededor del 25% de la conducta deseada y las fallas de este se atribuyen al tipo de presiones sociales situacionales que intervienen en la presentación de la conducta y al tipo de control bajo el cual se da la intencionalidad. Además que el modelo solo toma en consideración los cambios de conocimientos, actitudes o temor hacia el contagio del VIH y no se toma en cuenta la conducta que se quiere modificar.

3.3 Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio

El modelo fue propuesto por Prochaska & DiClemente (1982, citados en Cabrera, 2000) quienes, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que la gente pasaba por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada.

Este modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento, además se acompaña de otros elementos que influyen en el cambio de conducta, dichos elementos son: las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional y la autoeficacia (Cabrera, 2000).

Las etapas de cambio son propuestas por Prochaska & DiClemente (1982, citados en Moreno, et al. 2003), quienes observaron que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas habituales lo logran a través de un proceso dinámico integrado por cinco etapas, cada una de ellas con características propias y excluyentes, dichas etapas son:

La etapa de precontemplación, donde se desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud, se desconoce la existencia de un problema de salud, se conoce la existencia de un problema de salud pero está renuente a realizar cambios en su conducta.

En la etapa de contemplación, la persona advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien advierte la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios dentro de 6 meses.

Otra etapa es la de determinación, en esta la persona piensa seriamente modificar su conducta en un futuro próximo (dentro de 30 días).

Dentro de la etapa de acción, la persona se encuentra trabajando activamente en las modificaciones de las conductas que atañen a su salud, o bien en el problema de salud identificado.

Durante la etapa de mantenimiento, se adoptan habitualmente las conductas adquiridas, se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses y entonces se debe practicar continuamente para no retroceder a etapas anteriores.

La etapa conocida como recaída es la etapa que se agrega en el caso de no cumplir con el mantenimiento de la conducta deseada, la cual implica un nuevo inicio del ciclo en el modelo.

Otro elemento del modelo corresponde a los procesos de cambio, los cuales se refieren a la forma en que se da el cambio de comportamiento de una etapa a otra, para tal efecto el modelo considera 12 formas de poder llevar a cabo esa transición.

El balance decisional, constituye otro elemento y se refiere a la valoración de las ventajas versus las desventajas de llevar a cabo un comportamiento preventivo (dicho balance depende de la etapa en que se ubica la persona), la cual tendrá por objetivo analizar las ventajas y desventajas de pasar a una etapa posterior.

Con la descripción de las cinco etapas, una de las limitantes que tiene este modelo es que no todas las personas a las que se dirige un programa de educación para la salud tienen la misma disposición para generar cambios de conducta, tampoco se encontraron intervenciones empleando este modelo que se ha aplicado en una gran variedad de formas, desde la perspectiva aplicada existe gran dificultad en poder diseñar intervenciones basados en este modelo, pues lo que hace es identificar qué tan dispuestas están las personas para cambiar y aunque sugiere algunas formas en que ha de darse el proceso de cambio, no identifica de manera específica cómo se ha de dar la intervención según lo

procesos de cada etapa (los procesos de cambio pueden variar en cada una de las etapas y no son los únicos) (Cabrera, 2000).

3.4 Modelo de Autoeficacia

Las bases del modelo de autoeficacia (Bandura, 1977, citado en Salamanca y Giraldo, 2012) se dan en términos de una triada de caución recíproca, es decir, se describe por medio de tres componentes que operan en interacción unos con otros, estos componentes son: los determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos; la conducta y las influencias ambientales, en el área de la salud supone que uno de los principales problemas con respecto al cambio conductual es que comúnmente se intenta enseñar a las personas lo que deben o necesitan hacer para llevar a cabo una conducta saludable, a este respecto Bandura (1977, citado en Salamanca y Giraldo, 2012) considera que lo que realmente se debe de enseñar a las personas, son habilidades que fomenten la autoeficacia, por ejemplo, las habilidades de autorregulación que les permitan ejercer el control sobre ellos mismos y sobre otros en la práctica de comportamientos saludables, dichas habilidades, tienen que ver con el manejo de la automotivación, las autocreencias y las autoguías (formas de actuar).

La autorregulación, por su parte, requiere de habilidades de automonitoreo que permitan a las personas reconocer cuándo deben de poner en práctica su sistema autoregulatorio, promoviendo así, la emisión de conductas saludables por medio de un cambio de comportamiento autodirigido. Bandura (1977, citado en Salamanca y Giraldo, 2012), considera que para lograr dicho cambio, la gente necesita reconocer las razones para alterar sus hábitos riesgosos, los significados de sus conductas, sus recursos y de apoyos sociales para hacerlo.

Bandura (1977, citado en Salamanca y Giraldo, 2012) piensa que una buena intervención que tenga por objetivo el cambio de comportamiento, debe desde la perspectiva del modelo de Autoeficacia, considerar cuatro variables, las

cuales están dirigidas a alterar cada uno de los tres componentes determinantes de acción propuesto por la teoría Cognitivo-Social, los componentes se enuncian a continuación.

El componente informativo intenta hacer concientes a las personas de lo vulnerables que son ante determinada enfermedad, su forma de transmisión, el desarrollo de la enfermedad y todas las características de la misma. También busca informar a las personas sobre todas aquellas conductas que representan un riesgo para su salud y cuáles no, cómo hacerle para desarrollar comportamientos seguros, qué tan importante es conservarse sano, cuáles son los beneficios derivados de los comportamientos saludables, las ventajas de poder regular su conducta, etcétera (Salamanca y Giraldo, 2012).

El segundo componente se refiere al desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación que permitan a las personas el transformar la información en conductas o acciones de prevención efectivas. Cabe mencionar que en este componente, no se recomienda aún poner a los sujetos en situaciones de riesgo real. En realidad lo que se hace en este paso, es identificar en los propios sujetos los disparadores de riesgo, conocer la serie de conductas que llevan al riesgo, saber qué se debe de hacer y cómo se debe de hacer para salir de la situaciones de riesgo, saber reforzarse uno mismo por prácticas no riesgosas, saber cómo regular su conducta por medio de la propia insistencia del sujeto de que determinadas conductas implican un riesgo, etcétera (Salamanca y Giraldo, 2012).

El tercer componente está dirigido al mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia, lo cual se logra por medio de simulacros de situaciones que pueden ir desde un simple juego de roles hasta situaciones de alto riesgo en donde con ayuda de un guía y de la retroalimentación, el individuo puede ensayar y mejorar la habilidades necesarias para enfrentar de una manera efectiva una situación de riesgo en la vida real. Los ensayos pueden llevarse a cabo en diferentes contextos y con diferentes niveles de complejidad. El objetivo de este elemento es desarrollar al máximo las

habilidades auto-regulatorias y las habilidades sociales, que conlleven al desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia (Salamanca y Giraldo, 2012).

Y por último, la creación de una red de apoyo social que asegure el mantenimiento de las conductas preventivas adquiridas, ya que el cambio de comportamiento se da en un contexto social específico con una influencia social normativa. En este componente se ha de considerar la identificación de redes sociales que tengan más influencia y de aquellas que tengan la habilidad de reforzar o castigar (Salamanca y Giraldo, 2012).

En un estudio encontrado basado en este modelo, cuyo propósito fue evaluar las propiedades psicométricas de un cuestionario para medir la autoeficacia en personas con VIH (HIV Self-Efficacy) y que fue aplicado a 153 adultos VIH positivos sintomáticos que recibían atención médica, encontraron que la autoeficacia es un determinante importante del comportamiento de la salud, pero poco se sabe sobre la forma de medirla para el manejo de la enfermedad del VIH, por esa razón los seis aspectos que evaluaron eran: estado de ánimo, el manejo de medicamentos, manejo de los síntomas, la gestión de la fatiga, la comunicación con el proveedor de atención médica y el apoyo que tenían. A partir de este estudio Shively, et al. (2002) mencionan que la principal crítica a este modelo, es la generalidad que engloba el término autoeficacia, ya que esta puede ser alta en relación con ciertas metas que se propone la persona, pero baja en relación con otras. Es por esto, que, si se quiere aplicar el modelo, es necesario conceptualizar claramente y con áreas de contenido específico la conducta problema, por otro lado, la importancia de tener un control sobre las habilidades que se desarrollan, ya que debido a las características de las habilidades del autosistema, muchas veces es difícil identificar las variables que ocasionan el cambio.

3.5 Modelo Información- Motivación- Habilidades Conductuales

Desde un modelo pluridimensional, el modelo de Información-Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) propuesto por Fisher y Fisher (1992) considera que, si nuestro objetivo es cambiar comportamientos de alto riesgo hay tres variables fundamentales a tener en cuenta: información, motivación y habilidades comportamentales, basado en un análisis e integración de la teoría, la investigación en la prevención del VIH y la literatura psicosocial proporciona un marco conceptual general para entender y promover la prevención entre la gente.

Para que se dé una conducta preventiva, la iniciación y mantenimiento de hábitos de salud sexual, desde este modelo, se especifican tres elementos necesarios mismos que a continuación se enuncian.

El primer elemento a considerar es la *Información* que en este modelo queda entendida como la relación con el grado de conocimiento que la persona dispone sobre prevención de una conducta de riesgo o sobre un tema en particular para que la conducta preventiva pueda llevarse fácilmente a cabo por el individuo aunque también sostiene que estar bien informado y poseer información sobre salud sexual no es suficiente para provocar la ejecución de una conducta relacionada con la salud.

La *motivación*, es el segundo determinante para realizar conductas saludables, aun cuando se cuenta con la información necesaria para cambiar los comportamientos de alto riesgo, es importante tener estímulos que muevan a la persona a realizar conductas preventivas ya sea de manera personal (actitudes hacia la práctica de actos preventivos específicos), por medio de la motivación social para mejorar la prevención (percepción del apoyo social de llevar a cabo dichos actos) o tener en cuenta las percepciones de la vulnerabilidad personal hacia el riesgo (Bermúdez, Herencia y Uribe,2009).

Las *habilidades comportamentales* se relacionan con la autoeficacia o control conductual percibido que permiten mejorar actos específicos de prevención, y son el tercer determinante de la prevención, son un prerrequisito

adicional para la conducta preventiva y determina si los individuos “bien informados” y “motivados” serán capaces de practicar la prevención de manera efectiva, está compuesto por la capacidad objetiva de un individuo y su autoeficacia percibida sobre el rendimiento de la secuencia de comportamientos de prevención del VIH que está involucrado en la práctica de la prevención (Bárcenas y Tenorio, 2012).

Así en este modelo tanto la información como la motivación son consideradas como constructos independientes que actúan como activadores de las habilidades comportamentales, que resultarán en un cambio comportamental de reducción del riesgo, así como en un mantenimiento del cambio. La información y la motivación de reducción del riesgo pueden tener efectos directos en el comportamiento, especialmente cuando éste no requiere el desarrollo de un comportamiento que incluya una gran habilidad. El modelo propuesto por Fisher y Fisher (1992) especifica una tecnología ampliamente aplicable para reducir los comportamientos de riesgo, y un proceso de implementación en tres fases, información, motivación y habilidades conductuales.

En este rubro, Fisher y Fisher (1992) sostienen que muchos estudios han encontrado una fuerte relación entre las habilidades conductuales y la conducta preventiva. Las habilidades conductuales específicas que señalan estos autores son la aceptación de la propia sexualidad, adquisición de información relevante a la conducta de riesgo/prevenición y negociar con la pareja la prevención del VIH-SIDA (Bermúdez, et al., 2009).

Sin embargo, se han encontrado pocos trabajos basados en este modelo uno de ellos es el realizado en 2009 por Zhang, et al. refieren que en este modelo Fisher y Fisher (1992) identifica una amplia gama de habilidades conductuales que son necesarias para la prevención de VIH, que incluyen la capacidad objetiva y el sentido de autoeficacia para llevar a cabo tales comportamientos, por ejemplo: comprar preservativos, realizarse la prueba de VIH y evitar el uso de alcohol y drogas en relación con el sexo. Fueron tomados en cuenta un total de 427 trabajadores sexuales debido a que están en alto riesgo de contagio de VIH, en el

lugar donde fue realizado este trabajo existen entre 50 y 100 mil empleados en algún centro de entretenimiento y la tercera parte de ellos son trabajadores sexuales, entre esta población el índice de transmisión indica que la vía sexual heterosexual es la que tiene mayor índice de contagio (30.2%). Este estudio fue diseñado para examinar los factores relacionados al uso del preservativo con los clientes durante las relaciones sexuales, del total de la población reclutada el 98.8% de los participantes completaron los cuestionarios que estaban estructurados de la siguiente manera:

Información: esta variable estaba estructurada con 7 preguntas que evaluaban el conocimiento acerca de VIH/SIDA y las opciones de respuesta eran verdadero o falso.

Motivación: se evaluó esta variable mediante 5 preguntas que tenían que ver con la experiencia y la actitud hacia el uso del condón, referentes sociales, aprobación del uso del condón y la percepción de riesgo.

Consumo de sustancias: se realizaron 5 preguntas que indagaron el consumo de alcohol o drogas y la frecuencia de consumo.

Habilidades conductuales: se evaluó mediante 8 preguntas que hacen referencia a los pasos a seguir para el uso adecuado del condón, rechazo de la relación sexual sin protección, autoeficacia para adquirir más información de prevención de VIH y autoeficacia para evitar el consumo de alcohol y /o drogas antes de las relaciones sexuales.

Consistencia del uso del condón: calculada por el número veces que usaron condón sobre el número total de relaciones sexuales en el último mes.

Los resultados arrojan que 27% de ellos tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, los participantes obtuvieron un porcentaje de 45.7 % respuestas correctas en cuanto a conocimientos de prevención de VIH, 61.2% de respuestas correctas respecto a conocimientos de transmisión de VIH, el 47% de las mujeres reportó haber usado condón en el último mes y el 27 % de clientes

también lo utilizó, solo el 19.4 % de las mujeres se realizó la prueba de detección de VIH en el último año. Por lo tanto, el uso del condón se predijo significativamente por el apoyo de referentes sociales, experiencias y actitudes hacia los preservativos, la autoeficacia y las conductas de salud y habilidades de uso de preservativos. En conclusión estos resultados sugieren que el modelo de IMB podría ser utilizado para predecir el uso del preservativo y que los elementos del modelo de IMB la información y motivación trabajan principalmente a través de habilidades conductuales para influir en las conductas de prevención del VIH, una vez que se tiene la información adecuada el riesgo percibido aumenta y si el apoyo social realiza una buena motivación y se tienen las habilidades necesarias es posible que se realicen conductas de prevención entre esta y otras poblaciones.

En otro estudio realizado por Bazargan y Westl (2006) aplicaron el modelo de Fisher y Fisher (1992) como marco teórico para examinar posibilidad de la intención de que los jóvenes afroamericanos e hispanos permanezcan sexualmente inactivos, empleando una encuesta transversal para estudiantes de secundaria, encontró que sólo el 50% de la muestra informó que planea permanecer en abstinencia sexual hasta que se gradúen de la escuela secundaria, 21% rechazó la idea de permanecer en abstinencia y el 29% no estaban seguros acerca de su intención de participar en actividades sexuales. Mediante estos resultados indicaron que el efecto del nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y la motivación para realizar conductas preventivas se ve mediado por las habilidades conductuales y por lo tanto las actividades preventivas deben centrarse en fomentar dichas habilidades. Los datos de este estudio apoyan los elementos del Modelo IMB debido a que los autores sugieren que los programas de intervención no solo se deben centrar en el conocimiento de las intenciones de los adolescentes con respecto a su decisión de participar en la actividad sexual, también debería centrarse en animar a los jóvenes a posponer la actividad sexual mediante la reducción de la presión social y la construcción de la autoeficacia a través de la mejora de las motivaciones y la cultura habilidades apropiadas de comportamiento.

Rongkavilit, et al. (2010) realizaron un estudio piloto donde jóvenes de entre 17 y 24 años con VIH en tratamiento antirretroviral fueron entrevistados apoyándose de la utilidad del modelo IMB como un posible marco para la comprensión de la adherencia antirretroviral en esta población. La información en este estudio estaba conformada por la comprensión de los requisitos de adhesión y sus conocimientos del régimen y sus efectos secundarios. La motivación se dio mediante la forma de adhesión a través de las declaraciones de sociales su influencia en la adhesión de los socios y miembros de la familia, recordatorios diarios de otras personas y miembros de la familia así como proporcionar los incentivos necesarios para tomar sus medicamentos. Las habilidades conductuales estuvieron representadas en las declaraciones de estrategias diseñadas para tomar los medicamentos correctamente y minimizando los efectos secundarios. Una cuestión clave para los participantes fue la necesidad de tener siempre los medicamentos en el tiempo indicado ya que para algunos de los participantes, sus horarios son irregulares, ya que en muchas ocasiones se les hace fácil tomar los medicamentos a la hora que se acuerdan y no a la hora indicada. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: su nivel de *Información* aumentó al pasar a la comprensión de los requisitos de adhesión, el régimen y sus efectos secundarios, quedándoles de manera clara los beneficios y los resultados negativos a la falta de adherencia.

La *motivación* logró aumentar la confianza en los beneficios de la adherencia, ésta incrementó cuando las personas más cercanas a los pacientes, proporcionaron incentivos para tomar sus medicamentos con las dosis señaladas y los horarios indicados.

La *habilidad conductual* se dio una vez que los pacientes tenían conocimientos sobre los beneficios de la adherencia y sabían que contaban con apoyo por parte personas cercanas, buscando soluciones para no tener limitantes y lograr la adhesión. Por lo que los ayuda a pensar en crear estrategias para desarrollar sus actividades cotidianas (estudiar, trabajar, socializar) sin olvidar su tratamiento.

Aronowitz y Munzert (2006) realizaron una investigación basada en el modelo IMB en el que 28 díadas (madres de entre 32 y 78 años y adolescentes de entre 11 y 14 años), fueron grabadas en sesiones de 2 horas. El objetivo del estudio fue adaptar el modelo IMB utilizado para intervenciones para la reducción de riesgo de VIH a nivel individual para ser empleado en una relación diádica de madre e hija. En este estudio se encontró que la información que tienen las chicas de estas edades es de nivel básico en cuanto a conocimiento sobre pubertad, comportamientos sexuales, control de la natalidad, y transmisión de VIH, lo cual les generaba vergüenza al hablar sobre algunos temas. En cuanto a las madres, en general, tenían un buen nivel de información, sin embargo, la mayoría contaba con ideas erróneas sobre las ITS. En cuanto a la motivación las madres encuentran importante el que las chicas vean la vulnerabilidad a la que se enfrentan cuando tienen conductas de riesgo, mientras que las chicas refieren que hacen un esfuerzo para comunicar pensamientos y sentimientos a sus madres con respecto a la sexualidad y toma de decisiones. Las habilidades conductuales hacen referencia a las habilidades verbales y no verbales y las chicas se consideran en general, aptas para: negociar y comunicarse con sus pares, sin embargo expresan que tienen dificultad para hablar de temas sexuales con su mamá y peor aún con su papá, por lo que cuando tienen alguna duda prefieren preguntar por ejemplo, al consejero de la escuela, o bien preferían hacerlo con la mamá; sin embargo, refieren también que no saben como iniciar una conversación con ésta. Por su parte, las madres indican que a ellas también les causa dificultad hablar con sus hijas sobre temas sexuales por que no saben cual es el momento indicado para realizar esta acción.

Aunque en distintas intervenciones se ha empleado algún modelo o teoría psicológica la mayoría están enfocadas en el tema de VIH/SIDA y cuentan con diversas limitaciones que han generado revisar ¿qué es necesario hacer? para que las personas y más específicamente los adolescentes realicen conductas saludables en cuanto a los problemas de salud sexual.

Al respecto, Kirby (2007), ha identificado patrones de conducta, actitudes y creencias acerca de la sexualidad entre los adolescentes de diversos países, sus resultados han llevado a la identificación de la calidad de un plan de estudios de alto impacto y a la necesidad de una enseñanza práctica, demostrando que sólo cuando los jóvenes modifican sus conductas, adoptan sistemáticamente prácticas preventivas en sus vidas sexuales y llevan voluntariamente estilos de vida saludables, se puede hablar de un currículo efectivo en educación sexual, los trabajos de Kirby y su equipo en la evaluación del impacto de programas de educación sexual y prevención de VIH/SIDA e ITS son bien conocidos y ha sido a partir de esos estudios que ha diseñado la herramienta que permite plantear, seleccionar, adaptar, desarrollar e instrumentar programas efectivos en la prevención del embarazo adolescente y de las infecciones de transmisión sexual, dicha herramienta se desarrolla a continuación.

3.6 Características para que un programa sea efectivo

Estas características consisten en la división de tres ámbitos, en la primer categoría, Kirby (2007) hace referencia al proceso del desarrollo de un programa de prevención, la segunda hace énfasis en la inclusión de metas y objetivos, actividades y metodologías didácticas para que un programa sea efectivo y en la última categoría deja en claro cómo se debe aplicar el programa que se ha seleccionado o diseñado. A continuación se presentan los puntos establecidos por Kirby para cada categoría.

3.6.1 Proceso del desarrollo del programa.

1. *Involucración de una multiplicidad de personas con diferentes enfoques teóricos, de investigación y de conocimientos en el diseño del programa.* En él se incluyen personas que tengan experiencia en áreas que van desde el conocimiento cultural hasta la evaluación en general ya que estarán involucrados en la conceptualización, redacción y valoración del programa.

2. *Valoración de las necesidades y cualidades del grupo a quien va dirigido.* Se realiza a través de la revisión de datos cuantitativos acerca del comportamiento que tiene cierta población que va desde datos locales hasta datos nacionales, haciendo uso de técnicas cualitativas con el fin de conocer la relación que existe entre los factores que fomentan las conductas de riesgo y determinar en qué situaciones es más probable que se realicen y qué situaciones pueden evitarse.
3. *Utilización de un marco lógico que especifique propósitos de salud, factores protectores y de riesgo que actúan sobre las conductas que se desea modificar y las actividades relacionadas con los factores de riesgo y protectores.* Es una herramienta utilizada por profesionales que se basan en una teoría e investigación para definir las relaciones entre metas de salud, las conductas que las afectan, los determinantes de las conductas y sus intervenciones, así como las actividades que podrían modificar.
4. *Diseño de actividades compatibles con los valores comunitarios y los recursos disponibles (humanos y materiales).* En él se hace énfasis en los recursos disponibles y en la importancia de los valores comunitarios, es decir incluye el tiempo, recursos económicos con los que se cuenta, disponibilidad del personal, habilidades, información, creencias y opiniones.
5. *Prueba piloto del programa.* Se lleva a cabo el ajuste de componentes antes de la instrumentación formal, para tener la oportunidad de afinar posibles errores y poder realizar cambios con el fin de mejorar el programa.

3.6.2 Los contenidos del programa.

Es la parte que conlleva más características se divide en las metas y objetivos del programa y en las actividades de aprendizaje y metodología.

6. *Proposición de metas de salud claras.* Es la comunicación de mensajes precisos para motivar a los asistentes a evitar conductas de riesgo.

7. *Focalización exhaustiva en conductas específicas que conducen a las metas.* Incluir mensajes claros sobre estas conductas y situaciones que pudieran conducir a ellas y cómo evitarla. Una vez que se ha seleccionado una meta de salud, se identifican conductas específicas que conducen directamente a la meta de la salud.

8. *Dirección de los múltiples factores psicosociales de riesgo y protección que afectan los comportamientos.* Son factores que afectan la conducta de los asistentes, se eligen mediante la teoría o la investigación y se dividen en :

Los programas que reducen la actividad sexual como la información sobre temas sexuales, percepción de riesgo, creencias personales, actitudes hacia el uso del condón, percepción de normas de pareja, confianza para rechazar las relaciones sexuales o el uso del condón, intención hacia la abstinencia o la restricción de frecuencia de relaciones sexuales o el número de parejas y la comunicación con padres o adultos sobre temas sexuales.

Los programas que se centran para mejorar la confianza en su habilidad para evitar el riesgo de una ITS y la conducta de riesgo así como evitar contundentemente los lugares y situaciones que los pueden llevar a tener relaciones sexuales.

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

9. *Creación de un ambiente social seguro para la participación de la juventud.* Se crean reglas de participación así como la preparación de las sesiones para crear un ambiente para la amplia participación de manera abierta y responsable de los participantes, para que puedan admitir diferencias y preferencias de manera individual y dar paso a la retroalimentación.

10. *Inclusión de múltiples actividades para cambiar cada uno de los factores de riesgo y protectores percibidos.* Los programas efectivos incorporan múltiples actividades para cambiar los factores de riesgo y protectores que

influyen en el comportamiento de los participantes, para que estos personalicen y compartan la información, los educadores por su parte, deben proveer: datos, videos, testimonios y/o simulaciones acerca de los temas a tratar, mediante: lecturas, debates, juegos simulaciones, parodias videos y otras actividades.

11. *Empleo de métodos pedagógicos apropiados que involucran a los participantes, que los ayudan a personalizar la información y que son diseñados para cambiar cada grupo de factores de riesgo y protectores.* Con la finalidad de que los asistentes se interesen, los programas efectivos emplean actividades de aprendizaje y métodos de instrucción interactivos para cambiar factores de riesgo.

12. *Empleo de actividades, métodos didácticos y mensajes conductuales apropiados a la cultura de la juventud y a su etapa de desarrollo y experiencia.* Se debe tomar en cuenta que los programas efectivos están adaptados para la cultura, edad y la experiencia sexual de la población a la que va dirigido tomando en cuenta los valores, normas, intereses específicos y las diferentes técnicas de enseñanza para la etapa de desarrollo de los asistentes.

13. *Presentación de los temas en una secuencia lógica.* En muchos de los programas afectivos se emplea una organización previa para la presentación de los temas en la mayoría se inicia mejorando la motivación y luego dirigiendo el conocimiento, las actitudes y las habilidades para evitar una conducta o factor de riesgo.

3.6.3 Instrumentación del programa

14. *Asegurar al menos un apoyo mínimo de las autoridades apropiadas.* Los socios y aliados, que pueden incluir dependencias de salud y educación, directores de escuelas, administradores y donantes deben ser informados sobre el éxito del programa y sus resultados para apoyar los esfuerzos de instrumentación y lograr el éxito a largo plazo.

15. *Selección de docentes con las características deseadas (capacitándolos cuando es necesario). Proporciona monitoreo, supervisión y apoyo.* Las evaluaciones cualitativas de varios programas han mencionado que el factor más importante para los asistentes es que los educadores puedan establecer una buena relación con ellos sin importar la edad, el género o la etnicidad del educador.
16. *Tomar en cuenta considerar actividades para reclutar y retener a los jóvenes, así como para superar barreras para su participación.* Algunas ocasiones es necesario tener en cuenta la implementación de actividades necesarias para reclutar a los asistentes sobre todo cuando no se tiene un público cautivo o bien para superar los obstáculos en su participación ejemplo de ello: el uso de incentivos, proveer alimentos, gastos de transporte y la afirmación de la seguridad.
17. *Instrumentar casi todas las actividades fielmente según el programa.* Significa que el programa se debe llevar a cabo tal y como fue diseñado y en el ambiente para el que fue diseñado ya que de lo contrario podría reducir la efectividad.

Aunque la mayoría de las intervenciones se basan en un modelo o una teoría no han tenido los resultados esperados tal vez porque se ha puesto poca atención a las características mencionadas por Kirby (2007) para que un programa sea efectivo, por esa razón en el siguiente capítulo se presentan algunas de las limitaciones comunes en los programas preventivos de manera específica en el tema de comunicación sexual entre padres e hijos.

4. COMUNICACIÓN SEXUAL ENTRE PADRES E HIJOS COMO FACTOR DE PREVENCION.

“El mejor legado de un padre a sus hijos es un poco de su tiempo cada día”.

Vicente Battista.

En la mayoría de las investigaciones realizadas en México así como en otros países, sobre el conocimiento sexual y la comunicación están enfocados en los adolescentes dando poca importancia a los padres (Ayala, et al., 2011), no obstante es necesario plantear la necesidad de que los adolescentes sean apoyados por sus padres para lograr un desarrollo pleno y armonioso de su sexualidad.

Es necesario que los adolescentes aprendan a comunicarse de manera efectiva con sus iguales, pero también con los adultos, así mismo los padres de familia también requieren tener una comunicación asertiva con los adolescentes. Existen muchos factores que intervienen en la comunicación entre padres e hijos y más si se trata de comunicación sexual en la etapa adolescente, por eso en este capítulo se reúne información e intervenciones con respecto al tema, cabe mencionar que durante la adolescencia, la comunicación entre padres e hijos es algo fundamental para su desarrollo, sin embargo, se hace más difícil, incluso en aquellas familias en las que existía una buena relación durante la infancia, muchas veces los padres piensan que lo mejor es no hablarles o meterse con ellos, ya que así respetan su privacidad y evitan conflictos familiares, también, piensan que si el hijo asiste a la escuela, ellos se pueden desentender de su responsabilidad en la educación sexual de sus hijos; pero es necesario para el adolescente contar con su apoyo, confianza y comprensión a sus dudas y conflictos y solo un canal de comunicación afectiva y efectiva entre padres e hijos lo puede lograr (Caricote, 2008).

Hablar con un hijo adolescente puede ser difícil, incluso sobre cuestiones cotidianas, y aun más sobre sexualidad, por eso, algunos autores como García, Ávila, Lorenzo y Lara (2002) enfatizan la importancia de que exista una buena

comunicación entre padres e hijos en todos los aspectos de la vida, y la sexualidad no debe escapar a esto, pues es uno de los temas que más preocupación produce ya que en esta etapa con frecuencia los jóvenes son víctimas de problemas de salud sexual (ya antes revisados; embarazos no deseados, abortos e ITS incluyendo el VIH/SIDA) debido a que la información previa sobre sexualidad que se obtiene en esta etapa, proviene de amigos y compañeros y no de sus padres.

Ibarra y Meneses (s/a) mencionan que la familia y principalmente los padres son la parte formadora de la educación sexual de los hijos, por ello es primordial contar con la información necesaria para dar una orientación adecuada, responsable y confiable así como una buena comunicación familiar, en este aspecto es una función conveniente, que los padres les hablen a sus hijos de amor, de intimidad y de sexo, sin embargo, muchos padres evitan o posponen el hablar de estos temas; por estas circunstancias menciona Salas (2006) que día a día se confirma que la comunicación es un arte difícil de llevar a cabo, sobre todo entre padres e hijos adolescentes, por eso para entender que es la comunicación se presentarán a continuación algunas definiciones.

4.1 Comunicación

La comunicación es un proceso de interacción social a través de símbolos y sistemas de mensajes que se producen como parte de la actividad humana (Jiménez, 2009), en este orden de ideas, cabe destacar, que la comunicación puede entenderse como un intercambio, una interrelación, un diálogo, una vida en sociedad, todo ello relacionado indiscutiblemente con las necesidades productivas del hombre y no puede existir sin el lenguaje, entendiendo como lenguaje tanto a la palabra hablada como escrita, la gesticulación, la postura física, el tono de voz los momentos que se elige para hablar o de lo que no se dice (Franco, 2001; citado en Salas, 2006). También se refiere a un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información (Jiménez, 2009).

Aunque no existe una definición de comunicación sexual entre padres e hijos, la más interesante es la que propone Cava (2003), mencionando que se trata del instrumento que padres e hijos utilizan para renegociar sus roles, constituyendo el medio por el cual su relación puede desarrollarse y cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad, es “el motor de la transformación de las relaciones entre padres e hijos” (Cava, 2003, p.28), lo cual implica que no es sólo un aspecto más que cambia durante la adolescencia de los hijos, sino que, sobre todo, comienza a reconocerse como un elemento fundamental en la transformación de dicha relación, de esta manera en este trabajo se empleará esta misma definición para referirnos a la comunicación.

Algunos estudios han intentado acercarse al estudio de la comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes, resaltando la importancia que tiene este tópico, por ejemplo el estudio que realizaron Jiménez, Mosquera y Obregón (2004) donde a través de una encuesta a un núcleo educativo de hombres y mujeres de entre 12 y 17 años, reportan que cuando un adolescente tienen alguna duda relacionada con su sexualidad recurre en primer instancia a sus padres (35.5%) y a sus amigos (24.2%). Entre las razones por las cuales eligen a quien consultar sus dudas sobre sexualidad se detectaron las siguientes: porque sienten seguridad (67.0%), por que los entienden (56%), por que se llevan bien con ellos (54,5%) y por que ofrecen mayor información (48,8%), entre otras. Los estudiantes encuestados cuando tenían dificultades en su vida sexual acudieron a su madre (56.8%), a parientes cercanos (12.6%), a su padre (7.2%), a sus amigos (1.2%) y a sus profesores. Sin embargo, reportaron tener expectativas sobre cómo les gustaría que les hablaran y presentaran los diversos temas de interés acerca de sexualidad, entre ellas mencionaron que tuvieran habilidades en el manejo de lenguaje sencillo, claro y directo, pero refirieron que las técnicas de la motivación empleada fuesen charlas, dinámicas de juego, presentación de videos, obras de teatro y/o murales.

Dadas estas necesidades, los recursos limitados existentes, las diferencias entre las opiniones ideológicas y la evidencia que proporciona la ciencia, es

particularmente importante que los países y las comunidades dispongan de las herramientas necesarias para diseñar, seleccionar e instrumentar programas efectivos para la prevención del embarazo adolescente, el aborto y las ITS incluyendo el VIH/SIDA (Kirby, 2007) en base a esto, en seguida se mencionan las limitaciones de algunos programas preventivos sobre comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes.

4.2 Limitaciones de los Programas preventivos (2004-2008) sobre comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes

El programa *Why Parents Matter* (Dittus, Miller, Kotchick & Forehand, 2004) basado en varios modelos teóricos, como: Teoría del Aprendizaje Social, Teoría de la Conducta Problema, Teoría de la Acción Razonada y en la Teoría Cognitivo Social para promover la crianza positiva, la comunicación sexual entre padres e hijos y la reducción de riesgos. La evaluación del programa fue a través de las siguientes variables: la conciencia de riesgo, las habilidades positivas de crianza y las habilidades de comunicación sexual, que se midieron en tres tipos de intervenciones.

Intervención mejorada, con una duración de 5 sesiones de 150 minutos, por 5 semanas con una opción de refuerzo de 12 ó 24 meses posteriores. En esta se trataron temas como: la crianza de los hijos en general y las habilidades de comunicación sexual mediante el uso de una variedad de modalidades de presentación, como grupo de discusión, video y juegos de roles.

Intervención breve, que consiste en una sola sesión de 150 minutos en ella recibían información para la crianza de los hijos y las habilidades de comunicación sexual, los mismos elementos que la intervención mejorada solo que de manera breve.

Intervención general de salud, consiste en una sesión con duración de 150 minutos centrándose en temas generales de salud como dieta, ejercicio y los temas que se enseñaron en las intervenciones 1 y 2, antes citadas.

Los resultados fueron los siguientes:

Intervención mejorada, la intervención fue eficaz en la comunicación entre padres e hijos sobre educación sexual y la reducción del riesgo sexual.

Intervención breve, sólo dio lugar a cambios en el informe de los padres de la comunicación entre padres e hijos sobre la sexualidad la educación.

Intervención general de salud, se demostró que no hubo cambios en la modificación de su conducta habitual.

Esta intervención tuvo dificultades en el reclutamiento de los padres en los programas y por la baja asistencia, especialmente para las intervenciones de varias sesiones y recomienda tomar esto en cuenta para estudios futuros, además de que considera pertinente tomar en cuenta las creencias del rol de género de los padres y compararlas.

De acuerdo con Kirby (2007) entre las carencias con las que cuenta este programa se encuentran: que no reporta datos cuantitativos en referencia al grupo al cual va dirigido, tampoco menciona pruebas anteriores (pilotos) y mucho menos describen los recursos utilizados, tiempos y horarios donde se realizó, tampoco cuenta con una instrumentación adecuada y no se obtuvo la asistencia necesaria posiblemente por que los docentes no contaban con los conocimientos necesarios.

Por otro lado, el *programa Parent-Peer Education* (Hauser & Documet, 2005) tuvo los siguientes objetivos:

Promover las habilidades para que una comunidad pueda dar talleres de comunicación parental acerca de temas de sexualidad y mejorar la toma de decisiones.

Que los padres obtengan las habilidades y los recursos necesarios para comunicarse de una manera más cómoda con sus hijos.

Incitar a los padres a comunicarse con sus hijos sobre sexualidad antes de que inicien la etapa de la pubertad.

La evaluación de este programa se dio a través de la información de la percepción de los participantes acerca de los temas de salud relacionadas con la juventud, su habilidad para comunicarse con sus hijos sobre temas de salud y la familiaridad con los manuales Family Connections.

El diseño fue pre y posttest, en donde en la preevaluación se incluía la percepción que tenían acerca de los temas de salud acerca de sus hijos, así como las habilidades con las que contaban para comunicarse con sus hijos. En el posttest, evaluaron el grado de ayuda que obtuvieron con los manuales y el taller. Después del taller, los participantes mencionaron sentirse cómodos hablando con sus hijos sobre temas relacionados con la sexualidad, discutir múltiples temas y reconocieron la importancia de crear confianza para poder iniciar conversaciones, también indicaron que estaban más motivados para llevar a cabo estas discusiones en el hogar como resultado de su participación en los talleres.

Las limitantes encontradas son respecto a la manera de evaluar midiendo los resultados del padre y el hijo en un seguimiento a largo plazo, y entrenar a los miembros y/o padres de esa comunidad para impartir el taller a más padres así como proveer el material de apoyo necesario. De acuerdo con Kirby (2007), si bien es cierto que menciona que cuenta con pruebas piloto no menciona en que modelo se basaron para llevar a cabo este programa, no informa si hubo métodos pedagógicos o cuales fueron las actividades alternas, acerca de la instrumentación del programa no menciona si tuvo apoyo de autoridades y si se emplearon incentivos.

El programa *Talking Parents Healthy Teens* (Eastman, Corona & Schuster, 2006) fue diseñado para que los padres mejoren la comunicación, promover el desarrollo sexual sano y reducir las conductas de riesgo de sus hijos adolescentes. Basado en 8 factores derivados de la Teoría del Aprendizaje Social, el Modelo de Creencias de la Salud y la Teoría de la Acción Razonada:

a) Las habilidades del individuo para participar en la conducta (las habilidades que tienen los padres para poder comunicarse con sus hijos).

b) Las intenciones del individuo para participar en la conducta (que los padres tengan las ganas de ser instruidos para poder enseñar a sus hijos sobre sexualidad).

c) La ausencia de las barreras medio ambientales que previenen la conducta o la presencia de recursos (facilitadores) para participar en la conducta

d) Autoeficacia percibida (capacidad de los padres de enseñar y responder las necesidades de los hijos).

e) Norma social percibida (los apoyos motivacionales con los que se cuenta para lograr la conducta de reducción).

f) Beneficios percibidos (reducción de conductas de riesgo que ayudan a prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados).

g) La consistencia percibida con las normas sociales (como se percibe respecto de su conducta).

h) Respuesta emocional (reacción emocional a la conducta más positiva que negativa).

El programa se planeó para enseñar a los padres cómo hablar sobre diversos temas de salud sexual con sus hijos. Los padres fueron instruidos sobre cómo enseñar a sus hijos la comunicación, la asertividad y las habilidades de toma de decisiones, y sobre la manera de supervisar mejor e interactuar con ellos. Los padres participantes fueron asignados al azar a un grupo control sin tratamiento o al grupo de intervención, durante 1 hora por 8 semanas en la hora de almuerzo en su lugar de trabajo cuyo fin fue ayudar a padres a discutir temas de salud sexual con sus hijos. El programa se implementó mediante juegos de roles, videos instructivos, juegos y debates en grupo. Las sesiones están basadas en grupos y dirigidos por un facilitador y un asistente.

Los resultados indicaron que los padres que recibieron intervención y sus hijos aumentaron la posibilidad de comunicarse mejor en temas de salud sexual

sobre todo en los seguimientos de 3 y 9 meses en comparación con el grupo control que tuvo poca apertura para comunicarse. Entre las limitaciones encontradas en este programa detectaron: que los autorreportes podían haber sido contestados incorrectamente lo cual quizá generó un sesgo además de que el seguimiento solo fue realizado a los padres, sugieren que debía incluir un seguimiento a los hijos. En cuanto a las características para que sea efectivo, en el proceso del desarrollo del programa no reporta datos cuantitativos, ni los recursos empleados, ni la existencia de pruebas piloto, respecto al contenido del programa solo faltó informar cuales fueron las actividades alternas y acerca de la instrumentación del programa no menciona si tuvo apoyo de autoridades, si se emplearon incentivos y tampoco mencionan si se llevó a cabo como estaba planeado (Kirby, 2007).

R.E.A.L. (Responsible, Empowered, Aware, Living) MEN (Dilorio, McCarty, Resnicow, Lehr & Denzmore, 2006) basado en la Teoría Cognitivo Social tuvo como objetivo probar la eficacia de una intervención para el retraso de las relaciones sexuales en los jóvenes, el uso de preservativos entre los sexualmente activos, y la comunicación sobre sexualidad entre padres (o figuras paternas) y los hijos. Un total de 277 padres y sus hijos la mayoría de los participantes fueron afroamericanos, y la mayoría de los padres vivían con sus hijos, fueron asignados aleatoriamente a grupos de intervención y de control, y las evaluaciones se llevaron a cabo antes de la intervención y en 3, 6, y 12 meses de entrevistas de seguimiento.

En la línea base se evaluó a padres e hijos y se realizaron 3 entrevistas de seguimiento (12 meses) la duración fue de 7 sesiones grupales a las que las primeras 6 solo acudían los padres en la sesión 7 acudían los padres con sus hijos con un total de 14 horas (2 horas por sesión). Se evaluaron las siguientes variables:

La comunicación sexual entre padres e hijos mediante la autoeficacia y las expectativas de resultado, con 16 ítems específicos de sexo, con respuestas de 0

indicando que no han discutido algún tema, a 3 indicando que han discutido mucho, esta escala tuvo un Alfa de Cronbach de .97

Grado de confianza de los padres para hablar con sus hijos sobre sexo, con 17 ítems con opciones de respuesta de 1 (no del todo seguro) a 7 (completamente seguro), el Alfa de Cronbach fue de .85.

La percepción de los padres sobre los resultados que esperan que ocurran después de hablar con sus hijos sobre temas sexuales, 23 ítems con respuestas de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo) y el Alfa de Cronbach para esta escala fue de .83.

Los autores reportan que se obtuvieron los resultados deseados tanto en la autoeficacia como en las expectativas de resultados relacionados con hablar con sus hijos fueron más altos en intervención que en grupo control, mejorando la autoeficacia y promoviendo expectativas de resultados positivas, también aumentó la autoeficacia con la intervención y representó un incremento en la comunicación. Sin embargo, entre las limitaciones se encuentran que, en aplicaciones posteriores se promuevan las discusiones sobre temas sexuales y proponer otros mediadores potenciales para aumentar la autoeficacia. De acuerdo con Kirby (2007) en cuanto al proceso del desarrollo del programa este programa no reporta los recursos económicos empleados, respecto al contenido del programa solo faltó informar cuales fueron las actividades alternas pero acerca de la instrumentación del programa no menciona si tuvo apoyo de autoridades y si emplearon incentivos por lo que tampoco estaría considerado como un programa efectivo.

Parents Matter Program (McKee, et al., 2007) su principal objetivo fue encontrar si las creencias que tiene la madre acerca del rol de género ayudan a mejorar la comunicación sexual entre éstas y sus hijos preadolescentes. Para obtener información emplearon un cuestionario en el que se tomaron en cuenta datos demográficos, datos sobre comunicación entre madres e hijas, datos sobre el rol de género, comodidad de los padres en la comunicación y deserción escolar. Después de la intervención los autores encontraron que hay asociaciones

significativas sólo en algunos análisis, la información contribuyó a encontrar que mientras más equitativas sean las creencias del rol de género hay más comunicación sexual, también encontraron que las creencias del rol de género de la madre y la comodidad de la madre en la comunicación hicieron contribuciones independientes en la comunicación sexual, así como aquellas madres con perspectivas más igualitarias tuvieron mayores aumentos en la comunicación sexual, independientemente del sexo de los preadolescentes, además se reportó que las madres sólo se comunican bien con sus hijos, así que las creencias del rol de género sólo fue un predictor de cambio en el seguimiento para los hombres.

Los autores reconocieron diversas limitaciones a su estudio, como el hecho de que la muestra utilizada no fue representativa, ya que la localización geográfica puede afectar a las creencias del rol de género y esto limita la generalización, de acuerdo con lo contemplado por Kirby (2007) la consideración de la población a la que se dirige el programa proporciona información concreta sobre las conductas sexuales de esa población y de los factores de riesgo y protectores por lo que no cumple con la valoración de las necesidades y cualidades del grupo a quien va dirigido, además de no mencionar en que Modelo o Teoría se basaron, tampoco menciona si se realizaron pruebas piloto ya que como se sugiere en las 17 características puede ser vital para el éxito del programa, otra limitante fue que las escalas empleadas para medir las creencias del rol de género, aunque están diseñadas explícitamente para intervenciones preventivas, aún no reportan propiedades psicométricas.

Parent-Adolescent Intervention, (Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis, & Zhou, 2008) basado en la Teoría de Acción Razonada bajo la idea de que los padres tienen actitudes favorables para hablar con sus hijos sobre sexo, utilizando el diseño pre-post/test con cuestionarios y un seguimiento de 6 y 12 meses en escalas similares usadas con padres e hijos para medir tanto la comunicación general y la comunicación sexual, todos los ítems fueron medidos con escalas tipo Likert de 5 puntos, donde el puntaje más alto indicaba más comunicación o confort, varias de estas escalas tuvieron niveles bajos de

confiabilidad por debajo del nivel habitual de 0.7 pero de acuerdo con los autores las creencias salientes no se suponen sean internamente consistentes por lo que es un buen indicador, al hablar sobre temas sexuales se evaluó lo siguiente: las creencias de control y conductas relacionadas a la comunicación sexual (Padres-Adolescentes), la prevención (la comunicación previene ITS, VIH/SIDA y embarazos), la reacción de la comunicación (la vergüenza de los padres o reacción negativa de los adolescentes hacia la comunicación), la aprobación (los adolescentes, de la familia, la Iglesia) respecto a la comunicación con los adolescentes sobre la abstinencia, las relaciones sexuales y sobre el uso del condón. Este programa se llevó a cabo durante dos sesiones de 6 seis horas. No encontraron interrelaciones significativas entre ninguna de las variables mediadoras (género de los padres e hijos, religiosidad, etc.). Fue igualmente efectivo tanto para hombres como para mujeres, las creencias conductuales, las creencias normativas y la eficacia de la comunicación mediaron la comunicación general, mientras que la prevención, la aprobación de la Iglesia, la familia y el adolescente y la comunicación efectiva mediaron la comunicación sexual.

La limitación que tiene este programa es el uso de un autoinforme en la evaluación de conductas, y al no ser tan eficiente se sugiere emplear otro tipo de registro que ayude al análisis del impacto del programa, por ello de acuerdo con lo mencionado por Kirby (2007) convendría preguntarse si ¿se está usando un marco lógico u otro instrumento de planificación curricular o pedagógica? ¿El marco lógico utilizado parece ser adecuado para los jóvenes de su comunidad? (Kirby, 2007).

Parent-Adolescent Relationship Education (Lederman, Wenyaw, & Roberts-Gray, 2008) tiene sus bases en la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría Cognitivo Conductual. El objetivo del programa fue determinar si las intervenciones interactivas son más efectivas en el mantenimiento y fortalecimiento de los controles sexuales y el auto control en la conducta sexual de los adolescentes. Se trabajo con diadas (padres e hijos) y las variables que se evaluaron fueron:

La frecuencia de comunicación con los padres: la escala se midió con 8 ítems preguntando la frecuencia con la que hablaban con sus padres sobre sexo, infecciones de transmisión sexual, prevención del embarazo, el sexo seguro, el VIH / SIDA, la anticoncepción, el uso del condón, y el uso de drogas (alfa de Cronbach [α] = 0,94).

Confort en comunicación con los padres: esta escala se midió con 5 ítems que preguntan a los estudiantes "lo agradable que se sentiría a hablar con sus padres" sobre el SIDA, los preservativos, las drogas, el alcohol y las relaciones sexuales ($\alpha = 0,91$).

Reglas parentales: esta escala contenía 8 ítems con opciones de respuesta dicotómica donde se preguntaba si los padres tenían reglas definitivas acerca de ir a fiestas con amigos, beber alcohol, quedarse hasta tarde, quienes son sus amigos, a donde van después de la escuela, si tienen vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos ($\alpha = .78$).

Participación de los padres en las actividades de los jóvenes: con 5 ítems se preguntaba con qué frecuencia los padres sabían lo que actividades estaban haciendo después de la escuela, si asistió a los programas para padres en la escuela y si sus padres los habían observado en actividades escolares o personales ($\alpha = .79$).

Valorar la opinión de los padres: esta escala contenía 5 ítems que indagaban sobre la importancia de los sentimientos o ideas de sus padres cuando en la elección de amigos, beber alcohol, emborracharse, consumir drogas o tener relaciones sexuales ($\alpha = 0,88$).

Comunicación con la pareja: esta escala contiene 10 ítems que indagaron sobre la frecuencia con la que los estudiantes hablaron con su pareja sobre sexo, infecciones de transmisión sexual, prevención del embarazo, el sexo seguro, el VIH / SIDA, la anticoncepción, los condones, el consumo de alcohol, el consumo de marihuana y otras drogas ($\alpha = 0,94$).

Valorar las opiniones de la pareja: se trataba de 5 ítems que preguntaban a cerca de los sentimientos de la pareja en cuanto a beber alcohol, emborracharse, consumir drogas y tener relaciones sexuales ($\alpha = 0,93$).

Conocimiento sobre Prevención: con 17 ítems de opción de respuesta verdadero o falso se indago sobre los riesgos para el embarazo (por ejemplo, "Una chica no puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales sólo una vez ") y los riesgos para el SIDA / VIH (por ejemplo, "Una persona puede tener SIDA a través de: Tener relaciones sexuales con alguien que ha compartido agujas "). ($\alpha = 0,67$).

Autoeficacia para la Prevención: 8 ítems, 4 que buscaban información sobre el grado en que los estudiantes creían que era aceptable para resistir las presiones para tener relaciones sexuales (por ejemplo, "Yo creo que está bien decir que no, cuando alguien quiere que me toque") y 4 ítems para preguntar cómo estudiantes cómodas sería conseguir métodos anticonceptivos en establecimiento o en una clínica ($\alpha = 0,91$).

Opciones de comportamiento para la presión a tener sexo: se trató de 11 ítems que tenían que ver con las acciones que realizaban para rechazar o posponer un encuentro sexual por ante la presión de tener sexo ($\alpha = 0,84$).

Los resultados fueron los siguientes: se encontró que las actividades y discusiones interactivas del programa son más efectivas que las actividades tradicionales (grupo control), incrementando el control social a través de las reglas y el mejoramiento del repertorio de conductas para resistir la presión a tener sexo. Los jóvenes reportaron como "muy importante" las opiniones de sus padres sobre cómo comportarse, no obstante los resultados del programa, los autores sugieren enfocar los programas en las interacciones familiares y en las conversaciones sobre sexo, proponen también que los programas podrían ser más efectivos, por ejemplo ayudando a los padres a explicar y a los jóvenes a entender mejor las reglas de los padres, aprovechando las oportunidades positivas para la vigilancia de los padres a través de la participación en las actividades de sus hijos y

fomentar una mayor conciencia del valor que los jóvenes dan a la opinión de sus padres. Por lo que se tendría que poner un poco más de atención a las necesidades de los jóvenes y realizar las preguntas que Kirby (2007) sugiere para que un programa sea efectivo ¿Se realizará el programa en un lugar cómodo y seguro?, ¿Se llevará a cabo en un horario conveniente para los y las jóvenes? No mencionan si se ofrecieron incentivos a los jóvenes (tales como refrigerios) para que asistieran al programa.

Al realizar un análisis general de los programas expuestos se observa que la mayoría de ellos no cuentan con lo siguiente: un marco lógico bien diseñado que muestre las relaciones entre metas de salud, las conductas que afectan directamente esas metas, los determinantes de las conductas y las intervenciones y actividades que podrían modificarlas, pocas veces se realizan pruebas piloto del programa que permiten ajustar cualquiera de sus componentes antes de su instrumentación formal, otra cuestión que pocas veces reportan en los estudios es si se crean ambientes sociales seguros ya que es necesario dedicar tiempo suficiente para las presentaciones y para el establecimiento de reglas de participación, así como dar retroalimentación positiva a través de todo el programa, algunos programas utilizan actividades de aprendizaje que directamente estimulan a los jóvenes a aplicar los conceptos a sus propias vidas así como adaptar para la cultura, edad y experiencia sexual de las poblaciones a las que van dirigidos por lo que se deben seleccionar estrategias de enseñanza apropiadas para cambiar sus respectivos factores de riesgo y protectores, elementos que muchas veces no se encuentran en los programas que se han realizado y finalmente la instrumentación de un programa con “fidelidad” significa que el programa se instrumenta tal y como fue diseñado y en el ámbito para el que fue diseñado sin embargo no todos contienen esta “fidelidad” (Kirby, 2007).

Los programas preventivos que incluyen la comunicación asertiva entre padres e hijos sobre temas de sexualidad pueden ser un poderoso factor en la prevención problemas de salud sexual, sin embargo, no todos los programas educativos son eficaces para este propósito, por esa razón existe una gran

necesidad de identificar y poner en marcha aquellos programas que resultan más efectivos para reducir la exposición al riesgo entre los adolescentes, por ello, al tomar en cuenta las limitaciones de estos programas a partir de lo dicho por Kirby (2007) y considerando como ideal el Modelo IMB propuesto por Fisher y Fisher (1992), en el siguiente capítulo se describirá en qué consiste la propuesta del taller para padres de hijos adolescentes para mejorar la comunicación en temas sexuales.

5. REPORTE DE INVESTIGACIÓN.

*"Si no conozco una cosa, la investigaré."
Louis Pasteur.*

Los padres juegan un papel fundamental en la prevención de conductas sexuales de riesgo en sus hijos adolescentes, para que esta función se desarrolle de manera exitosa depende de si los padres de familia que tienen el conocimiento de salud sexual o sexualidad y la forma en la que se comunican con sus hijos sobre estos temas.

En México como en otros países, en la mayoría de las investigaciones acerca de la prevención de embarazos, abortos, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/ SIDA) se han dirigido especialmente hacia los adolescentes y jóvenes que se encuentran expuestos a factores y conductas de riesgo (León, et al., 2010; Gómez, Urquijo y Villarreal, 2011; Ramos y Cantú, 2003; Rodríguez y Álvarez, 2006) que pueden tener repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura (Cornellà, 2005; Magaña, 2005, citados en García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia, 2006).

Sin embargo diversos estudios han señalado la importancia de la familia en la prevención de esas conductas de riesgo, al respecto Rodrigo, et al. (2004) hacen énfasis en que las conductas de riesgo están asociadas a la calidad de la relación de padres e hijos y que a mayor apoyo y comunicación de calidad se asocia menor consumo de tabaco, alcohol y drogas, por lo que lo ideal para prevenir estas problemáticas es la realización de Programas de Prevención de riesgos basados en modelos psicológicos y bases teóricas, los estudios realizados sobre la comunicación entre padres e hijos adolescentes en México en temas de sexualidad se han basado solo en la evaluación, mientras que los estudios de intervención cuentan con muchas deficiencias.

Por lo anterior, se han considerado algunas acciones o estrategias en la prevención de problemas de salud sexual, dentro de las cuales se encuentran la comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos, que se vincula con

retardar el debut sexual (Vélez, González y Borges, 2005, citados en Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles, 2008), con la prevención de embarazos en la adolescencia, con promover el uso de condón y métodos anticonceptivos (Kotva y Schneider, 1990; Pick y Andrade, 1995; Tucker, 1989, citados en Frías, et al., 2008), la abstinencia sexual (Atienzo, et al., 2011), la práctica de sexo seguro (Bustamante, Puc y Sabido, 2000) y la práctica de sexo protegido, mediante el uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales (Ceballos y Campo, 2005; Jiménez, 2010), sin embargo, Robles (2005, citada en Jiménez, 2010) menciona que además se debe contar con las habilidades para poder solicitar o negociar el uso del condón, para reducir conductas sexuales de riesgo.

Aún cuando los padres pudieran sentir vergüenza al hablar con sus hijos de la reproducción y prevención, o pudieran tener información incorrecta sobre estos temas, se les ha considerado agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir, algunos estudios (Atienzo, et al., 2011; Kirby, 1999; Schuster, et al., 2008 citados en Atienzo, et al., 2011) han señalado que cuando se les capacita, éstos pueden promover una comunicación eficaz, tal como se muestra en los resultados obtenidos por Frías, et al. (2008) los jóvenes platican más sobre temas sexuales con sus padres que con sus parejas, y es con las madres con quienes se involucran más en este tipo de conversaciones, versan sobre temas como: embarazos no deseados, VIH/ITS, y el condón, con respecto a la población de jóvenes que no son sexualmente activos, se encontraron que ellos platican más con sus padres que con sus parejas y lo realizan de manera ocasional, siendo la madre con la que existe mayor comunicación, lo cual podría indicar que esta población tiene la probabilidad de postergar su debut sexual quizá debido a que adquieran en esas conversaciones valores más conservadores respecto al debut sexual, también señalan que hablar sobre temas de sexualidad no promueve que los jóvenes tengan relaciones sexuales, pero podría facilitar en aquellos que ya tienen relaciones sexuales, el uso del condón en su próxima relación sexual. En este aspecto el apoyo social específicamente el apoyo de los padres, podría influenciar en el bienestar, la salud y la calidad de vida de los adolescentes (Reyes, 2002; Frías, et al., 2008;

Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez, 2012) por esa razón algunos estudios consideran como un elemento importante en el diseño de programas preventivos, a la comunicación sexual entre padres e hijos y/o pareja.

Existe un interés creciente por diseñar programas de intervención que muestren su efectividad para reducir conductas de riesgo relacionadas con el ejercicio de la sexualidad (Robles, Frías, Rodríguez y Barroso, 2006), en México, el estudio de la conducta sexual de riesgo se ha centrado en la influencia de la familia (Frías, et al., 2008; Moreno, Robles, Frías, Rodríguez, Barroso, 2010), las creencias y actitudes hacia el uso del condón (Rivera y Díaz-Loving, 1994, citados en; Palacios, Bravo y Andrade, 2007; Robles, et al., 2011), la autoeficacia para usar condón (Torres y Díaz- Loving, 1999, citados en Palacios, Bravo y Andrade, 2007; Cabrera, Olvera y Robles, 2006; Robles, et al., 2011), los rasgos de personalidad (Alfaro, Harada y Díaz-Loving, 2001, citados en; Palacios, et al., 2007; Díaz-Loving y Robles, 2009) y las habilidades de comunicación (Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz González, Rodríguez, y Hernández, 2006; Robles, et al., 2011; Bárcena, Robles y Díaz-Loving, 2013).

Muchos de los programas preventivos no han considerado las 17 características propuestas por Kirby (2007) para la efectividad de estos, la mayoría de ellos carecen de lo siguiente: un marco lógico bien diseñado que muestre las relaciones entre sus metas de salud propuestas y los resultados obtenidos, las conductas que afectan directamente esas metas, los determinantes de las conductas y las intervenciones y actividades que podrían modificarlas tal es el caso del programa de Hauser y Documét (2005), otros programas como los de Dittus, et al. (2004); Eastman, et al. (2006); y Hauser y Documét (2005), han tenido fallas en la descripción o la nula aparición del instrumento utilizado, por otro lado pocas veces se realizan pruebas piloto del programa para ajustar cualquiera de sus componentes antes de su instrumentación formal tal es el caso de los programas realizados por Dilorio, et al. (2006); Villarruel, et al. (2008); Hauser y Documét (2005); McKee, et al. (2007) y en otros se han encontrado fallas en la descripción de variables independientes (uso de manuales, material de

apoyo, temáticas, técnicas de enseñanza): Dittus, et al. (2004); Dilorio, et al. (2006); Villarruel, et al. (2008); Lederman, et al. (2008); McKee, et al. (2007).

Tomando en cuenta estas limitaciones y considerando como ideal el Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMB) propuesto por Fisher y Fisher (1992) que especifica una tecnología ampliamente aplicable para reducir los comportamientos de riesgo integrando: la información, la motivación y las habilidades conductuales (IMB) y sosteniendo firmemente que muchos de los estudios que han utilizado este modelo (Fuentes, Martínez, Ramos, Orden de la , y Carpintero,2002; Robles, et al. 2006; Robles, Frías y Barroso, 2006; Bermúdez, et al., 2009; Díaz y Escamilla, 2012), han encontrado una fuerte relación entre las habilidades conductuales y la conducta, de esta manera el programa “Abriendo Brecha” que aquí se propone, en primera instancia ofrece una preevaluación de los conocimientos, motivaciones y habilidades que tienen los participantes en la comunicación con sus hijos adolescentes, también ofrece un diseño en el que las sesiones contienen los tres componentes del modelo IMB (Fisher y Fisher,1992) de manera que el taller no sólo se centra en brindar información sino en que los participantes tengan las actitudes para aprender herramientas a fin de que las pongan en práctica en sus respectivos hogares, además, se utilizaron dos manuales de apoyo, uno para el ponente y uno para el participante:

El manual del ponente ofrece la información sobre sexualidad necesaria para el ponente (ITS, VIH/SIDA, aborto, embarazos no deseados y uso correcto del condón), así como la información sobre las ventajas de la comunicación asertiva entre padres e hijos para la prevención, también se ofrecen actividades a realizar en cada una de las sesiones, así como la bibliografía que se sugiere revisar.

En el manual para el participante se ofrece a los padres de familia la información sobre sexualidad abordada en el manual del ponente de manera puntual y sencilla, a manera de que sus dudas puedan ser aclaradas con esa información, además se les ofrecen actividades que pueden llevar a cabo en casa con sus hijos. Finalmente, se les proporciona bibliografía, páginas web

relacionadas con el tema de la sexualidad e instituciones a las que ellos pueden acceder con facilidad.

Así, el objetivo del presente trabajo es realizar una prueba piloto del taller “Abriendo brecha” (Bárceñas y Tenorio, 2012) sobre comunicación sexual asertiva para padres de hijos adolescentes, en donde se les enseñe a los padres mediante técnicas específicas, estrategias para una comunicación más efectiva entre ellos, mostrándoles en primera instancia los aspectos importantes de las conductas sexuales de riesgo y su prevención a partir de la comunicación. Para lograr lo anterior, dicho taller se basó en el modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) para incluir las tres características más importantes Información, Motivación y Habilidades Conductuales y en las características propuestas por Kirby (2007) que son indispensables para que un programa preventivo sea exitoso.

5.1 Pregunta de investigación

- 1.- El taller “Abriendo brecha” ¿contiene todos los elementos para ser un programa preventivo funcional para los participantes?
- 2.- ¿Este programa logrará mejorar la información, la motivación y las habilidades conductuales de los participantes?

5.2 Objetivo general

Realizar una prueba piloto del taller “Abriendo brecha” (Bárceñas y Tenorio, 2012) sobre comunicación sexual asertiva para padres de hijos adolescentes.

5.3 Objetivos específicos

1. Evaluar el nivel de conocimientos acerca de sexualidad que tienen los participantes antes de la intervención.
2. Evaluar la motivación que tienen los participantes para hablar de temas de sexualidad con sus hijos, antes de la intervención.

3. Evaluar la frecuencia con que ellos emplean habilidades conductuales en el tema de sexualidad, antes de la intervención.
4. Incrementar en los participantes el nivel de conocimientos acerca de temas de sexualidad.
5. Incrementar la motivación de los participantes para hablar y aprender acerca de temas de sexualidad.
6. Enseñar técnicas específicas para el mejoramiento o aprendizaje de habilidades conductuales que ayuden a la salud sexual de los participantes y de sus hijos.
7. Evaluar el nivel de conocimientos acerca de sexualidad que tienen los participantes después de la intervención.
8. Evaluar la actitud que tienen los participantes para hablar de temas de sexualidad con sus hijos posterior a la intervención.
9. Evaluar la frecuencia con que ellos emplean habilidades conductuales en el tema de sexualidad, después de la intervención.

5.4 MÉTODO

Participantes

La muestra que se tomó para trabajar fue de manera intencional, por lo que las unidades muestrales se seleccionaron de forma que a juicio del investigador las unidades fueran “típicas” o “representativas” respecto a la información que se deseaba obtener (Argibay, 2009), esta estuvo constituida por 14 padres de familia, de edad comprendida entre 32 y 43 años todos ellos tenían un hijo de tercer grado de la Telesecundaria 1046 “Miguel de Cervantes Saavedra” del municipio de Abasolo en el estado de Guanajuato. Estas características demográficas se observan en la tabla 4 y cabe mencionar que los participantes otorgaron su consentimiento para proporcionar datos de manera confidencial y emplearlos en este trabajo sólo con fines académicos.

Tabla 4. Características demográficas de los participantes y de sus hijos

Características	N	%	Media	D.E.	Moda	Rango
Participantes						
N	14	100				
Edad	14	100	37	3.088	35	32-43
Sexo						
Hombres	4	28.6				
mujeres	10	71.4				
Nivel escolar						
Primaria	2	15.4				
Secundaria	7	53.8				
Preparatoria	3	23.1				
Universidad	1	7.7				
Hijos de los participantes						
Edad	14	100	14.5	.650	14	14-16
Sexo						
Hombres	11	78.6				
Mujeres	3	21.4				

Escenario: Un aula de usos múltiples de 6m x 4m aproximadamente, 14 sillas para los participantes, un escritorio para colocar los materiales, una mesa para colocar el proyector y contactos con energía eléctrica.

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

Materiales didácticos: manuales didácticos, uno para el instructor y otro para el participante o guía para facilitar el entendimiento de los temas. Dichos manuales se diseñaron a partir de los temas propuestos en el taller como son: embarazos, aborto, ITS, VIH/SIDA, uso del condón y negociación (asertividad). En el manual del instructor se proporciona tanto información como estrategias didácticas para llevar a cabo con el grupo de participantes, dejando a criterio del instructor estas dinámicas o la oportunidad de proponer nuevas, sin salirse del tema central, éste manual será una guía para el instructor, que brinda tanto la información necesaria a impartir, como herramientas, actividades, propuestas,

ejercicios, trabajos en equipo, sugerencias para las ponencias y bibliografía recomendada para complementar los temas. Por otra parte, en el manual del participante se proporciona información sobre todos los temas mencionados anteriormente, estrategias de asertividad para recordar y poner en práctica lo aprendido en el taller y finalmente algunas sugerencias de libros o fuentes de información relacionadas a los temas vistos a lo largo del taller, todo esto en un lenguaje coloquial. Además de estos manuales, se diseñaron conferencias de manera previa con los temas centrales del mismo para ser expuestas en el taller mediante presentaciones multimedia para ofrecer a los participantes un mejor entendimiento a través de imágenes.

Aparatos: para la presentación de diapositivas, se utilizó una computadora portátil Dell Inspiron Mini 10 y un cañón proyector de diapositivas marca EPSON, modelo EB-S02 con conexión RCA, S-vídeo y portátiles o PCs.

5.4.1 Diseño

El diseño empleado en este estudio fue de tipo *pre-test post-test* de acuerdo con lo encontrado en la clasificación de Moreno, López, Cepeda, Alvarado y Plancarte (2001) en este diseño, se desarrolla una observación antes de introducir la variable independiente y otra después de su aplicación, por lo general las observaciones se obtienen a través de la aplicación de una prueba (Escala de Comunicación Sexual entre Padres e Hijos: diseñada por Bárcenas y Tenorio, 2011) u observación directa (bitácoras), cuyo nombre se establece según el momento de aplicación, cuando se realiza antes de la introducción de la variable independiente se le designa *pre-test* y si se lleva a cabo después, se le denomina *post-test*, en este estudio se comparó a un mismo grupo de participantes antes y después de un programa (Abriendo Brecha) y el propósito es determinar si los participantes incrementaron sus conocimientos, mejoraron su motivación y sus habilidades conductuales después de recibir el programa sobre comunicación sexual.

5.4.2 Variables, instrumentos y medidas

Utilizando la Escala de Comunicación Sexual entre Padres e Hijos diseñada por Bárcenas y Tenorio (2012), se obtuvo información de los participantes en las siguientes categorías:

Datos generales: se obtuvo información sobre la edad del participante, sexo del participante (masculino o femenino), la edad del hijo, sexo del hijo (masculino o femenino) y el nivel máximo de estudios del participante, a continuación se presentan las variables, la escala en la que se midieron y las medidas que se utilizaron (Ver tabla 5. Datos generales).

Tabla 5. Datos generales

Reactivo	Opción de respuesta	Escala de medición	Medidas empleadas
Edad del participante	Número	Escala de razón	Rango de edad Promedio de edad
Sexo del participante	1=Masculino 2=Femenino	Escala nominal	Porcentaje de participantes que pertenecen a cada sexo
Edad del hijo	Número	Escala de razón	Rango de edad Promedio de edad
Sexo del hijo	1=Masculino 2=Femenino	Escala nominal	Porcentaje de hijos que pertenecen a cada sexo
Nivel máximo de estudios del participante	1=Primaria 2=Secundaria 3=Preparatoria 4=Universidad	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que eligieron cada nivel escolar

Información: es el grado de conocimiento que disponen los padres sobre temas de sexualidad, consta de 11 reactivos, con dos formatos de respuesta; 1. Nunca, 2. Rara vez, 3. A veces, 4. Frecuentemente y 5. Siempre (reactivos 1-5) o a. Totalmente de desacuerdo, b. En desacuerdo, c. Indiferente, d. Acuerdo y e. Totalmente de acuerdo (reactivos 5-11) esta categoría hace referencia a la información que poseen los participantes respecto a la sexualidad, las ITS, métodos anticonceptivos, uso correcto del condón, adolescencia y pubertad, embarazos, abortos y VIH/SIDA (Ver tabla 6).

Tabla 6. Reactivos de la variable información.

Reactivo	Opción de respuesta	Escala de medición	Medidas empleadas
Dar información al hijo	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Información sobre ITS	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Dar información sobre anticonceptivos	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Uso correcto del condón	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Concepto de pubertad	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Prevención del embarazo	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Consecuencias del aborto	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Vías de contagio de ITS	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción

Continuación...Tabla 6. Reactivos de la variable información.

Reactivo	Opción de respuesta	Escala de medición	Medidas empleadas
Virus de Papiloma Humano	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Vías de contagio de VIH	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Síntomas del VIH	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción

Motivación, esta variable evalúa a nivel personal las actitudes positivas ó motivación que tienen los padres para comunicarse con sus hijos en temas de sexualidad, esta conformada por 8 reactivos, con un formato de respuesta en una escala de tipo Likert con valores de 1. Nunca, 2. Rara vez, 3. A veces, 4. Frecuentemente y 5. Siempre (ver tabla 7).

Tabla 7. Reactivos de la variable Motivación.

Reactivo	Opción de respuesta	Escala de medición	Medidas Empleadas
Uso de condón en las relaciones sexuales	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Consistencia uso del condón (padre)	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción

<i>Continuación... Tabla 7. Reactivos de la variable Motivación.</i>			
Reactivo	Opción de respuesta	Escala de medición	Medidas Empleadas
Elección de la pareja de su hijo	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Investigar vida sexual de la pareja actual	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Sexo sin protección exposición al VIH	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Comunicación como prevención de VIH	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Su hijo puede contraer VIH si no se usa protección	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Fomentar el uso del condón	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción

Habilidades conductuales: la autoeficacia o control conductual percibido que permiten mejorar actos específicos de prevención, cuenta con 10 reactivos de los cuales 9 (reactivos 1, 3-10) tienen las opciones de respuesta 1. Nunca, 2. Rara vez, 3. A veces, 4. Frecuentemente, 5. Siempre y 1 reactivo (reactivo 2) con las siguientes opciones de respuesta a. Totalmente de desacuerdo, b. En desacuerdo, c. Indiferente, d. Acuerdo y e. Totalmente de acuerdo, esto se puede observar en la tabla 8.

Tabla 8. Reactivos de la variable habilidades conductuales

Reactivo	Opción de respuesta	Escala de medición	Medidas Empleadas
Platicar de temas sexuales con el hijo	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Platicar de temas sexuales con los hijos	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Indiferente 4=De acuerdo 5= Totalmente en desacuerdo	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Responder de manera honesta en temas sexuales	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Discutir sin sentir vergüenza sobre sexualidad	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Facilidad para hablar de sexo con los hijos	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Escucho a mi hijo sin interrumpirlo	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Comprensión hacia los hijos	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Interés por las actividades de los hijos	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción

Continuación... Tabla 8. Reactivos de la variable habilidades conductuales.

Reactivo	Opción de respuesta	Escala de medición	Medidas empleadas
Negociación entre padre e hijo	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción
Comunicación con el hijo(a)	1=Nunca 2= Rara vez 3=A veces 4= Frecuentemente 5=Siempre	Escala Ordinal	Porcentaje de participantes que respondieron en cada opción

5.4.3 Procedimiento

Después de solicitar los permisos correspondientes con el director de la Telesecundaria 1046 se llevaron a cabo 4 fases que se describen enseguida.

Fase 1. Convocatoria, se convocó a los padres de familia de los alumnos de 3er grado que fue la población que se nos asignó por parte del director.

Fase 2. Pre-test, se realizó una evaluación del repertorio de conocimientos que tenían los participantes en cuanto a temas de sexualidad, utilizando la Escala de Comunicación Sexual entre Padres e Hijos diseñada por Bárcenas y Tenorio (2011). Los participantes fueron los padres que tenían al menos un hijo en el tercer grado de esa escuela, para tomar una muestra de 15 participantes, los cuales tenían que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: contar con una edad comprendida entre los 32 y 43 años, tener al menos un hijo adolescente con una edad entre 11 y los 15 años, haber obtenido un puntaje menor a 33 (M.T) en la categoría de Información, un puntaje menor a 24 (M.T) en la sección de Motivación y un puntaje promedio menor a 30 (M.T) para el apartado de Habilidades Conductuales, así como tener interés en los temas a tratar y tener disposición para hablar sobre ellos.

Fase 3. Aplicación del “Taller de comunicación sexual asertiva para padres”, esta fase estaba conformada por 11 sesiones con duración de dos horas cada una durante dos semanas consecutivas en las que se brindó información y

ejercicios de motivación para que realicen habilidades conductuales para prevenir los riesgos que una sexualidad sin responsabilidad implica. La primera sesión fue introductoria al taller. En la segunda sesión se abordó lo relacionado con la adolescencia y la sexualidad. La tercera sesión estuvo dedicada a definir lo qué es un embarazo y un aborto. La cuarta sesión trató de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En la quinta sesión se tocó el tema de VIH/SIDA en la actualidad. En la sexta sesión se abordó el tema del uso correcto del condón y su importancia como principal método de protección. La séptima sesión se basó en como iniciar y mantener una conversación sobre temas sexuales. En la octava sesión se realizaron ensayos de como negociar una relación sexual. Durante la novena sesión se emplearon técnicas de cómo negociar el uso del condón. En la décima sesión se entrenó como posponer un encuentro sexual. Y en la onceava sesión trató sobre como rechazar un encuentro sexual (se recomienda ver el anexo 1). Durante cada sesión se realizaron notas de manera descriptiva (bitácora) acerca de lo que sucedía y las problemáticas que se presentaban en cada una de las sesiones (ver anexo 2).

Fase 4. Post-test, se aplicó la Escala de Comunicación Sexual entre Padres e Hijos (Bárcenas y Tenorio, 2011) para saber si después de la aplicación del programa, los participantes modificaron sus respuestas en las categorías de información, motivación y habilidades conductuales.

5.5 Análisis de datos

Se realiza un análisis de los datos cuantitativos obtenidos en dos tiempos (pre-post) de la escala propuesta por Bárcenas y Tenorio (2011), con ayuda del programa estadístico SPSS versión 20 se calcularon los porcentajes de respuesta válidos y en algunos casos, la media, la desviación estándar, la moda y el rango, posteriormente con estos datos y el programa Microsoft Excel se realizaron gráficas comparativas entre las evaluaciones pre y post.

6. RESULTADOS.

“Si te enfocas en los resultados, nunca cambiarás. Si te enfocas en el cambio, obtendrás resultados”.
Jack Dixon.

A continuación se presenta la comparación de los resultados obtenidos en dos evaluaciones (pre-post) tanto de las variables (información, motivación y habilidades conductuales) así como las comparaciones de cada reactivo de ambas evaluaciones de escala de comunicación sexual entre padres e hijos (Bárcenas y Tenorio, 2012).

6.1 Variable información

Se esperaba que en la primera evaluación los participantes obtuvieran una media (M.T) de 33 puntos y que en la segunda evaluación incrementarían sus puntajes a 51 puntos al tener enunciados (7,8, 9,10) donde la opción de respuesta que se esperaba era totalmente en desacuerdo que equivalía a 1 punto, aunque no hubo ningún participante con los puntajes esperados sí se observó un aumento en los puntos obtenidos en comparación con la evaluación inicial por lo que se encontró una diferencia significativa ($t=-12.127$, $gl= 12$, $p=.000$), misma que se puede observar en la figura 1.

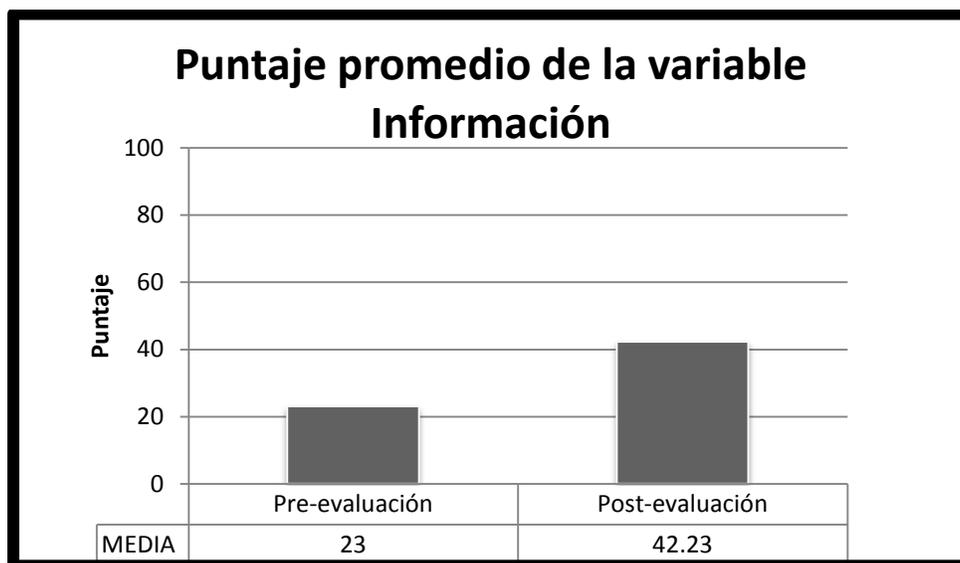


Figura 1. Muestra el promedio de la variable información en pre y post-evaluación.

Al pasar al análisis por reactivo en esta variable, se encontró lo siguiente.

El primer reactivo de esta categoría fue *Doy información a mi hijo(a) acerca de la sexualidad* y en la figura 2 se observa que las respuestas en la evaluación previa la mayoría de los padres de familia nunca daban información a sus hijos acerca de la sexualidad (57.1%) el puntaje promedio fue de 1.54, después del taller lo hicieron frecuentemente (53.8%) y siempre (46.2%) y el puntaje promedio fue de 4.46, por lo que la diferencia de medias entre ambas evaluaciones fue significativa ($t = -16.454$, $gl = 12$, $p = .000$).

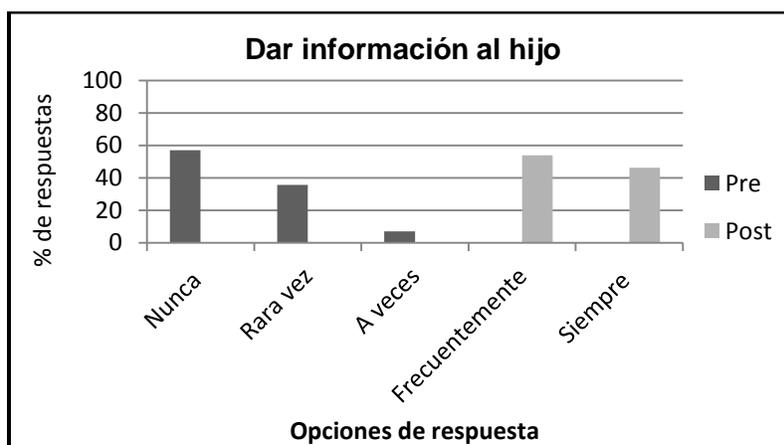


Figura 2. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo dar información al hijo tanto en pre como en post-evaluación.

En el reactivo *Doy información a mi hijo (a) acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA*, la mitad de los participantes (50%) respondieron que nunca daban información sobre ITS y VIH/SIDA y la otra mitad lo hacía rara vez (50%), en promedio en la preevaluación se obtuvo 1.54 mientras que en la postevaluación el porcentaje más alto fue en la opción de siempre (46.2%) y el puntaje promedio fue de 4.31 y fue significativa la diferencia de medias entre ambas evaluaciones ($t = -12.000$, $gl = 12$, $p = .000$) para mayores detalles observar la figura 3.

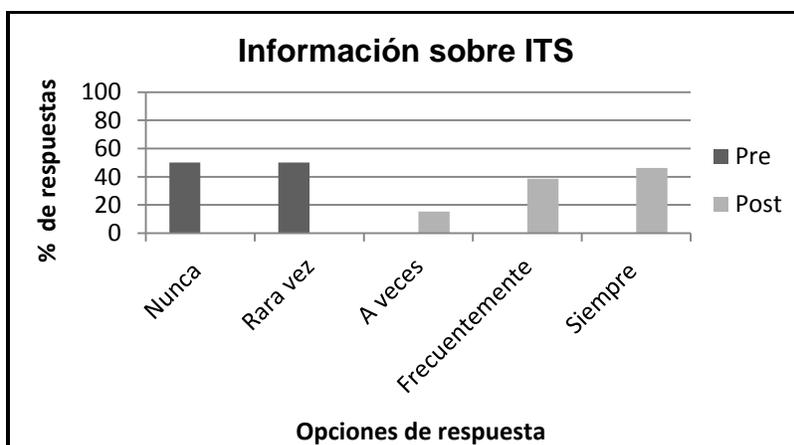


Figura 3. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo dar información sobre ITS tanto en pre como en post-evaluación.

Otro reactivo de la variable información fue *Doy información a mi hijo (a) sobre métodos anticonceptivos*, las respuestas fueron en un 50% nunca, 42.9% rara vez y 7.1% a veces, en promedio, en esta evaluación se obtuvo un puntaje promedio de 1.62, después de la intervención modificaron sus respuestas y ahora lo hacen frecuentemente (61.5%) y siempre (38.5%) en esta evaluación el puntaje promedio fue de 4.38, observando una diferencia significativa entre la media de ambas evaluaciones ($t=-12.000$, $gl=12$, $p=.000$), (ver figura 4).

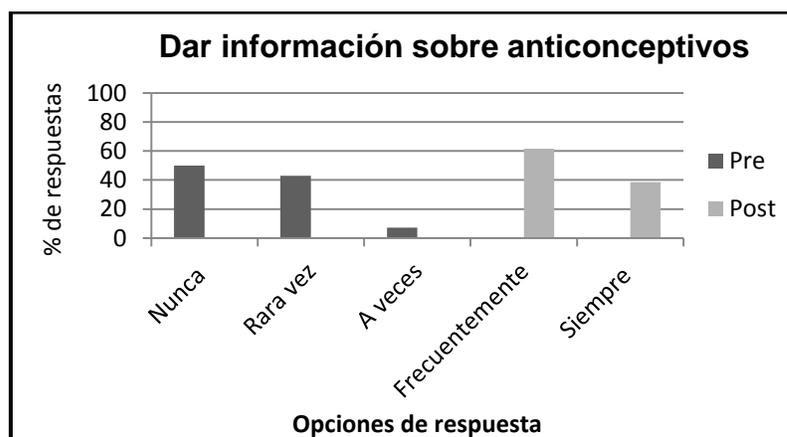


Figura 4. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo dar información sobre anticonceptivos tanto en pre como en post-evaluación.

En el enunciado *He revisado con mi hijo(a) el paso para el uso correcto del condón*, la mayoría los participantes respondieron antes del taller que nunca (57.1%) lo habían hecho, 28.6% lo hizo rara vez y el 14.3% a veces, el puntaje promedio en esta evaluación fue de 1.62 mientras que después del taller el

puntaje promedio fue de 4.54 la mayoría respondió que siempre (61.5%) lo hacen y se encontró una diferencia significativa en las medias obtenidas en el pre-test y el post test ($t=-12.222$, $gl=12$, $p=.000$) como se puede observar en la figura 5.

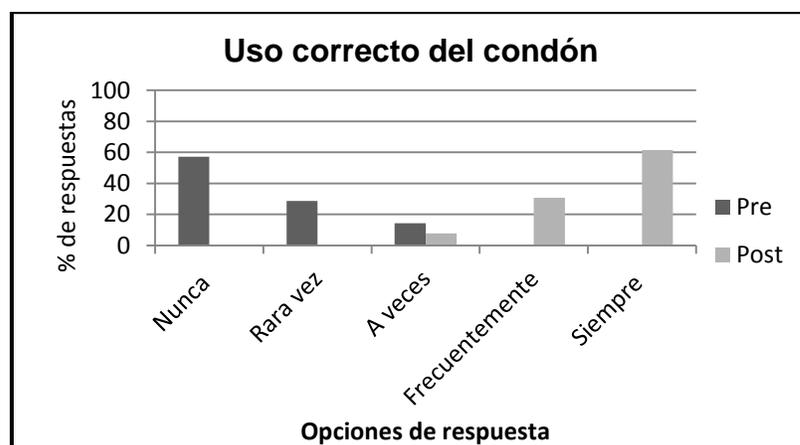


Figura 5. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo uso correcto del condón tanto en pre como en post-evaluación.

El periodo de crecimiento físico y de maduración sexual se conoce como pubertad, es el reactivo 5 de la variable de información, la mayoría se mostró indiferente (35.7%) en la evaluación previa y un puntaje promedio de 3.15, en la evaluación posterior, el total de los participantes (100%) indicó sentirse totalmente de acuerdo con este enunciado, por lo que el puntaje promedio fue de 5.00, observando la existencia de una diferencia significativa en ambas evaluaciones ($t=-5.196$, $gl=12$, $p=.000$) tal como se puede ver en la figura 6.

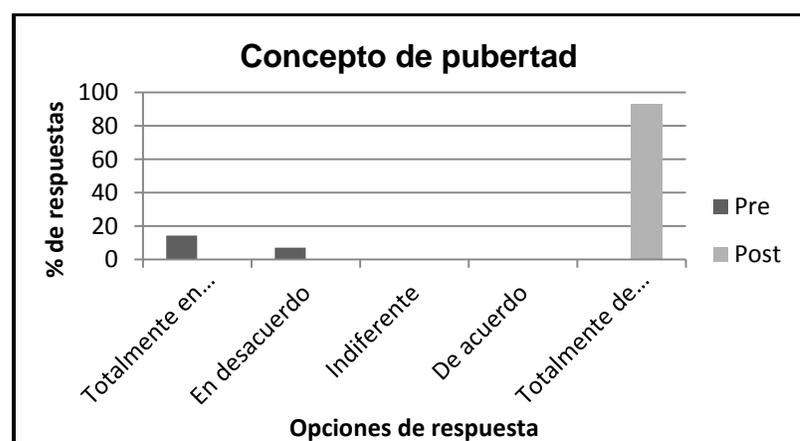


Figura 6. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo concepto de pubertad tanto en pre como en post-evaluación.

En el reactivo *Un embarazo se puede prevenir si se utiliza adecuadamente un método anticonceptivo*, en el momento del pre-test el 35.7% respondió estar totalmente en desacuerdo, otro porcentaje igual indicó estar indiferente, en esta evaluación el puntaje promedio fue de 2.46 y en el post test fue de 4.69, donde el 69.2% de los participantes aseguró estar totalmente de acuerdo con el enunciado, en la comparación de medias se encontró una diferencia significativa ($t=-5.899$, $gl=12$, $p=.000$) en la figura 7 se muestran estos datos de manera detallada.

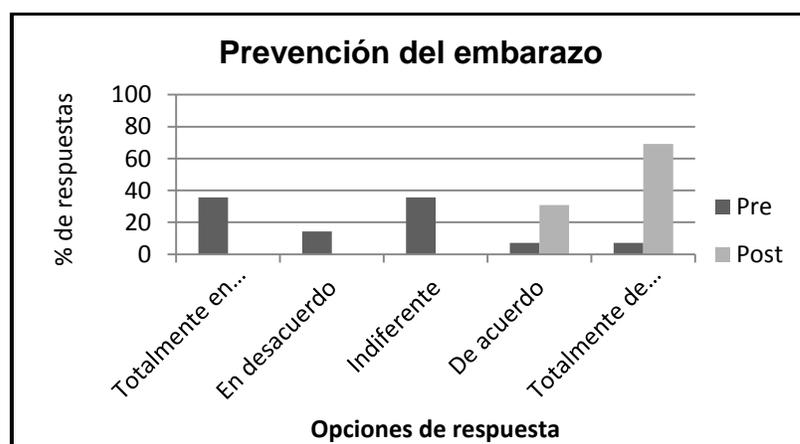


Figura 7. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo prevención del embarazo tanto en pre como en post-evaluación.

El reactivo 7 dónde se mencionó *“Es imposible que después de un aborto se presente una infección”* se esperaba que los participantes en su totalidad emplearán la opción de respuesta totalmente en desacuerdo, ya que de acuerdo con la OMS (2012), menciona que dentro de las consecuencias físicas se encuentran síntomas frecuentes como la hemorragia vaginal y dolor abdominal y la posibilidad de que haya signos de infección, ante esta oración en la evaluación previa el 42.9% respondió estar en desacuerdo, el puntaje promedio fue de 2.15 y en la evaluación posterior la mayoría también respondió con esta misma opción respuesta en un 38.5% y un puntaje promedio de 3.31, la diferencia entre evaluaciones no fue significativa ($t= -2.347$, $gl= 12$, $p=.037$), en la figura 8 se muestran los resultados para ambas evaluaciones.

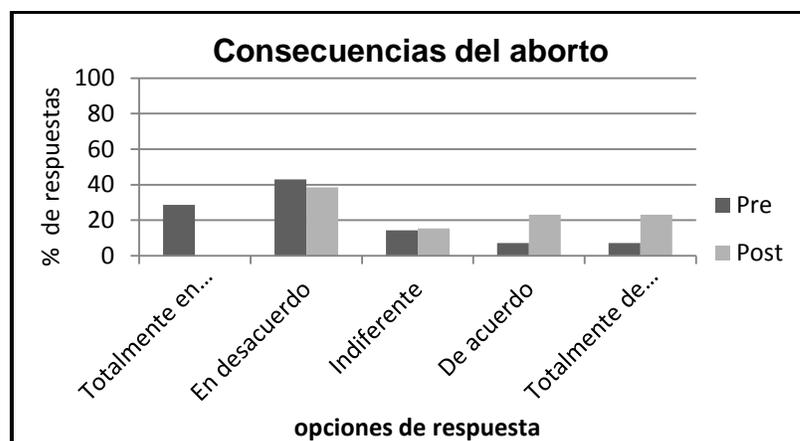


Figura 8. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo consecuencias del aborto tanto en pre como en post-evaluación.

Se esperaba que en el enunciado “*Todas las ITS se contagian por contacto sexual*” el 100% de los participantes respondiera con la opción totalmente en desacuerdo pues dentro del manual del ponente mencionan que este tipo de infecciones son las que se adquieren en su mayoría por contacto sexual, es decir, durante las relaciones sexuales y son causadas por microorganismos, como virus, bacterias, hongos y protozoos que no solo atacan las zonas genitales, sino que pueden llegar a diversos aparatos y sistemas del paciente, e incluso causarle la muerte (OMS,2006, citada en Bárcenas y Tenorio, 2012), sin embargo la mayoría de los participantes en el momento de la evaluación inicial se mostró en desacuerdo (28.6%) ante este enunciado y en el momento de la evaluación final solo el 30.8% consideró estar totalmente en desacuerdo, la media del pretest fue de 2.92 y del post- test de 2.38, por lo que la diferencia no fue significativa ($t=1.023$, $gl=12$, $p=.327$), para la apreciación de estos datos se puede observar la figura 9.

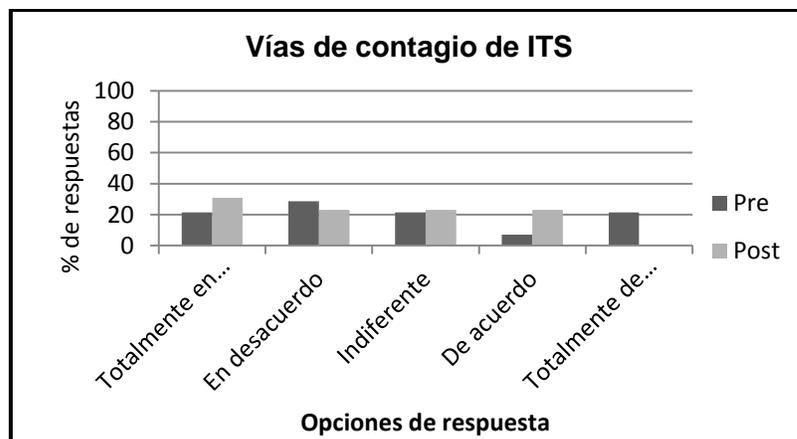


Figura 9. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo vías de contagio de ITS tanto en pre como en post-evaluación.

“El Virus de Papiloma Humano es una ITS que se puede curar” (reactivo 9) en esta frase se esperaba que todos los participantes respondieran con la opción de respuesta totalmente en desacuerdo ya que como se menciona en el capítulo 2 de este trabajo los tratamientos recomendados por los médicos pueden ser por destrucción del tejido infectado, mediante un tratamiento químico y el tratamiento con inmunomoduladores que únicamente frenan la infección viral, pero no la eliminan totalmente (Correnti, et al., 2008) ante esto los padres eligieron estar totalmente en desacuerdo en un 57.1% en el pre-test donde el puntaje promedio fue de 2.31, posteriormente (post-test) el puntaje promedio fue de 2.54 y la opción de respuesta con porcentaje más alto fue en desacuerdo, equivalente al 38.5%, la diferencia de medias para este reactivo no fueron significativas ($t=-.354$, $gl=12$, $p=.730$), esta información se puede ver referida en la figura 10.

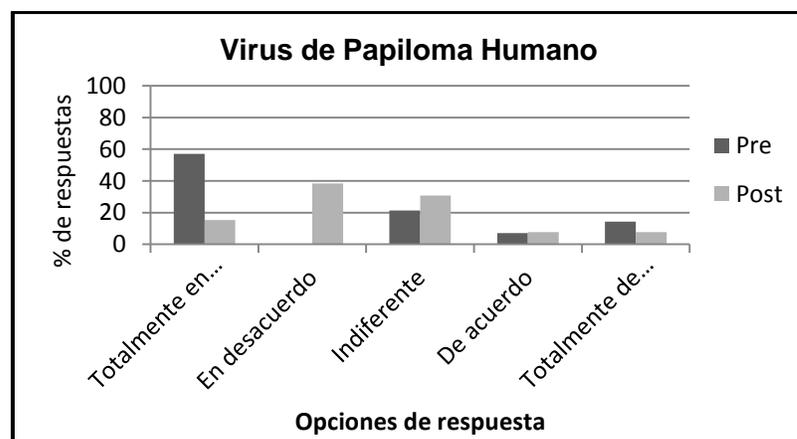


Figura 10. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo Virus de Papiloma Humano tanto en pre como en post-evaluación.

La figura 11 muestra los porcentajes respecto a la frase *El VIH se puede contagiar al saludar de mano a una persona infectada*, según lo revisado en el taller las ITS una persona no se infecta de VIH por saludarla de mano a menos que ambos tengan una herida y se dé intercambio de sangre al tomarse de la mano pero no se han registrado casos con este tipo de experiencias, en el pre-test los participantes de este taller emplearon la opción indiferente para responder a este planteamiento en un 42.9% (puntaje promedio de 2.23), aunque el porcentaje mayoritario en el post-test (38.5%, puntaje promedio de 2.54) empleó esta opción de respuesta esperada Totalmente en desacuerdo) no lo hizo el 100% de los participantes encontrando que la diferencia no fue significativa en las evaluaciones pre y postest ($t=-.634$, $gl=12$, $p=.538$).

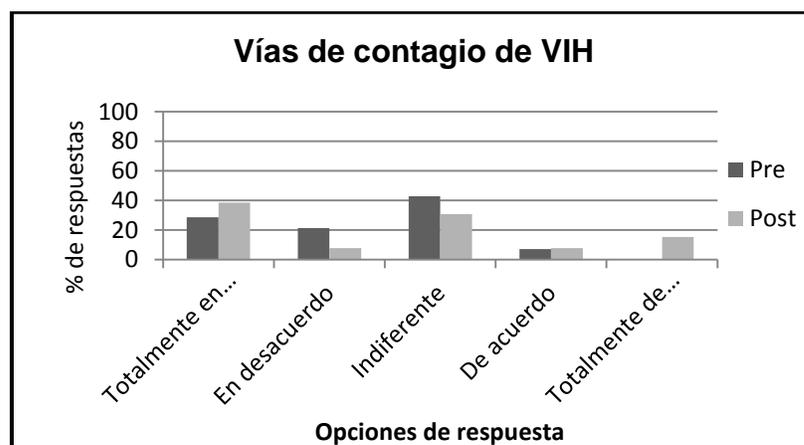


Figura 11. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo vías de contagio de VIH tanto en pre como en post-evaluación.

Algunos de los síntomas del VIH son: fiebre alta, pérdida de peso, diarreas e infecciones graves frecuentes, ante esto los padres de familia respondieron, estar totalmente en desacuerdo con una mayoría de 78.6% en el pre test y totalmente de acuerdo con una mayoría de 43.2% en el post test, en cuanto a la diferencia de medias entre evaluaciones fue significativa ($t=-5.097$, $gl=12$, $p=.000$) al obtener un puntaje promedio de 1.46 en la evaluación previa y un puntaje promedio de 4.08 en la evaluación posterior, las cifras para este reactivo pueden observarse de manera más amplia en la figura 12.

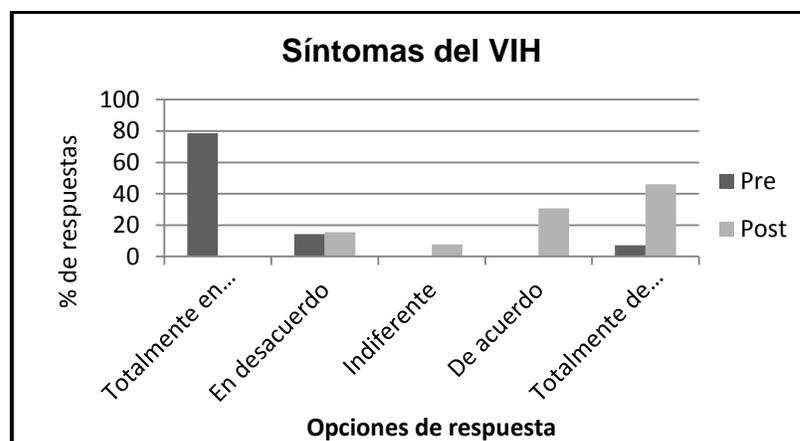


Figura 12. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo síntomas del VIH tanto en pre como en post-evaluación.

Respecto al anterior análisis de manera general se puede observar que en la variable información se encontraron diferencias significativas en 7 de 11 reactivos, en aquellos que no se encontraron dichas diferencias son los mismos que tenían que ser respondidos con la opción totalmente en desacuerdo, es decir los enunciados 7, 8, 9, 10, de esta manera se puede mencionar que los participantes aumentaron el grado de conocimientos en algunos temas de sexualidad.

6.2 Variable motivación

Otra de las variables que se evaluaron fue *Motivación* en esta se esperaba que en la pre-evaluación los participantes obtuvieran un puntaje menor a 24 (M.T) y que en la post-evaluación incrementarían sus puntajes a 40 al responder con las opción de respuesta siempre, aunque ningún participante obtuvo este puntaje al ver la figura 13 se puede observar que si hubo una diferencia significativa ($t=25.297$, $gl= 12$, $p=.000$) al comparar los resultados obtenidos en la pre y post evaluación.

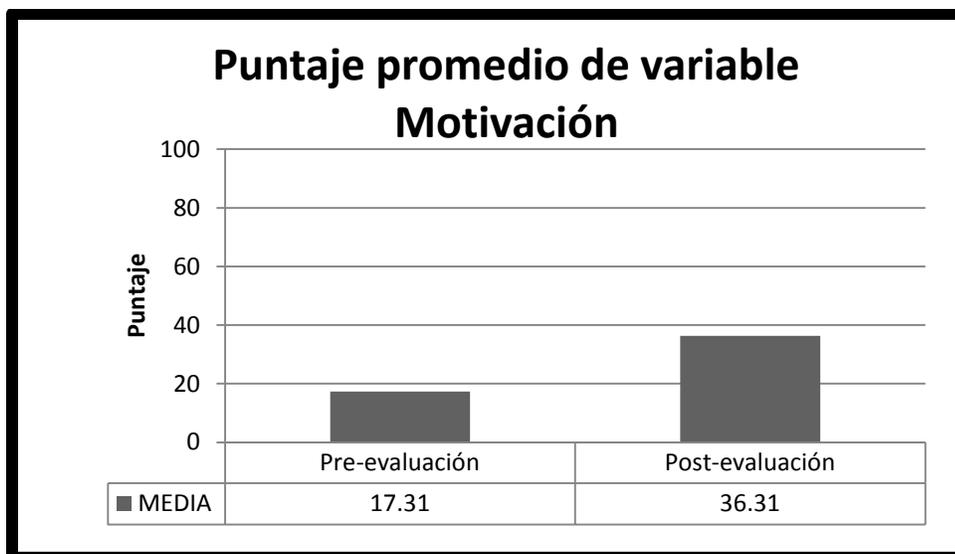


Figura 13. Muestra el promedio de la variable motivación en pre y post-evaluación.

Ahora, se presentan los resultados de cada reactivo de la variable *motivación* en el pre-test y post-test.

De acuerdo con la expresión *mi hijo debe usar condón en sus relaciones sexuales*, los participantes en pre-evaluación eligieron en 28.6% las opciones: a veces y siempre, mientras que en la post-evaluación la opción de respuesta siempre incremento al 76.9% , con respecto a las medias de ambas evaluaciones en este reactivo los puntajes promedios obtenidos fueron, 3.08 en la pre-evaluación y de 4.77 en la post-evaluación, por lo que la diferencia fue significativa ($t = -3.811$, $gl=12$, $p=.002$), ver figura 14.

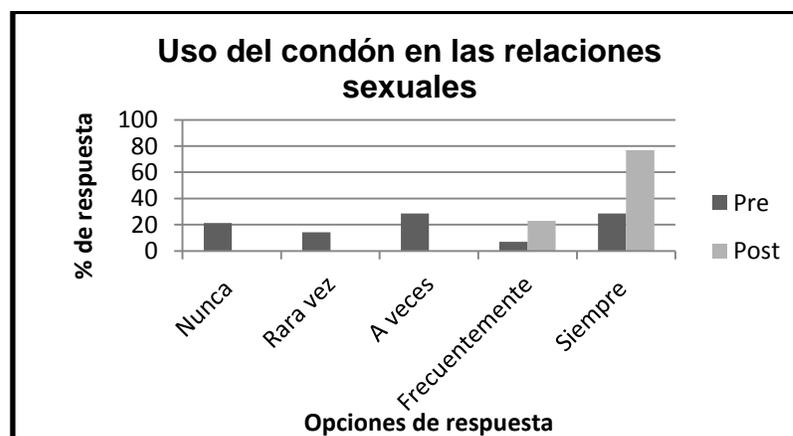


Figura 14. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo uso del condón en las relaciones sexuales tanto en pre como en post-evaluación.

Ante el enunciado *Yo me protejo empleando condón en todas mis relaciones sexuales*, la mitad de los padres (50%) en la evaluación inicial eligieron la opción de respuesta “nunca” y el puntaje promedio fue de 1.69, para el caso de la evaluación posterior el puntaje promedio fue de 4.46 y más de la mitad eligió la opción “siempre” con un 61.5%, respecto a la diferencia entre las medias esta fue significativa ($t=-10.773$, $gl=12$, $p=.000$) dichas diferencias y cifras se pueden observar en la figura 15.

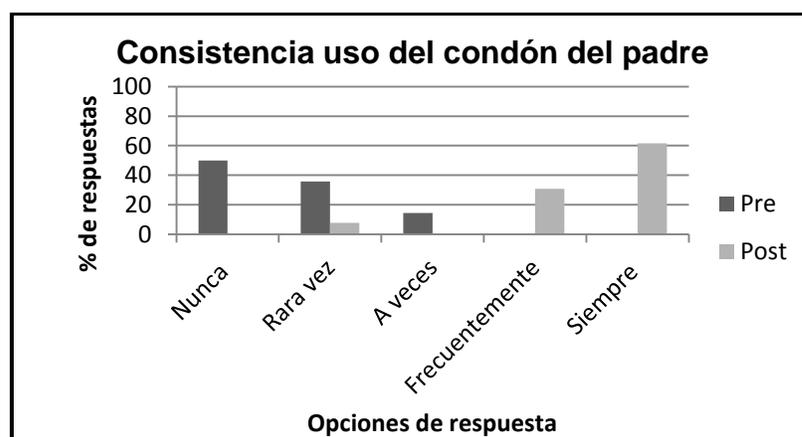


Figura 15. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo consistencia uso del condón (padre) tanto en pre como en post-evaluación.

En la figura 16 se pueden observar los porcentajes para cada opción de respuesta de las evaluaciones pre y post para el reactivo *Me preocupa el tipo de parejas que elije mi hijo*, donde se observa que para la primera evaluación (pre) los participantes escogieron en un 37.7% la opción “rara vez” y un porcentaje similar (37.7%) para la opción “a veces”, en la evaluación posterior la opción que más eligieron fue “siempre” con un 53.8%. En cuanto a las medias de cada evaluación los puntajes obtenidos fueron los siguientes, en la pre evaluación 2.38 y en la post evaluación 4.31, por lo que la diferencia en ambas evaluaciones fue significativa ($t=-4.629$, $gl=12$, $p=.001$).

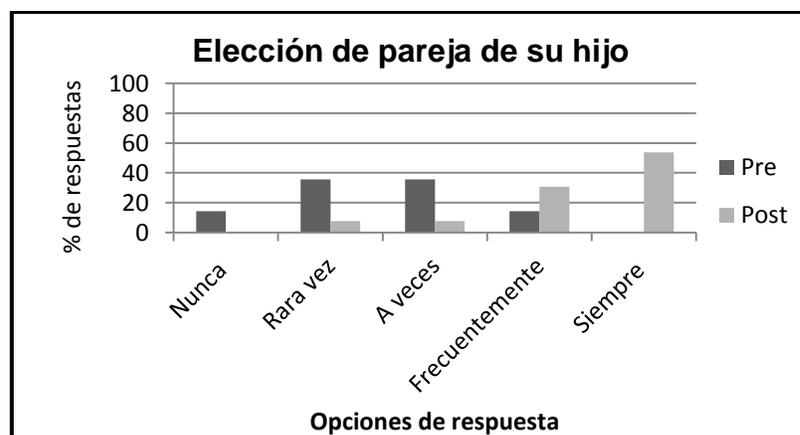


Figura 16. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo elección de la pareja de su hijo tanto en pre como en post-evaluación.

Respecto al reactivo *Investigo la vida sexual de mi pareja en turno para protegerme de alguna infección*, en el pre-test el 50% respondió con la opción “nunca” y el puntaje promedio fue de 1.69, en post-test el puntaje promedio fue de 4.00 y la mayoría (46.2%) eligieron la opción “siempre”, la diferencia entre las medias de las evaluaciones pre y post fue significativa ($t=-8.783$, $gl=12$, $p=.000$), se sugiere ver la figura 17.

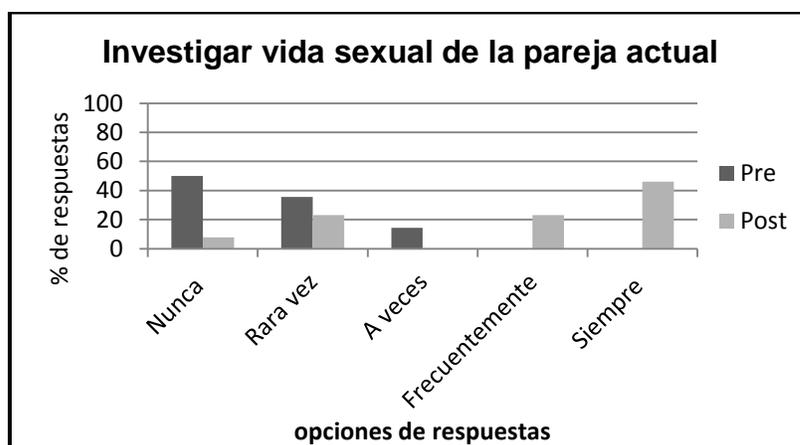


Figura 17. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo investigar la vida sexual de la pareja actual tanto en pre como en post-evaluación.

En la primer evaluación el 42.9% respondió “ser indiferente”, y la media obtenida fue de 2.54 en la oración *cualquier persona que tiene sexo sin protección se expone al contagio por VIH*, y en la figura 18 se observa que en la segunda evaluación emplearon la opción “siempre” para responder ante este mismo

enunciado en 92.9% y se obtuvo una de 4.77, por lo que la diferencia entre ambas evaluaciones fue significativa ($t = -6.900$, $gl = 12$, $p = .000$).



Figura 18. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo sexo si protección exposición al VIH tanto en pre como en post-evaluación.

En la frase *la comunicación con mis hijos es buena para prevenir ITS/VIH/SIDA* en el cuestionario inicial la opción que predominó fue “nunca” con el 51.7% y un puntaje promedio de 1.54, mientras que en el cuestionario final más de mitad (69.2%) respondió con la opción “frecuentemente” y un puntaje promedio de 4.31, lo que da como resultado una diferencia significativa ($t = -13.772$, $gl = 12$, $p = .000$) en los puntajes de la media de las evaluaciones, esto se puede observar de manera amplia en la figura 19.

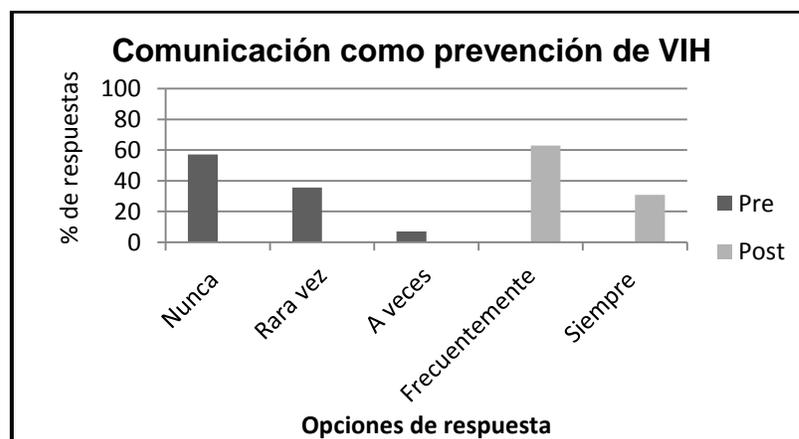


Figura 19. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo comunicación como prevención de VIH tanto en pre como en post-evaluación.

Respecto a sí el participante responde al reactivo *mi hijo puede contraer VIH sino utiliza protección* inicialmente (pre-test) respondieron con las opciones

“rara vez” y “a veces” con un 35.7% para cada una de éstas y en promedio se obtuvo un puntaje de 2.31, mientras que al finalizar (post-test) “frecuentemente” fue la opción elegida por la mayoría representando el 69.2% y el puntaje promedio fue de 4.77, respecto a la diferencia observada en este reactivo en las dos evaluaciones, se dio de manera significativa ($t=-7.878$, $gl=12$, $p=.000$) esto se puede observar en la figura 20.

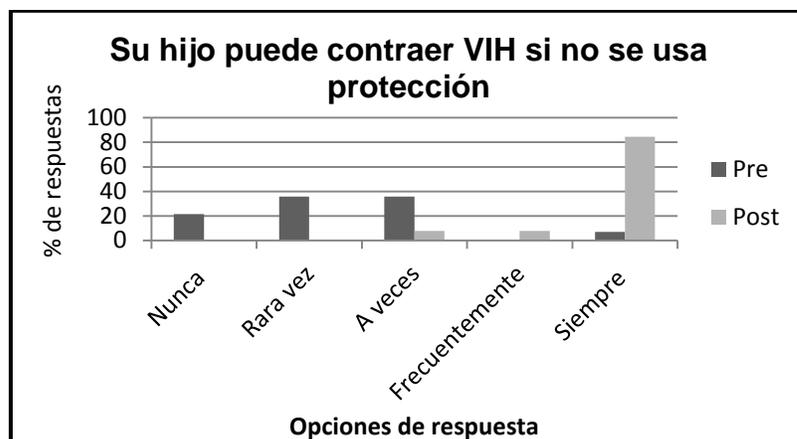


Figura 20. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo su hijo puede contraer VIH si no se usa protección tanto en pre como en post-evaluación.

El último reactivo de esta categoría consistía en responder si *inculcan a sus hijos el uso del condón para prevenir ITS/VIH/SIDA*, donde la mayoría estuvo representada en dos opciones “nunca” (35.7%) y “rara vez” (35.7%) en promedio se obtuvo un puntaje de 2.08 en el pre-test y en el pos-test un promedio de 4.92 en el cual la mayoría fue de 92.3% que consideró como respuesta la opción “siempre” (figura 21), encontrando que en la comparación de los promedios de una y otra evaluación hay una diferencia significativa ($t=-10.396$, $gl=12$, $p=.000$).

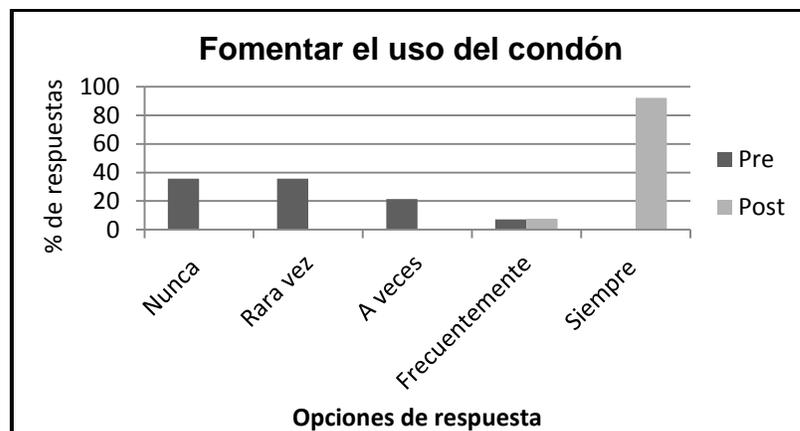


Figura 21. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo fomentar el uso del condón tanto en pre como en post-evaluación.

Tras realizar el análisis correspondiente se pudo notar que todos los reactivos de la variable motivación tuvieron diferencias significativas, por lo que las actitudes positivas ó motivación para comunicarse con sus hijos en temas de sexualidad aumentaron en los padres de familia participantes.

6.3 Variable Habilidades Conductuales

Se esperaba que en la primer evaluación los participantes obtuvieran un promedio menor a 30 puntos (M.T), después de la intervención (post-evaluación) se esperaba que incrementará este puntaje a 50 al emplear la opción de respuesta siempre o totalmente de acuerdo que para ambos casos el puntaje máximo era de 5 puntos por reactivo, siguiendo estos lineamientos se encontró que ningún participante obtuvo ese puntaje, pero si se encontraron diferencias significativas en esta variable ($t=-19.713, gl= 12, p=.000$) las cuales se pueden observar en la figura 22.

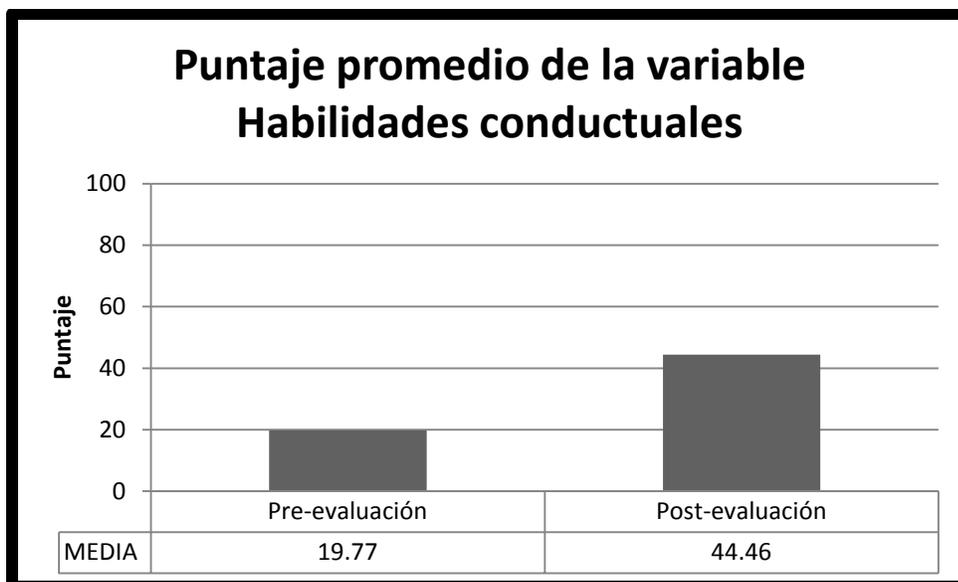


Figura 22. Muestra el promedio de la variable habilidades conductuales en pre y post-evaluación.

A continuación se presentan los resultados encontrados en cada uno de los 10 reactivos que componen la variable habilidades conductuales.

Al llegar al primer reactivo de esta sección se tenía que responder: *platico con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad*, a esto el 57.1% mencionó que rara vez lo hacía en el pre-test, al pasar al post-test el 61.5% refirieron la opción siempre como la respuesta que más se asemejaba a su realidad, de acuerdo a las medias calculadas para cada evaluación (pre-evaluación= 1.62, post-evaluación=4.54) hay una diferencia significativa ($t=-10.156$, $gl=12$, $p=.000$) para comprender estos datos se sugiere ver la figura 23.

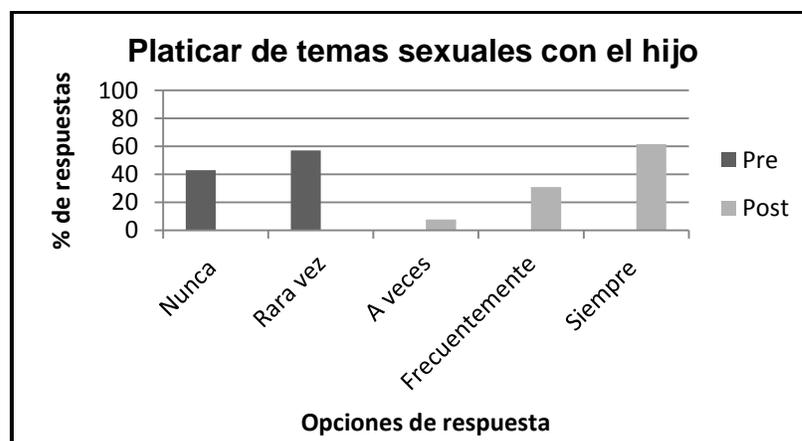


Figura 23. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo platicar de temas sexuales con el hijo tanto en pre como en post-evaluación.

Ante el enunciado *platico con mis hijos sobre temas de sexualidad*, los padres respondieron por un lado en el pre-test que el 50% estuvo en desacuerdo y en el post-test un poco más que este porcentaje (53.8%), con la opción de acuerdo, respecto a las medias para cada evaluación en la evaluación inicial se obtuvo un puntaje de 2.08 y para la evaluación final 4.46 y una diferencia significativa en estos promedios ($t=-8.236$, $gl=12$, $p=.000$) para ello se propone observar la gráfica presentada en la figura 24.

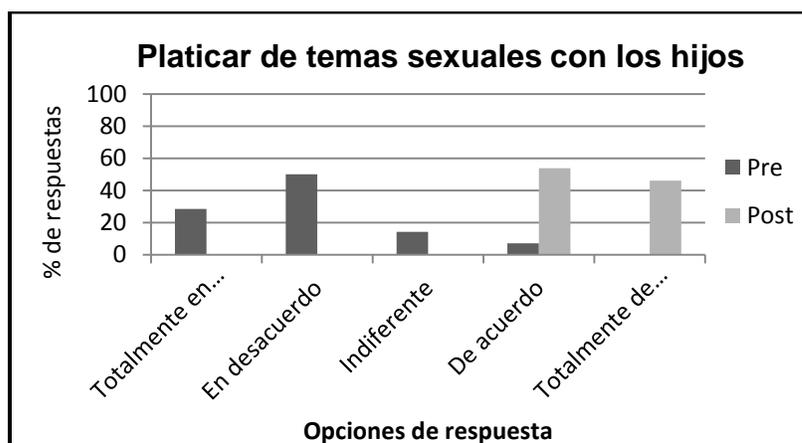


Figura 24. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo platicar de temas sexuales con los hijos tanto en pre como en post-evaluación.

En el tercer reactivo de esta sección los padres indicaron en la evaluación previa que *cuando su hijo(a) le hace preguntas sobre sexualidad le responde de manera honesta*, el 35.7% de ellos mediante sus respuestas indicaron que rara vez es la opción más acercada a su realidad y la media en esta evaluación fue de

2.31, mientras que en la evaluación posterior el 62.9% consideró la opción siempre para responder a este enunciado y una media de 4.69, al comparar las medias de estas evaluaciones se puede considerar la existencia de una diferencia significativa ($t = -8.236$, $gl=12$, $p=.000$) misma que se puede observar en la figura 25.

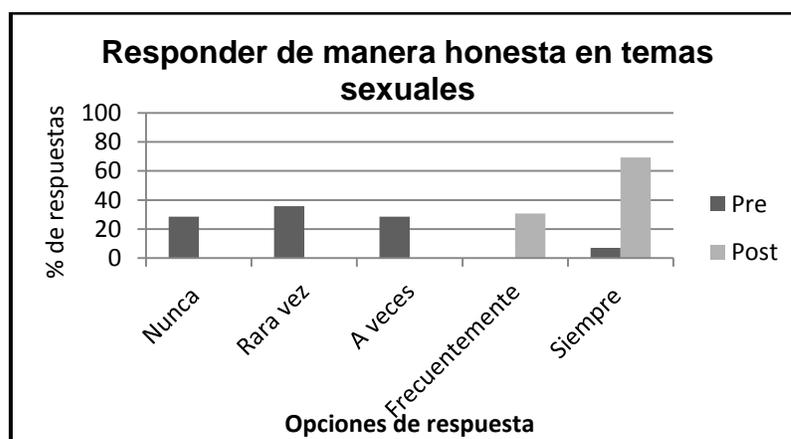


Figura 25. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo responder de manera honesta en temas de sexualidad tanto en pre como en post-evaluación.

De acuerdo con lo expuesto en el reactivo 4 *puedo discutir con su hijo(a) sobre sexualidad sin sentimientos vergonzosos* el 57.1% de los partícipes respondió con la opción nunca en la evaluación previa y un puntaje promedio de 1.77, en la evaluación posterior al taller las opciones frecuentemente y siempre representaron la mayoría con un total de 38.5% para cada una de estas y el puntaje promedio de 3.92, por lo tanto la diferencia entre puntajes promedio se dio de manera significativa en una y otra evaluación ($t=-4.779$, $gl=12$, $p=.000$) para observar estos datos dirigirse a la figura 26.

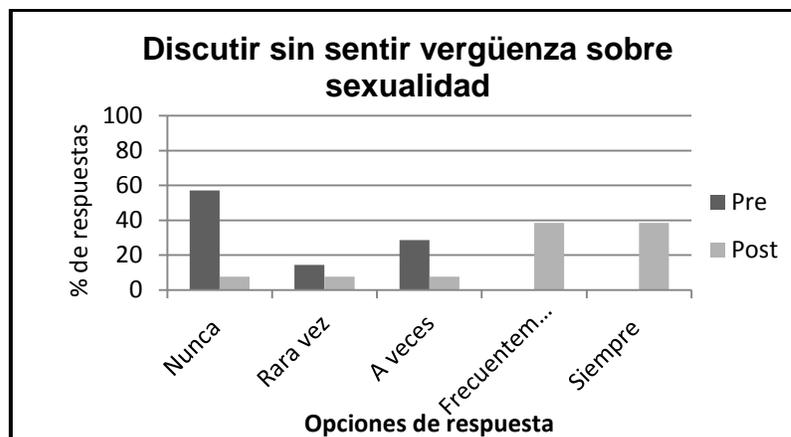


Figura 26. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo discutir sin sentir vergüenza sobre sexualidad tanto en pre como en post-evaluación.

En la figura 27 se puede observar los resultados de la oración *es fácil hablar con mi hijo(a)* donde se ve que en un inicio los padres respondieron que nunca era la respuesta más semejante a su realidad con un 78.6% y al finalizar la opción con la que más respondieron fue frecuentemente con un 38.5%, de acuerdo a las medias obtenidas en ambas evaluaciones (pre-test=1.31, post-test=3.69) se encontró una diferencia significativa ($t=-9.886$, $gl=12$, $p=.000$).

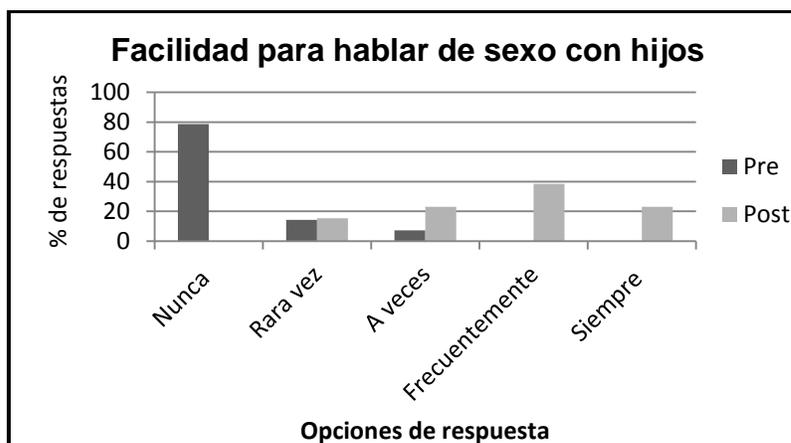


Figura 27. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo facilidad para hablar de sexo con los hijos tanto en pre como en post-evaluación.

El 42.9% de los participantes refirió, en la evaluación inicial, que “a veces” *cuando habla con su hijo(a) lo escucha sin interrumpirlo*, posteriormente (post-evaluación) solo respondieron con las opciones “frecuentemente” y “siempre” donde ésta última predominó con el 69.2% (figura 28), respecto a las medias de ambas evaluaciones existe una diferencia significativa ($t=-8.641$, $gl=12$, $p=.000$) ya que en la evaluación inicial se obtuvo un puntaje de 2.54 y en la evaluación final un puntaje de 4.59.

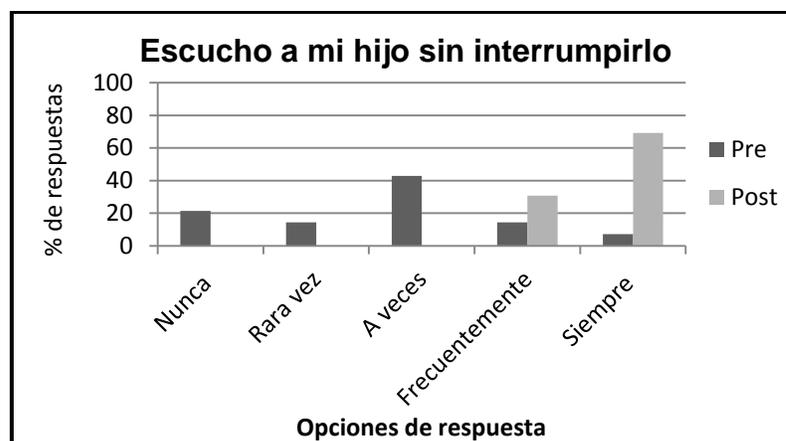


Figura 28. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo escucho a mi hijo sin interrumpirlo tanto en pre como en post-evaluación.

Respecto a la expresión *trato de comprender a mis hijos poniéndome en su lugar* la respuesta con mayor porcentaje fue a veces en el caso del pre-test con un 35.7% y en el post-test con un 69.2% la opción siempre, en ambas evaluaciones se obtuvo una diferencia significativa en los puntajes promedio ($t=-6.306$, $gl=12$, $p=.000$), ya que en la evaluación inicial se obtuvo como promedio 2.62 y en la evaluación final un promedio de 4.69, esto se puede notar en la figura 29.

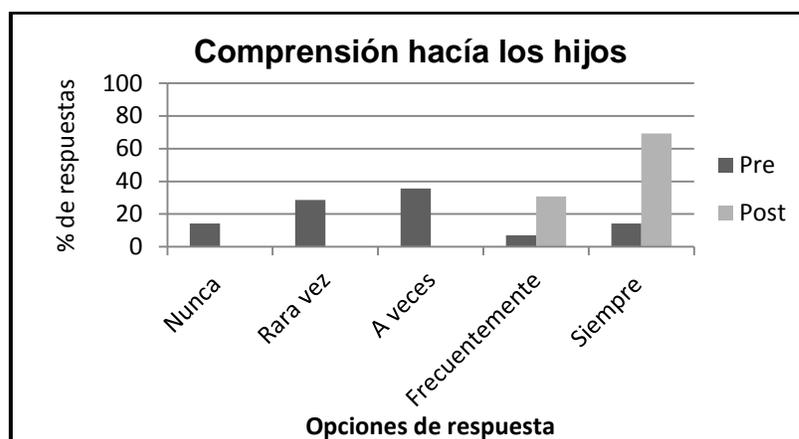


Figura 29. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo comprensión hacia los hijos tanto en pre como en post-evaluación.

En el reactivo 8 de este apartado se alude a lo siguiente; *me intereso en las actividades que realizan mis hijos*, a lo que los padres en el cuestionario previo a la intervención respondieron de manera mayoritaria con un 42.9%, que se interesaban y se obtuvo un promedio de 2.15, en el cuestionario posterior

siempre, fue la opción que obtuvo mayor porcentaje (53.8%) y el promedio fue de 4.31, por lo que se encontró una diferencia significativa en las medias de ambas evaluaciones ($t=-7.270$, $gl=12$, $p=.000$) lo cual se puede analizar en la figura 30.

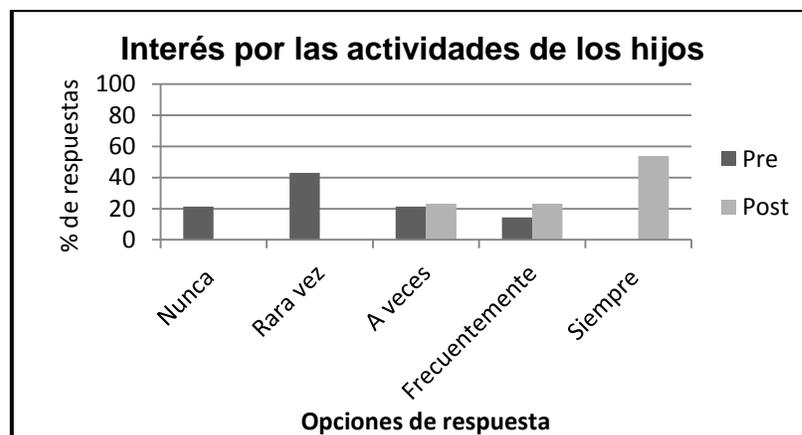


Figura 30. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo interés por las actividades de los hijos tanto en pre como en post-evaluación.

Cuando es necesario existe la negociación entre mis hijos y yo para llegar a un acuerdo, ante esta frase el 42.9% de los participantes respondieron que nunca existía la negociación en el pre-test y en el post-test el 84.6% de los participantes eligió la opción siempre para el caso de las medias obtenidas en ambas evaluaciones se encontró una diferencia significativa ($t=-12.222$, $gl=12$, $p=.000$), el promedio de la evaluación previa fue de un puntaje equivalente al 1.69 y para la evaluación final un puntaje de 4.62 (para más detalles, ver la figura 31).

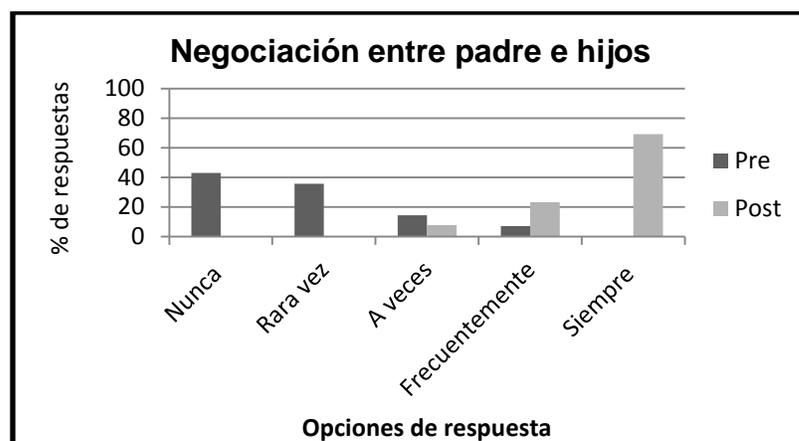


Figura 31. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo negociación entre padres e hijos tanto en pre como en post-evaluación.

Finalmente tenían que responder *cuando existe algo que comentar con mi hijo(a) procuro comunicarme con el/ella* en la figura 32 se muestra que en la primer evaluación un 28.6% eligió la opción a veces y otro tanto de igual porcentaje (28.6) la opción siempre y teniendo una media para esta evaluación de 1.69, al pasar a la segunda evaluación la opción de respuesta siempre incrementó al 76.9% y se obtuvo un puntaje en la media de 4.85 por lo que existe una diferencia significativa ($t=-11.520$, $gl=12$, $p=.000$) en las medias de las evaluaciones pre y post.

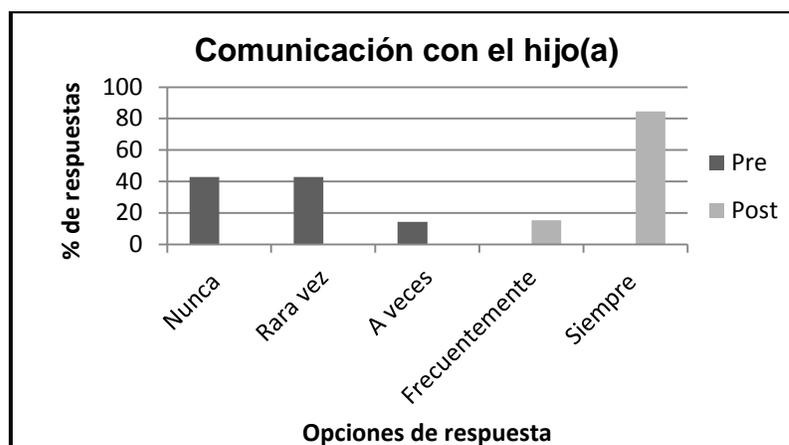


Figura 31. Muestra el porcentaje de respuestas que eligió cada participante, en el reactivo comunicación con el hijo(a) tanto en pre como en post-evaluación.

Mediante el análisis anterior se pudo observar que en los 10 reactivos que conforman la variable habilidades conductuales hubo diferencias significativas por lo que se puede mencionar que adquirieron habilidades para intervenir en la educación sexual de sus hijos.

Aunque los resultados tanto de manera general así como el análisis por reactivo son favorables para considerar el programa "Abriendo brecha" como un programa efectivo, en el siguiente capítulo se realiza la discusión de los problemas metodológicos encontrados en esta prueba piloto y así poder concluir con los aciertos que tiene el programa y las alternativas propuestas para mejorarlo al realizar la aplicación.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

“El objeto de toda discusión no debe ser el triunfo, sino el progreso”.

Joseph Joubert.

El período adolescente es un momento oportuno para abordar las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes ya que un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor (Della, 2013; Salas y Álvarez, 2008; Silva, 2007; Krauskopf, 2000; Musitu y Cava, 2003) en esta etapa la sexualidad es vivida como forma de exploración aventura e incluso con un desafío hacia los padres y la sociedad, todo ello recalca la necesidad de orientación que tienen los adolescentes en esta materia para que esta fuente de posibilidades maravillosas se desarrollen sin riesgos y plenas de sentidos personal y relacional (Guerrero, García y Moreno, 2008), pero los programas que atienden las principales dudas e inquietudes de los jóvenes respecto de su sexualidad y la forma de ejercerla sin riesgos, son escasos (Villarruel, et al., 2008); Torres, et al., 2006).

Para lograr lo anterior, Robles y Díaz-Loving (2011) mencionan que el interés por evaluar el nivel de información que se tiene sobre sintomatología, transmisión y prevención en el caso de las ITS y VIH/SIDA en estudios encaminados a problemas que afectan la salud sexual de los jóvenes, deriva de que en esta etapa poseer información de prevención propicia la comunicación no solo de los adolescentes con los padres sino con su pareja, ayudando a expresar argumentos que convencen a su pareja a usar condón, respecto a la información que se recibe en esta etapa, se considera que los diez millones de jóvenes que asisten a educación secundaria, aprenden un poco acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción y tal vez algo de las ITS (Taracena, 2003) en esta misma etapa educativa se ha considerado que existe una cierta relajación en la atención que los padres prestan a sus adolescentes, nada más equivocado pues

necesitan la misma cantidad de atención y cariño que cuando era más pequeño, o incluso algo más (Domínguez, 2011).

Se sabe que los padres se involucran en el desarrollo de sus hijos cuando se trata de influir en su comportamiento sexual (Villarruel, et al., 2008), es por esto que la comunicación entre los padres y los adolescentes debe fortalecerse de tal manera que sea una herramienta efectiva para ayudar a reducir los altos índices de embarazos no deseados en adolescentes, así como también de las ITS incluido el VIH/SIDA, de ahí, la necesidad de acercar e involucrar a los padres en las vidas de sus hijos adolescentes, convirtiéndolos así en la principal fuente de información sobre sexualidad a quienes los adolescentes podrán acudir y razón por la cual en este trabajo se refleja la importancia de familia y de los padres principalmente al constituir el contexto para lograr la comunicación y el aprendizaje de las conductas de prevención.

Los padres deben ser considerados por sus hijos como la fuente principal de información, así los padres se asegurarán de que sus hijos están obteniendo información verídica y exacta acerca de lo que ellos buscan y necesitan, y es aquí donde se encuentra la importancia de la comunicación efectiva entre padres e hijos adolescentes (Della, 2013).

En el proceso de comunicación de los padres con los hijos, es de fundamental importancia la información de temas de sexualidad para que no desarrollen conductas de riesgo debido a que éstos influyen en las actitudes y comportamiento de los adolescentes (Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, 2003, citado en Domínguez, 2011). Asimismo, la comunicación Padres-Adolescentes debe ser considerada como un proceso continuo a través del desarrollo de los adolescentes (Segura, 2011), y no como una sola y enorme plática sobre el tema de la sexualidad y otros temas.

El programa “Abriendo Brecha” propuesto en este trabajo surge de la necesidad de crear un programa que supere las deficiencias y errores de aquellos programas para padres aplicados en México con la necesidad de ofrecer

una alternativa a la educación sexual impartida en las escuelas (Dilorio, et al., 2006; Dittus, et al., 2004; Eastman, et al., 2006; Houser y Documét, 2005; Lederman, et al., 2008; Torres, et al., 2006; Villarruel, et al., 2008), y como una propuesta de prevención de los problemas en salud sexual que en la actualidad son considerados como problemas de salud pública, que son los altos índices de embarazos no deseados, ITS/VIH y abortos en adolescentes, quienes comienzan su vida sexual a edad cada vez más temprana (Gonçalves, et al. 2007), partiendo de actividades con una complejidad simple, como informar a los padres sobre los temas de sexualidad, motivándolos con las dinámicas llevadas a cabo en todas las sesiones y terminando con lo más complejo, que es la capacitación en las habilidades de comunicación, para que ellos las puedan poner en práctica con sus hijos adolescentes.

Aunque los padres y los jóvenes suelen tener información sobre métodos anticonceptivos, es importante insistir en el uso correcto y consistente del condón como refiere Della (2013) aunque los varones tienen menos opciones de anticonceptivos, el preservativo es probablemente el método más importante, pues ofrece doble protección contra el embarazo y contra la amplia gama de ITS incluyendo también el VIH/SIDA de las cuales tanto los padres como los hijos suelen tener poco conocimiento.

De acuerdo con Dilorio, Kelly y Honckerberry-Eaton, (1999, citados en Moreno, et al., 2010) es más probable que los jóvenes hablen de sexualidad con sus madres, aunque el grado de confort dependerá del sexo de los hijos y los padres, en este aspecto, las madres podrían ser una pieza importante en el proceso de comunicación de temas de sexualidad y por lo tanto un apoyo en la reducción de la vulnerabilidad en comportamientos de riesgo en el ejercicio de la sexualidad de sus hijos (Moreno, et al., 2010) por lo que este trabajo se suma a estas afirmaciones al encontrar que las madres de familia son las más interesadas en la participación de programas que tienen que ver con la educación de los adolescentes, ya que hubo un porcentaje alto de participantes de sexo femenino (71.4%), sin embargo sería importante convocar a que en los talleres participen

más padres de sexo masculino para que no recaiga la responsabilidad en las madres de familia y los adolescentes puedan comunicarse y resolver sus dudas con ambos padres.

Es cierto que una de las estrategias para prevenir es informar, la información que se le brinde a los adolescentes podría ser interesante, sin embargo, en el momento de tomar decisiones la información no es suficiente para modificar conductas fuertemente arraigadas (Domínguez, 2011), es decir que la información acerca de los temas de sexualidad por sí misma no se traduce en conductas preventivas (Bayés, 1992, citado en Robles y Díaz-Loving, 2011), pero realiza un papel importante en promoción de estos comportamientos saludables como el uso del condón (Robles y Díaz-Loving, 2011).

Los padres, con quienes los adolescentes podrían dialogar al respecto, y que de hecho en algunas ocasiones serían la fuente idónea para dar respuesta a sus dudas, no siempre están dispuestos a hablar del tema. Esto puede deberse a distintas razones, como la falta de tiempo, de información, o sus propias inhibiciones y los adolescentes al no destacarse por sus destrezas comunicativas, especialmente con sus padres y otros adultos que los quieren, en los primeros años de la adolescencia frecuentemente sienten que pueden comunicarse mucho mejor con quien sea, con tal que no sean sus padres aunque los consideren unos padres maravillosos, por esa razón es importante acercarlos debido a que si los padres manejan suficiente información para compartirla con sus hijos, estos no la buscarán en otras fuentes que son poco confiables como la pornografía, medios de comunicación como internet o de sus pares que tienen el mismo o menos nivel de conocimientos (Spellings, 2003) para evitarlo es necesario que la actitud que tienen los padres hacia la sexualidad sea positiva, en este aspecto, los conocimientos, los valores y la personalidad son aspectos básicos a considerar para establecer relaciones interpersonales adecuadas, por ejemplo, Cuevas (2011) refiere que existen evidencias que demuestran que una sexualidad sana, depende de una autoimagen sana, puesto que si para cualquier persona el cultivo de la sexualidad y la revisión de las actitudes hacia ella es interesante para el

crecimiento personal, para los padres y madres es una exigencia, también, se puede constatar que en la percepción que los padres tienen de la sexualidad juvenil, así como en la forma de abordar con sus hijos cuestiones relativas a este tema, resultan decisivos para comunicarse.

Acerca de los conocimientos que tienen los adolescentes sobre temas de sexualidad generalmente son deficientes, reciben información sobre temas sexuales por parte de sus padres (Domínguez, 2011), sin embargo, esta es insuficiente tal como se observó en este trabajo, antes de la intervención los padres no tenían los conocimientos acerca de los temas que requieren los hijos y por lo tanto no se sentían motivados a abordarlos, en la literatura se menciona que cuanto más información tengan sobre la adolescencia, es mejor ya que los padres podrán anticiparse a entender los cambios y apoyarlos a tomar mejores decisiones respecto a la sexualidad, tal como lo expresa Della (2003) muchos jóvenes no reciben en sus hogares prácticamente ninguna información, la obtienen de sus pares de manera equivocada o con serios errores conceptuales básicos quedando luego atrapados entre su propia inexperiencia y el desarrollo natural de su sexualidad, otras veces la información está sesgada por experiencias previas que no siempre han sido exitosas y que por lo tanto terminan confundiendo aún más a los jóvenes que están ansiosos de conocimiento en un terreno que les resulta todavía lleno de dificultades, no se animan a preguntar, no saben cómo hacerlo, aún cuando tengan confianza en las personas a las que desean consultar porque estos temas siguen siendo tabúes.

Muchos de ellos manifiestan que la información sexual que reciben de sus padres por lo general les llega demasiado tarde, está llena de mitos y tabúes, es demasiado prohibitiva y no explora temas como la intimidad o el placer, lo que podría traducirse en un indicador de falta de comunicación (Aguirre & Güell, 2002, citados en Della, 2013) como lo menciona Taracena (2003), los programas de educación sexual y reproductiva dirigidos a los jóvenes son autoritarios, en su mayoría, sobre todo si lo que los adolescentes quieren es saber sobre sexualidad y salud sexual, sobre cómo protegerse a sí mismos y a las personas que aman,

del embarazo no deseado y de las ITS incluido el VIH/SIDA por eso el diseño de este programa está encaminado a que los padres obtengan información, motivación y habilidades para que desarrollen una comunicación asertiva con sus hijos, estos tres elementos forman parte de un modelo propuesto por Fisher y Fisher (1992) que ha tenido gran impacto en distintos programas de prevención.

El taller permitió aplicar antes de la intervención la *Escala de comunicación sexual entre padres e hijos* (Bárcenas y Tenorio, 2012) para lograr detectar el nivel de conocimientos acerca de sexualidad que tenían los participantes, la actitud que tenían para hablar de temas de sexualidad con sus hijos y la frecuencia con que ellos empleaban habilidades conductuales en el tema de sexualidad, por lo que se pudo notar con los puntajes que los padres no contaban con la información, la motivación y las habilidades conductuales suficientes para enseñar a sus hijos a prevenir comportamientos sexuales de riesgo, posteriormente, mediante la intervención se intentó incrementar en los participantes el nivel de conocimientos acerca de temas de sexualidad, incrementar la motivación de los participantes para hablar y aprender acerca de temas de sexualidad y se les mostraron técnicas específicas para el mejoramiento o aprendizaje de habilidades conductuales que ayudaran a la salud sexual de los participantes y de sus hijos, finalmente se aplicó nuevamente la escala empleada en un inicio, detectando que el nivel de conocimientos acerca de sexualidad incrementó de manera significativa mientras que al comparar la actitud y la frecuencia con que emplearon las habilidades conductuales después de la intervención, no se encontraron cambios significativos, sin embargo, al realizar la comparación por reactivo se encontraron resultados importantes.

Durante el taller las emociones por parte de los participantes fueron variadas, al inicio la mayoría de ellos se mostraron tímidos, les causaba nervios platicar sobre sexualidad y condones, al escuchar sobre las prácticas sexuales orales y anales se desconcertaron, algunos incluso mencionaron que no conocían más que los condones de látex lisos lubricados y pocas mujeres (2) dijeron no conocerlos, por lo que todos se sorprendieron conocer la amplia gama. Al conocer

los temas a tratar se sintieron un poco incómodos pero les pareció interesante, realizando las actividades de manera agradable y participativa, se encontraron muy pensativos al considerar que pocas veces comprendían a sus hijos, creían que eran muy diferentes a ellos, en otras actividades bromearon y reflexionaron sobre las situaciones por las que atraviesan los adolescentes, dudaban constantemente sobre de lo que podía ser y no ser la sexualidad, pensaban que el hablar de la menstruación no estaba incluida aquí, esas dudas generaron que en algunas dinámicas del taller aún se notará poca confianza para llamar a las cosas por su nombre o tocar ciertos temas de sexualidad.

A lo largo de la intervención realizada se encontraron diversos problemas metodológicos que fueron resueltos en su momento, pero que conviene mencionar a continuación para la mejora del programa.

Uno de los problemas metodológicos encontrados tiene que ver con *el Instrumento*, el diseño de éste creó algunas confusiones en los participantes, en la sección de datos demográficos los asistentes constantemente preguntaban si se refería al nivel máximo de estudios de ellos o de los hijos, aunque en este estudio todas las personas que asistieron solo mencionaron a su hijo adolescente de 3er grado no indicaron si tenían más hijos adolescentes en otro grado escolar.

También en la última parte de la escala los reactivos estuvieron encaminados a conocer las habilidades conductuales que tenían los participantes, sin embargo, estos no encontraban la diferencia entre los enunciados del reactivo 1 y el reactivo 2: platico con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad y platico con mis hijos en temas de sexualidad siendo que el primer reactivo hace referencia al hijo por el cual entraba dentro de las categorías de inclusión y la segunda sobre los hijos en general.

Otra cuestión a considerar es, que a este instrumento se debe anexar una sección de datos de localización del participante (prueba pre-test), para facilitar el orden de los datos de los participantes recalcando la importancia de su participación en caso de ser seleccionados y la confidencialidad de los datos

proporcionados, por esta razón se reestructuró la escala propuesta por Bárcenas y Tenorio (2012), se recomienda ver anexo 3.

Otro de los problemas encontrados tiene que ver con *los criterios de inclusión*, considerados en el taller Abriendo Brecha, se sugiere dar preferencia a las personas entre 30 y 40 años, a quienes obtienen puntajes mínimos en la pre-evaluación o a quienes tienen un hijo entre 11 y 15 años sin embargo también es importante considerar a las personas que tiene la intención y la disposición de tomar el taller aunque no entren en los criterios de inclusión.

Los problemas encontrados con relación *al Taller* son por un lado, que los padres refieren que les hubiera agradado un mayor número de materiales como películas, audios, testimonios y videos ya que aunque en el diseño del taller no se encontraba ningún material de este tipo en la sesión 5 se tuvo que implementar una actividad adicional para sensibilizar con respecto al tema de VIH/SIDA, al presentarles testimonios encontrados en internet con respecto al tema estos mencionaron que les agradó la actividad.

Aunque para el ponente la duración del taller es corta porque hay muchísimos temas de interés que se pretenden abarcar, los padres de familia consideran es mucho tiempo debido a que la mayoría realiza actividades que podrían ser una limitante para acudir al taller, la sugerencia en esta situación sería implementar el taller con sesiones que no sean tan seguidas para que los participantes tomen su tiempo para poder encontrar la información adicional que necesiten y desarrollar las habilidades de comunicación con sus hijos. Se debe hacer una revisión de las temáticas a manejar durante el taller y adecuarlos al contexto, como se realizó en este caso, de igual manera se deben considerar los temas que pueden ser abordados y si se pueden realizar de la manera en que está descrito en el programa, por ejemplo en este caso no se pudo abordar al 100% el tema de aborto, aunque se trató de sensibilizar a los padres, aún así existió poca apertura al tema y participación por parte de los participantes, negaron que sea un tema importante para sus hijos y creían que había temas de los cuáles si se tenía que hablar por ejemplo el uso de métodos anticonceptivos,

de acuerdo a las leyes consideradas en este caso respecto al tema de aborto se encontró el Código para el estado de Guanajuato, en el capítulo VI con los siguientes supuestos:

“Art 158. Aborto es la muerte provocada del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Art 159.A la mujer que provoque o consienta su aborto, se le impondrá de seis meses a tres años de prisión y de diez a treinta días multa.

Art 160. A quien cause el aborto con el consentimiento de la mujer, se le impondrá de uno a tres años de prisión y de diez a treinta días multa.

Art 161. A quien provoque el **aborto** sin el consentimiento de la mujer, se le impondrá de cuatro a ocho años de prisión y de veinte a sesenta días multa.

Art 162. Si en el aborto a que se refieren los dos artículos anteriores, participare un médico, partero o enfermero, se le suspenderá además en el ejercicio de su profesión por un tiempo igual al de la sanción privativa de la libertad impuesta.

Art 163. No es punible el **aborto** cuando sea causado por culpa de la mujer embarazada ni el procurado o consentido por ella cuando el embarazo sea el resultado de una violación (<http://www.clinicasabortos.mx/ley-del-aborto/ley-aborto-guanajuato/sub75>)”.

Tomando en cuenta las sugerencias por parte de los participantes para que el taller sea más dinámico se reorganizaron las sesiones con el material didáctico multimedia que solicitan los padres de familia (cortometrajes y documentales), que ha funcionado en actividades de prevención de problemas de salud sexual de los adolescentes y que deberán descargar para la facilidad del ponente (ver anexo 4).

Otra observación en la metodología tiene que ver con la primer característica para que un programa sea efectivo: *la involucración de una multiplicidad de personas con diferentes enfoques teóricos, de investigación y de conocimientos en el diseño del programa*, a lo que sugieren Bárcenas y Tenorio (2012) la participación de dos o más ponentes para la aplicación de este taller, que servirán de ayuda y complemento a las competencias y características de cada uno para lograr un mejor resultado dentro del taller, en este caso se puede mencionar que un sólo ponente fue suficiente para el número de participantes (14)

sin embargo si sé requirió de apoyo por parte del personal de la institución para tener a tiempo los materiales para cada sesión, por lo que es conveniente que en los talleres se cuente con alguna persona que facilite lo necesario para llevar a cabo el taller aunque no necesariamente debe contar con las habilidades del ponente.

El último problema encontrado fue que en un inicio los participantes dudaron en aprender con una ponente joven, cuestión que tuvo resolución conforme se dieron las sesiones del taller encontrando que contaba con las características: habilidades académicas, dinámicas, sociales y de personalidad para crear un ambiente propicio para la participación y el aprendizaje de los asistentes, Mejía, García y Soto (2011) sustentan que los jóvenes son una fuente de energía y creatividad para producir un cambio positivo en las comunidades de trabajo, por lo que no deben ser considerados inexpertos.

De acuerdo a lo descrito los problemas metodológicos encontrados fueron pocos y con solución, a continuación se presentan los aciertos y las alternativas para la mejora en la implementación del programa “Abriendo Brecha”.

Los talleres son espacios para la recreación, re-elaboración y reconstrucción de saberes, afectos y conocimientos, además, es una actividad voluntaria para ambas partes, tanto para la persona facilitadora como para las personas participantes (Mejía, García y Soto, 2011) y de acuerdo con las características para que un programa sea efectivo (Kirby, 2007), este trabajo cuenta con las siguientes:

La valoración de las necesidades y cualidades del grupo a quien va dirigido, se realizó un breve contexto por parte del director, para indicarme que la población a la que nos estábamos dirigiendo eran padres rurales (la mayoría) relativamente jóvenes entre 32 y 42 años y cuyos hijos no se les había dado educación sexual dentro del plantel, también con apoyo de la dinámica de lluvia de ideas los participantes contextualizaban su situación acerca de los temas vistos.

La *utilización de un marco lógico que especifique propósitos de salud, factores protectores y de riesgo que actúan sobre las conductas que se desea modificar y las actividades relacionadas con los factores de riesgo y protectores*, bajo el modelo IMB de Fisher y Fisher (1992), donde se especifican 3 elementos necesarios para que se dé una conducta preventiva, en primer lugar, la persona debe tener información acerca de la conducta preventiva; en segundo término, el hecho de que la persona esté informada influye en que presente motivación para realizar la conducta; en tercer lugar, resulta necesario que la persona disponga de habilidades conductuales para realizar dicha conducta y ello depende de que esté informada y motivada.

El *diseño de actividades compatibles con los valores comunitarios y los recursos disponibles (humanos y materiales)*, en este aspecto solo se tocó de manera breve el tema de aborto ya que no es un tema en el que el estado tenga mucha apertura, dándole mayor énfasis a temas donde si existe apertura y que ayudan a la prevención de problemas de salud sexual como lo es el condón.

La *prueba piloto del programa*, este trabajo es una prueba piloto que ayuda a reconocer los errores que se encuentran en el programa propuesto y que se presentaron en las líneas anteriores.

La *proposición de metas de salud claras*, en este caso el aumentar la información de los participantes acerca de temas de sexualidad, fomentar el uso del condón y adquirir habilidades que reducen los comportamientos de riesgo.

La *focalización exhaustiva en conductas específicas que conducen a las metas*, está dada a través de las habilidades presentadas en las últimas sesiones: iniciar y mantener una conversación sobre temas de sexualidad, negociar una relación sexual, negociar el uso del condón, posponer un encuentro sexual y rechazar un encuentro sexual (7-11).

La *dirección de los múltiples factores psicosociales de riesgo y protección que afectan los comportamientos*, se informó sobre conductas de riesgo y se

motivó a los padres para adquirir habilidades de comunicación con sus hijos en temas de sexualidad.

La creación de un ambiente social seguro para la participación de la juventud a través de las herramientas brindadas en el taller se les promueve al respeto y a la comunicación asertiva con sus hijos adolescentes a fin de mejorar el ambiente familiar de bienestar, en el taller se llevó a cabo también un ambiente agradable de respeto y para apoyar su seguridad la implementación de un buzón para sus quejas comentarios y sugerencias.

La inclusión de múltiples actividades para cambiar cada uno de los factores de riesgo y protectores percibidos, se brindó información mediante datos, material multimedia, testimonios y ejercicios de modelamiento de los temas que se trataron.

El empleo de métodos pedagógicos apropiados que involucran a los participantes, que los ayudan a personalizar la información y que son diseñados para cambiar cada grupo de factores de riesgo y protectores, con la finalidad de que los asistentes se interesaran en los temas se emplearon dinámicas como conferencias, debates, lluvia de ideas, modelamiento, juego de roles, retroalimentación, entrenamiento para la transferencia, para dar un panorama de lo que sabían los padres acerca de algún tema.

El empleo de actividades, métodos didácticos y mensajes conductuales apropiados a la cultura de la juventud y a su etapa de desarrollo y experiencia, se utilizó un manual para el ponente y se les obsequio un manual que contenía información importante de cada uno de los temas del taller, se realizaron actividades fuera del lugar donde se dio el taller y consistió en que los padres acudieran a algún lugar a conseguir un condón para posteriormente presentarlos con los demás participantes, en cuánto a las sesiones se adaptó únicamente la sesión del tema de aborto, y se tomaron en cuenta sus creencias religiosas acerca del tema, al ver la poca apertura para algunos temas en la sesión 5 se realizó una dinámica de sensibilización.

La *presentación de los temas en una secuencia lógica*, se realizó comenzando por los aspectos básicos, adolescencia, sexualidad, problemas de salud sexual y condón en donde se explicaron aspectos de interés de cada uno de estos temas.

Para *asegurar al menos un apoyo mínimo de las autoridades apropiadas*, se comentó la realización de este trabajo con el director de la escuela que solicitó el apoyo del coordinador de la sección y nos asignó el tercer grado para poder trabajar, así como un aula para llevar a cabo las sesiones, un cañón proyector y material de papelería (papel bond, plumones, lápices, plumas, hojas blancas y cinta adhesiva) además de solicitar ayuda de tipo psicológica o médica para los participantes en caso de requerirlo, también una ONG (Católicas por el Derecho a Decidir) facilitó material informativo como boletines informativos (condón femenino, Pastilla de Anticoncepción de Emergencia y VIH), postales (VIH), condones masculinos, cilindros con información de Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

La *selección de docentes con las características deseadas (capacitándolos cuando es necesario)*, se estableció una buena relación con el director y los profesores de los 3 grados escolares (3) para que pudieran facilitar apoyo a los padres o a los hijos de los padres.

Al *considerar actividades para reclutar y retener a los jóvenes, así como para superar barreras para su participación*, que en este caso fueron los padres, se les hizo una invitación para participar primero en la aplicación de la escala y posteriormente si eran seleccionados al taller, el incentivo fue mejorar la comunicación con sus hijos adolescentes y obsequiarles una herramienta útil para mejorar sus conocimientos (manual y material informativo brindado) y el apoyo médico y psicológico por parte de la telesecundaria.

Finalmente *instrumentar casi todas las actividades fielmente según el programa*. Solo se aumentó una actividad, llevándose a cabo casi como fue diseñado.

Dentro de los materiales empleados, los manuales fueron de mucha ayuda tanto para los participantes como para el ponente ya que de ahí se rescataron varias ideas que ayudaron a reforzar la información brindada en las sesiones y es una buena estrategia para invitarlos a la lectura ya que en nuestro país según datos de la UNESCO (2006, citada en CONACULTA, 2006) se leen 2.8 libros al año en promedio, de igual manera algunos mencionaron que no tenían mucho tiempo de revisarlo en casa y solo lo hacían cuando estaban en el taller.

La educación sexual depende directamente de la información que se tenga, los medios y los métodos utilizados para llevar a los jóvenes de manera oportuna al ejercicio de una sexualidad plena y madura que permita al individuo comunicación equilibrada con los padres o la pareja, dentro del contexto de afectividad y responsabilidad, dentro del hogar puede actuar como uno de los componentes esenciales en la construcción de la sexualidad a lo largo del ciclo vital de las personas y en algunos casos a prorrogar de alguna forma las relaciones sexuales, los embarazos precoces y los abortos, igualmente a disminuir los encuentros sexuales prematuros, promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como factor de autoestima y atención a la salud personal (Garzo y Quintero, 2009), por eso unos de los medios más importantes es conocer los cambios y los problemas que se enfrentan en esta etapa antes que comiencen a ocurrir y una de las alternativas propuestas en la intervención con este programa de prevención es que se realice con padres que tienen al menos un hijo en los primeros años de la adolescencia, e incluso antes para que los padres conozcan y puedan orientar a sus hijos con los cambios en el desarrollo biológico, psicológico y social del adolescente (presentados en el capítulo 1).

Con el total involucramiento de los padres en este taller aprendieron la mejor manera de comunicarse con sus hijos y además de esto a comunicarse con ellos no sólo en el tema de la sexualidad, el tema principal de este taller, sino también en cualquier área y tema relacionado con el completo desarrollo de sus hijos adolescentes, por esa razón es de suma importancia el material empleado, sólo que este a veces no es suficiente y se tiene que hacer uso de material

adicional, tomando en cuenta que no siempre hay alcance a las referencias de apoyo sugeridas para los participantes por eso se debe crear material como folletos, libros, trípticos, videos, audios, etc. para quienes no tiene acceso a internet como ocurrió en esta ocasión o para quienes no conocen el manejo de estas herramientas. Por otro lado, Fisher y Fisher (1992), basándose en un análisis de las principales investigaciones realizadas para prevenir el VIH-SIDA, encontraron que dentro de las poblaciones de riesgo se encontraban los hombres homosexuales por esa razón, el tratar el tema dentro del taller sería otra alternativa a considerar, porque los padres no saben cómo apoyar a sus hijos que creen ser homosexuales.

Otra cuestión de suma importancia a considerar es la promoción del uso del condón (ya sea masculino o femenino) es fundamental en las estrategias de los programas preventivos (Della, 2013), por lo que sería importante considerar incluir en estudios futuros, preguntas que evalúen si los participantes lo usan correctamente y si la frecuencia de eso es óptima al inicio y después del taller para garantizar que enseñarán a alguien más el uso correcto de éste.

Finalmente se puede mencionar que los resultados fueron alentadores sin embargo al preguntar al final del taller si han empezado a comunicar con sus hijos mencionaron que consideran que es un trabajo difícil, algunos mostraron indicios de empezar a hacerlo pero sugieren que el tiempo para lograrlo debe ser amplio porque como muchos comentaron es un cambio gradual, en este caso la alternativa sería realizar un seguimiento a los participantes en trabajos posteriores para verificar si se dio un aumento en la comunicación con sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aliño, M., López, J. y Narro, R. (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1).
Recuperado de
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi09106.htm
- Asociación Mundial para la Salud Sexual.(2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción, Antigua Guatemala: Guatemala.
Recuperado de
http://www.sus.org.uy/images/96/salud_sexual_oms_ops_was.pdf
- Argibay, J. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(1), 13-29.
- Aronowitz, T. y Munzert, T. (2006). An expansion and modification of the Information, Motivation, and Behavioral Skills Model: implications from a study with African-American girls and their mothers. *Bouvé College of Health Sciences*, 29(2), 89-101.
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C. y Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 53 (2), 160-171.
- Ayala, M., Vizmanos, B. y Portillo, R. (2011). Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 79 (2), 86-92.
- Bazargan, M. y Westl, K. (2006). Correlates of the Intention to Remain Sexually Inactive Among Underserved Hispanic and African American High School Students American School Health Association. *Journal of School Health*, 76 (1), 25-31.
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2013). El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 956 – 968.

- Bárceñas, F. y Tenorio, K. (2012) "Abriendo Brecha", *Taller de comunicación sexual asertiva entre padres e hijos*, Tesis de licenciatura, México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Bermúdez, M., Herencia, A. y Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de Información- Motivación- Habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 587-598.
- Bermejo, J. (2010). La escuela como institución que ayuda, previene y soluciona los problemas de socialización. *Revista de la Educación en Extremadura*, 98 (1), 99-103.
- Bouquet, R. (2009). Aborto espontáneo. *Universidad Los Libertadores*, 18 (1) ,53-58.
- Briozzo, L., Vidiella, G., Vidarte, B., Ferreiro, G., Pons, J. y Cuadro, J. (2002). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Revista Médica Uruguay*, 18 (1), 4-13.
- Burgos, R. (1997). Sexualidad y adolescencia: hacia una educación familiar integral. *Educación y ciencia*, 2 (16), 27-33.
- Bustamante, M. Puc, M. y Sabido, M. (2000). Sexo seguro entre adolescentes. *Revista de Enfermería IMSS*, 8 (3), 133-137.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.
- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumi, O. (2001). Creencias en salud: historia, constructor y aportes del modelo. *Revista Nacional Facultad de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
- Calderón, J. y Alzamora, L. (2006). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Revista Peruana Medica Salud Pública*, 23(4), 247- 252.

- Calero, J. y Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27 (1), 50-57.
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12 (40), 79-87.
- Carrada, T. (2006). Tricomoniasis vaginal. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 53 (3) ,151-156.
- Carretero, M. (1985). Teorías de la adolescencia. En Palacios, J. (Ed.), *Psicología evolutiva* (121-141). Madrid: Ediciones Alianza.
- Cava, M. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en Adolescentes. *Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social*, 1(1), 23-27.
- Ceballos, G. y Capo, A. (2005). Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género. *MedUNAB*, 8 (2) ,59-64.
- Cervantes, E. (2009) Infecciones causadas por *Chlamydia trachomatis*. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 52 (1), 18-22.
- CENSIDA. (2006). Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7609.pdf>
- Chambers, R., Taylor, J. y Potenza, M. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (6), 1041-1052.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de La Adolescencia* (4ta Edición). Madrid: Ediciones Morata.
- CONACULTA. (2006). Encuesta nacional de lectura. p. 236. Recuperada de http://www.oei.es/pdfs/encuesta_nacional_lectura_mexico.pdf
- Correnti, M., Cavazza, M., Alfonso, B. y Lozada, C. (2008). La Infección por el Virus de Papiloma Humano: un problema de salud pública en

- Venezuela. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68 (4), 240-247.
- Della, M. (2013). Mitos, prejuicios, tabúes y falacias sobre sexualidad, en la población adolescente de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5 (1). Recuperada de <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/viewArticle/102/151>
- Díaz, R. (2012). Para educar la sexualidad. *Contribuciones a las ciencias sociales*, 6. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/20/
- Díaz, H. y Escamilla. C. (2012). Influencia de la información en la conducta de prevención del VIH/SIDA: Caso de la abstinencia sexual. *CIENCIA, UAQ*, 5 (2), 1-15.
- Díaz-Loving, R. y Robles, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (1), 215-228.
- Dilorio, C., McCarty, F., Resnicow, K., Lehr, S. & Denzmore, P. (2006). REAL Men: A Group-Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Adolescent Boys. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1084-1089.
- Dittus, P., Miller, K., Kotchick, B. & Forehand, R. (2004). Parents Matter!: Interventions to Promote Effective Parent-Child Communication. *Journal of Child and Family Studies*, 13 (1), 5-20.
- Doblado, N., De la Rosa, I. y Junco, A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36 (3), 409-421.
- Domínguez, I. (2011) Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37 (3), 87-398.
- Eastman, K., Corona, R. & Schuster, M. (2006). Talking Parents, Healthy Teens: A Worksite-based Program for Parents to Promote Adolescent Sexual Health. *Preventing Chronic Disease*, 3 (4), 41-52.

- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). La adolescencia una época de oportunidades. New York: U.S. Recuperado de http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.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 Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (eds.). *La Psicología Social en México*, Vol. XII, (227-232). México, D.F.: AMEPSO.
- Fuertes, 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.
- García, E. (2004). Conductas desadaptativas en los adolescentes en Navarra. El papel de la familia y la escuela. (Tesis doctoral, Universidad Pública de Navarra). Recuperada de http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_esther.pdf
- García, I., Ávila, E., Lorenzo, A. y Lara, M. (2002). Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. *Revista Cubana de Pediatría*, 74(4), 9-13.
- García, R. Cortés, A. Vila, L. Hernández, M. y Mesquia, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm
- Garzo, E. y Quintero, L. (2009). La educación sexual en el manejo de las emociones y el inicio de la vida sexual del adolescente. Programa de Profesionalización Docente, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

GIRE (2013). Perfil de las usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la ciudad de México abril de 2007- febrero de 2013. Distrito Federal: México. Recuperado de

https://www.gire.org.mx/images/stories/com/EstadistLE_web_feb2013.pdf

Gómez, I., Urquijo, L. y Villarreal, C. (2011). Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62 (1), 24-35.

Gómez, J., Ortiz, M. y Gómez, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de psicología*, 27 (2), 447-456.

Gómez, P. y Phardo, Y. (2010). Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009. Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61 (1), 34-41.

González, D. (2002). Aborto en México. México, IPAS.

González, Y., Hernández, I., Conde, M., Hernández, R. y Brizuela, S. (2010). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *Revista archivo médico de Camagüey*, 14 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100013&script=sci_arttext

Guerrero, M., García, E. y Moreno A. (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10 (39), 49-58.

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

González, A. y Pérez, G. (2010). Cultura, sexualidad y juventud: experiencias de nuestros jóvenes en Londres. *Revista Fuentes*, 10, 154-172.

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.
- Hernández, C., Majalca, C., Hernández, J., Giono, S., Aguilera, M. y Castro, G. (2012). Presencia de secuencias ERIC en Chlamydia trachomatis. *Revista Biomédica*, 23 (3), 87-93.
- Hernández, J. (2005). Consecuencias psicológicas del aborto: mitos y realidades. Grupo de información en Reproducción Elegida. Recuperado de https://gire.org.mx/publicaciones/hojas-informativas/consecuencias_marzo2010.pdf
- Hauser, H. & Documét, P. (2005). Parent-Peer Education: Lessons Learned from a Community-Based Initiative for Teen Pregnancy Prevention. *Journal of Adolescent Health*, 37 (3), S100-S107.
- Huneeus, A., Pumarino, M., Schilling, A., Robledo, P. y Bofil, M. (2009). Prevalencia de Chlamydia trachomatis y Neisseriagonorrhoeae en adolescentes chilenas. *Revista médica de Chile*, 137(12), 1569-1574.
- Ibarra, K. y Meneses, S. (s/a). Sexualidad y comunicación, en la familia. Un estudio de caso en alumnos del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Área académica de ciencias de la comunicación. (Tesis, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). Recuperada de <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icshu/licenciatura/documentos/Sexualidad%20y%20comunicacion.pdf>
- IMSS. (2012). Día Mundial del Embarazo NO Planificado en Adolescentes. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1608/2/images/26_de_Septiembre_2013_Dia_Mundial_para_la_Preencion_del_Embarazo_No_Planificado_en_Adolescentes\(2\).pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1608/2/images/26_de_Septiembre_2013_Dia_Mundial_para_la_Preencion_del_Embarazo_No_Planificado_en_Adolescentes(2).pdf)
- INEGI. (2010). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud datos nacionales. México. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/juventud10.asp?s=inegi&c=2766&ep=41>

- Irala de, J. (2012). Efectos colaterales de la promiscuidad y de la infidelidad. VI Congreso Mundial de Familias, Madrid: España. Recuperado de <http://congresomundial.es/wp-content/uploads/Jokin-de-Irala-Efectos-colaterales-de-la-promiscuidad-y-de-la-infidelidad-ESPA%C3%91OL.pdf>
- Jerónimo, C., Álvarez, J., Carbonel, W. y Neira, J. (2009). Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. *Acta Médica Peruana*, 26 (3) ,175-179.
- Jiménez, E., Mosquera, M. y Obregón, F. (2004). Comunicación, participación y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Investigación y desarrollo*, 12 (1), 78- 107.
- Jiménez, F. (2009). La comunicación y el proceso orientador de los padres hacia los adolescentes. (Tesis de maestría, Universidad del Zulia). Recuperada de http://tesis.luz.edu.ve/tde_busca/archivo.php?codArchivo=679
- Kirby, D. (2007). *Emerging Answers. Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Langer, 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.
- Lederman, R., Wenyaw, C., & Roberts-Gray, C. (2008). Parent-adolescent relationship education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Behavioral Medicine*, 33, 137-143.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R y Bustamante, F. (2010). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5 (1), 42-51.
- Llanes, A., Quevedo, N., Ferrer, I., Paz de la, A. y Sardiñas, O. (2009). Embarazo en la adolescencia: intervención educativa. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13 (1). Recuperado de

- Lezcano, S., Vallejos, M. y Sodero, H. (2005). Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 149 (1), 6-8.
- López, G. (2008) Infección por Virus de Papiloma Humano. *Revista Facultad de Medicina, UNAM*, 51 (6), 243-244.
- López, N. (2001). Influencia del amigo en el adolescente. (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperada de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080113424.pdf>
- Mafla, A. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica*, 56 (1), 41-57.
- Martínez, J. y Sanz, V. (2007). Pubertad precoz y pubertad retrasada. *Pediatría Integral*, 11 (6), 515-530.
- Massa, J., Pat, Y., Keb, R., Canto, M. y Chan, N. (2011). La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14,(3) ,176-193.
- Mc Guire, D. y Chicoine, B. (2012). *Problemas de las diferentes etapas de la vida. La «conducta de la adolescencia», el aislamiento, el retraimiento, la jubilación*. España: Fundación Iberoamericana Down.
- McKee, L., Forehan, R., Miller, K., Whitaker, D., Long, N. & Armistead, L. (2007). Are Parental Gender Role Beliefs a Predictor of Change in Sexual Communication in a Prevention Program? *Behavior Modification*, 31 (4), 35-453.
- Mejía, A., García, L. y Soto, D. (2011). *Manual para jóvenes facilitadores*. Estados Unidos: USAID. Recuperado de <http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=fbwjJWFL2QM%3D&tabid=12>
- Menéndez, G., Navas, I., Hidalgo, Y. y Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 38 (3), 333-342.

- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política nacional de salud sexual y reproductiva*. Bogotá: UNFPA. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Ministerio de Salud. (2008). *Normas de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual*. Santiago: Atenas Ltda. Recuperado de http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/Normas_de_manejo_y_tto_de_ITS.pdf
- Mondragón, M. (2002). *Ginecología y Obstetricia elemental*. México; Trillas.
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M.L. y Díaz, E. (2007). *Psicología y salud sexual*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno, D., López, A., Cepeda, M., Alvarado, I. y Plancarte, P. (2001). *Diseños de Investigación*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2010). Hablando con los padres de sexualidad. En: S.Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (eds.). *La Psicología Social en México*, Vol. XII, (287-294). México, D.F.: AMEPSO.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 3 (1), 91-109.
- Moreno, E., Rosales, J. y López, F. (2003). El Modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Morduchowicz, R., Marcon, A., Sylvestre, V. y Ballestrini, F. (2010). *Los adolescentes y las redes sociales*. España: Ministerio de Educación.
- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: un análisis intercultural. *Anuario de Psicología*, 31 (2), 15-32.

- Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Neira, J. (2002). Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 6 (6). Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art07.html>
- OMS (2001). *La juventud colombiana en el naciente milenio*. Recuperado de <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/SALUD.html>
- OMS. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Montevideo: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- ONUSIDA. (2008). Información básica sobre el VIH. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L. y Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30 (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v30n2/a06v30n2.pdf>
- Organización Panamericana de la salud. (2000). Promoción de la salud sexual. Antigua Guatemala: WAS.
Recuperado de <http://www.perueduca.edu.pe/adolescentes-y-salud/archivos/sx-salud-sexual-ops.pdf>
- Palacios, J., Bravo, M. y Andrade, P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18 (4). Recuperado de <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/consumo.pdf>
- Pérez, M., Sosa, M., Amaran, J., Pinto, M. y Arias, D. (2008). Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. *MEDISAN*, 13 (3). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san18309.htm

- Pineda, S. y Aliño, M. (2002). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. Cuba: MINSAP.
- Population Council. (s/a). Infecciones del tracto reproductivo: introducción general. Recuperado de http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/RTIfactsheets_sp/RTI_sp.pdf
- Prada, E., Remez, L., Kestler, E., Sáenz, S., Singh, S. Y Bankole, A. (2006). Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: Causas y consecuencias. Guatemala; GuttmacherInstitute.
- Ramírez, A. y Aguiñaga, R. (2006). Relación del abuso sexual con el intento suicida en estudiantes de educación media y media superior. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma De México). Recuperada de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_aneel_aracely.pdf
- Ramos, M. y Cantú, P. (2003). El VIH/SIDA y la adolescencia. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 4 (4), 8-12.
- Reproductive Health Response in Conflict Consortium. (2002). Guía para la atención de infecciones de transmisión sexual en entornos afectados por conflictos. American Refugee Committee. New York: RHRC. Recuperado de http://www.rhrc.org/resources/sti/sti_spanish.pdf
- Reyes, J. (2002). Apoyo de padres y conductas sexuales para prevención de VIH/SIDA en adolescentes. (Tesis, UANL). Recuperada de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116259.PDF>
- Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *INED*, 7, 66-77.
- Reynoso, L. y Seligson, N. (2002). Psicología y Salud en México. En L. Reynoso e I. Seligson (eds.), *Psicología y salud*. UNAM, Facultad de Psicología.
- Robles, S., Frías, B. y Barroso, R. (2006). Programa de intervención para prevenir problemas de salud sexual en universitarios. La psicología social en México, IX, Tomo I, (241-248). México, AMEPSO.

- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., Rodríguez, M. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de psicología*, 22(1), 60-71.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011) *Validación de la encuesta estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. México: AMEPSO.
- 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. *Psicothema*, 16 (2), 203-210.
- Rodríguez, C. (2012). Transiciones biológicas, cognoscitivas y sociales durante la adolescencia. (Tesis de licenciatura, Universidad de La Sabana).
Recuperada de
<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4584/1/130855.pdf>
- Rodríguez, Y. (2000). La perspectiva de género: un eje básico para la prevención de la sexualidad de los y las adolescentes. *La ventana*, 12 (1), 112-146.
- Rodríguez, A. y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (1), 1-9.
- Rodríguez, M., Insaurralde, A., Paéz, M., Mendoza, L., Castro, A. y Giménez, G. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. *Revista Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 8 (1), 76-84.
- Rojas, G. (2009). Factores de riesgo en la conducta sexual en los adolescentes. (Tesis, Universidad Veracruzana). Recuperada de
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/210/1/FACRIESGOCONSEXADOLESCENTES.pdf>

- Rongkavilit,C., Naar-King,S., Kaljee,L. Panthong, A.,Koken,A., Bunupuradah,T, & Parsons,J. (2010). Applying the Information-Motivation-Behavioral Skills Model in Medication Adherence Among Thai Youth Living with HIV:A Qualitative Study. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 24 (12), 787–794.
- Rubio, A. (2009). Adolescentes y jóvenes en la red: Factores de oportunidad. INJUVE, 97. Recuperado de <http://www.adideandalucia.es/documentos/infeducativa/adolescentesenlare d.pdf>
- Salamanca, A. y Giraldo, C. (2012). Modelos Cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2 (2), 185-202.
- Salas, C. y Álvarez, L. (2008). Educación para la Salud. *Educación de México (2da edición)*. México: Pearson.
- Salas, K. (2006). Importancia de la comunicación en la familia durante la adolescencia. (Tesina, Universidad Pedagógica Nacional). Recuperada de <http://biblioteca.ajusco.upn.mx/pdf/23180.pdf>
- Secretaria de Salud. (2002). La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- Segura, V. (2011). Educación Sexual en Educación Básica de Narciso Bassols a Alonso Lujambio. Recuperado de http://psicoapoyoescolar.org/index.php?option=com_content&view=article&id=74:educacion-sexual-en-educacion-basica-de-narciso-bassols-a-alonso-lujambio&catid=1:psicologos-y-especialistas&Itemid=6
- Sepúlveda, C. y Mericq, V. (2001). Mecanismos reguladores de la pubertad normal y sus variaciones. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22 (1) 27- 38.
- Serra, M., Alonso, R., Serra, M. y Santez, V. (2011). Embarazo en adolescentes del Policlínico “Rafael Valdés” en el año 2009. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas*, 9 (5), 34-37.

- Silva, I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Schutt, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington, DC: OPS.
- Spellings, M. (2003). Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia. Departamento de Educación de los Estados Unidos Oficina de Comunicaciones y Relaciones Comunitarias. Recuperado de <http://gearupms.org/docs/adolescencia.pdf>
- Steele, R., Anderson, B. Rindel, B., Dreyer, M., Perrin, K., Christensen, R., et al. (2001). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive children: examination of the role of caregiver health beliefs. *AIDS care; Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 13 (5), 617-629.
- Taracena, R. (2003). Hoja informativa: Embarazo Adolescente. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE). Disponible en:<http://www.gire.org.mx/publicaciones/hojas-informativas/embarazoact03.pdf>
- Tamayo, L., López, M., Villegas, A., Agudelo, C., Arrubla, M. y Muñoz, J. (2011). Determinantes de salud sexual e ITS en adolescentes rurales, escolarizados. *Revista Salud Pública de Medellín*, 5 (1), 7-21.
- Tejada, G. y Olmo del, C. (s/a). Los agentes de socialización y su influencia en las actitudes y prácticas sobre sexualidad en los y las adolescentes de Arequipa metropolitana. Lima: Proyectos Breves Cerrados PBC.CIES.
- Temboury, M. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Revista de Pediatría y Atención Primaria*, 11 (16). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000600002>
- Toro, A. y Restrepo, J. (2011). Hepatitis B. *Medicina y Laboratorio*, 17 (7-8), 311-329.

- Vargas, J. e Ibáñez, E. (2006). Pareja y adolescencia: un análisis desde la perspectiva vínculo. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9 (3), 73-85.
- Vargas, V. (2009). La mujer y el placer sexual. *Fundación Desafío*, 8. Recuperado de http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/desafiando/8_Desafiando_placer_sexual.pdf
- Villarruel, A., Loveland, C., Gallegos, E., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008) A Parent–Adolescent Intervention to increase sexual risk communication: results of a randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention* 20(5), 371–383.
- Zhang, L., Li, X., Shah, I., Baldwin, W. y Stanton, B. (2009) Parent–Adolescent sex communication in China. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(2), 138–147.

ANEXOS

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

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

Objetivos específicos:

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

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

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

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

Objetivos específicos:

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

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
2	1	Inclusión de los padres en el desarrollo de sus hijos.	Dinámica de reconocimiento: “Espejito, espejito...” Los padres hablarán sobre sus hijos y mencionarán en qué se ven ellos reflejados en sus hijos.	20 minutos	• Ninguno.
	2	¿Qué es la adolescencia?	Dinámica: Lluvia de ideas “La adolescencia es para mi...” Los padres mencionarán qué es lo que significa para ellos la adolescencia y cómo la han vivido con sus hijos. Conferencia: Se hará una exposición sobre la adolescencia: hablando de los cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales, enfatizando la importancia y la atención que se debe poner en cada uno de ellos.	15 minutos 20 minutos	• Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	3	¿Qué harás con lo que sabes?	Dinámica: ¿y ahora qué? Se les planteará a los padres una situación “real” relacionada con algún problema de un adolescente y se les pedirá que escriban una posible solución, involucrándose como padres. Se les pedirá que la lean. Retroalimentación: Se dará retroalimentación a los padres por parte de los ponentes y de los otros padres.	15 minutos 15 minutos	• Hojas blancas • Bolígrafos • Pizarrón
	4	¿Qué es la sexualidad?	Dinámica: Lluvia de ideas “Y la sexualidad, ¿qué?” Los padres hablarán sobre qué es para ellos la sexualidad y cuál consideran que es la relación que existe entre este y el tema de la adolescencia. Conferencia: Introducción a la sexualidad. Se dará una conferencia donde se aborden las cuestiones básicas de la sexualidad, en cuanto a términos técnicos de ésta y los temas relacionados (ITS, VIH/SIDA, Abortos y embarazos).	10 minutos 15 minutos	• Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	5	La naturalidad de la sexualidad	Dinámica “Las cosas como son...”: Se invitará a los padres aplicar los términos técnicos que acaban de ser vistos en la conferencia anterior, informándoles que no hay nada de malo hablar y decir “las cosas como son”.	10 minutos	• Hojas blancas • Bolígrafos
	6	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	5 minutos	• Ninguno

Sesión 3: Embarazo y aborto

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

Objetivos específicos:

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

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

Sesión 4: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

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

Objetivos específicos:

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

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

Sesión 5: VIH/SIDA

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

Objetivos específicos:

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

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

Sesión 6: Condón

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

Objetivos específicos:

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

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

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

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

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

Objetivos específicos:

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

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

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

Sesión 8. Negociar una relación sexual

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

Objetivos específicos:

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

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

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

Sesión 9. Negociar el uso del condón.

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

Objetivos específicos:

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

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

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

Sesión 10. Posponer un encuentro sexual

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

Objetivos específicos:

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

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

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

Sesión 11. Rechazar un encuentro sexual

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

Objetivos específicos:

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

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

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

**Bitácoras del taller
“Abriendo Brecha”
(Prueba piloto)**

**Del 24 de Junio de 2013
al 04 de Julio de 2013**

**Responsable del taller:
Ivette Macedo Arratia**

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

24 de Junio
de 2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

1

Tema de la sesión

Introducción y bienvenida al taller.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

Haciendo referencia al manual: ¿este libro es para nosotros?, ¿cuánto cuesta el libro?

Haciendo referencia al taller: ¿esto afectará la situación escolar de mi hijo?, hablar de sexualidad le corresponde a la escuela ¿no?, ¿será el momento de hablarle de sexualidad a mi hijo?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Nunca he salido a comprar cigarrillos y menos condones. Los condones solo los compran quienes son infieles. Al hablar de mitos me doy cuenta que tengo más mitos que información real. Me está interesando la información, creo que puedo aprender de los demás. Los tiempos de ahora son diferentes a nuestros tiempos por eso están más alocados. Mis papás nunca me hablaron de sexo.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

La mayoría de los participantes se muestran tímidos, les causa nervios platicar sobre sexualidad y condones, al escuchar sobre las prácticas sexuales orales y anales se desconcertaron, algunos mencionaron que no conocían más que los condones de látex (lisos lubricados) y pocas mujeres (2) dijeron no conocerlos, por lo que todos se sorprendieron conocer la amplia gama, al conocer los temas a tratar se sintieron un poco incómodos pero les pareció interesante, realizaron las actividades del día de manera agradable y participativa.

Los acuerdos que se hicieron para las sesiones fueron: llegar a tiempo (tolerancia de 10 minutos), celular en silencio, respeto, levantar la mano para pedir la palabra, ser tolerantes y participativos, divertirse.

NOTA: se anexa una lista de las posibles tiendas, marcas de cigarrillos y de condones que podrían encontrar cerca de su vivienda y que pudieron haber mencionado en el ejercicio “¿Qué tanto sabes de mí?” y otra lista con los posibles motivos o creencias por las cuales no se usa condón y los posibles mitos en temas de sexualidad.

TIENDAS

- Tiendas (OXXO, 7-eleven)
- Tiendas de autoservicio (Comercial Mexicana, Bodega Aurrera, Walt Mart, Waldos Mart, Soriana, Sanborns)

Señala las tiendas que hay en la localidad.

MARCAS DE CIGARROS

- ALITAS
- BENSON & HEDGES: dorados y mentolados.
- BOOTS
- CAMEL: black & white, lights.
- CAPRI: mentolados y lights.
- DELICADOS: con filtro y sin filtro.
- FAROS: con filtro y sin filtro.
- LUCKY STRIKE: red, dorados.
- L&M: light, super lights, one, menthol, menthol light.
- MARLBORO: mentolados, light y rojos.
- MONTANA
- MORE: menthol
- PALL MALL: menthol, special, ultra, orange, blue, red y lights.
- RALEIGH
- SALEM: mentol fresh.
- VICEROY: clasic

Señala las marcas de cigarro que conocen los participantes.

MARCAS DE CONDONES

- ADONIS: con aroma
- BALAM: texturizados
- CON DON AHORRO: sensitivo
- DO IT LOVELY: con aroma
- DON: lisos lubricados
- DON JUAN: lisos lubricados
- DUREX: avanti bare, confort, extra seguros, fiesta, her sensation, love, natural , profam , pleasure max, retardante, sensación intensa, sensitive ultra thin, tropical.
- EBANO: sabores.
- ENCANTO: clásicos.
- EVERYTHING: clásicos.
- FRENZY: textura y aroma.
- GLADYATOR: clásicos.
- LIFESTYLE: extra fuertes, colores (negro opaco) y XL.
- M: con lubricante estimulante, texturizados y ultrasensitivos.
- NIGHT LIGHT: fosforescentes
- OASIS: con aroma
- OKAMOTO: estrechos
- ONE COLORS: texturizados y de sabores.
- PREMENT: con aroma y con lubricante.
- PROFILATEX: clásicos.
- PRUDENCE: con aroma, de colores, extra fuerte, retardante, texturizados y ultradelgados.
- ROMAN'S: clásicos
- SICO: excess, kinky, pleasure, thermaxx y ultra tens.
- SIMI CONDON: lisos lubricados
- TRES EROS: Sin lubricante y con lubricante.
- TRIÁNGULO: más gruesos.
- TROJAN: clásicos, ecstasy: muy sensible y texturizados, extra fuerte, extra sensitive, fire & ice, cold, magnum, warm sensations, y dual color.
- TRUXTEX: sabor, color, aroma y texturizados.
- UNITED COLORS BENETTON: texturizados

Señala las marcas de condones que los participantes conocen.

MOTIVOS O CREENCIAS DE LOS PARTICIPANTES POR LO QUE NO SE USA CONDÓN

- No tener uno a la mano
- Porque no hay una cultura para su uso
- Por creer que el condón disminuye el placer
- La confianza sexual hacía la pareja disminuye
- Se cohíben al solicitarlo
- Se cohíben para comprarlo
- Interrumpe la excitación sexual, al tener que emplear tiempo para colocárselo
- A su pareja no le gusta que lo use
- El condón debe regalarse no comprarse
- Solo lo emplean con parejas ocasionales no con parejas estables
- Puede ofender a la pareja, si propone el uso del condón
- Son frágiles, se rompen con facilidad, además de que se requiere educación para su uso
- No se siente igual
- Son molestos
- Reduce la sensibilidad
- Precio excesivo
- Dificultad para acceder a éste.
- El considerar que los regalados por los centros de salud son de mala calidad.
- Porque "hay amor" y no tienen desconfianza.
- Las chicas dicen que es responsabilidad del hombre
- Lo encuentran poco higiénico
- No es posible andar trayéndolo siempre
- Creen que su pareja puede pensar mal
- No sirven... el VIH pasa igual.
- Sólo los usa la gente promiscua
- Ponerlo es muy complicado, y con los nervios, peor.
- Si se rompe fácil... ¿entonces para qué usarlo?
- Produce alergias.
- No hay condones de mi talla.
- Yo me lo pongo al final.
- Ya me acostumbré a hacerlo sin condón.
- Estoy usando otro método anticonceptivo
- Soy alérgico al látex
- Es cero romántico
- Por que no es divertido
- Por que no sé usarlo

- Me aprieta
- Se me baja
- No se me hace eficaz

Señala los motivos y creencias que tienen los participantes para no usar condón.

MITOS ACERCA DE TEMAS DE SEXUALIDAD

- No me pongo condón porque ninguno me queda
- Con dos condones estoy más protegido
- El condón masculino solo es asunto de hombres
- Al colocar el condón se pierde mucho tiempo
- El mejor lugar para guardar el condón es el pantalón
- La Pastilla de Anticoncepción de Emergencia es abortiva
- Solo las mujeres irresponsables abortan
- Las duchas vaginales ayudan a evitar el embarazo
- Si estoy menstruando no puedo quedar embarazada
- En la primera relación sexual nadie se embaraza
- La masturbación es dañina
- Solo los homosexuales pueden contraer una Infección de Transmisión Sexual
- Solo en las relaciones pene-vagina se puede contraer alguna Infección de Transmisión Sexual
- Las Infecciones de Transmisión Sexual se contraen en baños públicos, albercas y al usar ropa de cama que haya tenido contacto con el portador de alguna Infección de Transmisión Sexual.
- El VIH y el SIDA son lo mismo

Señala los mitos que tienen los participantes en temas de sexualidad.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

25 de Junio
de 2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

2

Tema de la sesión

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

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿El himen prueba la virginidad?

¿Los hombres pueden expresar sus sentimientos?

¿Por qué no lo hacen?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Hoy aprendí que antes de entrar a la adolescencia hay una etapa que se llama pubertad, aunque todos hemos pasado por esa etapa no sabía que así se llamaba. Pensé que la información que les daban en la escuela era suficiente y ahora pienso que el apoyo de sus maestros, de sus papás y amigos son importantes aunque no sé como se da ese apoyo. Creo que debo dedicar un poco de tiempo a informarme y acercarme a mi hija, siempre pensé que el sustentar sus gastos, y darle una buena calidad de vida era importante pero hasta me olvide de reflexionar sobre mi sexualidad. Siempre creí que cuando tuviera hijos quería que fuera diferente a lo que yo viví que se sintieran comprendidos sobre todo en esta etapa de rebeldía pero se me pasó tan rápido y los seguía viendo como niños que pensé que aún no llegaba ese tiempo, ahora que llegó no sé como hacerlo. Ahora voy entendiendo lo que me pasaba cuando estaba en esa etapa y la verdad no entiendo como mis padres le hicieron para sacar adelante a 5 hijos.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Los participantes a la hora de hacer la dinámica de reconocimiento: “Espejito, espejito...” se encontraron muy pensativos por que refirieron que nunca se les hubiera ocurrido pensar en eso y que al no comprenderlos en muchas ocasiones, creían que eran muy diferentes con sus hijos, en la actividad ¿y ahora qué? Bromearon al decir que eran muchas las situaciones pero no sabían como resolverlas, al finalizar la actividad definieron algunas problemáticas y se dieron cuenta que el reflexionar la situación, el tratar de entenderlos y el buscar información, además del apoyo de los demás podían ayudar a ver las posibles soluciones, “Y la sexualidad, ¿qué?” en esta dinámica se mostraron participativos pero dudaban de lo que podía ser y no ser la sexualidad, pensaron que el hablar de la menstruación no estaba incluida aquí, esas dudas generaron que en la dinámica “Las cosas como son...” aún se notara poca confianza para llamar a las cosas por su nombre.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

26 de Junio
de 2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

3

Tema de la sesión

Embarazo y aborto.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿Está bien que permita a mi hijo tener relaciones sexuales?

¿Hablarles sobre sexualidad incitará a mi hijo a tener relaciones sexuales?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Con respecto a la tarea “Las cosas como son...” es muy difícil buscar las palabras necesarias para que mi hija me entienda acerca de sexualidad creo que aún no estoy preparada para hablarle de eso.

En la lluvia de ideas la mayoría menciona que el embarazo es la unión del óvulo con un espermatozoide para formar un nuevo ser humano y que el aborto es algo malo (11/14), es pecado (13/14), es castigado (14/14), es la muerte de un ser humano (14/14) así se refirió la mayoría de los participantes al preguntarles que piensan sobre ese tema y que saben acerca del mismo.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Al hablar de embarazo, algunos comentarios acerca de los casos que conocían (de personas allegadas) e incluso algunas manifestaron sus experiencias propias al mencionar que algunas de las participantes tuvieron a su primer hijo o hija antes de los 20 años, cuando se les presentó las cifras de interrupciones de embarazo por rango de edad mencionaron que ellos consideran que esas interrupciones son de ciudades grandes como el DF, Guadalajara o Monterrey pero que en su estado al ser considerado un delito no creen que existan casos de abortos y menos en menores de edad, se mostraron muy reacias a la información de este tema y con poca apertura por considerarlo un pecado o la muerte de un ser humano, si embargo cuando se les habló de que en muchos casos no es provocado si no espontáneo y aún así su situación legal podía verse perjudicada les interesó más el tema del uso de anticonceptivos.

NOTA: se anexa CÓDIGO PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO en tema de aborto.

CÓDIGO PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

**CAPITULO VI
ABORTO**

Art 158. **Aborto** es la muerte provocada del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Art 159. A la mujer que provoque o consienta su aborto, se le impondrá de seis meses a tres años de prisión y de diez a treinta días multa.

Art 160. A quien cause el aborto con el consentimiento de la mujer, se le impondrá de uno a tres años de prisión y de diez a treinta días multa.

Art 161. A quien provoque el **aborto** sin el consentimiento de la mujer, se le impondrá de cuatro a ocho años de prisión y de veinte a sesenta días multa

Art 162. Si en el aborto a que se refieren los dos artículos anteriores, participare un médico, partero o enfermero, se le suspenderá además en el ejercicio de su profesión por un tiempo igual al de la sanción privativa de la libertad impuesta.

Art 163. No es punible el **aborto** cuando sea causado por culpa de la mujer embarazada ni el procurado o consentido por ella cuando el embarazo sea el resultado de una violación

Disponible en:

<http://www.clinicasabortos.mx/ley-del-aborto/ley-aborto-guanajuato/sub75>

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

27 de Junio
de 2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

4

Tema de la sesión

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿Es lo mismo enfermedades que infecciones de transmisión sexual? ¿Es lo mismo que las enfermedades venéreas? **¿Cuándo es el momento de visitar al doctor?, ¿Qué especialista se debe consultar?, ¿Cuándo uso condón, quiere decir que es imposible que tenga una infección de transmisión sexual?, ¿Se puede tener más de una ITS al mismo tiempo?, en el caso de las ITS curables ¿Se puede contraer la infección más de una vez? ¿Donde se puede pedir la vacuna para el VPH?**

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

A veces estamos muy cerrados a la información y creemos que nada nos va a pasar, ahora pienso en mis hijos y me doy cuenta que hay más riesgos de tener una infección de lo que pensé. Pensé que solo era por tener relaciones sexuales y cuando veo que hay muchas infecciones creo que no basta con enseñarle como utilizar el condón. A simple vista puede uno parecer sano, pero eso solo se descubre al hacer pruebas y si nos cuesta trabajo ir al doctor por una simple gripa el revisarnos con el ginecólogo es aún más difícil. A partir de ahora estaré atenta a las señales que da mi cuerpo realmente me impactó la información. Quiero enseñarle a mi hija la información acerca de estas infecciones aunque sé que se puede almar es importante que sepa que es uno de los riesgos que corre al no protegerse. Nuestros padres nunca hablaron con nosotros sobre la existencia de estas ITS es un tema que no se tocaba pero al pensar en que cualquiera esta expuesto a ellas, creo que debo considerar informarme y hacer algo al respecto. No me gustaría saber que tengo alguna de estas ITS y mucho menos que mi hija tuviera una.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Los participantes se mostraron muy participativos y ansiosos por atender a la información sobre el tema, se impactaron al recibir la información, aunque no se les mostró fotos de las infecciones, los datos, los síntomas y las manifestaciones les causó alarma al pensar en sus hijos comentaron que conocen el caso de ningún joven que tenga alguna ITS pero que es importante que ellos conozcan esa información para que se cuiden.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

28 de Junio
de 2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

5

Tema de la sesión

VIH/SIDA.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿Cuánto tiempo se puede vivir teniendo VIH o SIDA?, ¿existe alguna vacuna para prevenir el VIH?, ¿la persona con VIH que no está enferma ni tiene síntomas, puede transmitir el VIH? , ¿Debo esperar a tener síntomas para poder hacerme una prueba? , ¿Es la prueba de VIH obligatoria en algún caso?, ¿Cuándo se puede decir que la persona infectada con el VIH tiene SIDA?, ¿Existen tratamientos alternativos o complementarios contra el VIH? , ¿A quién deben informar los padres y tutores de la infección por VIH de un menor?, ¿A qué edad se puede dar el consentimiento para la prueba de VIH? , Si un adolescente se hace la prueba de VIH, ¿a quien se le se informa el resultado? , ¿En el caso del tratamiento para infectados de VIH quién paga esos gastos?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Empiezo a darme cuenta que los riesgos son muchos cuando decidimos ejercer nuestra sexualidad de manera irresponsable. Si yo no he tenido conductas de prevención como las van a tener mis hijos. Me gustó la actividad de los casos creo que pocas veces tenemos testimonios de algo que pasa y por eso creemos que no existe. El conocer esos casos y darme cuenta que pude haber sido yo o algún conocido o conocida me hizo reflexionar sobre lo que estamos haciendo mal. La actividad de los papelitos me puso a pensar mucho, pero creo que con sólo pensar no soluciono nada, debo hacer algo empezando por informarme.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Los participantes se mostraron muy activos en la participación, les gustaron las actividades e hicieron la observación de que les gusta esta manera de aprender, consideran que es bueno y más si se les habla con lenguaje sencillo puede comprender los temas sin que sea aburrido.

NOTA: se anexan los testimonios encontrados y presentados en el taller con respecto al tema de VIH.

Si tengo que sufrir, sufriré

La verdad es que no sé si tengo VIH o no, pero creo que sí. Estoy muy asustado. Han pasado trece días desde que mantuve la relación y faltan meses para poderme hacer la prueba. No temo lo que piensen de mí, pero mis padres me preocupan.

Nosotros recién acabamos de empezar con todo esto

Hola. Hace dos meses, por un chequeo rutinario, nos enteramos de que mi marido es VIH positivo. Esta historia es algo rara, ya que nosotros estamos casados desde hace seis años, tenemos dos hijos, uno de 4 años y otra de 10 meses.

Una chica aventurera

Hola amigos. Me llamo Ana y nací en Santiago de Compostela en agosto de 1970. Siempre fui una chica aventurera, divertida y sobre todo sin miedos, y eso mismo me llevó a descuidarme en mis relaciones.

Virus minimizados

Hola, soy Carmen. Hace ya siete años que me enteré de mi estado de salud: tenía VIH. Fue cuando acudí a mi cita con el médico debido a mi embarazo; la verdad es que, a mis 19 años, no me lo podía creer. Casi me vuelvo loca, no quería traer a mi hijo, posiblemente infectado, al mundo. Hasta que, poco a poco, me explicaron que había posibilidades de que el bebé estuviera sano si actuábamos a tiempo.

Sentí un jarro de agua fría

Hola, me llamo Fabián, soy mexicano y vivo en California (EE UU). En octubre de 2011, fui diagnosticado de VIH. Sabía que debía chequearme, pero por miedo nunca me atrevía, hasta que me decidí. Cuando me llamaron de la clínica, no me sorprendí. Ya sabía que algo andaba mal, porque me citaron en días y no en semanas, como suponía.

Un propósito

Hola, mi nombre es Juan Pablo, tengo 25 años y soy de México. Me enteré hace apenas tres meses de que soy seropositivo, debido a que enfermé gravemente, comencé a bajar mucho de peso por una diarrea y mis pulmones me empezaron a molestar. No podía respirar bien, así que me animé y me hice la prueba de ELISA, que dio positivo; otro día me dieron los resultados del Western-Blot y salió también positivo.

Una nueva vida

Hace tres meses, me enteré de que tenía VIH. Fue a través de una prueba voluntaria. Jamás pensé que daría positivo, puesto que no había tenido ningún síntoma ni nada.

No desarrollo la enfermedad

Hola, tengo 40 años y soy portador del VIH desde hace 24. Hasta aquí he llegado sin tomar ningún medicamento y, actualmente, mi carga viral es indetectable y mis CD4 están por encima de 680.

No me cansaré de decirle al mundo lo que soy

Vivo con VIH desde que tenía 17 años y he cumplido recientemente los 27. Lo que para muchos serían diez años de vida, a mí me da la impresión de que han sido 50. Lo peor de una enfermedad no es ella en sí misma, sino sostenerla solo, aunque lo mío fue por decisión propia. No se lo conté a nadie, ni a mi familia.

Seguir el tratamiento y mirar hacia el futuro

Tengo 25 años y hoy confirmé la sospecha que tenía. La médica me comunicó que soy VIH+. Gracias a Dios fue muy humana y me alentó mucho diciéndome que existen tratamientos y que puedo seguir mi vida normal, con controles y consultas. Ya tengo el turno con la infectóloga para ver cómo empezar el tratamiento.

Aventuras sin protección

El 12 de octubre de 2012 fue un día muy difícil: Mi esposo durante quince años en un estudio de rutina sobre su diabetes fue diagnosticado de VIH.

Sigo vivo

Mi nombre no es importante. Llevo conviviendo con el bichito 28 años. Creo que las personas con VIH somos supervivientes. De mi época, queda muy poquita gente. Tras el impacto de la noticia [era VIH+], que te deja en estado de shock, fui asimilando las pautas de vida que hay que asumir para estar sano y no transmitir el virus a nadie. Se trata de seguir unas simples normas que van a ser ley hasta el fin.

Soy nuevo en esto

Hola, me llamo Max, tengo 19 años, soy de Lima (Perú) y me enteré de que tengo VIH hace cinco días, quince después de cumplir mi actual edad. El primer día estuve muy triste, pero gracias a mi familia, hoy me siento sano y feliz. La verdad, tomo mi caso como una segunda oportunidad.

No acaba aquí

Con 18 años caí en el mundo de las drogas y con 24 me enteré de que era seropositiva. Al principio me sentó muy mal y no tomaba la medicación con regularidad ni iba a la consulta del médico. Así que, por no cuidarme, cogí una neumonía que casi me mata.

Fuente: <http://gtt-vih.org/>

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

29 de Junio
de 2013

**Número
de
asistentes**

13

**Número
de sesión**

6

Tema de la sesión

Condón.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

- ¿Si tengo sexo siempre con la misma persona también debo usar condón?
- ¿Si son resistentes también son reutilizables?
- ¿Por qué se utilizan hasta 2 años antes de la fecha de caducidad?
- ¿Qué otro método anticonceptivo me previene de ITS?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

No fue lo mismo preguntar por un condón que comprarlo. La gente a veces te ve extraño cuando pides uno y más si te conocen. Yo fui a un lugar de autoservicio y simplemente lo tome, pero al llegar a pagarlo me sentí un poco incómodo. Al preguntar sobre la variedad de condones la verdad me sorprendí por que pensé que solo existía el que me dieron como método de planificación familiar. Yo le pedí a mi hija que me acompañara pude ver que se sonrojó y me preguntó ¿qué para que lo quería?. Cuando les mostré a mi familia lo que había comprado comenzamos a hablar sobre sexualidad, pero debo aceptar que todavía me sonrojo al hablar del tema. La experiencia fue un poco extraña a mis cuantos años apenas voy a solicitar uno. Si a mi me costó trabajo pedir uno, creo que a mi hija le costará más trabajo. Cuando llegué con los condones a mi casa mi hijo me dijo que si le regalaba uno, le dije cuando supiera utilizarlo le enseñaría a él. Me dio un poco de vergüenza pedir un condón pero creo que le dio más vergüenza a la chica de la farmacia enseñármelos. A mi simplemente me dijo ahí están ¿cuál quiere?

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Sus comentarios fueron muy enriquecedores, el grupo tiene mucha confianza y se han explayado en cuanto a sus dudas y sus vivencias con los temas, algunos muestran indicios de que han tocado con sus familias los temas revisados, algunos otros se muestran un poco tímidos(mujeres) pero han realizados las actividades y las tareas, respecto a la enseñanza del uso del condón fue una actividad que les gustó sobre todo el conocer el condón femenino y sus beneficios les pareció interesante y ejercitaron lo aprendido colocando el condón masculino y el condón femenino en un pene de enseñanza y un modelo pélvico, en general lo hicieron muy bien y solo a 2 personas (mujeres) les costó trabajo aprender los pasos de la colocación correcta ya que se mostraron un poco inseguras y penosas.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

29 de Junio
de 2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

7

Tema de la sesión

Iniciar y mantener una conversación sobre
temas sexuales.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿Qué técnicas puedo emplear? ¿Qué pensará mi hijo si le hago preguntas con respecto a su sexualidad?, ¿podríamos intentar hablar primero con alguien a quien le tengamos confianza?, ¿esto es lo que tenemos que hacer con nuestros hijos?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Yo he aprendido mucho pero no me siento capaz de platicar con mi hijo de temas de sexualidad. Uno no aprende de la noche a la mañana lo estoy intentando pero eso si me costará mucho trabajo. Que complicado es realizar esto frente a los demás padres de familia. Me siento nerviosa por que es frente a los demás. Creo que no podré hacerlo, qué complicado y eso que es solo un ensayo.

Modelamiento y el juego de roles.

Me sentí en confianza realicé las actividades lo mejor que pude y las críticas fueron muy constructivas. Creo que puedo aprender más. Yo creo que estuvimos todos nerviosos pensé que sería la única. Soy de las personas que le cuesta mucho trabajo platicar de cualquier tema pero si se trata de prevenir tendré que adquirir las habilidades para platicar. Las críticas me ayudaron mucho ya entiendo por qué razones no puedo hablar con mi hija. Tenía miedo de hacerlo mal pero quiero quitarme esos miedos y aprender más.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Aunque la mayoría de los participantes han estado atentos a la información brindada, han realizado las tareas y las actividades de manera satisfactoria, no se sienten capaces de iniciar y menos de mantener una plática con sus hijos, los temas que se les facilitan son: el condón (sesión 6), los cambios en la adolescencia (sesión 2), las ITS (sesión 4) y se sienten poco capaces de hablar acerca de VIH/SIDA (sesión 5) así como de embarazo y aborto (sesión 3) sobre todo el tema de aborto comentan que es lo que menos quisieran contarles a sus hijos porque es un tema delicado (por las leyes de su estado), quienes tienen hijas mencionan que sienten más difícil el hablar con ellas porque piensan que sería como atacarlas a saber si ya tienen o han tenido relaciones sexuales. En cuanto a la retroalimentación la mayoría comentaba que no fueran muy duros con las críticas y se sintieron nerviosos al realizar los ejercicios.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

1° de Julio de
2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

8

Tema de la sesión

Negociar una relación sexual

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿Qué estrategias son las más empleadas para la negociación?, ¿Es más difícil negociar para las mujeres?, ¿es el mismo proceso para negociar con nuestros hijos los permisos horarios, etc?, ¿Por qué es tan difícil negociar?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Hasta ahorita este tema es el que más trabajo me ha costado yo creo por que siempre nos han hecho creer que los hombres son los que tienen la última palabra. Creo que se necesita tener mucha autoestima para poder negociar y no dejarse vencer a la primera. Pensé que nunca había negociado algo en la vida lo asocio a diferentes problemas de mi vida y creo que si se puede. Soy muy optimista al pensar que puedo poner en práctica lo aprendido. Me hubiera gustado que mi hija viniera y conociera lo que es importante hacer.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Se tuvo que elegir al azar a los participantes para realizar las actividades porque no querían realizar los ejercicios, este tema lo consideraron más difícil que el pasado, la mayoría aceptó la retroalimentación de manera positiva, poco a poco se empezó a crear un ambiente de confianza y empezaron a participar algunos de manera voluntaria, algunos también realizaron el ejercicio nuevamente después de la retroalimentación sintiendo y observando una mejoría al repetir el ejercicio.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

2 de Julio de
2013

**Número
de
asistentes**

14

**Número
de sesión**

9

Tema de la sesión

Negociar el uso del condón.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿En caso de ser yo el que no lo quiere usar?, ¿Nosotros como podemos influir en que nuestros hijos hagan uso de la negociación del uso del condón?, ¿Cómo identificar qué tipo de negociadores somos? ¿Cómo identificar qué tipo de negociadores son nuestros hijos?, ¿Qué es más difícil negociar, el uso del condón o una relación sexual?, ¿Por qué las mujeres no se consideran aptas para negociar una relación sexual?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Creo que si identificamos qué tipo de negociaciones sabemos hacer es más fácil conocer nuestras debilidades. Fue un poco triste darme cuenta que no soy muy hábil en negociar el uso del condón pero espero ser un poco más atenta en como lograrlo y poder enseñar a mis hijos para que lo hagan cuando llegue el momento. Vivía con la idea de que no podíamos negociar ni el uso del condón ni una relación sexual. Creía que eso le tocaba pensar a los hombres. Ayer que les comentaba a mis hijos lo que nos han enseñado mis hijos se mostraron en una actitud de saber cómo hacer una negociación así que rete a la mayor a negociar un permiso para el fin de semana y finalmente se quedará en casa, creo que debo ayudar a mi hija a negociar.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Al revisar los tipos de negociación (Sig. página tipos de negociación) la mayoría indicó estar en el tipo perder-ganar (6/16), le siguió la opción ganar-perder (5/14) y una minoría de la opción perder-perder (3/14), de los pasos para negociar el uso del condón la mayoría consideró que lo más difícil es hablar del tema y hacer una propuesta, se mostraron un poco abiertos a platicar de como han llevado lo aprendido a casa y se apoyan unos a otros entre participantes y realizan las actividades solicitadas de manera voluntaria.

NOTA: se anexan los tipos de negociación y las posibles excusas para no usar condón.

TIPOS DE NEGOCIACIÓN

GANAR-PERDER

Es cuando la persona persigue por todos los medios ganar y hacer perder al otro, incluso no solo es el hecho de ganar sino de perjudicar. En esta forma de negociación también se usan técnicas de manipulación para imponer acciones, lo que es totalmente perjudicial para la relación.

Por ejemplo: la prueba de amor, no utilizar condón basado en la inseguridad de que estás teniendo relaciones con alguien más o con mitos relacionados con la sensibilidad y efectividad del condón.

PERDER-GANAR

Es un tipo de negociación donde la falta de autoestima de la persona lo lleva no sólo a querer perder, si no que quiere darle ventaja y beneficio al otro, se trata de una personalidad que permite que violenten sus derechos, para no tener que enfrentarse a un posible conflicto.

Por ejemplo: Cuando la persona quiere utilizar el condón, pero no lo propone, ni lo pide para evitar un posible conflicto, deja las decisiones en manos de su pareja, aún sabiendo que puede ser perjudicial para su salud física y mental.

PERDER-PERDER

Este tipo de negociación las dos partes quieren hacer tanto daño al otro que no les importa nada, esta forma de negociación es basado en la ira, frustración, miedo y orgullo desmedido.

Por ejemplo: cuando la persona sabe que vive con VIH, no lo dice y tiene relaciones desprotegidas y la pareja ni propone el uso del condón.

GANAR-GANAR

Se consigue la mejor solución, las personas están comprometidas desde el principio a llegar a una solución, permite llegar a otros acuerdos en el futuro, además de mantener una excelente relación basada en el respeto y en el reconocimiento de derechos.

Por ejemplo: usar condón en todas sus relaciones sexuales incorporándolo al juego erótico y convirtiéndolo en un aliado a favor del ejercicio de la sexualidad de forma segura, saludable y placentera.

POSIBLE EXCUSA	
Es que con condón no se siente lo mismo.	/
Seguramente quieres utilizar condón porque no me tienes confianza.	
Es que con condón me cuesta mucho trabajo mantener la erección.	
Pues si quisiera usar, pero no traigo.	/
Si quieres usamos condón, pero a mi no me gusta, es tu decisión.	/
Es que usar condón interrumpe todo	
Lo que pasa es que quieres usar condón porque no me tomas en serio.	/
Solo usan condón quienes tienen encuentros de una noche y yo te amo.	/
Con una vez que no usemos condón no pasa nada.	/
Mi religión no me lo permite.	

Señala las excusas que los participantes han empleado o han escuchado.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

3 de Julio de
2013

**Número
de
asistentes**

13

**Número
de sesión**

10

Tema de la sesión

Posponer un encuentro sexual.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿Por qué no vimos primero este tema?

¿Qué habilidades deben entrar en juego para posponer un encuentro sexual?

¿Las mujeres deberían estar más entrenadas para posponer un encuentro sexual?

¿De no posponer el encuentro cuales son las consecuencias?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Que bueno que sesión con sesión se nos recuerde que es una habilidad y después se hable de la habilidad del día, así será más fácil que nos acostumbremos a saberlo. Esperaría que mis hijas pospusieran el tener un encuentro sexual pero creo soy muy optimista en una de esas ya hasta soy sexualmente activas. Hasta ahorita la opción más atractiva para mi hija es esta el posponer las relaciones sexuales no me niego a que tenga novio, pero si a que tenga relaciones sexuales y más si no son protegidas. Posponer tiene sus lados buenos y malos pensé que posponer el tocar estos temas con mi hija eran buenos y ya veo que no pero que posponga su actividad sexual si lo es.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

Los participantes se mostraron muy interesados en este tema ya que consideran que es lo que podrían proponer a sus hijos adolescentes pero no creen que puedan incidir en las decisiones de sus hijos, en esta sesión y en este ejercicio mostraron los avances de los temas aprendidos en el taller.

**Prueba piloto del taller “Abriendo Brecha”
Ponente: Ivette Macedo Arratia**

Fecha

4 de Julio de
2013

**Número
de
asistentes**

13

**Número
de sesión**

11

Tema de la sesión

Rechazar un encuentro sexual.

PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES

¿Como es puedo no afectar mis valores con mis relaciones sexuales?

¿Por qué seguimos pensando que es tan difícil decir que no?

¿Esta habilidad es más difícil para las mujeres?

COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES

Las preguntadas presentadas me parecen importantes (preguntas para saber si se está preparado para tener relaciones sexuales) pero creo que cuando te encuentras en una situación en la que tienes que decidir es muy complicado responder a todo. Al iniciar el taller pensé que serían muchos días ahora creo que fue poco tiempo para aprender. Qué bueno que se den este tipo de talleres que nos enseñen las cosas que no aprendimos en casa. Nuestros hijos también deberían asistir a talleres de sexualidad sería más fácil para nosotros como padres y para ellos para poder platicar de los temas. Hablar de sexualidad siempre es complicado sé que no será fácil pero me siento confiada en que puedo ir mejorando con el tiempo. Ahora puedo ver que en cuestión de cuidado, las mujeres también podemos evitar muchas cosas si queremos y que la prevención es deber de hombres y mujeres.

OBSERVACIONES DEL PONENTE

La mayoría concordó que rechazar se refiere a no aceptar. Al ser la última sesión se tuvo que modificar los tiempos de las actividades para aplicar el instrumento y poder agradecer a la gente por su asistencia, su interés y su participación, se entregó un kit de condones masculinos y folletería facilitada por Católicas por el Derecho a Decidir, A. C., sector salud, y algunas otras ONG, así como un directorio de los lugares cercanos a su comunidad que trabajan con temas de interés se realizó con apoyo y sugerencia del director de la escuela.

NOTA: se anexan los derechos básicos para rechazar un encuentro sexual, las preguntas que refirieron en los comentarios y un directorio de asociaciones que tratan algunos de los temas presentados en el taller.

HABILIDAD PARA DECIR NO (DERECHOS BÁSICOS)

DERECHO	GRADO EN QUE LO EJERCES				
	0	1	2	3	4
A mantener tu dignidad y respeto aun si la otra persona se siente herida	0	5	6	1	1
A cambiar de opinión	0	1	4	8	1
A rechazar peticiones sin tener que sentirte culpable o egoísta	1	1	1	8	2
A experimentar y expresar tus sentimientos	0	2	2	4	6
A decidir qué hacer con tu cuerpo, tu tiempo y tus propiedades	1	3	6	2	1
A definir tu grado de responsabilidad en los problemas ajenos	1	2	2	5	3
A definir tus necesidades, a solicitar que los demás respondan a ellas a decidir si satisfaces las de otros	1	6	2	2	2
A decidir si satisfaces las expectativas de otros o sigues tus intereses	2	2	2	5	2
A hablar con la persona involucrada en un problema y aclararlo en caso limite en que los derechos de ambos no estén del todo claros	0	4	3	3	3
A no dar razones y excusas para justificar tu comportamiento	0	2	3	3	5

¿QUÉ DEBEMOS PREGUNTARNOS ANTES DE TOMAR LA DECISIÓN DE TENER RELACIONES SEXUALES?

¿De verdad estoy listo para tener relaciones sexuales?

¿Cómo me sentiré después?

¿Cómo me sentiré acerca de mi pareja después?

¿Estoy haciendo esto por que así lo deseo?

¿Esto es algo que de verdad quiero hacer en este momento de mi vida?

¿Estoy emocionalmente listo(a) para todos los sentimientos que vienen con una relación sexual?

¿Me siento suficientemente cómoda con mi pareja para hacerlo (y hacerlo sin alcohol)?

¿Conozco suficiente acerca del sexo y las relaciones sexuales?

¿Deseamos los dos hacerlo?

¿Puedo hablar con mi pareja todo lo necesario?

¿Y sí me embarazo? ¿Estoy lista para tratar con esa posibilidad?

¿Estoy lista para ser responsable por el control de la natalidad y prevenir ITS?

¿Me están presionando para tener relaciones sexuales aunque no es lo que quiero hacer?

¿Está bien con mis valores tener relaciones sexuales o me sentiré mal después?

DIRECTORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN GUANAJUATO



COGUSIDA. Consejo Guanajuatense para la Prevención y Control del VIH-SIDA

Calle Naranja #101 Col. Los Limones Cp. 37448 León Gto.

Teléfono: 01 (477) 707 24 78 y 707 24 79

Horario: Lunes a Viernes 08:00 am a 17:00 pm



DIF estatal de Guanajuato.

Paseo de la Presa no. 89-A Col. Centro

C.P. 36000 Guanajuato, Gto.

Teléfono: 473 735-33-00 conmutador



Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato.

Bld. Mariano Escobedo No. 2601 Ote. Colonia León Moderno
León, Gto.

Teléfonos y Fax: 01 (477) 770-08-45, 770-41-13,
770 41 28 y 770 14 36



GUMSAC. Grupo Unido De Madres Solteras

Diaz Miron 210, código postal 37004, León , Gto. centro.

Teléfono: (47) 7175-3736



NODO, Tejiendo iniciativas sociales A.C

Jesús García 356, Zona Centro, 36510 Irapuato, Guanajuato

Teléfono: 462 626 7219



Irapuato vive, A.C.

Calle 5 de Mayo # 150 (zona peatonal) Centro, acceso por Privada
Pedro Moreno # 103-A C.P. 37000 León, Gto. México.

Teléfono: (477) 7071472 / Nextel: (477)-3263241

Horario: Martes a viernes de 16:00 a 19:30 hrs.

Anexo 3. Escala de comunicación sexual entre padres e hijos (posterior a la prueba piloto).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



ESTE ESPACIO SERÁ LLENADO ÚNICAMENTE POR EL FACILITADOR DEL TALLER.

Folio: _____ Tipo de evaluación: PRE _____ POST _____

ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL ENTRE PADRES E HIJOS

Sección de datos personales

Instrucciones: a continuación se le solicitan una serie de datos personales, que serán tomados en cuenta sólo con fines académicos, garantizando que la información que nos proporcione será utilizada de manera confidencial. Sí tiene alguna duda respecto al llenado de esta escala solicite la ayuda del aplicador.

EDAD:		
SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS:		
NÚMERO DE HIJOS ENTRE 10 Y 19 AÑOS:		
A continuación señale el sexo y la edad de sus hijos (sólo los hijos de entre 10 y 19 años)		
	Edad	Sexo
Hijo 1		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Hijo 2		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Hijo 3		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Instrucciones: A continuación se le presenta una serie de preguntas acerca de la comunicación que usted como padre tiene con su hijo acerca de temas sexuales. Utilizando la escala marcada abajo, por favor indique la respuesta que más se asemeje a su realidad. Recuerde que no hay respuestas malas ni buenas, por lo que se le pide responda todas las preguntas de cada categoría de manera sincera.

Escala de respuestas:				
1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Siempre
a. Totalmente en desacuerdo	b. En desacuerdo	c. Indiferente	d. De acuerdo	e. Totalmente de acuerdo

Información						
1	Doy información a mi hijo(a) acerca de la sexualidad	1	2	3	4	5
2	Doy información a mi hijo(a) acerca de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA	1	2	3	4	5

3	Doy información a mi hijo(a) sobre métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
4	He revisado con mi hijo(a) los pasos para el uso correcto del condón	1	2	3	4	5
5	El período de crecimiento físico y de maduración sexual se conoce como Pubertad	a	b	c	d	e
6	Un embarazo se puede prevenir si se utiliza adecuadamente un método anticonceptivo	a	b	c	d	e
7	Es imposible que después de un aborto se presente una infección	a	b	c	d	e
8	Todas las ITS se contagian por contacto sexual	a	b	c	d	e
9	EL Virus del Papiloma Humano es una ITS que se puede curar	a	b	c	d	e
10	El VIH se puede contagiar al saludar de mano a una persona infectada	a	b	c	d	e
11	Algunos de los síntomas del VIH son: Fiebre alta, pérdida de peso, diarreas e infecciones graves frecuentes	a	b	c	d	e

Motivación						
1	Mi hijo debe usar condón en sus relaciones sexuales	1	2	3	4	5
2	Yo me protejo empleando condón en todas mis relaciones sexuales	1	2	3	4	5
3	Me preocupa el tipo de parejas que elige mi hijo	1	2	3	4	5
4	Investigo la vida sexual de mi pareja en turno para protegerme de alguna infección	1	2	3	4	5
5	Cualquier persona que tiene sexo sin protección se expone al contagio por VIH	1	2	3	4	5
6	La comunicación con mis hijos es buena para prevenir ITS/VIH/SIDA	1	2	3	4	5
7	Mi hijo puede contraer VIH si no se protege en sus relaciones sexuales	1	2	3	4	5
8	Inculco en mis hijos el uso del condón para prevenir ITS/VIH/SIDA	1	2	3	4	5

Habilidades Conductuales						
1	Platico con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad	1	2	3	4	5

2	Cuando mi hijo(a) me hace preguntas sobre sexualidad le respondo de manera honesta	1	2	3	4	5
3	Puedo discutir con mi hijo(a) sobre sexualidad sin sentimientos vergonzosos	1	2	3	4	5
4	Es fácil hablar de sexualidad con mi hijo(a)	1	2	3	4	5
5	Cuando hablo con mi hijo(a) lo escucho sin interrumpirlo	1	2	3	4	5
6	Trato de comprender a mis hijos poniéndome en su lugar	1	2	3	4	5
7	Me intereso en las actividades que realizan mis hijos durante el día	1	2	3	4	5
8	Cuando es necesario existe la negociación entre mis hijos y yo para llegar a un acuerdo	1	2	3	4	5
9	Cuando existe algo que comentar con mi hijo(a) procuro comunicarme con el/ella	1	2	3	4	5

AGRADECEMOS SU COOPERACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

Anexo 3.1 Nota adjunta (pre-evaluación).

- ✓ Para su llenado, se debe adjuntar con la escala de comunicación sexual entre padres e hijos en la primera evaluación (pre-evaluación).
- ✓ La finalidad de ésta hoja es adquirir los datos de los participantes, para solicitarles su participación y contactar a quienes cumplen con los criterios de inclusión para llevar a cabo este taller.

IMPORTANTE: Este taller se llevará a cabo de manera gratuita, en él se tratarán temas de sexualidad que son importantes para el desarrollo de tu hijo/a, por lo que le solicitamos nos proporcione los siguientes datos con la finalidad de comunicarnos con usted en caso de ser seleccionado/a para participar en éste taller. Estos datos serán utilizados de manera confidencial.

AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU PARTICIPACIÓN.

Está interesado/a en participar en éste taller: Sí _____ No _____

Nombre: _____

Número de teléfono
o e-mail donde se le pueda localizar: _____

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

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

Objetivos específicos:

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

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
1	1	Bienvenida y presentación	Dinámica “La Telaraña” Presentación de los participantes y de los ponentes a través de la dinámica para romper el hielo y conocer los motivos por los que están en el taller, así como el número de hijos que tienen los participantes y sus edades, además de comentar algo referente a ellos y sus hijos, como: sus gustos o actividades favoritas.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de estambre
	2	Comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales	Presentación de objetivos Presentación y exposición sobre los objetivos del taller . Creación de acuerdos para la convivencia en el taller.	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Plumones
	4	Conocimientos de marcas	Dinámica “¿Qué tanto sabes de mí?” Se les pedirá a los participantes que realicen dos listas, una de marcas de cigarros y otra de marcas de condones, esto con la finalidad de evaluar sin que ellos sepan si conocen y usan frecuentemente protección	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Bolígrafo • Hojas rotafolio • Pizarrón
	5	Conocimientos básicos sobre prevención	Dinámica “Lluvia de ideas” Hablar con los participantes e intercambiar puntos de vista sobre las creencias que se tienen del uso del preservativo en la relación sexual, así como dotarlos de nuevas ideas y habilidades que los motiven a cambiar las creencias erróneas	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil
		La sexualidad por su nombre	Presentación del video ¿Nos quiere hablar de sexo padre Beto?* Presentación del video y breve discusión sobre lo que es sexualidad y la importancia de llamar a la sexualidad por su nombre.	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Cañón • Computadora Portátil y video
	6	Mitos	Dinámica “¡100 mexicanos dicen!” Se pedirá a los participantes que aporten información sobre las ideas que tienen ellos sobre la sexualidad y sobre las creencias que les fueron inculcadas a ellos con la finalidad de discutir sobre si son verdaderas o simplemente mitos	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	7	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

*Video de CDD disponible para descargar en: http://www.youtube.com/watch?v=_HI9WKHW9Is

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

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

Objetivos específicos:

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

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
2	1	Inclusión de los padres en el desarrollo de sus hijos.	Dinámica de reconocimiento: “Espejito, espejito...” Los padres hablarán sobre sus hijos y mencionarán en qué se ven ellos reflejados en sus hijos.	20 minutos	• Ninguno.
	2	¿Qué es la adolescencia?	Dinámica: Lluvia de ideas “La adolescencia es para mi...” Los padres mencionarán qué es lo que significa para ellos la adolescencia y cómo la han vivido con sus hijos. Conferencia: Se hará una exposición sobre la adolescencia: hablando de los cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales, enfatizando la importancia y la atención que se debe poner en cada uno de ellos.	15 minutos 20 minutos	• Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	3	¿Qué harás con lo que sabes?	Dinámica: ¿y ahora qué? Se les planteará a los padres una situación “real” relacionada con algún problema de un adolescente y se les pedirá que escriban una posible solución, involucrándose como padres. Se les pedirá que la lean. Retroalimentación: Se dará retroalimentación a los padres por parte de los ponentes y de los otros padres.	15 minutos 15 minutos	• Hojas blancas • Bolígrafos • Pizarrón
	4	¿Qué es la sexualidad?	Dinámica: Lluvia de ideas “Y la sexualidad, ¿qué?” Los padres hablarán sobre qué es para ellos la sexualidad y cuál consideran que es la relación que existe entre este y el tema de la adolescencia. Conferencia: Introducción a la sexualidad. Se dará una conferencia donde se aborden las cuestiones básicas de la sexualidad, en cuanto a términos técnicos de ésta y los temas relacionados (ITS, VIH/SIDA, Abortos y embarazos).	10 minutos 15 minutos	• Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	5	La naturalidad de la sexualidad	Dinámica “Las cosas como son...”: Se invitará a los padres aplicar los términos técnicos que acaban de ser vistos en la conferencia anterior, informándoles que no hay nada de malo hablar y decir “las cosas como son”.	10 minutos	• Hojas blancas • Bolígrafos
	6	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	5 minutos	• Ninguno

Sesión 3: Embarazo y aborto

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

Objetivos específicos:

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

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

*Video de JANELLE GALLEGOS TEJEDA disponible para su descarga en: <http://www.youtube.com/watch?v=W9TTit0LOMO>

Sesión 4: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

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

Objetivos específicos:

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

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
4	1	Qué son las ITS	Dinámica: Lluvia de ideas Los participantes deben mencionar las palabras que vienen a su mente al hablar de las ITS en general.	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil
	2	Lo que hay en la red	Se proyectará el video Infecciones de Transmisión Sexual* Se proyectará el video y a continuación se complementará información precisa sobre las principales ITS en adolescentes Mexicanos.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Video • Cañón • Computadora Portátil
	3	Qué son las ITS	Conferencia: se dará una breve conferencia sobre las ITS, tales como: gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis, herpes genital, candidiasis, hepatitis B, Virus Papiloma Humano (VPH), en la cual cada una abarcará los siguientes rubros: a) ¿Qué son las ITS? y ¿Cuáles son las más comunes? b) Agente causal c) Síntomas (para hombres y para mujeres) d) Tratamiento (enfatisando que debe acudir al médico) e) Consecuencias y cifras estadísticas f) Formas de prevención Se responderán dudas y comentarios acerca del video y la conferencia.	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil
	4	¿Qué harás con esto?	Dinámica: Manos a la obra Se les invitará a los padres a hacer una reflexión sobre qué es lo que ellos harán en adelante a partir de la información dada con anterioridad para prevenir estas infecciones, enfatizando la importancia de la comunicación con sus hijos.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Memorama de ITS • Cinta adhesiva
	5	Cierre	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

*Video de *derechosigualesyou* disponible para su descarga en: <http://www.youtube.com/watch?v=ItJR8dk5dws>

Sesión 5: VIH/SIDA

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

Objetivos específicos:

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

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
5	1	VIH/SIDA: definición y datos epidemiológicos.	Lluvia de ideas: ¿Y tú qué sabes? Al iniciar la sesión y después de una recapitulación de la sesión anterior, se les comentará a los participantes que se hablará sobre el VIH/SIDA y se les preguntará qué saben sobre este tema.	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas rotafolio • Plumones
	2	Conferencia: VIH/SIDA.	Conferencia sobre el VIH/SIDA Se realizará una breve conferencia sobre los aspectos más importantes del VIH/SIDA, abarcando los siguientes temas: a) Datos epidemiológicos b) Agente causal y definición VIH vs SIDA c) Formas de transmisión d) Tratamiento e) Prevención	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Cañón • Computadora Portátil • Hojas rotafolio • Pizarrón
	3	Casos de VIH	Presentación de historias Se les pedirá que lean el relato que les toco y que den sus reflexiones de acuerdo a lo informado en la conferencia.	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Casos impresos
	4	Representación teatral	Dinámica: Cómo opera y cómo se transmite el VIH Se realizará un breve concurso de representaciones teatrales, en la que los participantes se integren en equipos y realicen una dramatización con los siguientes personajes: Sistema inmune, Virus, personas, vía de transmisión, etc. Enfatizando que es importante la prevención mediante la comunicación con sus hijos adolescentes.	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Guión teatral • Títeres • Escenario
	5	Tarea en casa	Se les indicará que la tarea de la sesión será que acudan a una condonería, sex shop, o autoservicio y que pregunten por los diferentes condones que se venden y las marcas más comunes con las que se cuenta en el lugar al que acudan, asimismo, se les indicará que deben llevar un paquete de condones que ellos elijan de la variedad que encontraron.	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	6	Cierre de la sesión	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno

Sesión 6: Condón

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

Objetivos específicos:

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

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

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

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

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

Objetivos específicos:

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

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

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

Sesión 8. Negociar una relación sexual

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

Objetivos específicos:

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

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

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

*Video fragmento de la película “si me quieres demuestramelo” disponible para su descarga en: http://www.youtube.com/watch?v=7Mt2P8T_BY

Sesión 9. Negociar el uso del condón.

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

Objetivos específicos:

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

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

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

Sesión 10. Posponer un encuentro sexual

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

Objetivos específicos:

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

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

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

Sesión 11. Rechazar un encuentro sexual

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

Objetivos específicos:

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

Sesión	No. Act.	Tema a tratar	Actividad	Tiempo	Material
11	1	Bienvenida	Se les dirá a los participantes, cuál será la habilidad a trabajar durante la sesión	5 min.	Ninguno
	2	Posponer un encuentro sexual	Lluvia de ideas: Que los participantes anoten qué actitudes, qué argumentos y de qué manera se podría o debería rechazar un encuentro sexual	20 min.	Hojas rotafolios Plumones
	3	Mismo tema anterior	Habilidad para rechazar un encuentro sexual: Presentación de la habilidad con sus componentes verbales y no verbales, con su definición	15 min.	Laptop, Cañón
	4	Mismo tema anterior	Modelamiento de la habilidad: se lleva a cabo la demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad (los componentes verbales y no verbales), ya sea en vivo, en video o en audiograbaciones	10 min.	Definición de la habilidad
	5	Mismo tema anterior	Juego de Roles: En la ejecución del juego de roles se pide al participante de manera voluntaria que, junto con otro, represente o actúe la habilidad en cuestión. La habilidad debe estar dividida en componentes o pasos conductuales, mismos que al irse cumpliendo de manera ordenada conducen a la emisión correcta de la habilidad. Esta técnica pretende que el participante domine el ejercicio de la habilidad en todos sus componentes.	20 min.	Participación voluntaria de los asistentes

	6	Mismo tema anterior	Retroalimentación: La <i>retroalimentación correctiva</i> es una técnica que permite que el grupo, como un todo, evalúe al participante realizando comentarios críticos y sugerencias respecto a la actuación de cada uno de los participantes. Con esta técnica se pretende que el participante mejore su ejecución.	25 min.	Participación voluntaria de los asistentes
	7	Mismo tema anterior	Entrenamiento para la transferencia: Se pretende facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria. Los elementos que permiten la generalización de la habilidad a escenarios reales son los siguientes: asignación de tareas, uso de escenografía real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobreaprendizaje.	5 min.	Hoja de registro de la tarea asignada
	8	Cierre de la sesión:	Se realizará una breve reseña de lo visto en la sesión y se agradecerá la participación.	10 min.	Ninguna
	9	Evaluación de los conocimientos sobre sexualidad	Aplicación de la post-evaluación por medio de un instrumento	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices • Instrumento