



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Prueba piloto del taller: vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella en estudiantes de telesecundaria en zonas rurales”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

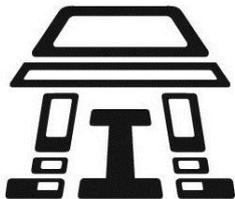
Karen Ruby Arriaga Robles

Eduardo Antonio Vazquez Cortes

Directora: Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo

Dictaminadores: Lic. Martha Rodríguez Cervantes

Dra. Patricia Anabel Plancarte Cansino



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2019



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.

***“Es una locura odiar a todas las rosas solo
porque una te pinchó. Renunciar a todos tus
sueños solo porque uno de ellos no se cumplió”***

Antoine Saint Exupery

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por el apoyo y cariño brindado a lo largo de toda mi vida, pero sobre todo por todas las enseñanzas a través de las experiencias buenas y malas; por su paciencia y confianza, gracias a ellos hoy soy la persona que soy, pues siempre me han impulsado a seguir adelante e ir por más venciendo los obstáculos de la vida.

También agradezco a mis 2 queridos hermanos por siempre ayudarme en todo, por creer en mí y seguir mis pasos.

A mi compañero de tesis, Eduardo por caminar junto a mí a lo largo de este proceso, por motivarme y ayudarme a superar los obstáculos de la vida, por ser un novio maravilloso y tolerante, por enseñarme a que las cosas pueden solucionarse y no solo tirarse a la basura.

A mi directora de Tesis Bety porque gracias a ella cumpla una meta, pues, siempre quise ser una profesionista, también con ella cumpla un sueño que es que ella me titule ya que cuando la conocí al inicio de la carrera me enamore de su forma de trabajar, del empeño y la pasión con que desarrolla su trabajo.

A mis asesoras y sinodales Martha por siempre hablarme claro, por sus enseñanzas y consejos, a la Dra. Paty por el tiempo dedicado y por cada una de las aclaraciones y recomendaciones; a Yuma y a Olga por ser tan accesibles y pacientes y tener una actitud de apoyo hacia Eduardo y a mí.

A Ricardo Jesús Baez López por permitir que su propuesta se extendiera y pudiera aplicarse, también agradezco a sus padres por el apoyo, hospitalidad y guía durante la aplicación del taller.

Al director Héctor Melgarejo Zarco de la telesecundaria 214 Lucas Alamán ubicada en el municipio de Chalchicomula de Sesma, Estado de Puebla por confiar en el proyecto, apoyarlo y permitir que se implementara en su institución, también agradezco haya dado la oportunidad de que toda la telesecundaria pudiera participar en este taller.

ÍNDICE

Resumen	1
1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES	6
1.1. Embarazos no deseados	10
1.2. Consecuencias de los embarazos no deseados	14
1.3. Consecuencias sociales y psicológicas en mujeres	16
1.4. Consecuencias sociales y psicológicas en hombres	17
1.5. Aborto	19
1.6. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	24
1.6.1. Definición ITS	25
1.6.2. Estadísticas	25
1.6.3. Sintomatología	26
1.6.4. Clamidia	27
1.6.5. Gonorrea	28
1.6.6. Sífilis	29
1.6.7. Virus del Herpes genital	30
1.6.8. Virus del papiloma Humano	31
1.6.9. Tricomoniasis	32
1.6.10. Hepatitis B	33
1.6.11. Pediculosis de pubis o ladillas	34
1.6.12. Causas de las ITS	36
1.6.13. Consecuencias de las ITS	40
1.6.14. Estrategias de prevención	41
1.6.15. VIH/SIDA	42
1.6.16. Breve historia del VIH/SIDA en México	43
1.6.17. Estadísticas	45
1.6.18. El SIDA en las áreas rurales de México	49
1.6.19. Definición y explicación	52
1.6.20. Síntomas	55
1.6.21. Vías de transmisión	56

1.6.22. Como no se transmite el VIH	58
1.6.23. Población en riesgo de adquirir la infección por VIH	58
1.6.24. ¿Cómo se diagnostica el VIH?	60
1.6.25. Relación entre la transmisión del VIH y otras ITS	63
1.6.26. Causas	63
1.6.27. Comportamientos de prevención	64

2. MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA SALUD Y CRITERIOS DE NOAR, KIRBY, ROLLERI Y WILSON

67

2.1. Psicología de la salud	67
2.1.1. Modelos psicológicos de la salud	71
2.1.2. Modelo de Creencias de salud (MCS)	72
2.1.3. Teoría de la Acción Razonada (TAR)	74
2.1.4. Modelo de la Conducta Planeada (MCP)	75
2.1.5. Modelo de autoeficiencia (MA)	76
2.1.6. Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB)	78
2.2. Características de un programa efectivo de acuerdo a los criterios de Noar, Kirby, Rolleri y Wilson	79

3. EDUCACIÓN Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

87

3.1 Historia de la educación en México	87
3.1.1 Historia de la Educación rural	91
3.1.2 Educación sexual	98
3.1.3 Historia de la educación sexual en México	102
3.1.4 Educación sexual en el área rural	106

3.2 Programas de educación sexual en otros países y en México (críticas Kirby, Rolleri, Wilson y Noar)	110
3.2.1. Estudios realizados en países extranjeros	111
3.2.2. Programas realizados en México	121
4. REPORTE DE LA INTERVENCIÓN, PRUEBA PILOTO DEL TALLER “VIVE TU JUVENTUD, NO SOLO 10 MINUTOS DE ELLA” EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN ZONAS RURALES.	132
4.1 Metodología	
4.1.1. Objetivo	133
4.1.2. Participantes	133
4.1.3. Escenario	134
4.1.4. Materiales	134
4.1.5. Aparatos	135
4.1.6. Definición de variables e instrumentos	136
4.1.7. Diseño	141
4.1.8. Procedimiento	142
5. Resultados	145
6. Discusión y Conclusiones	186
7. Referencias	206
Anexos	

RESUMEN

La Prueba piloto del taller: “vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella” en estudiantes de telesecundaria de zonas rurales tuvo como objetivo prevenir a jóvenes adolescentes de ITS, VIH/SIDA, embarazo no deseado y aborto a partir del modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales de Fisher y Fisher (1992), retomando además los criterios que describen Noar (2007); Kirby, Rolleri y Wilson, (2007) para programas de intervención más efectivos; participaron 73 alumnos (30 mujeres y 38 hombres) de la telesecundaria Lucas Alamán ubicada en el municipio de Chalchicomula de Sesma, Estado de Puebla, el 100% de los participantes refirió no haber iniciado su vida sexual, en primera instancia se aplicó una preevaluación para conocer el grado de conocimientos que poseían sobre temas de educación sexual, también para conocer la percepción que tenían sobre el uso del condón y el apoyo que creían recibir de las personas que les rodean para su uso, posteriormente se realizaron 3 sesiones de 2 horas donde se abordaron temáticas sobre salud sexual y reproductiva, anatomía, embarazo adolescente, ITS, VIH/SIDA, uso de condón y negociación en su uso, finalmente se realizó una post evaluación donde se encontró un incremento en los conocimientos de temáticas sexuales, tuvieron una actitud favorable ante el uso del condón, percibieron menor apoyo de las personas que los rodean para su uso, obtuvieron la habilidad de colocar correctamente un condón masculino en un modelo de pene, dieron argumentos para posponer una relación sexual, y negociar el uso del condón.

INTRODUCCIÓN

Hablar sobre el sector salud siempre ha sido un tema fundamental en cuanto a sus progresos en el área, sobre todo para los países en desarrollo como México, parte de la solución a sus problemas dependen en gran medida de los avances en educación, tecnología y esencialmente de la salud. Sin embargo, el concepto de salud es bastante amplio con múltiples temas para su abordaje (Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006), por eso mismo se delimita el siguiente trabajo a una de sus áreas de gran relevancia en el contexto actual, la cual es el área de la salud sexual.

A continuación, se expondrán temas de salud sexual con gran impacto en la realidad social, dichas temáticas se concentrarán en la población más vulnerable y problemática, tal como lo es la población adolescente, en donde, se reportan altas tasas de incidencia que afectan su salud sexual (Bárceñas y Tenorio, 2012; Torices, 2012; García, Cotrina y Cárcamo, 2008; Montes, 2013; Bayés, 1990; OMS, 2018; ENSAUT, 2006; UNICEF, 2017). Por otro lado, también, se consideran algunos de los fenómenos con gran trascendencia en las últimas décadas y con las cuales se vinculan con más frecuencia las problemáticas adolescentes, como por ejemplo los embarazos no deseados, los abortos, las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, problemas derivados principalmente de las relaciones sexuales sin protección, las cuales, son las causas más comunes de problemas de salud sexual y reproductivos a los que actualmente se enfrenta la población en general, con más incidencia en la población adolescente por llevarse a edades tempranas (León, Bolaños, Campos y Mejías, 2013; Torices 2012; Pérez, 2001; Quesada, 2010).

La importancia de estos temas radica en su nivel de impacto, ya que es constante y creciente en México, parte de este trabajo es ilustrar la manifestación de tales problemáticas en los medios urbanos pero con un sentido más especial en los medios rurales, describiendo cada uno de los fenómenos antes mencionados y las dimensiones que los conforman, así

mismo, se pretende hablar de sus variables causales como de sus consecuencias y las formas de comportamiento preventivo que puedan anular o frenar las problemáticas mencionadas.

El presente trabajo tuvo como objetivo la aplicación del “Taller Vive tu Juventud, no solo 10 minutos de ella, en estudiantes de secundaria en zonas rurales” una propuesta desarrollada por Ricardo Jesús Baes López (2016) y basada en el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales de Fisher y Fisher (1992) en el cual se retoman los criterios que describen Noar (2007); Kirby, Rolleri y Wilson, (2007) para programas de intervención más efectivos. Dicho taller se aplicó en estudiantes de secundaria de una zona rural de la sierra norte del Estado de Puebla.

En relación con lo anterior el presente trabajo se compone de 6 capítulos: En el capítulo uno se mencionan los problemas de salud sexual más frecuentes en la adolescencia como son los embarazos no deseados, aborto e ITS, describiendo sus síntomas, causas, consecuencias, datos estadísticos y definiciones de cada uno de estos fenómenos. También en este capítulo se abordan los comportamientos de prevención que evitan situaciones de riesgo para la salud sexual.

En el capítulo dos se define lo qué es la psicología de la salud ubicando sus dimensiones y objetivos, se plantea lo que es salud sexual y sus distintos conceptos que se tienen sobre está, también se abordan los niveles de prevención y algunos modelos teóricos propuestos en el área de la salud como el modelo de Creencias de Salud (MCS), la Teoría de Acción Razonada (TAR), la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), Modelo de auto eficiencia (MA) y el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales. Por último, se mencionan algunas características para la realización de programas efectivos de acuerdo a los criterios de Noar (2007) y Kirby, Rolleri y Wilson (2007).

El tercer capítulo comienza con la historia de la educación en México continuando con la historia de la educación sexual en México y su desarrollo en las áreas rurales, posteriormente se habla de los distintos programas de educación sexual con incidencia en otros países y en México realizando un

análisis crítico de dichos programas bajo los criterios de Kirby, Rolleri, Wilson (2007) y Noar (2007).

En el capítulo cuatro se describe la metodología utilizada para llevar a cabo el taller, donde se especifican las características de los participantes, el escenario, los materiales y aparatos utilizados, describiendo la definición de variables e instrumentos, el diseño y procedimiento realizado para llevar a cabo el taller.

En el capítulo cinco se menciona de manera detallada los resultados obtenidos en el taller durante la pre y post evaluación en relación a las variables consideradas, describiendo en primera instancia los datos demográficos obtenidos de la muestra, continuando después con los datos encontrados acerca de conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS, conocimientos sobre embarazos adolescentes y métodos anticonceptivos, posteriormente se exponen los porcentajes obtenidos por la variable de actitudes hacia el uso del condón tanto con pareja regular como con ocasional. Se finaliza con la descripción de resultados durante la fase de post evaluación de las variables anteriormente mencionadas añadiendo la variable del uso del condón, en donde se reporta por reactivo el porcentaje de alumnos que lo realizaron correcta e incorrectamente.

En el capítulo seis se lleva a cabo la discusión retomando el objetivo planteado en el taller, hablando sobre los objetivos alcanzados en relación con las variables de información, motivación y habilidades conductuales (modelo IMB), describiendo y comparando cada una de ellas los cambios cualitativos y cuantitativos existentes entre la preevaluación y la post evaluación, también se realiza un análisis de los resultados obtenidos en este trabajo en comparación a los resultados encontrados por otros autores. Se habla de manera puntual sobre los problemas metodológicos existentes durante la realización del taller y la solución dada a dichos problemas. Se proponen alternativas para la mejora del taller, culminando el capítulo con sus respectivas conclusiones.

Finalmente, se presentan las referencias utilizadas para llevar a cabo este trabajo y los anexos, iniciando con los instrumentos de evaluación:

Conocimientos sobre Embarazo Adolescente, Métodos Anticonceptivos, VIH/SIDA e ITS; Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS, hojas de respuestas, Instrumento de Actitudes, Formato de registro uso de condón masculino; por último se incluye la Narrativa de la experiencia; Consentimiento informado secundaria; Consentimiento informado para padres; Carta para el director y fotografías del taller.

1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

La Organización Mundial de la Salud (2017) concibe a la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social. Todo ello se encuentra vinculado a la sexualidad por ser inherente a la vida de las personas, la cual se manifiesta desde la infancia hasta la vejez.

Anteriormente el concepto de salud era muy limitado, a lo largo de la historia su definición ha trascendido, dejando de lado el antiguo concepto donde salud era igual a ausencia de enfermedad, actualmente el concepto de salud engloba varios aspectos tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición anterior de salud sexual, en la cual además, de los aspectos biológicos como físicos los cuales permiten la descripción y el estado funcional de las características de la estructura anatómica y de los órganos de los hombres y las mujeres, se consideran elementos psicológicos como pueden ser comportamientos de prevención o de riesgo y aspectos sociales como las condiciones de los ambientes de las personas tales como la pobreza, las carencias educativas, servicios de salud, entre otras (Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006), por lo tanto, estas variables son esenciales a la hora de abordar cuestiones de carácter sexual.

La salud sexual se caracteriza por la incidencia de diversos aspectos señalados anteriormente, los cuales se interrelacionan en todo el proceso evolutivo de una persona (Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yépes, Abad-Franch y Aguilar, 2001). Sin embargo, es durante la etapa de la adolescencia donde dichos factores se manifiestan en su máxima expresión y tienen una serie de cambios, sobre todo los relacionados con la sexualidad y sus consecuencias (Pérez, 2001; Quesada, 2010).

Es necesario conocer en toda su integridad lo que es la adolescencia, pues parte de su análisis en este trabajo es entender tal etapa más allá de ser un proceso de cambios drásticos, ya que el análisis psicológico debe retomar

todas las características que distinguen a un adolescente, esto con la finalidad de dar un estilo distinto de atención hacia la población joven de nuestro país.

Desde el significado etimológico de adolescencia se resalta los cambios producidos durante esta etapa, pues la palabra adolescencia proviene del prefijo ad que significa, a, hacia; y de olescere que quiere decir, crecer, por consiguiente, se le puede entender como tender hacia el crecimiento o ir hacia el desarrollo (Pérez, 2001), así desde su definición etimológica se nota una clara vinculación entre los cambios producidos y los cuales se producirán durante esta etapa.

De acuerdo con la OMS (2015) la etapa de la adolescencia comienza alrededor de los 10 años y termina a los 20 años, donde las características más marcadas por los cambios de esta etapa según Quesada (2010) son los relacionados con los órganos sexuales primarios los cuales se vuelven funcionales (aspectos físicos y biológicos), la forma de pensar la cual se vuelve más sistemática y abstracta (aspectos cognoscitivos) y las interacciones entre compañeros y familia las cuales cambian, además, se comienza a definir la orientación sexual a partir de las nuevas prácticas sociales como las relaciones sexuales (aspectos socioafectivos). Los adolescentes al incursionar en el terreno de la sexualidad son bastantes inexpertos sobre su ejercicio, por lo tanto, suele ser peligrosa su inclusión en dicho terreno sin un conocimiento previo.

La OMS (2015) ha detectado algunos problemas en cuanto a la salud sexual de los adolescentes, estos problemas hacen referencia a los relacionados con infecciones (Infecciones de transmisión sexual que pueden provocar graves problemas de salud), los relacionados con el ciclo vital (problemas que sobrevienen en relación con el embarazo, el parto y el puerperio; el climaterio, problemas vinculados al ciclo menstrual e inmadurez cognoscitiva), los relacionados con la evolución técnica (uso de preservativos, contracepción hormonal o dispositivos intrauterinos) y los ligados con factores

socioculturales (las costumbres, tradiciones, nivel socioeducativo, educación de la sexualidad; así como factores jurídicos y económicos).

La magnitud del problema de las infecciones de transmisión sexual (ITS) de acuerdo con la OMS (2016) se estima en alrededor de 1 millón de personas infectadas cada día. Al año alrededor de 500 millones de personas contraen VHS (herpes), 290 millones de mujeres contraen VPH (virus del papiloma humano), 131 millones clamidiasis, 78 millones gonorrea, 5,6 millones sífilis y 143 millones tricomoniasis. Con Respecto al VIH al año se producen 1,8 millones de infecciones nuevas, sin olvidar a los 36,7 millones de personas infectadas en todo el mundo. Estos datos son de forma global y se suscitan de forma diferente en México, el tema de ITS y VIH/SIDA por su relevancia serán retomados de manera detallada y específica más adelante.

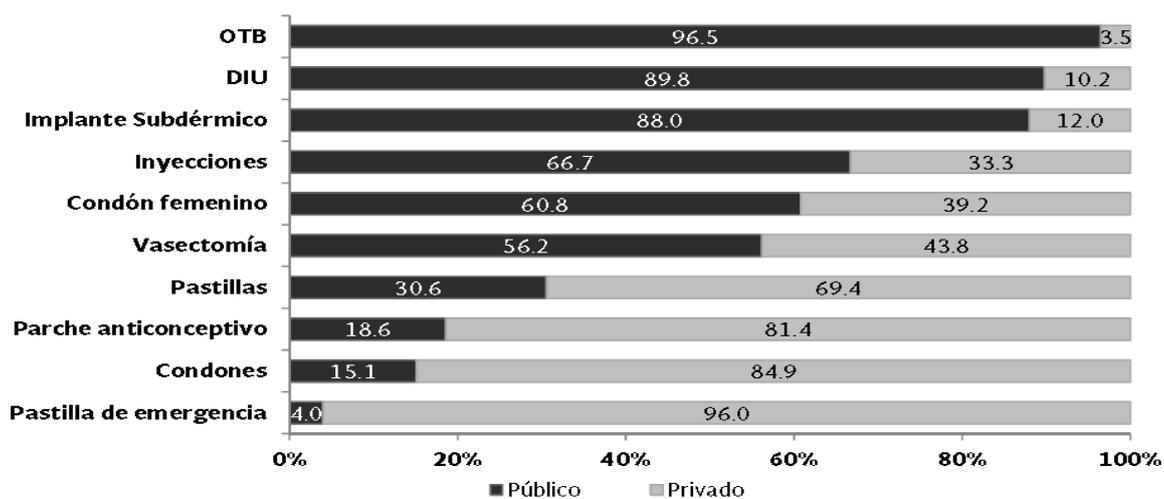
Por otro lado, tenemos que alrededor de 214 millones de mujeres en edad fecunda de países en desarrollo pretenden posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno (OMS, 2018). A escala mundial el uso de métodos anticonceptivos ha mostrado un leve aumento de un 54% en 1990 a un 57% para el 2015. A nivel regional la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que usan algún tipo de método anticonceptivo ha aumentado ligeramente o se ha estabilizado entre el 2008 y el 2015. En África paso de 23.6% a 28,5%, mientras para Asia el uso de anticonceptivos paso de un 60,9% a un 61,8% y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en un 66,7%. Cabe resaltar que, dentro del porcentaje del uso de los métodos anticonceptivos en las tasas de prevalencia anteriormente mencionadas, por parte de los hombres representa una proporción relativamente pequeña, ya que los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

Algunas cifras reportadas en México sobre el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con el Programa sectorial de salud 2013-2018 propuesto por la secretaría de salud (2014), indican que entre las usuarias adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 39.1% usa el condón; el 23.2% el

dispositivo intrauterino (DIU); 10.4% usa los hormonales orales, 10.4% las inyecciones; 5.7% el implante subdérmico; el 7.7% métodos tradicionales y el 3.6% restante, algún otro método. Es alarmante que el 0.8% usa la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo.

Un dato relevante es que las adolescentes emplean métodos anticonceptivos como oclusión tubaria bilateral (OTB), DIU, implante subdérmico, inyecciones y el condón femenino, del sector público, mientras que el resto de los métodos se obtienen mayormente en el sector privado, especialmente la pastilla de emergencia, condón masculino, pastillas y parche anticonceptivo. Para mayor detalle ver la gráfica 1.

Grafica 1. Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad sexualmente activas que usan algún anticonceptivo según tipo y lugar de obtención del método. Nacional, 2009.



En relación con los embarazos alrededor de 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría de estos eventos suceden en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2014). La falta de uso regular de métodos anticonceptivos agregando el creciente número de ITS como de embarazos, da un resultado fatal, donde alrededor de 900 000 mil mujeres resultaron embarazos y con sífilis, lo cual en 350 000 mil casos causó complicaciones, incluidos casos de muerte prenatal.

Los embarazos en México durante el 2005 según la UNICEF (2017) reportó que casi medio millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz; también en 2005 se encontraban alrededor de 144,670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años de las cuales no habían concluido su educación de tipo básico.

Los embarazos adolescentes son definidos por Ruoti 1994 (citado en Torices, 2012) como la gestación en mujeres de edades de entre 10 a 19 años, independiente de su edad ginecológica. En México durante el año 2000 se registraron alrededor de 366 mil nacimientos de madres (adolescentes) de un rango de edad de entre 15 a 19 años representando el 17% del total de nacimientos y una tasa de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo etario (Díaz, 2003). Para el 2006 La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT citado en Olvera, 2012) dio a conocer que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes fue de 79 por cada mil mujeres entre estas edades. En el 2010 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó que uno de cada seis nacimientos se relacionaba con jóvenes de 15 a 19 años (16.1%) siendo los estados de mayor concentración el Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla.

1.1. Embarazos no deseados

Tenemos por otra parte según Bárcenas y Tenorio (2012) que en México alrededor de un 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados, siendo además la tasa de embarazo en la adolescencia más alta en los países en desarrollo ya que no cuentan con una infraestructura educativa y sanitaria la cual pueda disminuir su incidencia.

Los embarazos no deseados de acuerdo con Langer (2002) son “definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse” (p.1) es decir, los embarazos no deseados no son exclusivos de los adolescentes sino al contrario pueden ocurrir en la población en general, sin embargo, los

criterios antes señalados por la definición se asocian con más frecuencia al embarazo adolescente y cuando este ocurre también podría llamársele como lo señala Beltran 2006 (citado en Torices 2012) un embarazo precoz, donde la madre aún no ha alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la maternidad.

Díaz (2003) menciona que los END representan “una amenaza para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo” (p.23).

Por lo tanto, la prevención de embarazo no planeado en la adolescencia continúa siendo un reto en el área de la salud sexual y reproductiva (Torices 2012). Las causas del poco control sobre la fecundidad en los adolescentes pueden ser explicado por varias razones de acuerdo con Langer (2002):

- La falta de información sobre métodos anticonceptivos y cómo usarlos adecuadamente (asesoramiento y adiestramiento).
- Temor a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, oposición de la pareja, la postura ideológica de algunas religiones.
- Barreras para conseguir anticonceptivos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas)
- Prácticas “tradicionales” como el ritmo o el coito interrumpido.
- Relaciones sexuales no voluntarias como la violación.
- La presión social para el inicio de una vida sexual.
- El posible fallo de los métodos anticonceptivos por su mal uso, además, de que no existe un método anticonceptivo con 100% de eficacia.

Por su parte Torices (2012) menciona otras razones las cuales categorizó como factores predisponentes y determinantes

Factores predisponentes:

Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo, es decir, cuando el aparato reproductor femenino ya es funcional para reproducirse y la adolescente aún no cuenta con un repertorio conductual que le permita llevar a cabo comportamientos preventivos para evitar o manejar situaciones de riesgo.

Inicio temprano de actividad sexual: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. Además de la falta de información sobre ITS, métodos anticonceptivos y adiestramiento para su uso y manejo.

Familia disfuncional: uniparentales o con conductas disfuncionales, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres-hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que las y los jóvenes no saben resolver, impulsándolos a relaciones interpersonales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Mayor tolerancia del miedo a la maternidad adolescente: esto se refiere a que las adolescentes no vinculan cómo afectarían sus condiciones presentes la condición de madre. Otro caso es la predisposición a ser madre adolescente por ser una práctica común en algunas comunidades.

Bajo nivel educativo: con desinterés general, cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad/paternidad para la edad adulta, es más probable que las y los jóvenes, aun teniendo relaciones sexuales, adopten comportamientos de prevención.

Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar, ocurre con el traslado de las y los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores. Esto, además, puede causar que los jóvenes sean blanco de abusos por sus mismas necesidades.

Pensamiento mágico: propios de esta etapa de la vida que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sin cuidado y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen “mitos” como sólo te embarazas si tienes orgasmo, cuando se es más grande, cuando lo haces con la menstruación no hay embarazo o solo cuando hay penetración completa, es decir, no hay un conocimiento apropiado sobre la salud sexual.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus familias: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces las y los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, no implementan mediadas antifecundativas.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Menor temor a Infecciones de Transmisión Sexual: esto se refiere al desconocimiento sobre las ITS, sus causas como sus consecuencias y síntomas, además, de la práctica en menor medida del uso del condón.

Factores determinantes:

Relaciones sin antifecundación: esto se puede traducir como realizar comportamientos de riesgo (llevar a cabo relaciones sexuales sin condón o sin algún otro tipo de método anticonceptivo) que generalmente resultan en embarazos.

Abuso sexual: cuando las/los jóvenes pueden ser chantajeados, engañados u obligados a cometer actos sexuales donde usualmente las condiciones no favorecen a quien es la víctima.

Violación: durante eventos como la violación que son actos sexuales forzados no hay posibilidad para la realización de comportamientos preventivos por parte de la víctima, mucho menos son considerados por parte del agresor.

Como se puede observar las causas de los embarazos no deseados son diversas y pueden ocurrir de manera distinta en los ambientes urbanos o rurales, de acuerdo con el Consejo Nacional de la Población (1996, citado en Torices, 2012) señala que existen diferencias en los grupos sociales en relación con el inicio de la etapa reproductiva, por ejemplo, el 31.1% de las jóvenes de zonas rurales ya han tenido su primer hijo a los 18 años y entre las mujeres indígenas lo ha hecho el 50.8%, a diferencia de las jóvenes en áreas urbanas quienes solo el 23.3% a adquirido responsabilidades adultas como la de formar una familia.

Los END tienen distintas causas por lo que también pueden traer consigo distintas consecuencias en la vida adolescente, pues, aunque el embarazo no deseado en sí mismo ya es una consecuencia tanto física, como psicológica y social existen otras consecuencias las cuales son evaluadas como negativas que por supuesto valen la pena examinar a continuación.

1.2. Consecuencias de los embarazos no deseados

Algunas de las consecuencias de los END se manifiestan en los llamados aspectos socioculturales de los adolescentes, entendidos como la marginalidad de las/los adolescentes por parte de sus familias o de sus comunidades, el nacimiento de cada vez más adolescentes con embarazos no deseados, discriminación social en mayor medida para la mujer, escasas alternativas de desarrollo personal, mayor presión para la mujer por parte de la sociedad para seguir con los roles tradicionales de madre y esposa, (Winkler, Pérez y López, 2005).

Las oportunidades sociales en un END se limitan en gran medida para los padres adolescentes y para su futuro hijo, esto por la deserción escolar, rechazo de la concepción por parte de la pareja, la familia y amistades, además de mayores probabilidades de un desarrollo precario para el futuro hijo en sus posteriores etapas como la niñez, la adolescencia y en la edad adulta, aunado a todo esto existen una alta probabilidad de tener un mayor número de hijos y desempleo (Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, 2011; Díaz, 2003; Langer, 2002).

Actualmente las parejas que deciden seguir juntos ante un embarazo, han suscitado un nuevo fenómeno el cual se le ha denominado de manera técnica “pareja no conviviente” aunque de manera coloquial se le conoce como “pareja con cama afuera”, este fenómeno se refiere a cuando las parejas deciden seguir su relación viviendo con sus respectivas familias, planteándose como una estrategia para distribuir los gastos y evitar los costos por la constitución de un nuevo hogar, sin embargo, si la pareja continua, el nacimiento del hijo/hija representa un estímulo adecuado para la convivencia, pero tal convivencia cuando se concreta es en general con algún familiar creándose una situación de dependencia. Es preciso mencionar que este fenómeno se presenta en parejas de todas las edades y niveles sociales, pero en nuestra población se vincula como consecuencia de los limitados recursos económicos y habitacionales. Es común que los padres adolescentes tengan una baja capacitación para el trabajo por su corta edad, agregando también el bajo nivel académico que los limita a tener acceso a trabajos de buena calidad y bien remunerados, esta situación los orilla a ser reubicados en su familia como hijo – padre o a ser “adoptado” por su familia política como un miembro o hijo más (Torices, 2012).

Los problemas de los END no terminan en la manifestación de consecuencias socioculturales, pues también existe la ocurrencia de consecuencias físicas y biológicas, entre las cuales destacan principalmente en la salud física como la muerte materna, el aborto, complicaciones durante el parto como la anemia, las infecciones bacterianas graves, la desproporción

céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales; algunos de los argumentos médicos para evitar el embarazo adolescente son el desarrollo óseo incompleto como el no alcanzar la masa mineral máxima y la relativa inmadurez del canal del parto. (Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, 2011; Díaz, 2003; Langer, 2002).

Por lo tanto, es normal que al asumir responsabilidades en momentos inadecuados como en el caso de los embarazos en la adolescencia puedan ocurrir desequilibrios y crisis físicas, sociales o emocionales (Olvera, 2012) afectando directamente las aptitudes con las cuales han de enfrentar el embarazo los futuros padres adolescentes.

1.3. Consecuencias sociales y psicológicas en mujeres

De acuerdo con Torices (2012) existen algunas particularidades en cuanto a la aptitud de las mujeres relacionadas al embarazo que pueden describirse de acuerdo a su edad:

- El embarazo en mujeres menores de 14 años tiene un alto impacto sobre todo por la exacerbación al temor de los dolores del parto, priorizan sus necesidades personales, no conciben la idea de que el embarazo las transformará en madres. Un embarazo por abuso sexual vuelve más compleja la situación, las adolescentes se vuelven más independientes de su madre, sin lugar para una pareja, aunque ésta exista realmente, no reconocen a su hijo/hija, por lo tanto, no asumen su crianza y queda a cargo de los abuelos.
- Un embarazo entre los 14 y los 16 años caracterizan a las futuras madres adolescentes por la tendencia a “dramatizar” la experiencia corporal y emocional, haciéndolas sentirse posesivas del feto utilizándolo como un “instrumento” para afirmar su independencia a los

padres. Sus estados emocionales oscilan entre la euforia y la depresión, temen tanto a los dolores del parto como por la salud del hijo/hija, tomando actitudes de autocuidado para su salud como para la de su hijo/hija. Si existe un apoyo por parte de la familia como de los servicios de salud y educación, desempeñara un buen rol maternal, además, se vuelve indispensable para ellas la presencia de un compañero, si el padre del hijo/hija no es corresponsable es frecuente que busque otra pareja aún durante el embarazo.

- Si el embarazo ocurre en mujeres de 18 años de edad puede que sea para ellas el elemento que faltaba para la consolidación de su identidad, formalizan una pareja y desempeñan el rol de madre joven, la crianza del hijo por lo general no tiene consecuencias negativas para su desarrollo.

Como podemos observar el comportamiento de las madres jóvenes dependerá en gran medida por la etapa de vida que transite, sin embargo, también es importante considerar su historia, como el apoyo social, familiar como de los servicios de salud y educación con las cuales pueda contar para que la adolescente pueda tener una buena actitud ante un embarazo no deseado y desempeñar de manera adecuada el rol de madre.

1.4. Consecuencias sociales y psicológicas en hombres

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre, especialmente porque en la cultura en que se da la maternidad adolescente es muy común que el hombre se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión cultural del hombre provoca en él sentimientos de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de la familia o amistades (“con qué lo vas a mantener”, “seguro que no es tuyo”, por ejemplo) que precipitarán su aislamiento si es que existían dudas (Torices, 2012).

El fracaso en la relación de pareja por las diferentes causas mencionadas anteriormente, promueve que la maternidad sea una condición más frecuente entre las adolescentes que la paternidad en los varones, ya que, algunos varones pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres (Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, 2011).

Los varones adolescentes al enterarse de la noticia de que serán padres y que acepten la responsabilidad tienden a postergar sus proyectos a largo plazo y suelen confundir los de mediano con los de corto plazo, busca trabajo para satisfacer las necesidades de su nueva familia, por eso mismo rompe con su preparación académica urgido por la necesidad de procuración, comenzando a vivir con un sentido de urgencia, a todo esto, se agrega la demanda de atención por parte de su pareja embarazada teniendo como objetivo ahora no solo cubrir las necesidades materiales y económicas, sino también, emocionales (Torices, 2012).

Como hemos podido señalar el embarazo a temprana edad se concibe como un problema de diferentes dimensiones por cuestiones médicas (por la inmadurez del cuerpo), psicológicas (inmadurez emocional para asumir este nuevo rol), económicas (por la falta de autonomía financiera del adolescente) y sociales (ruptura en la construcción del proyecto de vida y el estigma contra las adolescentes) por lo tanto, en las últimas décadas se ha tratado de desarrollar algunas medidas con más impacto para frenar el embarazo adolescente tales como la implementación de educación sexual en las escuelas, el desarrollo de comportamientos preventivos, manejo y uso del condón, información sobre ITS entre otras (Bayés, 1990; Bayés y Ribes, 1989; Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006).

Los embarazos no deseados de acuerdo a lo expuesto anteriormente son el resultado en gran parte de los comportamientos de riesgo, de la falta de información y de servicios competentes, es decir, el ejercicio de una sexualidad de manera irresponsable, lo que lleva a los adolescentes a un embarazo no

deseado, por ende, cuando se encuentran en esta situación los jóvenes deben tomar decisiones entre las cuales se encuentran seguir con el embarazo no deseado o interrumpirlo a través de un aborto inducido (Langer 2002) tema del cual nos encargaremos a continuación.

1.5. Aborto

Durante el año 2010-2014 se registraron alrededor de 25 millones de abortos en todo el mundo (OMS, 2017). La mortalidad durante el embarazo y el parto es de dos a cinco veces mayor para las mujeres menores de 18 años que entre las de 20 a 29 años. (Díaz, 2003). Como se puede apreciar el embarazo y el parto representan un peligro latente para la mujer sobre todo para las mujeres adolescentes, pues aun llevándose los cuidados pertinentes se corre peligro de muerte, por lo tanto, el peligro puede verse aumentado cuando se trata de un aborto.

De acuerdo con el significado etimológico de la noción de aborto según Velázquez (2003) “procede del latín *aborsus*, derivados del *ab-orior* opuesto a *orior*, nacer. Es la muerte del no nacido en cualquier momento del embarazo” (p. 69).

En México la Secretaria de Salud (2009, p.36) lo define como “la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con un peso menor a 500 gramos”. En el artículo 144 del código penal del Distrito Federal el aborto se define como la interrupción del embarazo en la décimo segunda semana de gestación (Bustos y Flores, 2009 citado en Núñez, 2013).

Las distintas concepciones de aborto encuentran sus diferencias de acuerdo al tipo de aborto que se refieran, según la OMS (citado en Báez, 2016) existen tres tipos de aborto definidos como:

- Aborto espontáneo: “Pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g” (p. 17).
- Aborto inducido: “La interrupción deliberada de un embarazo clínico que tiene lugar antes de completar 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, de un embrión o fetos de menos de 400 g” (p. 17).
- Aborto inseguro: “El aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos” (p. 17).

El aborto en cualquiera de sus circunstancias siempre representa un peligro para la salud, el mismo tema es delicado y representa un evento de gran riesgo por su misma naturaleza, más riesgoso se vuelve al ser una práctica llevada de manera clandestina y categorizándola como un acto ilegal (Taracena, 2005, Juárez, Singh, García, Díaz, 2009).

Casasco y Di Pietrantonio (2008) explican que existe un consenso en donde un aborto practicado en condiciones precarias produce una elevada morbilidad lo cual genera un problema social y de salud pública. Estos mismos autores mencionan que la penalización del aborto no ha decrementado su frecuencia, contribuyendo de esta manera al aumento de la morbilidad materna.

Calcular el número de casos de aborto es una labor difícil, por un lado, existe la influencia de los factores culturales, religiosos, de ética, legales y

sobre todo de la práctica clandestina los cuales limitan la transparencia de la cantidad de casos (Langer, 2002; Juárez, Singh, García, Díaz, 2009; Báez, 2016).

La OMS (2014) nos proporciona algunos datos sobre los abortos a nivel mundial donde señala el número de abortos realizados durante el periodo del 2010-2014:

- En promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo.
- Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años.
- El 25 por ciento del total de embarazos acabó en aborto provocado.
- La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas.

En América latina y el Caribe se reportan anualmente 182 millones de embarazos de los cuales el 36% no fueron planeados mientras el 20% termina en un aborto (Casasco y Di Pietrantonio, 2008). En México, el aborto se encuentra restringido por la ley, obtener datos fidedignos no es posible, especialmente dadas por las técnicas de medición como las encuestas personales entre otras técnicas las cuales no permiten una medición real del número de casos presentados en el país (Juárez, Singh, García, Díaz, 2009).

La situación del aborto en México dentro del marco legal de cada estado es posible llevarse a cabo según se apegue a las circunstancias que establecen, por lo tanto, como lo menciona Taracena (2005) la mayoría de los estados permiten abortar “si el embarazo es resultado de una violación, si pone en riesgo la vida de la mujer y cuando el aborto es provocado accidentalmente” (p.16). Habría que agregar también que varios de los estados del país coinciden en permitir el aborto cuando existen alteraciones genéticas o congénitas graves del producto, y solo en el caso del Distrito Federal a

diferencia de los demás estados permite el aborto por voluntad de la mujer antes de las doce primeras semanas (Báez, 2016).

Varias son las causas por las cuales se puede llegar a la decisión de un aborto, el Instituto Alan Guttmacher en 1999 (citado en Taracena, 2005) menciona algunas de ellas, por ejemplo:

- Para evitar la maternidad: porque tienen ya todos los hijos que quieren; o no quieren tener hijos; o falló su método anticonceptivo.
- Para posponer la maternidad: porque consideran que su último hijo es todavía muy pequeño; porque quieren retrasar la llegada de un hijo.
- Por condiciones socioeconómicas: porque no pueden mantener a una criatura en ese momento; porque quieren terminar su carrera y necesitan trabajar tiempo completo para mantenerse a sí mismas o a sus hijos.
- Por problemas en la relación: porque tienen problemas con su pareja; no quieren criar a un hijo sin contar con la pareja; quieren que su hijo crezca con un padre; consideran que deben estar casadas antes de tener un hijo.
- Por la edad: creen que son muy jóvenes para ser una buena madre; sus padres no quieren que tengan un hijo; consideran que son muy grandes para tener otro hijo; o ya no tienen energía para cuidar a otra criatura.
- Por motivos de salud: el embarazo puede afectar su salud; padecen una enfermedad crónica; el feto puede tener deformaciones; tienen VIH.
- Por coerción: fueron violadas; embarazadas por el padre u otro pariente; su pareja o una persona cercana insiste en que tengan un aborto.

El aborto puede tener varias consecuencias en la mujer que pueden afectar su vida a corto, mediano y largo plazo en las dimensiones de salud como las sociales y psicológicas principalmente, aunque los daños se pueden categorizar más específicamente de la siguiente manera:

Físicos: las complicaciones con mayor frecuencia del aborto inseguro son muerte materna, perforación del útero, lesiones en el cérvix, hemorragias, infecciones e infertilidad (Langer, 2002; Báez, 2016).

Psicológicos: la continuación de un embarazo no deseado o ser madre contra voluntad tiene serias complicaciones emocionales, los abortos suelen acompañarse de sentimientos de culpa, tristeza, enojo, miedo o en algunos casos alivio por resolver su situación, sin embargo, en algunos otros se pueden presentar estados más complejos como depresión o también se habla de eventos “traumáticos”, el grado de afectación psicológica dependerá de cómo la persona elabora su juicio a partir de sus creencias, relaciones personales, sus circunstancias familiares, laborales y económicas, para llevar a cabo una decisión con responsabilidad (Langer, 2002; Bárcenas y Tenorio, 2012; Núñez, 2013; Báez, 2016).

Sociales: la idea del aborto se encuentra cargada de muchos prejuicios, varias opiniones consideran un acto criminal de quien la práctica, también existe mala calidad de atención médica y humana para quien solicita los servicios públicos por las complicaciones de un aborto, se les trata con rudeza, se les critica o se les cometen faltas de respeto a su pudor, sufren de humillación, discriminación, problemas de legalidad, de matrimonios forzados, rechazo escolar, factores que trascienden para limitar sus oportunidades sociales (Langer, 2002; Taracena, 2005; Casasco y Di Pietrantonio, 2008; Báez, 2016).

La decisión de abortar o no corresponde hacerlo de manera individual de acuerdo a sus circunstancias ante un embarazo no deseado, por ende, esta decisión debería ser libre de críticas, prejuicios, controversia o condiciones legales para no distorsionar el criterio de la persona quien ha tomado una decisión y la cual debería contar con derecho a un servicio digno como de calidad, tal como lo reconocen los derechos sexuales en Casasco y Di Pietrantonio, (2008):

“Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y de su capacidad reproductiva. Suponen el ejercicio de la sexualidad y de su orientación sexual libre de discriminación, coacción o violencia, así como el acceso de información sobre el cuerpo, la educación y la salud sexual. El ejercicio de estos derechos implica la posibilidad de decidir respecto de tener hijos en condiciones que hagan posible elecciones libres y seguras” (p.34).

Reconocer los derechos sexuales para ejecutar acciones como un aborto inducido implica cambios culturales como la sensibilización de los equipos de salud e involucrar a las personas en espacios de reflexión sobre el aborto (Casasco y Di Pietrantonio, 2008). Después de todo tal como lo menciona Núñez (2013) “ninguna mujer se embaraza deliberadamente para abortar después” (p.24).

El aborto como los embarazos no deseados son consecuencia de la actividad sexual a una temprana edad, dando cabida a las conductas de riesgo que pueden encaminar a los jóvenes a otros problemas más serios como las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, (Díaz 2003) temas que serán abordados en el siguiente apartado.

1.6. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Los progresos en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las ITS han sido pocos, su incidencia va en aumento en todo el mundo, lo cual puede deberse principalmente a los comportamientos sexuales de riesgo, la aparición de cepas de microorganismos más resistentes a los antibióticos, el incremento de la actividad sexual o su ignorancia de las ITS relacionadas en cuanto síntomas

y sus diversos modos de contagio, entre otros. Por eso mismo en este apartado se hablará de su definición, se expondrán algunos datos estadísticos y se explicarán algunas de las ITS más comunes.

1.6.1. Definición ITS

La Organización Mundial de la Salud (1998) citado en Santander, Fich, Salvo, Pacheco, Mendoza, Amigo, Villalobos, García, y Maldonado (2009), ha cambiado la nominación de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por considerar que el término enfermedad es inapropiado para las infecciones que no producen manifestaciones, las cuales son las que se presentan con mayor frecuencia especialmente en mujeres.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se transmiten principalmente por contacto sexual sin protección ya sea mediante el coito vaginal, anal, o mediante el sexo oral. Estas infecciones pueden ser ocasionadas por bacterias, virus y parásitos (CDMX, 2014). Según el reporte emitido por AFLUENTES en el 2000 las ITS se transmiten por la presencia de fluidos corporales infectados como el semen, el líquido preeyaculatorio, la sangre, los fluidos vaginales y la leche materna que estén en contacto con una vía de entrada al cuerpo como pueden ser las mucosas o las heridas abiertas.

1.6.2. Estadísticas

Según Torices (2012) cada año se registran en todo el mundo más de 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas y protozoarias de transmisión sexual curables en todo el mundo, es importante aclarar que las ITS que únicamente son controlables son las ocasionadas por un virus como el VIH o el VPH.

En México la población afectada por alguna ITS se encuentra en un rango de entre los 15 y 49 años de edad, situándose entre los cinco primeros motivos de demanda de consulta en el primer nivel y atención médica, además, se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (NON, 1999, citado en IMSS, 2008, citado en Bárcenas y Tenorio, 2012).

Según la Secretaría de salud (2014) la tasa de incidencia de casos nuevos de ITS por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad en el 2012 se distribuye de la siguiente manera en México: tricomoniasis urogenital 47.27, VPH 7.97, infección asintomática VIH 1.63, sífilis adquirida 1.29, Herpes genital 1.03, infección gonocócica 0.77, SIDA 0.75, chancro 0.35, Hepatitis B 0.23 y linfogranuloma venéreo 0.09 (SALUD/DGE, SUIVE, 2006 Y 2012. SALUD/CENCIDA; casos nuevos de SIDA 2006 Y 2012 citado en Secretaría de salud, 2014).

Aunado a lo anterior García, Cotrina y Cárcamo (2008) mencionan que las infecciones por clamidia son las más frecuentes entre adolescentes, con tasas que duplican las de individuos mayores de 20 años. La gonorrea, sífilis y VPH, entre otras, tienen también prevalencias altas en adolescentes, por lo que las altas tasas de ITS en adolescentes representan un factor de vulnerabilidad para esta población.

Hablando de manera específica la Secretaría de Salud (2014) menciona que al interior del país, el impacto de las ITS en la población adolescente ha sido mayormente en los estados de Veracruz, Puebla, Estado de México y Tamaulipas, ya que registraron en 2012 el mayor número de casos nuevos de ITS, concentrando un tercio del total de casos registrados en el país.

1.6.3. Sintomatología

Es importante mencionar que no todas las infecciones presentan síntomas hasta después de cierto tiempo, las úlceras, verrugas genitales, la secreción uretral, el flujo vaginal y dolores en la parte baja del abdomen son síntomas de algunas ITS (CDMX, 2014). El hecho de que una ITS sea asintomática puede

indicar una mayor probabilidad de ser transmitida por personas las cuales ignoren estar infectadas e incidan en el terreno sexual con prácticas de riesgo, por lo tanto, cabe señalar que, a pesar de no causar síntomas aparentes su desarrollo silencioso puede provocar serios daños en el organismo de manera permanente.

A continuación, se abordarán de manera más específica diversas Infecciones de Transmisión Sexual, las cuales hoy en día están afectando en mayor grado a la población adolescente.

1.6.4. Clamidia

Según la publicación *Por mí, por ti, por todos* de la CDMX (2014) ésta ITS es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, en su mayoría suele ser una infección asintomática, sin embargo ésta puede llegar a causar secreciones vaginales anormales y dolor en la parte baja del abdomen en mujeres, sangrado durante o después de la penetración, dolor abdominal durante la menstruación o la actividad sexual, dolor abdominal o lumbar persistente, fiebre y escalofríos ocasionales, mientras que en el caso de los hombres puede causar secreciones del pene y picazón, también puede haber dolor en los testículos; la clamidia también puede causar ardor al orinar tanto en hombres como mujeres. Las personas que sostienen relaciones sexuales con penetración anal sin condón igualmente pueden contraer la infección, que llega a causar dolor, secreciones o sangrado en el recto. La infección por clamidia también puede presentarse en la garganta de quienes han tenido relaciones sexuales orales con una pareja infectada, de igual manera se puede transmitir de madre a hijo durante el parto vaginal. Según Torices (2012) la clamidia puede propagarse de una zona infectada a los ojos ocasionando ceguera.

La clamidia es una infección que se puede tratar y curar con antibióticos si es detectada a tiempo de lo contrario puede causar en las mujeres infertilidad y daños al sistema reproductivo, así como abortos espontáneos, embarazo

ectópico, bajo peso del neonato al nacer y en ocasiones puede que el neonato adquiera infecciones oculares y/o pulmonares; en el caso de los hombres también puede verse afectada su fertilidad, además de presentar erupciones, ampollas y dolor en las articulaciones; es importante mencionar que esta infección puede adquirirse más de una ocasión a lo largo de la vida y potencializa la probabilidad de adquirir VIH (Torices, 2012).

1.6.5. Gonorrea

Neisseria gonorrhoeae o gonococo es el nombre de la bacteria que infecta de gonorrea a las personas que sostienen relaciones sexuales sin protección; datos reportados por la CDMX (2014) señalan que esta infección en la mayoría de los casos tiende a ser asintomática, y cuando suele presentar síntomas, las mujeres muestran secreciones vaginales amarillentas o verdosas y con un olor desagradable o con ligero sangrado, mientras que en los hombres se pueden llegar a presentar secreciones blancas, amarillentas o verdosas del pene, que suelen aparecer de 1 a 4 días después de la infección. Torices (2012) menciona que puede haber hinchazón o dolor en los testículos; tanto en hombres como en mujeres puede haber ardor y dolor al orinar; entre los síntomas de infección rectal están la secreción, la picazón anal, sangrado o dolor al defecar; por otra parte, también puede provocar infecciones de la garganta, si se adquiere por sexo oral; otra forma de transmisión puede ser de madre a hijo durante el parto.

Esta infección tiene cura si es detectada a tiempo, de lo contrario puede ocasionar anomalías en el sistema reproductivo e infertilidad en hombres y mujeres, puede generar un embarazo ectópico, y al momento del parto el bebé puede contraer una infección ocular o ceguera, en el caso de los hombres puede provocar una prostatitis (infección o inflamación del aparato urinario), o epididimitis (inflamación del epidídimo, que es la estructura unida al testículo que sirve de transporte y almacén para el espermatozoide), también el padecer gonorrea aumenta el riesgo de sufrir VIH. En el caso de hombres y mujeres

esta enfermedad puede afectar a las articulaciones, la piel, el corazón y el cerebro, ocasionando un daño permanente (Torices, 2012). Es importante recalcar que esta infección puede adquirirse en más de una vez a lo largo de la vida sexual.

1.6.6. Sífilis

La sífilis es causada por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum* y se caracteriza por presentarse en varias fases. Esta infección da inicio con la aparición de una o varias llagas (chancro o úlcera sifilítica) en el lugar en que se alojó la bacteria, por lo regular son redondas de color rojo pueden no causar dolor y pueden desaparecer de manera espontánea. El tiempo promedio entre la infección por sífilis y la aparición de este primer síntoma es de 21 días, sin embargo, puede variar de 10 a 90 días. Si la persona no recibe tratamiento, la infección progresa a la segunda fase, donde aparecen salpullidos en la boca, ano o vagina o en las plantas de las manos y pies. Puede haber fiebre, dolor de garganta, de cabeza, muscular, pérdida de cabello y cansancio. Si no se recibe tratamiento existe riesgo de regresar a la fase asintomática o latente que puede durar años, ésta comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. En la fase más avanzada, causa daños irreversibles que incluyen dificultad para coordinar los movimientos musculares, parálisis, entumecimiento, ceguera gradual y demencia, también puede dañar órganos como el cerebro, los ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones para desencadenar finalmente en la muerte (CDMX, 2014).

El contagio de la sífilis puede darse cuando una persona tiene contacto con una úlcera sifilítica, por ejemplo, al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales, es importante no descartar que las mujeres embarazadas con esta enfermedad pueden transmitirla a sus hijos en el momento del parto.

1.6.7. Virus Herpes genital

Es una ITS muy común en México causada por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). Comúnmente es una infección asintomática, de lo contrario pueden aparecer vesículas, ampollas o llagas alrededor de la boca, genitales o el ano. Antes de que las ampollas aparezcan la persona puede sentir hormigueo, ardor, picazón en la piel o tener dolor en el sitio donde las ampollas van a aparecer de manera periódica (CDMX, 2014).

Warren y Warren (2005) mencionan que además de los síntomas anteriormente expuestos también puede sentirse dolor de cabeza, de las articulaciones, cansancio, fiebre, dolor en las piernas y otros síntomas parecidos a la gripe, frecuentemente se inflaman los nodos linfáticos de la entrepierna, y pueden sentirse como bolitas debajo de la piel, pueden también aparecer lesiones o llagas en la garganta o la boca. En el caso de los genitales pueden aparecer lesiones que comienzan como ampollas, luego se revientan y forman úlceras en la piel, puede haber dolor al orinar, comezón, y secreciones del pene o la vagina. Es común que las mujeres tengan también lesiones en el cérvix uterino, mientras que los hombres pueden tenerlas dentro del pene, con frecuencia una nueva serie de lesiones que aparecerán de 5 a 7 días después de la primera aparición de lesiones. Quienes adquieren esta infección pueden tener varios brotes de la enfermedad al año o a lo largo de su vida cuando el sistema inmunológico está débil.

El herpes genital puede ser adquirida al tener relaciones sexuales anales, orales, vaginales y también puede contraerse al frotar, tocar, o besar alguna región infectada de la piel donde haya llagas, ampollas o lesiones, es altamente probable que esta infección sea transmitida al neonato al momento del parto. Las personas también pueden pasarse la infección de una zona del cuerpo a otra, por medio del líquido presente en las llagas (CDMX, 2014).

Debido a que el herpes genital es ocasionado por un virus no tiene cura, sin embargo, existen tratamientos antivirales que previenen o acortan los

brotos y disminuyen las posibilidades de transmitir la infección a la pareja, el Herpes potencializa la probabilidad de contraer VIH.

1.6.8. Virus de papiloma humano (VPH)

El virus VPH cuenta con más de 40 tipos que pueden infectar principalmente las zonas genitales, pero también la boca y la garganta. Es indispensable aclarar que ciertos tipos de este virus causan verrugas en el área genital o en la garganta, otros, causan cáncer cérvico uterino en mujeres y con menor frecuencia, puede causar cáncer de vulva, vagina, pene, ano y garganta (CDMX, 2014). Como varias infecciones anteriores el VPH también suele ser asintomático en la mayoría de los casos.

Consuegra, Molina, Egea, y Garavito (2004) clasifican las sepas de este virus según el riesgo que tienen para la salud:

Tabla 1. Sepas del VPH según su grado de riesgo.

Bajo riesgo	6, 11, 34, 42, 43 y 44
Riesgo intermedio	31, 33, 35, 51 y 52.
Alto riesgo	16, 18, 45 y 56.
Probables cancerígenos	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, y 82.

AFLUENTES (2000) menciona como principales síntomas en mujeres tener dolor durante las relaciones sexuales, aumento en los días del sangrado menstrual, sangrado abundante durante la menstruación o después de las relaciones sexuales, verrugas o crestas en la vulva, vagina, cérvix o ano. En el caso de los hombres pueden presentarse verrugas o crestas en el ano, periné y/o escroto.

El VPH generalmente se adquiere mediante relaciones sexuales vaginales, anales, orales y mediante el contacto entre los genitales (frotar, tocar o besar el área infectada), y es posible contraer más de un tipo de VPH. Cuando una persona se infecta es necesario que ambos miembros de la pareja reciban terapias para evitar reinfecciones (CDMX, 2014).

Tanto las verrugas como las lesiones precancerosas y cancerosas tienen tratamiento y existe una vacuna contra el VPH que se aplica generalmente en mujeres antes de comenzar su vida sexual (entre 10 y 14 años).

Quienes se encuentran mayormente en riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino son las personas que inician vida sexual a edad muy temprana, también quienes tienen varias parejas sexuales sin protección, quienes han padecido alguna infección de transmisión sexual y en particular quienes viven con algunos tipos del virus del papiloma humano, el tener más de cuatro hijos, fumar, tener mala alimentación, no haber tenido hijos y no haberse realizado nunca el Papanicolaou también son factores de alto riesgo (AFLUENTES, 2000).

1.6.9. Tricomonirosis

Ésta ITS es causada por el parásito *Trichomonas vaginalis*. En la mayoría de los casos la infección es asintomática, sin embargo, en los hombres puede llegar a causar picazón e irritación dentro del pene, cierto ardor después de eyacular u orinar, e igualmente causar secreciones del pene, mientras que en el caso de las mujeres éstas pueden llegar a notar una picazón, enrojecimiento o dolor en sus genitales, molestias al orinar, o una secreción con cierto olor inusual que puede ser de un color transparente, blanco, verdoso o amarillento (CDMX, 2014).

Se puede adquirir al tener relaciones sexuales, ya que el parásito por lo general se transmite del pene a la vagina o de la vagina al pene, pero también se puede transmitir de una vagina a otra. En las mujeres, el área del cuerpo infectada con más frecuencia es la parte baja del aparato genital (la vulva, la vagina o la uretra) y en los hombres es la parte interna del pene (uretra). AFLUENTES (2000) también menciona que el contagio puede darse por tener contacto con toallas y ropa húmeda.

La tricomoniasis se puede curar con tratamiento oportuno, dicho tratamiento se basa en los fármacos de la familia de los nitroimidazoles, es importante mencionar que la farmacoterapia es indicada tanto para la mujer como para su pareja sexual (Cadena, Miranda, y Calderon, 2006; Carrada, 2006; Santos, 2014), de lo contrario puede durar meses o años y causar problemas durante el embarazo, y puede aumentar los riesgos de contraer o propagar otras infecciones de transmisión sexual. Las personas pueden reinfectarse con esta enfermedad en más de una ocasión a lo largo de la vida (CDMX, 2014).

1.6.10. Hepatitis B

En el material de AFLUENTES (2000) se indica que esta infección es causada por el virus Orthohepadnavirus, mejor conocido como Virus de la Hepatitis B (VHP), puede adquirirse por distintas vías, ya sea al tener relaciones sexuales sin protección, transfusiones de sangre con el virus del hepatitis b, intercambio de jeringas infectadas, uso compartido de navajas de afeitar, cepillos de dientes que estuvieron en contacto con sangre infectada, y de la madre al feto; al igual que otras ITS puede ser asintomática, sin embargo, tanto en hombres como en mujeres puede presentarse vómito, cansancio, depresión, dolor de articulaciones, dolor en la zona del estómago, pérdida del apetito, color amarillento en la piel y ojos, la orina se pone muy oscura y el excremento más claro, insuficiencia hepática aguda, cirrosis hepática, cáncer de hígado, puede incluso desencadenar en la muerte (OMS, 2017).

Los síntomas de la infección por lo general aparecen dentro de los 45 a 180 días desde el momento en que se adquirió (Torices, 2012).

En cuanto al tratamiento la OMS (2017) señala que no hay un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda. Por lo que la atención es centrada en mantener el bienestar y un equilibrio nutricional adecuado, especialmente la reposición de los líquidos perdidos por los vómitos y la diarrea. En lo que respecta a la infección en estado crónico por este virus puede tratarse con medicamentos, en particular agentes antivirales orales. El tratamiento puede disminuir el avance de la cirrosis, reducir la incidencia de cáncer de hígado y mejorar la supervivencia a largo plazo. De manera específica se recomienda la administración de tratamientos orales (tenofovir o entecavir) porque son los fármacos más potentes para suprimir el virus de la hepatitis B.

Es de vital importancia mencionar que en la mayoría de las personas el tratamiento no cura la infección por el virus de la hepatitis B, tan solo suprime la replicación del virus. Por lo que, cuando se inicia el tratamiento contra la hepatitis B, se debe continuar durante toda la vida.

1.6.11. Pediculosis de pubis o ladillas

La pediculosis es causada por el parásito *phthirus pubis*, estos parásitos se alojan en el cuerpo al tener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada, o al tener contacto con camas, ropa, baños y toallas que los posean. Las ladillas suelen alojarse en el vello púbico, y es ahí donde colocan sus huevecillos pudiendo extenderse hacia el vello del pecho, pestañas, cejas y las axilas o el vello de la otra persona, la falta de higiene es un factor de riesgo (AFLUENTES, 2000).

Torices (2012) destaca dentro de los principales síntomas la irritación e inflamación de la piel acompañada de picazón y enrojecimiento, también se

encuentran pequeñas manchas azules en la piel en el sitio de la picadura del piojo, los excrementos de los piojos (negras partículas finas) en las zonas infectadas. El rascado persistente de la piel irritada puede causar una infección bacteriana secundaria.

En cuanto al tratamiento Chang y Solares (2013) mencionan que la eliminación de estos insectos se divide en eliminación mecánica, tratamiento tópico y sistémico. Para la eliminación mecánica se utilizan las lendreras comunes y las eléctricas. Las lendreras comunes son peines de púas muy juntas, que al pasar por el cabello arrastran los piojos y las liendres. Es importante que el pelo esté mojado, ya que esto dificulta la movilización de los parásitos. La lendrera eléctrica es un peine de púas metálicas que al contactar con un piojo emite una descarga eléctrica que lo mata; no mata a las liendres, por lo que no puede erradicar por completo la infestación. Existen diferentes tipos de tratamientos tópicos disponibles: insecticidas químicos, como malatión o piretrinas; productos de acción física, como las siliconas (dimeticona), y los llamados productos naturales, tipo aceites y esencias; de manera complementaria en la página de Children's Mercy Hospitals & Clinics (<http://kidshealth.org/Inova/es/teens/std-lice-esp.html>) recomienda tomar un baño con jabón y agua tibia, enjuagarse y secarse con una toalla; se debe aplicar el shampoo recetado o crema en las áreas afectadas, se debe dejar el tiempo que haya indicado el médico para después enjuagarse bien; también es recomendable que la ropa y sábanas se desinfecten lavándolas en agua caliente y secándolas en una secadora caliente o puede llevarse la ropa a la lavandería para ser lavada en seco, si es indicado; deben aspirarse las alfombras y muebles cubiertos de tela si es necesario. Siguiendo estas recomendaciones y aplicando el tratamiento indicado es posible la erradicación de dicho parásito.

Como se puede notar las manifestaciones de las Infecciones de Transmisión Sexual son muy variadas y no aparecen igual en los hombres y en las mujeres, sin embargo, en el documento elaborado por AFLUENTES (2000)

se señala que hay síntomas que se pueden denominar como generales de una ITS:

Dolor, ardor, comezón e inflamación en/o alrededor de los genitales.

Úlceras, ronchas o ampollas en/ o alrededor de genitales, boca o ano.

Ardor y dolor al orinar.

Cambios en color de la orina.

Orinar continuamente.

Inflamación de ganglios inguinales.

Verrugas en los genitales en/o alrededor del recto.

Escurrecimiento de flujo vaginal amarillo o verdoso.

Comezón en la vulva o sensación de ardor.

Dolor abdominal bajo.

Dolor intenso en la vagina durante las relaciones sexuales.

Secreción a través del pene.

Es de vital importancia conocer los síntomas generales y comunes de las ITS para así poder detectarlas a tiempo y tener un tratamiento oportuno; no debe descartarse el acudir con un médico especialista si se sospecha la presencia de alguna ITS, además es recomendable asistir con el especialista acompañado de su pareja sexual esto con la finalidad de realizar un tratamiento simultáneo.

1.6.12. Causas de las ITS

En el documento *Por mí, por ti, por tod@s: información vital para la salud sexual*, realizado por la CDMX (2014) se ofrece una clasificación donde se exponen las causas o factores que propician las ITS, esta clasificación comprende los factores biológicos, conductuales y sociales, a continuación, se exponen cada uno de ellos de manera detallada.

Factores biológicos: Los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes.

En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las ITS.

El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS, y éstas a su vez aumentan el riesgo de contraerlas, pero también el VIH facilita la transmisión de otras ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico.

Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse.

Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona pueden facilitar lesiones o la transmisión de infecciones.

Circuncisión. Estudios recientes sobre prevención del VIH han demostrado una eficacia del 68% en población heterosexual cuando el hombre se encuentra circunciso. El tener prepucio, es considerado como mayor riesgo para la adquisición de las ITS. Sin embargo, ningún hombre circunciso debe dejar de usar condón.

Factores conductuales: en lo que respecta a los factores conductuales la CDMX (2014) destaca:

Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas.

Tener varias parejas sexuales simultáneas.

Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.

Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores

sexuales o sus clientes sin protección.

Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.

Tener relaciones sexuales con penetración sin protección.

Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.

Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

Desconocimiento de cuáles son las prácticas de alto riesgo.

El rechazo al uso del condón por razones culturales como el machismo.

El retraso del tratamiento y atención de las ITS, lo cual sucede por diferentes motivos, como la falta de confianza hacia el médico, pero también la ausencia de confidencialidad, el miedo a enfrentar un diagnóstico positivo, la falta de percepción de riesgo, así como padecer una infección que presenta pocos o ningún síntoma.

Factores sociales: Diferencias de poder. En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población, se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual desde la marginalidad tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.

Contextos de mayor riesgo. Existen grupos de personas especialmente vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual o social o de estigma y discriminación, menor acceso a información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas. Estos grupos incluyen:

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Mujeres transgénero.

Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.

Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.

Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados.

Personas privadas de la libertad.

Mujeres y hombres que viven violencia sexual.

Jóvenes sin información y servicios adecuados.

Poblaciones indígenas o marginadas.

Población migrante.

Mujeres embarazadas.

García, Cotrina y Cárcamo (2008) mencionan además que los factores socioculturales impiden al adolescente acceder a información y a posibilidades de prevención como, por ejemplo, el uso del condón, también otro factor de riesgo es que culturalmente se estimula el debut sexual más temprano, el mayor número de parejas sexuales o el mantenimiento de patrones de monogamia sexual serial.

Aunado a lo anterior Montes (2013) reporta que aparentemente, padecer una ITS es convertirse en merecedor de una sanción social; él lo describe de la siguiente manera:

“Y de esas cosas no se habla con los hijos o con los jóvenes: hay que librarlos de la vergüenza. De allí que ni siquiera en el consultorio de los ginecólogos o en las salas de planificación familiar sea fácil hablar sobre estas enfermedades” (p. 370).

Montes trata de reflejar el pensamiento que varios padres de familia, adultos y profesionistas de la salud tienen sobre las ITS, de ahí el motivo de que no se hable abiertamente de las ITS y sus consecuencias con los jóvenes y adolescentes. Sin embargo, esta misma razón en cuanto a la restricción de temas sobre ITS, ha perpetuado su incidencia en la población en general, afectándola de manera negativa, por eso mismo, se hace necesario indagar en

sus consecuencias para saber hasta qué nivel pueden resultar peligrosas para la persona quien las padece.

1.6.13. Consecuencias de las ITS

El padecer una Infección de Transmisión Sexual puede tener consecuencias severas, si las personas no se atienden oportunamente pueden tener daños irreversibles como: esterilidad, aborto, cáncer cérvico uterino o secuelas como la ceguera en el bebé, entre otras, (Sancho, 2005).

De manera más explícita Sancho (2005) reporta que una ITS puede afectar en gran medida a las mujeres puesto que puede dañar su fecundidad, el resultado de su embarazo, y la elección de algún método anticonceptivo, además una ITS puede poner en peligro el feto de una mujer embarazada, por ejemplo en el caso de padecer herpes y sífilis, pueden causar aborto espontáneo, nacimiento prematuro y muerte prenatal; la gonorrea y la clamidia por otra parte, pueden causar infecciones oculares y ceguera en los neonatos de madres infectadas; la sífilis, la infección por el VIH y el herpes pueden transmitirse a los recién nacidos, y causar enfermedades crónicas y la muerte.

Aunado a lo anterior Torices (2012) se enfoca en las consecuencias psicosociales y en los efectos que pueden surgir en la relación de pareja al verse afectados por una ITS, este autor recalca que las ITS llevan consigo un pesado estigma social, por lo que las personas infectadas muchas veces reaccionan con rabia e incredulidad, otras se sienten avergonzadas y muchas otras niegan la infección por lo que evitan buscar tratamiento antes de admitir que presentan una infección, sin embargo estas actitudes sólo pueden acarrear serios problemas físicos y sociales, pues siendo portadores de una infección, con su actitud exponen a sus parejas al riesgo de contagio.

En cuanto a las consecuencias dentro de la relación de pareja de acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (1987, citados en Torices, 2012) destacan:

Las acusaciones acerca de cómo se contrajo la ITS y de quién contagió a quién; esto puede originar desconfianza entre la pareja,

Las ITS de repetición causan problemas e interfieren en las actividades sexuales, provocando malestar en la pareja,

Las ITS pueden producir problemas en el embarazo y también en la fertilidad; esto puede repercutir en los sentimientos de adecuación y autoestima y, a veces, crea barreras entre la pareja,

El efecto rebote de las ITS entre las parejas (que una de ellas vuelva incidir en una ITS cuando anteriormente ya ha ocurrido y ha afectado a su pareja) crea desconfianza y frustraciones.

1.6.14. Estrategias de prevención

Debido al alza en las cifras de personas que se ven afectadas por alguna ITS de acuerdo con el documento Por mí, por ti, por tod@s: información vital para la salud sexual (CDMX, 2014) ofrece algunas estrategias para prevenir la adquisición y contagio de estas:

- Abstinencia, si es tu deseo. Consiste en no tener relaciones sexuales de ningún tipo.
- Monogamia acordada. Se refiere a que tú y tu pareja sexual lleguen al acuerdo de solo tener relaciones sexuales entre ustedes.
- Usar el condón correctamente, uno diferente por cada relación sexual y consistentemente, con lubricante con el fin de proteger y hacer más resistente el condón, puesto que permite que la fricción no lo rompa.
- Evita la penetración o el coito si existen lesiones, verrugas en el pene, en la vagina, el ano y o la boca.

- Practicar el sexo seguro, que incluye abrazos, besos, caricias o masturbación, pero sin penetración o coito.
- Disminuir el número de parejas sexuales.
- Hablar con la pareja sexual actual para que ambos se realicen pruebas de detección de ITS y conocer su estado de salud antes de tener prácticas sexuales.
- No tomar alcohol u otras drogas antes y durante una relación sexual.
- Acudir al médico en caso de padecer síntomas o manifestaciones de infección en los genitales, ano o boca.
- No compartir agujas ni jeringas en caso de hacerse tatuajes; y mucho menos en el uso de drogas inyectadas.

1.6.15. VIH/SIDA

En el apartado anterior se abordaron diversas Infecciones de Transmisión Sexual, sin embargo, al hablar sobre el VIH/SIDA es necesario indagar más a profundidad sobre su historia por su alto nivel de relevancia en el contexto actual, es de vital importancia exponer como esta infección de transmisión sexual se ha propagado desde los primeros brotes a niveles alarmantes en todo el mundo, progresando de manera rápida en las últimas décadas desde su aparición. En México como a nivel mundial existen numerosos casos de infecciones, por eso mismo, en este apartado se considera de total relevancia hablar sobre los datos estadísticos que se tienen actualmente sobre esta ITS y su incidencia sobre todo en las áreas rurales de México, considerando también como se concibe el VIH/SIDA y su descripción del comportamiento de esta ITS en el organismo humano, su sintomatología como las vías por las cuales puede ser o no transmitido; también se señalan las poblaciones que se encuentran en mayor riesgo de contraer tal infección y como es que se lleva a cabo el diagnóstico del VIH/SIDA, la relación que tiene con otras ITS, las causas que

potencializan su infección y la mención de algunos comportamientos de prevención.

1.6.16. Breve historia del VIH/SIDA en México

La génesis del VIH/SIDA no ha sido esclarecida aún, pero el hecho de que un número elevado de vertebrados sean infectados por este virus ha orillado a las investigaciones a buscar en ellos el origen del VIH/SIDA. Lo que se sabe con seguridad sobre este virus es que brincó a nuestra especie a partir de otros primates, se sospecha que el origen de la epidemia del VIH/SIDA tuvo lugar a partir de múltiples eventos de zoonosis los cuales se definen como "... enfermedades infecciosas transmisibles desde animales vertebrados al ser humano bajo condiciones naturales" (Dabanch, 2003. p.47), en otras palabras, la convivencia del ser humano con primates contagiados con el llamado virus inmunodeficiencia de simios (VIS) a partir de actividades como la cacería y el contacto con la sangre como de otros tejidos contaminados, el comercio y consumo de primates fueron los factores que provocaron tales eventos de zoonosis (Córdova, Ponce y Valdespino,2008).

En México no fue hasta la década de los 80's cuando comenzaron a notificarse los primeros casos de VIH/SIDA. Rápidamente ante la aparición de este virus no se hizo esperar la confusión y el miedo en los servicios de salud como en la población en general, de acuerdo con Flores, Fernández, López, Colín y López (2011) las personas infectadas presentaban una variabilidad de síntomas como diarrea crónica, pérdida de peso importante, candidiasis bucal, fiebre elevada, lesiones herpéticas múltiples, neumonía con insuficiencia respiratoria, crisis convulsivas, entre otras, lo cual no permitía un diagnóstico claro, desconociendo así el agente causal. Se empezaron a sospechar de algunas enfermedades como el Citomegalovirus (CVM) o del nitrito de amilo, pero sin importar lo que fuera resultaba en una enfermedad debilitante la cual se complicaba con infecciones oportunistas graves y culminaba en la muerte en todos los casos. La incertidumbre de las vías de trasmisión como el número creciente de personas contagiadas aumentó el temor en la población en

general, sobre todo en los servicios de atención médica donde a los enfermos se les negaban los cuidados más elementales, eran acosados por diversos grupos sociales, no eran admitidos en los departamentos de urgencias e incluso algunos médicos se negaban a atenderlos y el personal de los hospitales amenazaba con frenar los servicios

Los descubrimientos del investigador francés Luc Montagnier acreedor del premio nobel por sus investigaciones sobre el VIH permitió hacer un mejor diagnóstico, favoreciendo a los enfermos mejorando su condición, aunque de manera efímera. En 1984 se desarrollaron fármacos con acción directa contra el VIH, los cuales eran pequeñas moléculas que se encargaban de bloquear la replicación viral, evitar la infección de nuevas células y detener una mayor pérdida de defensas. Aunque ahora resulta evidente y lógico hace 30 años no lo era, por eso mismo, se planteaba como mejor solución en aquella época brindar apoyo de cuidados hospitalarios a los enfermos mientras se les trataban de infecciones oportunistas (Flores, Fernández, López, Colín y López, 2011).

Así fue como en los programas relacionados con las infecciones de transmisión sexual añadieron en su repertorio para su estudio el VIH y algunas ITS más (como el papilomavirus y el herpes). Estos programas relacionados con las ITS habían comenzado en el país desde 1926 con la abolición de la regulación de la prostitución. Estas campañas sanitarias al igual que en otros países retomaron en sus programas de control de ITS el enfoque tradicional, el cual consistía entre sus principales logros la detección, el diagnóstico y tratamiento de los casos de ITS, sin embargo, esto demostraba la carencia y funcionalidad de aquellos programas donde la prevención era tomada como una prioridad secundaria, no teniendo así una verdadera incidencia para el decremento del número de casos de ITS o del VIH/SIDA (Córdova, Ponce y Valdespino, 2008).

Actualmente los tratamientos tienen resultados muy favorables y el VIH/SIDA se puede controlar por décadas, los tratamientos se administran sin

costo y los enfermos no son rechazados por su condición en ningún servicio (Flores, Fernández, López, Colín y López, 2011), una realidad totalmente diferente a la que se vivió hace 30 años, sin embargo, aún es abrumadora la cantidad de personas contagiadas por este virus.

1.6.17. Estadísticas

Para el cierre del 2015 a nivel mundial existían alrededor de entre 34.0 a 39.8 millones de personas con VIH, donde alrededor de 34.8 millones de personas eran adultos, 17.8 millones eran mujeres y 1.8 millones niños menores de 15 años. El número de personas que han muerto a nivel mundial por enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia hasta el 2015 es de 35 millones, siendo la tuberculosis una de las principales causas de muerte en las personas infectadas por el VIH, mientras que el número de personas infectadas por VIH en el mismo lapso de tiempo ha sido de 78 millones (CENSIDA, 2016).

El CENSIDA en el 2016 reportó que alrededor de 5700 nuevas infecciones por VIH ocurren al día de manera global en adultos y niños, donde el 66% se concentra en la África subsahariana, 400 son niños menores de 15 años, el 47% corresponde a mujeres, 35% son jóvenes de entre 15-24 años de edad y el 20% son mujeres de la misma edad.

Aunque las cifras son altas se ha reducido de manera considerable el número de casos nuevos por infección de VIH en los últimos 15 años a un 34% a nivel mundial, de los 3.2 millones en el año 2000 ha pasado a 2.1 millones en el 2015. La reducción de casos nuevos sobre VIH ha impactado considerablemente sobre todo en poblaciones de niños donde ha disminuido en un 69%, pues para el año 2000 eran alrededor de 490 mil casos reduciéndose a 150 mil en el 2015 y en adultos donde los casos nuevos se redujeron en un 30%, ya que en el año 2000 existían cerca de 2.7 millones de casos nuevos mientras para 2015 descendió a la cifra de 1.9 millones. Esto a su vez ha

tenido un impacto en los tratamientos de personas con VIH, en el año 2000 el número de pastillas para el tratamiento era de 8, mientras para el 2015 fue de 1 sola pastilla. Los costos para el tratamiento antirretroviral también han disminuido en los últimos 15 años, por cada persona en el año 2000 el costo del tratamiento era de 10 mil USD y en el 2015 el costo se redujo a 100 USD (CENSIDA, 2016).

Para México el registro llevado por el CENSIDA desde 1983 al primer trimestre del 2017 señala que el 82% de los casos notificados de SIDA son hombres, mientras que el 18% son mujeres. En la tabla 2 se puede observar la distribución de casos notificados de SIDA por estado de la república mexicana que se han registrado desde 1983 hasta el 2017, ésta tabla indica que el D.F. (27628 casos) ocupa el primer lugar de casos totales notificados de SIDA, seguido del estado de México (19741 casos), Veracruz (16030 casos), Jalisco (13056 casos), Chiapas (9825 casos), Guerrero (9655 casos), Puebla (8381 casos) y Baja California (8234 casos), (CENSIDA, 2017).

Tabla 2. Casos de SIDA notificados por Estado de Residencia según año de diagnóstico México, 1983-2017.

Estado	Año												Total	Proporción de Casos con Respecto al Total (%)
	1983-2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Aguascalientes	758	25	33	31	40	44	39	46	44	27	20	4	1,111	0.6
Baja California	5,708	384	298	265	243	154	192	233	204	291	214	48	8,234	4.3
Baja California Sur	623	59	50	78	72	39	48	7	18	26	18	2	1,040	0.5
Campeche	906	127	127	129	140	143	127	174	159	193	226	31	2,481	1.3
Coahuila	1,602	59	43	55	19	27	22	63	41	25	37	5	1,998	1.1
Colima	680	69	43	40	46	65	50	76	63	92	79	17	1,320	0.7
Chiapas	4,213	560	540	569	621	574	605	607	582	507	436	11	9,825	5.2
Chihuahua	3,356	169	227	230	272	182	173	186	169	136	155	26	5,281	2.8
Distrito Federal	21,875	680	504	410	589	273	784	742	440	632	699	0	27,628	14.6
Durango	1,010	63	42	38	43	43	45	43	57	41	46	12	1,483	0.8
Guanajuato	2,894	78	69	94	97	72	86	90	95	71	69	0	3,715	2.0
Guanajuato	4,830	516	477	419	532	400	545	483	481	455	436	81	9,655	5.1
Hidalgo	1,257	134	105	107	86	112	116	113	86	85	103	28	2,332	1.2
Jalisco	10,169	457	338	408	423	471	277	166	93	101	118	35	13,066	6.9
México	13,118	947	1,043	750	687	529	552	485	466	606	496	63	19,741	10.4
Michoacán	3,303	220	210	195	222	236	229	262	258	351	348	77	5,911	3.1
Morelos	2,735	145	129	127	124	110	91	133	153	162	171	39	4,119	2.2
Nayarit	1,481	115	115	104	106	107	98	67	112	77	88	26	2,496	1.3
Nuevo León	3,550	205	190	242	267	235	203	233	207	227	139	23	5,721	3.0
Oaxaca	3,703	367	403	333	280	267	233	248	202	210	200	38	6,484	3.4
Puebla	5,886	317	298	326	236	241	199	201	200	236	204	57	8,381	4.4
Queretaro	1,013	90	64	35	39	52	58	52	40	46	28	6	1,523	0.8
Quintana Roo	1,704	126	175	180	113	105	100	117	150	71	158	26	3,025	1.6
San Luis Potosí	1,368	150	98	100	194	91	108	64	89	72	76	18	2,428	1.3
Sinaloa	2,074	214	203	202	197	138	97	103	134	155	147	20	3,684	1.9
Sonora	1,865	192	221	242	262	300	224	188	201	181	173	31	4,080	2.2
Tabasco	2,181	201	244	188	192	269	199	243	197	94	110	22	4,140	2.2
Tamaulipas	2,982	237	219	179	144	132	106	110	172	243	153	23	4,700	2.5
Tlaxcala	845	72	72	76	75	87	87	110	85	85	119	20	1,733	0.9
Veracruz	11,106	694	667	663	620	582	574	541	256	79	203	43	16,030	8.5
Yucatán	2,842	189	162	221	215	109	124	183	219	177	181	26	4,648	2.5
Zacatecas	621	51	55	38	37	33	32	25	32	21	28	5	978	0.5
Extranjeros	325	4	6	8	6	7	5	1	2	2	2	1	369	0.2
No especificado	67	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	68	0.0
TOTAL	122,651	7,916	7,470	7,082	7,239	6,229	6,426	6,396	5,707	5,776	5,680	844	189,418	100.0

* Información preliminar al 31 de marzo de 2017.
Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.
Procesó: Dirección General de Epidemiología/SS.

Datos reportados por Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yépes, Abad-Franch y Aguilar (2001) indican que existe una diferencia relacionada con los contagios de acuerdo a la orientación sexual, donde, el 43% de los infectados son heterosexuales, el 27.4% homosexuales y el 17% bisexuales; el 82.1% son hombres; siendo la transmisión mayor en el grupo de personas de entre 20 a 39 años 79% y siendo el 6% de los casos nuevos en adolescentes.

En el año 2009 México ocupó el segundo lugar mundial respecto al número total de infecciones por VIH con una cifra de 220,000 personas. (CENSIDA, 2010 citado en Del castillo, Mayorga, Guzmán, Escorza, Gutiérrez, Hernández y Juárez, 2012). Para el primer trimestre del 2016 en México se reportó que el 99.2% de los casos notificados de SIDA fueron adquiridos vía sexual, el 0.6% fue adquirido por el uso de drogas inyectadas y el 0.2% fue por vía perinatal; en este mismo año también se notificó que 142 personas (130 hombres y 12 mujeres) con un rango de edad de 15 a 24 años de edad se infectaron de VIH (CENSIDA, 2016).

En lo que respecta a la incidencia de transmisión vertical, es decir el contagio del VIH/SIDA de la madre al bebé ya sea antes, durante o después del parto, datos del CENSIDA (2016) reflejan que fue de 0.04 y 0.03 casos nuevos por cada mil nacidos vivos, en 2014 y 2015, respectivamente. Debido a la tendencia observada hasta septiembre 2016 y con el objeto de cumplir con la meta programada en el PROSESA (2016: máximo 65 casos nuevos); se tuvo como objetivo reforzar las medidas de prevención perinatal, con énfasis en los estados que presentan el mayor número de casos como Oaxaca, Chiapas Jalisco, México, Puebla; Campeche; Coahuila, Guerrero y Michoacán (CENSIDA 2016).

De acuerdo con la tipología de Onusida, México tiene una epidemia concentrada, con prevalencias más elevadas en las poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (17.3%); personas que se inyectan

drogas (5.8%); mujeres trabajadoras sexuales (0.7%) y hombres trabajadores sexuales (24.1%); mujeres transgénero (15-20%), (CENSIDA, 2017).

También es importante mencionar que al corte del 1° de enero de 2017 hubo 82 mil 960 personas con VIH en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud registradas en la plataforma SALVAR, de las cuales 66376 tenían entre 20 y 49 años de edad (CENSIDA, 2017).

No obstante, en México el tratamiento antirretroviral es de acceso universal y gratuito desde 2003, y su inicio debe de ser lo más pronto posible debido a que, normaliza la supervivencia de las personas con VIH y disminuye el riesgo de transmisión del virus en 96%, por lo que es parte fundamental de la respuesta rápida para acabar con el sida. (CENSIDA 2016).

En México cada día adquieren VIH 30 personas y una de cada tres personas con VIH desconoce que lo ha adquirido (CENSIDA 2016).

No hay que dejar de lado que las condiciones estructurales de desigualdad social propician una mayor vulnerabilidad en las mujeres, la cual también es de tipo biológico, epidemiológico, social y cultural. A nivel biológico, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, ya que durante el coito vaginal el área superficial del aparato genital femenino expuesta a las secreciones sexuales del compañero es más grande que la del hombre. Además, la concentración de VIH generalmente es más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer (CENSIDA 2016).

1.6.18. El SIDA en las áreas rurales de México

Ponce, Muñoz y Stival (2017) mencionan que, en algunas comunidades indígenas de Honduras y Panamá, la prevalencia del VIH/SIDA es seis veces más alta que en la población en general. Además, advierten que la epidemia se

ha ido incrementando notablemente en los pueblos originarios de Guatemala, Honduras, Colombia, Venezuela, Chile, Panamá, México, Ecuador, Perú, Bolivia y en las diferentes fronteras brasileñas.

Los primeros casos de VIH/SIDA en áreas rurales se dieron en 1986 en: Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa y Veracruz, tres de esos casos tenían como antecedente visitas a los Estados Unidos (AFLUENTES, 2000). Actualmente estos datos han cambiado, y solo en Guerrero siguen en constante incremento los casos nuevos diagnosticados por VIH/SIDA, sin embargo, se ha duplicado la cantidad de estados donde se siguen incrementando casos nuevos. A continuación, en la tabla 2.1 se señalan los estados con mayor índice de casos nuevos por VIH/SIDA (CENSIDA, 2017).

Tabla 2.1 Información de Vigilancia Epidemiológica para Tabla de Resumen al Primer Trimestre de 2017.

Tabla 2.1 Tasa de incidencia de VIH en México

Estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida en 2017. Tasa por 100,000 habitantes.	Sida: Campeche: 3.3 Colima: 2.3 Guerrero: 2.2 Morelos: 2.0 Nayarit: 2.0
	VIH: Campeche: 4.6 Yucatán: 2.9 Puebla: 1.6 San Luis Potosí: 1.6 Oaxaca: 1.5

Como podemos observar la tabla 2.1 muestra datos parciales del incremento del VIH en México, sin embargo, de manera precisa en el primer trimestre del 2017 CENSIDA reporta 189418 casos notificados desde el año 1983 a la fecha.

El documento elaborado por AFLUENTES en el 2000 se menciona que de los 33 mil 632 casos reportados en diciembre de 1997, alrededor de 2 mil 230 casos correspondían al medio rural, y la vía de transmisión sexual en hombres residentes de zonas rurales era de cerca del 50% en hombres que

tienen sexo con otros hombres, un 36.1% en hombres que tienen relaciones heterosexuales y sólo un 6.7% por transmisión sanguínea. En el caso de las mujeres no existen diferencias entre los casos rurales y urbanos (AFLUENTES, 2000).

Algunos estados rurales en los cuales se concentra un mayor número de casos de SIDA de acuerdo con la Dirección General de Epidemiología (2012) son Veracruz, Jalisco, Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Puebla.

Como se puede ver, México y sus áreas rurales son focos rojos de VIH/SIDA, un ejemplo de ello es la población indígena en Sonora ya que es ocho veces mayor que la estatal. La prevalencia de VIH en la población local, sin antecedentes migratorios es de 0.5%, mientras que para la población migrante es del 2% bajo condiciones de vulnerabilidad y migración. Esto es cuatro veces mayor en comparación con la población del estado de Sonora (Ponce, Muñoz y Stival, 2017).

Otro factor que contribuye a la prevalencia del VIH/SIDA en estas poblaciones, es el escaso alcance del Tratamiento Antirretroviral (TAR) en las zonas más alejadas de la urbanización; Ponce, Muñoz y Stival en el 2017 reportaron que el TAR, las pruebas CD4 y carga viral fueron ofrecidos únicamente en San Cristóbal de la Casas en Tuxtla Gutiérrez (Chiapas, México), esto representa dificultades para llegar a los usuarios residentes de comunidades alejadas, como es el caso de la selva Lacandona, que se encuentran a diez o doce horas de distancia, pues de los 122 pacientes dados de alta en 2012, en el “Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales”, 32 personas abandonaron el tratamiento antirretroviral, las cuales en su mayoría eran indígenas. Esto corresponde con el 43% del total de pacientes indígenas registrados en dicho programa. Por lo tanto, cuestiones como la marginalidad de algunas comunidades obstaculizan el proceso de intervención para el control del VIH/SIDA.

Datos recogidos por CENSIDA en el 2017 reportaron que en Puebla desde 1983 hasta el 2017 se notificaron 8 381 casos de SIDA (6571 hombres y 1810 mujeres), representando el 4.4% de la población total en ese estado. Cabe mencionar que según CENSIDA Puebla fue el tercer estado con más casos nuevos diagnosticados de VIH en el 2017.

Nava, Onofre y Báez (2017) reportaron que una comunidad de 386 mujeres indígenas del sur de Puebla mencionaron que el 28% de ellas ha presentado violencia sexual, en la cual su pareja las ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales, igualmente, le ha exigido y ha usado la fuerza para tener relaciones sexuales. Sobre su conducta sexual, el 84% reportó tener una pareja sexual estable con la cual el 57% nunca ha utilizado condón, el 30% a veces, el 8% con frecuencia y solo el 5% reportaron utilizarlo siempre. El 16% de las mujeres indicaron tener parejas ocasionales con las cuales el 52% nunca usaron condón, el 23% a veces, el 8% con frecuencia y solo el 17% siempre usó condón.

Según Zapata, González y Rangel (2014) alrededor de 95% de las personas afectadas por VIH/SIDA viven en países en vías de desarrollo, por lo que se le ha llegado a clasificar como una enfermedad de la pobreza. Además, la epidemia se ha concentrado en las áreas marginales de las grandes ciudades y en forma creciente en zonas rurales.

1.6.19. Definición y explicación

El término SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su agente causal es el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y ataca al sistema inmunológico (García, 2001 en Castañeda, 2014), es importante mencionar que esta infección la puede contraer cualquier persona sin importar raza, sexo, religión o edad. Este virus es un microorganismo infeccioso que se encuentra en los fluidos corporales como la sangre, el semen, el líquido preeyaculatorio,

los fluidos vaginales y la leche materna de una persona infectada (AFLUENTES, 2000).

De manera más específica el VIH es un lentivirus de la familia Retroviridae, cuya característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental. (DGE, 2012).

La infección por VIH se presenta en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, la fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos. Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un periodo que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, la persona seropositiva queda expuesta a diversas enfermedades oportunistas desarrollando la etapa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (DGE, 2012).

A continuación, se describirán las fases del VIH-SIDA de manera detallada a partir de los hallazgos obtenidos por la Dirección General de Epidemiología de México (DGE, 2012):

Fase aguda: El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después. Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los

anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

Fase crónica: La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre. La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4 que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA. La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral.

1.6.20. Síntomas

Cuando una persona se infecta de VIH puede que no muestre síntomas en primera instancia, sin embargo, en algún punto de la enfermedad estos síntomas empezarán a manifestarse; de manera general Bárcenas y Tenorio (2012) mencionan tanto para hombres como para mujeres los siguientes síntomas:

Fiebre alta, la cual parece durar unos días e incluso prolongarse un mes, sin existir previamente otros síntomas o el diagnóstico de otra enfermedad.

Periodos de excesiva sudoración alternados con escalofríos, sensación de fatiga por periodos de largo tiempo.

Anorexia o pérdida de peso, especialmente la pérdida del más del 10% del peso corporal.

Dolor muscular y articular en diferentes partes del cuerpo.

Inflamación de los ganglios linfáticos sin causa aparente.

Diarrea que se puede extender a periodos de más de un mes.

Castañeda (2014) y la DGE (2012) mencionan de manera específica los síntomas que se pueden presentar según la fase en que se encuentre el portador de VIH/SIDA:

En lo que respecta a la fase primaria o aguda mencionan que un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección esta fase, sin embargo, el cuadro de la infección aguda se compone por fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas, vómito, fatiga, dolor de cabeza, dolor de garganta, erupción cutánea grave, pérdida de apetito, gripe y faringitis.

Mientras que, en la etapa intermedia, la mayoría de las personas presentan síntomas en el cual se observa mayor frecuencia de infecciones herpéticas, infecciones bacterianas (sinusitis, bronquitis y neumonía) por tuberculosis, candidiasis recurrente (oral y vaginal), pérdida de peso, fiebre, diarrea y aparece sarcoma de Kaposi (tumor mucocutáneo).

Finalmente, en la fase tardía donde se desarrolla el SIDA se presenta un desarrollo de infecciones oportunistas como la neumonía por pneumocystis jiroveci; enfermedades por microbacterias como la tuberculosis; enfermedades por hongos como criptococosis e histoplasmosis, dichas infecciones aprovechan la debilidad del organismo para hacer algunas lesiones, cuando esto sucede se cuenta con un número menor de linfocitos, para ser precisos menos de 200 células/ mm^3 (Flores, Fernández, López, Colín y López, 2011), hay un incremento de la actividad replicativa viral, se manifiestan neoplasias y trastornos neurológicos (Lamotte, 2004; Secretaria de Salud, 2009 citado en Castañeda, 2014).

1.6.21. Vías de transmisión

Es de suma importancia conocer cómo es que se transmite el VIH para poder tomar medidas de seguridad ante él. El VIH se aloja dentro de una célula de defensa viva del ser humano, por lo tanto, no camina, ni vuela, ni puede trasladarse de un lado para otro. Para pasar de una persona a otra, el virus requiere solamente de una vía de entrada al torrente sanguíneo, tal como una herida abierta, una punción venosa o el contacto con mucosas. El VIH fuera de la célula vive muy pocas horas (AFLUENTES, 2000).

Como se mencionó anteriormente el VIH vive en los fluidos del cuerpo humano (sangre, semen, entre otros) y fuera de él sobrevive por unas horas, cuando el virus es contraído por una persona se concentra en algunos fluidos más que en otros y esto hace mayor su transmisión, la mayor concentración está en la sangre, en menor medida en el semen (hombres) o en el flujo vaginal (mujeres), y en mucho menos en la leche materna (Bianco y Re, 2007a; Correa et al., 2003 citado en Castañeda, 2014). Los demás fluidos corporales (lágrimas, transpiración, saliva entre otros) pueden tener el virus, sin embargo, la concentración es tan pequeña que no se logra transmitir a otras personas (Bianco y Re, 2007 en Castañeda, 2014).

A continuación, se detallará cada una de las formas de transmisión del VIH:

Transmisión sexual: (vaginal, oral y anal) El virus se transmite cuando se tienen relaciones sexuales vaginales o anales sin protección (CDMX, 2014), en el cual se intercambien secreciones vaginales, líquido pre eyaculatorio, semen o sangre y sangrado menstrual que estén infectados por el virus. Puede darse el caso que las personas no infectan a otras por la baja presencia del virus en las secreciones (Castañeda, 2014).

Transmisión por vía sanguínea: incluye todo tipo de contacto con la sangre infectada: transfusiones de sangre, trasplante de órganos infectados con VIH, jeringas u objetos punzocortantes que lesionen la piel de una persona infectada a una sana (Castañeda, 2014). Finalmente, puede ocurrir a personal de laboratorio y hospitalario que accidentalmente se pica con agujas o jeringas infectadas, o se lesiona con objetos punzocortantes que hayan estado en contacto con el VIH (CDMX, 2014).

Transmisión de madre-hijo: la madre portadora puede contagiar al feto durante el embarazo a través de la placenta o cordón umbilical (AFLUENTES, 2000), durante el parto por el contacto con sangre o fluidos vaginales o lactancia, cabe mencionar que los avances científicos reducen el riesgo por esta vía (Castañeda, 2014); Flores, Fernández, López, Colín y López (2011) mencionan que una manera sencilla de evitar el contagio es evitando la lactancia materna por mujeres infectadas, sin embargo, a través del tratamiento antirretroviral (TAR) que consiste en combinaciones de fármacos que impiden que el virus complete su ciclo de replicación, con una consiguiente disminución notable de la cantidad de virus en la sangre y una mejora considerable en el estado de las defensas del cuerpo dañadas por el virus puede reducir el riesgo de transmisión, además, si se toma adecuadamente, el tratamiento antirretroviral es eficaz para disminuir el nivel del virus en la sangre (carga viral) hasta un nivel tan bajo que los instrumentos de laboratorio convencionales no alcanzan a medirlo (llamado nivel “indetectable”).

1.6.22. Como no se transmite el VIH

Así como es de vital importancia conocer las vías de transmisión del VIH, también es importante conocer cómo es que no se contagia con el fin de romper mitos y evitar actos de discriminación a las personas portadoras del virus, a continuación, se enlistan las formas en que no se transmiten según la CDMX (2014) Y AFLUENTES (2000):

- Besos, abrazos, caricias o frotamientos.
- Tocar, saludar, hablar o estar cerca de una persona con VIH.
- Compartir platos, vasos, cubiertos o ropa.
- Nadar en la misma alberca o utilizar el mismo sanitario.
- Picaduras de mosquitos.
- Compartir alimentos
- Convivir en la misma área de trabajo
- Emplear un medio de transporte común
- Utilizar teléfonos públicos
- Donar sangre
- Recibir el piquete de un insecto

1.6.23. Población en riesgo de adquirir la infección por VIH

Según Ouéda (2007) la población que se encuentra en mayor riesgo de contraer VIH/SIDA son los niños de la calle, ya que no tienen acceso a información sobre VIH y comienzan su actividad sexual a una edad muy temprana, también son propensos a consumir drogas vía intravenosa; los jóvenes inmigrantes son otro foco rojo ya que dejan a sus parejas en su país de

origen y la distancia y los periodos largos de separación provocan que el inmigrante busque otra compañera sexual, posteriormente regresan a su país de origen y contagian a su pareja original, también este sector cuenta con pocos servicios de salud ya que en la mayoría de los casos son indocumentados; de igual manera se encuentra en riesgo la población joven de origen rural e indígena ya que no cuentan con servicios básicos de salud y educación que prevenga de manera eficaz que les oriente y enseñe métodos seguros de protección contra el virus; más aún se trata de comunidades conservadoras en las que pocas veces se habla de sexo y además existen problemas de equidad de género; también quienes son obligados a contraer matrimonio a edades tempranas pueden contraer VIH ya que en estos casos las mujeres jóvenes son obligadas a contraer matrimonio con hombres mayores quienes ya tienen experiencia sexual amplia, y puede que alguna compañera sexual previa lo haya infectado; además en el caso de las mujeres su aparato reproductor suele ser inmaduro por lo que los tejidos se desgarran con facilidad provocando lesiones por donde puede entrar el virus, finalmente quienes son víctimas de abuso sexual también tienen una elevada probabilidad de infectarse de VIH ya que al ser forzadas en su mayoría no se usa condón.

Además de la población mencionada anteriormente Gayet, Magis, Sacknoff y Guil, (2007) mencionan que los Hombres que tienen sexo con hombres, los hombres y mujeres trabajadores sexuales y camioneros a larga distancia, son la población que se encuentra en mayor riesgo de contraer VIH/SIDA.

Finalmente, la DGE (2012) menciona como personas en riesgo de contraer VIH a:

a) Aquéllos(as) que realizan prácticas sexuales de riesgo:

- Hombres y mujeres que tienen vida sexual activa y que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin condón o barrera mecánica de protección.

- Hombres y mujeres que padecen alguna infección de transmisión sexual y realizan prácticas sexuales sin protección.

b) Compañeros sexuales de:

- Personas con VIH/SIDA.
- Personas que, a su vez, tienen varios compañeros sexuales.
- Transfundidos con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.
- Usuarios de drogas inyectables que comparten agujas o jeringas contaminadas.

c) Aquéllos(as) expuestos(as) a condiciones de riesgo, diversas de la actividad sexual:

- Hijos(as) nacidos(as) de mujeres ya infectadas con VIH/SIDA.
- Personal de salud o personas que atienden a pacientes, que tengan o hayan tenido accidentes con material punzo-cortante (cortaduras o punciones) contaminado con sangre o salpicadura de sangre o secreciones de personas con VIH/SIDA.
- Personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas con sangre, como son las usadas en acupuntura, perforaciones y tatuajes.

1.6.24. ¿Cómo se diagnostica el VIH?

En particular existen dos pruebas que constituyen los pilares fundamentales para el seguimiento clínico de las personas que viven con el virus: la prueba de conteo de linfocitos T CD4+ y la prueba de la carga viral plasmática. La primera es una prueba inmunológica, mientras que la segunda es una prueba clásica de Biología Molecular. La prueba de conteo de linfocitos T CD4+ (conocida

muchas veces en la práctica diaria como CD4s), permite evaluar el estado de las defensas de una persona. Está asociada directamente al grado de avance de la enfermedad por VIH. La prueba de carga viral plasmática de VIH (llamada simplemente “carga viral”) estima la cantidad de virus presente en un volumen dado de sangre de la persona y se relaciona de manera directa con el grado de control del sistema inmune hacia el virus. Estas pruebas, sin embargo, requieren infraestructura de laboratorio y equipo sofisticado, lo cual hace que su disponibilidad no sea generalizada y que muchas veces se precise procesar las muestras en laboratorios centralizados (Flores, Fernández, López, Colín y López, 2011).

Flores, Fernández, López, Colín y López (2011) mencionan que a través de los servicios de la unidad especializada en VIH del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), se brindan servicios de consejería y detección de VIH, cuyo procedimiento es realizar una prueba rápida de detección de VIH, así como la entrega confidencial de los resultados en los quince minutos posteriores a la toma de muestra. En caso de salir reactiva al VIH, se ofrece:

- Consejería
- Prueba confirmatoria
- Conteo de células CD4
- Carga viral

De manera específica en la página de infoSIDA (2017) reportan que por lo general, se necesitan unos 3 meses desde el momento de la infección para producir suficientes anticuerpos a tal punto que puedan detectarse con la prueba de detección de anticuerpos. (Algunas personas pueden tardar hasta 6 meses en producirlos.) El período entre la infección y la manifestación de anticuerpos detectables contra el VIH se llama período silente. Puesto que aún no se pueden detectar anticuerpos, la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH no es útil durante el período silente.

La detección del VIH en la etapa más temprana de infección permite que las personas tomen medidas de inmediato para prevenir la transmisión del virus. Esto es importante porque inmediatamente después de la infección, la concentración del VIH en el cuerpo es muy alta, con lo cual aumenta el riesgo de transmisión del virus. También se puede considerar la posibilidad de comenzar el tratamiento en esta etapa temprana de infección (infoSIDA, 2017).

En resumen, el diagnóstico de infección por el VIH se emite a partir de los resultados positivos de dos pruebas de detección del virus. La primera puede ser una prueba de detección de anticuerpos contra el VIH como la prueba ELISA (hecha con sangre, orina o secreciones de la boca) o una prueba de ARN plasmático del VIH (hecha con sangre). La segunda (hecha siempre con sangre) es un tipo diferente de prueba de detección de anticuerpos llamada Western blot. Los resultados positivos de la prueba Western blot confirman que una persona tiene el VIH. Por lo general, los resultados de la primera prueba de detección de anticuerpos pueden obtenerse al cabo de algunos días. (Los resultados de las pruebas rápidas de detección de anticuerpos contra el VIH pueden obtenerse en una hora). Los resultados de la prueba de ARN plasmático del VIH y de la prueba Western blot se entregan en unos días o semanas.

En la página de internet del CENSIDA se hace mención que una prueba para detectar VIH puede realizarse en el consultorio del médico familiar, en una clínica de salud comunitaria, en algunas Organizaciones no Gubernamentales (bajo costo que va de los \$100 a los \$300), de manera gratuita puede realizarse en el IMSS o ISSSTE (si se es derechohabiente), en los centros de salud, a través de la línea telefónica de Telsida se brinda información de donde se encuentran ubicados los Centros de Atención y Prevención del VIH/SIDA (Capasits) en el área de la CDMX y en cada estado de la república.

1.6.25. Relación entre la transmisión del VIH y otras ITS

Se ha demostrado que la prevalencia de otras ITS es un factor de riesgo para contraer el VIH, en particular la del virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), el cual incrementa considerablemente este riesgo, y cuyos niveles en México alcanzan hasta un 21% en adolescentes sexualmente activos de preparatorias públicas (Campero, Rouvier, Atienzo, y Walker, 2007 citado en Ouéda, 2007).

De igual manera la presencia de alguna ITS como gonorrea o sífilis es un indicador de prácticas de riesgo para adquirir el VIH, además las ITS que presentan inflamación o úlceras facilitan la transmisión del VIH, otro factor que propicia el contraer una ITS es la información distorsionada sobre estos temas, y las actitudes negativas hacia el autocuidado y la prevención favorecen que las personas independientemente de su sexo y condición social estén en mayor riesgo (AFLUENTES, 2000).

1.6.26. Causas

Son múltiples los factores que propician el desarrollo del VIH y de cualquier otra Infección de Transmisión Sexual, estos pueden ser desde psicológicos, sociales entre otros como los que se mencionan a continuación.

A nivel mundial adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas ya sea estables u ocasionales y no usar de manera efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración (Del castillo, Mayorga, Guzmán, Escorza, Gutiérrez, Hernández y Juárez, 2012).

Además, existen un sin número de variables psicológicas asociadas al contagio del VIH/SIDA, entre ellas, la escasa educación en torno a las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en la adolescencia eleva el

riesgo de contagio, ya que es en esta etapa del desarrollo cuando los rasgos del comportamiento sexual y el discernimiento de riesgos están conformándose y se modelan (Barros et al., 2001 en Del castillo, Mayorga, Guzmán, Escorza, Gutiérrez, Hernández y Juárez, 2012). De igual manera los valores, creencias y actitudes machistas, la migración a las grandes ciudades, el bajo nivel educativo y las fuertes carencias económicas son factores que agravan cualquier ITS (AFLUENTES, 2000).

1.6.27. Comportamientos de prevención

En nuestro contexto la epidemia del SIDA sigue aumentando, como se sabe actualmente este virus se transmite principalmente a través de comportamientos instrumentales, los cuales, son intencionales y que pueden evitarse mediante la realización de medidas protectoras. Por eso mismo cobra relevancia el quehacer psicológico ya que el principal logro es cambiar los comportamientos de riesgo que conduzcan a la infección del VIH/SIDA, pues ante la ausencia de una vacuna y de algún medicamento antivírico completamente eficaces la única forma de romper la cadena de transmisión vírica es a través del cambio conductual (Bayés, 1990).

Para evitar la propagación del virus del VIH/SIDA es necesario conocer concretamente los comportamientos que potencializan su difusión, Bayés (1990) reconoce dos tipos de comportamientos de riesgo principalmente:

El primero consiste en la penetración vaginal, anal u oral sin protección entre una persona infectada y otra no infectada.

El segundo implica la utilización de utensilios contagiados para inyectarse algún tipo de sustancia.

A pesar de existir el contagio de madre a hijo esta solo es una consecuencia de los dos comportamientos anteriores.

Para evitar un posible contagio del virus los comportamientos de prevención más eficaces de acuerdo con Bayés (1990) respecto a las prácticas sexuales son:

- a) Castidad absoluta.
- b) Relaciones sexuales estrictamente monógamas con una persona fiel no contagiada.
- c) Prácticas sexuales que no incluyan la penetración (sexo seguro).
- d) Relaciones sexuales con penetración, pero siempre con preservativo y espermicidas adecuados y utilizándolos apropiadamente. En este caso, es conveniente, incluso con preservativo, evitar la penetración anal debido a su mayor posibilidad de accidentes.

Sin embargo, la vía sexual no es el único medio por el cual se puede contagiar el VIH/SIDA, por eso mismo también se proponen algunas medidas de prevención respecto a la drogadicción por vía parenteral (Bayés, 1990):

Abandonar la droga, al menos la inyectada. En este sentido, la sustitución de heroína por metadona administrada oralmente puede ser un camino, por lo menos, en lo que se refiere a eliminar el peligro de contagio de SIDA por esta vía.

Utilizar siempre agujas y jeringas nuevas de un solo uso.

No compartir con nadie los utensilios propios.

Desinfectar cuidadosamente siempre los utensilios que no sean nuevos antes de utilizarlos.

Es importante el trabajo con los colectivos que potencializan la proliferación de casos de VIH/SIDA como es el caso de las prostitutas y los adolescentes promiscuos. El principal objetivo es que las personas dejen de practicar comportamientos de riesgo y adopten sistemáticamente comportamientos de prevención eficaces (Bayés, 1990). Después de todo tal como lo menciona el ex secretario general del Plan Nacional sobre el SIDA del

Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno de España Gerardo Clavero, “el SIDA es, esencialmente, una enfermedad conductual” (Clavero, 1991 citado en Bayés, 1994, p.126)

Bayés y Ribes (1989) proponen algunos puntos clave para que una persona pueda realizar comportamientos preventivos eficaces como:

- Poseer buena información sobre el tema para reconocer comportamientos y situaciones de riesgo, lo cual le permitirá a la persona conocer las consecuencias a corto y largo plazo, tanto de los comportamientos de riesgo y de prevención.
- Reconocer y practicar comportamientos preventivos los cuales permiten a la persona demorar comportamientos de riesgo y que pueda contar con los elementos materiales para llevar la acción preventiva.

La pandemia del SIDA debería suponer un cambio en el contexto del ejercicio sexual por el mismo riesgo de infección de una enfermedad mortal, sin embargo, los altos índices de casos de VIH/SIDA como de las ITS suponen no existir una percepción del riesgo por parte de las personas (García, 2005). Esto mismo hace evidente la planeación de un programa el cual tenga una base teórica sólida para combatir cada uno de los distintos problemas que atañe la salud de los jóvenes, por lo tanto, en el capítulo siguiente se abordarán las distintas teorías que han intentado dar una respuesta a los problemas de salud a través del cambio conductual.

2. MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA SALUD Y CRITERIOS DE NOAR, KIRBY, ROLLERI Y WILSON

2.1. Psicología de la salud

La psicología de la salud es “el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria” (Matarazzo, 1980, p. 815, citado en Rodríguez, 1998). De manera similar Oblitas (2008) menciona que la Psicología de la salud podría ser definida como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (p.10). A partir de las dos concepciones anteriores se puede notar que la psicología de la salud es una rama amplia la cual busca a través de sus diversas acciones el bienestar psicológico de las personas.

Para comprender los objetivos de esta disciplina es de vital importancia conocer qué se entiende por salud. En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “La salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (Oblitas, 2008, p.10), por lo que dentro de la psicología de la salud el principal objetivo es lograr el bienestar o equilibrio del ser humano dentro de esas tres esferas como lo son la biológica, social, y psicológica, mejor conocidas como factores bio-psicosociales; en lo que respecta a la esfera biológica, involucra una serie de padecimientos de orden orgánico, mientras que en la esfera social se involucra

la interacción de la persona con su entorno y con otros individuos y finalmente la esfera psicológica involucra aspectos conductuales, cognitivos y emocionales; la interrelación de estas tres esferas dentro de la definición de salud vuelven la noción de salud un término multifactorial, que se caracteriza por el análisis e incidencia en los factores biológicos, psicológicos y sociales, por eso mismo, en el análisis de la salud cobran importancia los factores personales, sociales y culturales, ya que estos factores juegan un papel relevante dentro del surgimiento, mantenimiento y evolución de la enfermedad, sin embargo, la psicología de la salud se ha dado a la tarea de preservar el bienestar a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con la finalidad de que la población establezca conductas más saludables (Rodríguez, 2002).

Dentro del sector salud para lograr el bienestar de las personas son diversos los especialistas que intervienen, tal es el caso de médicos, enfermeras, psicólogos, dentistas, nutriólogos, trabajadores sociales, entre otros, quienes interactúan unos con otros realizando un trabajo multidisciplinario, logrando así, mejores resultados ya que de esta manera abarcan más áreas de la salud. En lo que respecta a la participación del psicólogo dentro del ámbito de la salud su quehacer principalmente es la realización de programas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; Oblitas (2007) menciona que el psicólogo dentro de este ámbito se dedica a: (a) promoción de estilos de vida saludables, (b) prevención de enfermedades: modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco, aquí se informa a la población sobre las consecuencias que tendrá en su salud a largo plazo), y (c) tratamiento de enfermedades específicas (como es el caso de adherencia al tratamiento médico o casos de ansiedad, depresión entre otros) .

Además, el psicólogo tiene la labor de educar a los pacientes en diversas problemáticas específicas de salud y hábitos de vida; también brinda información sobre la etiología y desarrollo de la enfermedad y el uso correcto

de medicamentos, al igual que la implementación y desarrollo de programas para la prevención de la hospitalización, la preparación de enfermos quirúrgicos, la mejora de la adaptación psicosocial a la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento (Rodríguez, 2002). Se puede notar que dentro del quehacer psicológico en el terreno de la salud además de brindar terapias, también se cumplen diversas funciones para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Es importante reconocer la labor del psicólogo pero también la de los demás especialistas que se encuentran haciendo labores de prevención e intervención en el sector salud ya que Álvarez-Manilla 1989 (citado en Piña, 2004) señala que la atención médica ha cubierto en gran medida la restauración de la salud y en menor grado han existido acciones de prevención de enfermedades, este tipo de acciones han confundido la salud con atención médica, limitando el amplio panorama de la acción sobre la salud. Por eso mismo resulta necesario describir los distintos niveles que existen sobre la prevención dentro del sector salud.

Generalmente dentro del ámbito de la salud se manejan cuatro niveles de prevención de la enfermedad y conductas de riesgo, por lo que la *prevención primaria* hace referencia a toda aquella actividad *tendente a informar* el estado de la situación con el fin de evitar y/o llevar a cabo acciones que reduzcan el posible daño que se avecina, mientras que la actividad *tendente a remediar* la posible amenaza o daño se consideraría como *prevención secundaria*; en lo que respecta a la *prevención terciaria*, ésta se hace cuando la enfermedad está presente en un grado mínimo y tiene como objetivo *prevenir estados más avanzados*, finalmente la *prevención cuaternaria* tiene como objetivo el *prevenir recaídas* de una enfermedad que ha cedido (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

En las últimas décadas dentro del ámbito de la salud se ha señalado como principal logro la prevención de enfermedades, a lo contrario de la

antigua visión del sector salud donde el tratamiento e intervención eran elementos primarios. El prevenir la aparición de alguna enfermedad evita muchos daños a la persona propensa a padecerla, a su familia y/o cuidadores; otra razón por la que es de vital importancia la prevención es que reduce muchos costos económicos en tratamientos, medicamentos y asesorías; al igual que brinda una mejor calidad de vida para el ser humano (Villar, 2011).

Relacionado con lo anterior la psicología de la salud brinda la promoción de estilos de vida saludables a través de la adopción de conductas preventivas, la optimización del diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación, además de atender problemas relacionados con el cuidado del paciente en fase terminal y la muerte; la intervención psicológica se incluye en todos los momentos de la evolución de la enfermedad. No es casual que los psicólogos se interesen cada vez más en intervenciones psicosociales que pretenden cambiar la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tiene a la atención primaria y hospitalaria como escenario. (Libertad, 2003).

Por lo tanto, es importante reconocer que dentro de la psicología de la salud se interrelacionan los aspectos físicos, emocionales y conductuales a nivel individual o social, de ahí la trascendencia de su incidencia en el terreno de la salud, pues, como se recordará la definición de salud emitida por la OMS abarca esas mismas tres dimensiones que se proponen para el cuidado de las personas (Oblitas, 2008).

Esta disciplina se relaciona con aquellos comportamientos que las personas realizan para mantener o mejorar su salud, las cuales se encuentran influidas por factores sociales y ambientales (Barra, 2001). Además, la psicología de la salud se ocupa no solo de la atención o curación de los

enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último, por denominarse Psicología de “la Salud”, no se refiere sólo a la parte positiva del proceso, es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas (Libertad, 2003).

En un intento por conocer las causas por las cuales las personas se involucran o no en ciertas conductas vinculadas con la salud y sobre todo para predecir y controlar tales comportamientos, se formularon algunos modelos de salud los cuales sirvieron como base para los programas de prevención e intervención (Barra, 2001).

2.1.1. Modelos psicológicos de la salud

La salud a lo largo de la historia se ha abordado desde diferentes posturas teóricas, la proliferación de éstas se debe al reconocimiento de sus diferentes dimensiones por parte de cada una de las disciplinas que han intervenido en el mejoramiento, el diagnóstico, la prevención, la investigación, la promoción, entre otros factores de la salud, todo lo anterior tiene como producto final el desarrollo de estrategias, técnicas y tecnología, que permitan a los profesionales de sus respectivas disciplinas guiar el comportamiento humano a un nivel óptimo de bienestar (Pérez, 2001).

Un modelo o teoría, estructura y delimita las dimensiones de algún fenómeno determinado de manera sistemática, interrelacionando cada una de sus variables para especificar cada una de sus relaciones mediante conceptos y definiciones (Cabrera, 2004). La complejidad de los problemas en materia de salud por ejemplo los de salud sexual no solo difieren en la frecuencia de casos de personas con alguna ITS, sino también, en los niveles en que éstas

progresan, por lo tanto, dar respuesta a los diferentes tipos de problemas relacionados con la salud sexual como el VIH/SIDA, las ITS, los embarazos no deseados, sus consecuencias y los comportamientos de riesgo, conllevan a que se realicen análisis específicos de los elementos que forman parte del problema, por eso mismo, han surgido diferentes modelos tratando de describir y explicar cada uno de los factores que mantienen una relación constante en el momento del problema. Otro aspecto importante a tomar en consideración es la teorización sobre la salud sexual, es que no solo aumenta los aspectos metodológicos para su intervención, sino también, beneficia los servicios que se ofrecen sobre salud sexual, pero sobre todo eleva los niveles de la calidad de vida, puesto que ésta se relaciona con la salud en general (Juárez, Palma, Singh y Bankole, 2010).

Por lo tanto, la variabilidad de un fenómeno da lugar a distintos tipos de teorías, pues cada una de sus partes no son estáticas sino más bien son variables que se relacionan de manera dinámica, a continuación, se describirán algunos de los modelos que se han desarrollado a lo largo de la historia y que han retomado diferentes aspectos psicológicos, para desarrollar alternativas en beneficio de la salud.

2.1.2. Modelo de Creencias de Salud (MCS)

El Modelo de creencias de salud (MCS) se desarrolló a partir de la década de los años 50's por especialistas en psicología social que se encontraban en el servicio de salud pública de Estados Unidos, este proyecto fue llevado inicialmente por Hochbaum con la finalidad de realizar mejoras en la salud pública a partir de la detección y prevención de enfermedades. El MCS a lo largo de los años se ha modificado para enfocarse en las respuestas individuales de las personas ante ciertos síntomas de enfermedades o que el paciente cumpla con los tratamientos como recomendaciones médicas (Paéz, Ubillos, Pizarro, y León, 1994; Soto, et. al. 1997).

El MCS de acuerdo con Soto, et. al. (1997) señalan que sus bases teóricas son a partir de la psicología conductual y cognitiva, donde de acuerdo a la teoría conductista el comportamiento se da a partir de las relaciones entre estímulo-respuesta-consecuencias, mientras por el lado de la teoría cognitiva, el comportamiento es el resultado final de varios procesos mentales que se guían a través de las expectativas o hipótesis que estructuran los procesos mentales; así de esta manera el MCS conjuga tales teorías para dar explicación y solución a los problemas de salud y se fundamenta tres premisas:

- La creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración
- La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema
- La creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable

De acuerdo con estas premisas el MCS pretende establecer en el individuo la ocurrencia de determinados patrones de conducta a partir de la información, lo cual de acuerdo a este modelo permitiría comportamientos preventivos y la identificación de factores del ambiente que atenten contra la salud del mismo, sin embargo, tal modelo solo pretende informar a la persona sobre los peligros potenciales a los cuales puede estar expuesto, sin una intervención en el desarrollo de las habilidades conductuales que permitan al individuo a minimizar los riesgos. Aun así, el MCS ha sido fundamental para el desarrollo de investigaciones y programas de prevención e intervención como el auto-examen mamario, prevención de tuberculosis, prevención del SIDA, usos del cinturón de seguridad, vacunaciones, entre otros (Barra, 2001).

En años posteriores se desarrolló la Teoría de la Acción Razonada por Ajzen y Fishbein (1975) como una propuesta para detectar y predecir tendencias conductuales, un modelo detallado a continuación.

2.1.3. Teoría de la Acción Razonada (TAR)

El modelo de la Teoría de la acción razonada (TAR) es una propuesta desarrollada por Ajzen y Fishbein en 1975, para el análisis individual de la conducta, en dicha propuesta el comportamiento se estructura a partir de las actitudes, es decir, un factor personal y de un carácter normativo, éste último referido a la percepción social, que de acuerdo a la evaluación subjetiva por parte del individuo potencializaran o no la intención del comportamiento (Stefani, 1993; Rueda, Fernández y Herrero, 2013).

En la teoría de la acción razonada la actitud de acuerdo con Ajzen y Fishbein (1975) “hace referencia a la predisposición, favorable o desfavorable, hacia el desarrollo de una conducta determinada y es resultado de las creencias que tiene el individuo en relación al comportamiento y la evaluación que éste hace de dicha creencia” (citados en Rueda, Fernández y Herrero, 2013, p. 144) y el carácter normativo o norma subjetiva hace referencia al “...resultado de los sentimientos que tiene el individuo de la opinión que otras personas —familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros— tienen sobre su comportamiento” (Rueda, Fernández y Herrero, 2013, p. 144), mientras la intención será “...la decisión de ejecutar o no una acción particular” (Stefani, 1993, p. 207).

Como se puede observar los comportamientos intencionales de las personas de acuerdo con la teoría de la acción razonada quedan en función de la actitud hacia la conducta (factor de tipo personal) y la norma subjetiva (influencia social), en términos generales, las personas realizarán determinadas conductas cuando su actitud sea positiva ante éstas y cuando crean que otras personas piensan en que deberían de realizarlas (Barra, 2001).

Podemos, por lo tanto, mencionar que de acuerdo con este modelo se pretende predecir y dar una explicación de las tendencias del comportamiento individual a través de las correspondencias entre la actitud y la norma subjetiva para el logro de la conducta meta. Se retoma la historia interactiva del individuo (actitudes y norma subjetiva) para ubicar las posibles contingencias a las cuales ha respondido con anterioridad la persona (eventos u objetos estímulo),

sin embargo, solo se habla de las referencias o descripciones de la persona a través de sus actitudes y su norma subjetiva para predecir su conducta, más no de algún tipo de entrenamiento o actividad lo cual permita mantener la reciprocidad entre los factores de dicho modelo.

Aún con las limitaciones que puedan existir en la teoría de la acción razonada ha mostrado su utilidad para demostrar porque las personas se relacionan con conductas como las de fumar, beber, auto-examen mamario, higiene dental, hacer dieta, usar cinturones de seguridad, hacer ejercicio regularmente, tomar medicamentos, entre otros (Barra, 2001). Tiempo después tratando de ampliar y perfeccionar el TAR el mismo Ajzen (1985) desarrolla el Modelo de la Conducta Planeada.

2.1.4. Modelo de la Conducta Planeada (MCP)

Ajzen (1985) por su parte agregaría una variable más para ampliar la teoría de la acción razonada, desarrollando así el modelo de la conducta planeada (MCP), donde además de tener en consideración la actitud y la norma subjetiva para la realización de un comportamiento, se tiene en cuenta la percepción de control que son todas aquellas habilidades que el individuo cree poseer para realizar una determinada conducta (Carpri, Brevia y Palmero, 2005).

Un individuo entonces de acuerdo al Modelo de Conducta Planeada, toma en cuenta el grado de control percibido sobre su propia conducta, en otras palabras, sus capacidades y/o habilidades, en conjunción en la actitud y en la norma subjetiva las cuales son las creencias que tiene sobre las personas, cosas e instituciones, para evaluar de manera positiva o negativa situaciones para llevar a cabo un comportamiento deseado (Bárcenas y Tenorio, 2012; Huéscar, Rodríguez, Cervello y Moreno, 2014).

El comportamiento evaluado de manera positiva como por ejemplo el uso del condón, permitiría que un individuo muestre mayor intención de usarlo, sus creencias hacia su uso como un método seguro para evitar embarazos, ITS y/o VIH/SIDA, permitirían conseguir la meta, que es el empleo del condón, pero

si la situación es valorada por parte del individuo de manera negativa como una acción compleja y fuera de sus capacidades, el objetivo no se cumple de acuerdo con el MCP (Bárcenas y Tenorio, 2012).

Como podemos ver el MCP comienza a tomar en consideración las habilidades de las personas para realizar determinadas conductas, sin embargo, no hay una formación en particular para adquirir dichos comportamientos, en especial, conductas que permitan transformar las situaciones valoradas como negativas y complejas, sino solo se reduce a la percepción (factor cognitivo) como apoyo para fortalecer ciertas conductas meta, descuidando la parte conductual. Más tarde como se verá a continuación, el modelo de Autoeficacia desarrollado por Bandura (1994) señala aspectos que pueden potencializar las habilidades conductuales.

2.1.5. Modelo de Autoeficacia (MA)

El modelo de Autoeficacia (MA) fue desarrollado por Bandura (1994) en los años 70`s con el fin de explicar el funcionamiento humano en términos de una triada de causa recíproca el cual engloba los siguientes elementos: los determinantes personales (factores cognitivos, efectivos y biológicos), la conducta e influencias ambientales (1999, citado por Díaz-Loving & Robles, 2011); partiendo de su postura cognitiva conductual, este autor desarrolló la noción de autoeficacia que la define como “la creencia en la propia capacidad para realizar un comportamiento determinado” (citado en Díaz y González, 2012, p. 639) la autoeficacia por lo tanto es un mecanismo cognitivo que permite el cambio conductual a través de hacer sentir, pensar y actuar al individuo como competente para realizar dicho cambio (Olivari y Urra, 2007; Díaz y González, 2012), sin embargo, para el desarrollo de la autoeficacia de acuerdo con Bandura (citado en Olivari y Urra, 2007) se regula a partir de tres expectativas:

- a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la

acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refieren a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. (p.10)

La ocurrencia de alguna de las tres expectativas en el individuo permiten la transformación conductual del mismo, puesto que las variables del ambiente como las consecuencias de las respuestas y las creencias, forman parte de los individuos y del análisis en la teoría cognitivo conductual, por lo tanto, tales categorías son pertinentes para incidir en el terreno de la salud, además, de acuerdo con Robles y Moreno (2007) en los tres componentes del MA, existen cuatro variables que influyen sobre ellas, que son la información, la cual busca hacer conscientes a las personas de que pueden enfermar; el desarrollo de habilidades y de autorregulación, que permite la identificación de comportamientos de riesgo y transformar esa información en acciones; el mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia se entiende como el desarrollo máximo de las habilidades sociales y de la autorregulación; por último se considera la red de apoyo que es el contexto social donde se desenvuelve la persona, donde se deben identificar la influencia positiva y negativa de las redes de apoyo para incrementar el nivel del comportamiento saludable.

A pesar de la consideración de la transformación de habilidades conductuales, no existe un entrenamiento para incrementar tales respuestas en el comportamiento, más bien se piensa en la conjugación de la información, junto la identificación de comportamientos de riesgo y aspectos sociales para que estos se transformen, sin dar cabida a la práctica de comportamientos preventivos, pero sobre todo, sin que estos sean motivados para consolidarse en el repertorio conductual y aumentar la frecuencia de su práctica. Por consiguiente, se describe a continuación el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales desarrollado por Fisher J. y Fisher W. (1992) que

intenta dar una propuesta más completa tanto a los aspectos teóricos como metodológicos.

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

El Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB por sus siglas en inglés) fue desarrollado por Fisher J. y Fisher W. (1992), con la intención de identificar objetivamente la información, la motivación y las habilidades conductuales para la promoción de la salud. Tal modelo toma como criterio tres variables para la estructuración del comportamiento preventivo en los individuos: la información, motivación y habilidades comportamentales.

De acuerdo con el IMB, la información es un factor importante para el desarrollo del comportamiento preventivo (en el terreno de la sexualidad, el hecho de estar informado sobre las características de un problema de salud con referencia al campo sexual como por ejemplo los embarazos no deseados, el uso del condón, las ITS, la transmisión del VIH/SIDA, por mencionar algunos) potencializa al individuo a actuar, evitando y previniendo de acuerdo a comportamientos de bajo riesgo las posibles consecuencias que atenten contra su salud. La motivación como segundo aspecto a considerar en el modelo IMB, es un aspecto de total relevancia para el desarrollo de comportamientos preventivos en los individuos, de acuerdo con este modelo una persona motivada puede mantener e iniciar comportamientos de bajo riesgo, a consecuencia de estar informado, puesto que en la motivación se encuentran las creencias, las actitudes, las intenciones, elementos cognitivos moldeables y flexibles que favorecen el desarrollo de comportamientos de prevención. El último elemento considerado en el Modelo IMB las habilidades conductuales, son comportamientos específicos para enfrentar situaciones de riesgo (en relación a la salud sexual, son conductas aprendidas a partir de un entrenamiento previo relacionado con la práctica en comportamientos de bajo riesgo, como por ejemplo la negociación y uso correcto del condón con la pareja) además, las habilidades conductuales también son el resultado del

proceso de la conjugación de las variables anteriores, es decir, de la información como de la motivación, interrelacionándose las tres variables para la ampliación de un repertorio conductual que pueda ayudar al individuo a tener un vida sexual segura (Cantón, Mayor y Sánchez, 1995; Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez, y Barroso, 2012).

Este modelo pretende una relación recíproca entre las variables consideradas (información, motivación y habilidades conductuales) ya que, al trabajar con cada una de ellas permite en gran medida la estructuración de comportamientos preventivos específicos, pues cada variable se encuentra influyendo la una a la otra, lo cual predispone a actuar al individuo con cautela ante circunstancias de peligro.

Si bien es cierto, para llevar a cabo cualquier tipo de intervención en las áreas de la salud es imprescindible contar con un modelo teórico el cual sea la base para guiar y sustentar tales proyectos, también, resulta necesario darles un sustento más sólido considerando factores que van más allá de las variables establecidas por los modelos de salud, esto con la finalidad de desarrollar proyectos o programas más efectivos y funcionales, lo cual el tema siguiente.

2.2. Características de un programa efectivo de acuerdo a los criterios de Kirby, Roller, Wilson y Noar

La salud reproductiva adecuada es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, ésta entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, concepto que tiene que ser entendido como tal, de una forma amplia y abierta; sin prejuicios o tabúes, (Salazar, Álvarez, Solano, Lázaro, Arrollo, Araujo, Luna y Echazu , 2004 citado en Salazar, Álvarez, Solano, Lázaro, Arrollo, Araujo, Luna y Echazu, 2007).

Sin embargo Krauskopf (2006 citado en Salazar, Álvarez, Solano, Lázaro, Arrollo, Araujo, Luna y Echazu, 2007), menciona que datos mundiales indican que más de la mitad de los adolescentes empiezan sus relaciones sexuales antes de los 16 años, de la misma forma cada 5 minutos se produce un suicidio inherente a su salud sexual y reproductiva, y para completar el perfil se reportan altos índices de mortalidad materna y abortos, lo cual nos hace pensar que la población adolescente no tiene la educación sexual adecuada ni tiene a su disposición los diferentes métodos anticonceptivos para tener una salud sexual óptima.

Se sabe que la salud sexual está ligada a múltiples factores, como la escolaridad, los conocimientos, las creencias, la educación, el contexto, entre otros factores, por lo que se han realizado una gran cantidad de estudios sobre este tema, mayoritariamente en adolescentes y jóvenes ya que son la población más vulnerable a sufrir problemas de salud sexual principalmente ITS y embarazos no deseados (Peña, Vera, Barrera y García, 2009; Quispe y Quispe, 2003).

Por eso surge la necesidad del desarrollo de programas con visión a largo plazo para lograr un impacto en la población adolescente en cuanto a sus conocimientos y actitudes sobre temas de sexualidad (García y Ameike, 1999).

Kirby, Roller y Wilson (2007) al igual que Noar (2007) se han dedicado al estudio y evaluación de diversos programas de intervención de salud sexual en adolescentes, con el objetivo de brindar herramientas que faciliten el diseño y la implementación de dichos programas.

Kirby, Roller y Wilson (2007) elaboraron la herramienta de valoración de las Características de los Programas Efectivos de Educación Sexual y para la prevención del VIH y las ITS (CAPEES), en esta herramienta adoptan una perspectiva pedagógica didáctica integral con el fin de evitar y/o disminuir la pandemia del VIH-SIDA, el aumento de las infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes, la permanencia de altas tasas de embarazo adolescente y, la persistencia de mitos y tabúes en torno de la sexualidad. Esta propuesta surge

de la revisión de un gran número de programas educativos de sexualidad, a partir de ellos se identificaron 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. Estos autores han demostrado que sólo cuando los estudiantes 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.

A partir del empleo de la CAPEES se puede diseñar, seleccionar, evaluar, adaptar, desarrollar e instrumentar programas efectivos en la prevención del embarazo adolescente y de las infecciones de transmisión sexual. Kirby, Rolleri y Wilson (2007) encontraron que el *desarrollo del programa*, el *contenido del programa* y la *instrumentación del programa* influyen directamente sobre los programas efectivos, a su vez identificaron 17 características para evaluar la eficacia de un programa en cada una de las etapas mencionadas.

En la etapa para el ***proceso de desarrollo del programa*** se debe:

1. *Involucrar una multiplicidad de personas con diferentes enfoques teóricos, de investigación y de conocimientos sobre sexualidad y VIH E ITS en el diseño del programa*: es de vital importancia contar con profesionales que tengan experiencia con teorías del comportamiento, conducta sexual adolescente y factores de riesgo para tener una apropiada conceptualización, valoración y redacción del programa.
2. *Valoración de las necesidades y cualidades del grupo a quien va dirigido*: es de suma importancia tomar en cuenta las características de la población a la cual se dirigirá el programa, así mismo debe contarse con información concreta sobre las conductas a modificar.

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:* la utilización de un marco lógico permitirá identificar los factores de riesgo y protectores que afectan el comportamiento, a partir de ello será posible establecer relaciones entre las metas de salud, las conductas que afectan directamente esas metas, los determinantes de las conductas y las intervenciones y actividades que podrían modificarlas.
4. *Diseño de actividades compatibles con los valores comunitarios y los recursos disponibles (humanos y materiales):* deben tomarse en cuenta los valores de la comunidad (creencias y opiniones), al igual que los recursos disponibles por parte de los implementadores del programa (económicos, equipo, conocimientos), esto con el fin de lograr una instrumentación óptima del programa.
5. *Prueba piloto del programa:* da como oportunidad afinar el programa y descubrir que cambios son importantes y necesarios con el propósito de hacer ajustes antes de la instrumentación formal.

En lo que respecta a la etapa del **contenido del programa:**

6. *Proposición de metas de salud claras:* involucra tener metas claras y precisas para garantizar el éxito del programa, así mismo es de gran importancia que estas metas transmitan un mensaje claro hacia la población con la que se está trabajando.
7. *Focalización exhaustiva en conductas específicas que conducen a las metas:* Al seleccionarse una meta de salud, deberán identificarse conductas específicas que conducirán a dicha meta.
8. *Dirección a los múltiples factores psicosociales de riesgo y protección*

que afectan los comportamientos sexuales (conocimientos, actitudes, valores, riesgos percibidos, normas percibidas y auto eficacia): deben identificarse y focalizarse tanto factores de riesgo como factores protectores psicosociales específicos.

9. *Creación de un ambiente social seguro para la participación de la juventud:* El crear un ambiente social seguro permitirá una mayor participación de manera abierta y responsable por parte de los asistentes, para lograrlo es muy importante establecer reglas de participación, dar retroalimentación positiva durante todo el programa y dedicar un buen tiempo a las presentaciones.

10. *Inclusión de múltiples actividades para cambiar cada uno de los factores de riesgo y protectores percibidos:* es muy importante realizar múltiples actividades de acuerdo a las temáticas a abordar con el fin de lograr un impacto y un cambio tanto en los factores de riesgo como en los factores protectores.

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:* para que el programa sea efectivo es muy importante utilizar actividades de aprendizaje y métodos de instrucción atractivos e interactivos para la población con la que se esté trabajando puesto que de ello dependerá que los jóvenes apliquen el aprendizaje a su vida cotidiana.

12. *Empleo de actividades y métodos didácticos y mensajes conductuales apropiados a la cultura de la juventud y a su etapa de desarrollo y experiencia sexual:* Todo programa debe tomar en cuenta las características de la población a la que ira dirigido, pues debe adaptarse a su cultura, edad, valores, creencias, entre otros.

13. *Presentación de los temas en una secuencia lógica:* La forma en que se organicen y se presenten las actividades potenciarán el éxito del programa, es decir deberán guardar una secuencia lógica interna que guíe a los participantes de lo más sencillo a lo más complejo.

Finalmente, en la última etapa ***la instrumentación del programa:***

14. *Apoyo de las autoridades apropiadas (ministerios de salud, autoridades municipales o distritales u organizaciones comunitarias):* es importante contar con el apoyo de algunos sectores que se vean involucrados con el programa, puesto que podrían colaborar con la instrumentación del programa, además de que pueden garantizar su éxito a largo plazo.

15. *Selecciona a docentes con las características deseadas (capacitándolos cuando es necesario). Proporciona monitoreo, supervisión y apoyo:* el programa debe contar con personal que sepa relacionarse con personas jóvenes y estén capacitadas en salud sexual.

16. *Considerar actividades para reclutar y retener a los jóvenes, así como para superar barreras para su participación:* si no se cuenta con público cautivo es necesario realizar actividades para atraer a participantes dentro del programa, en algunas ocasiones se brindan estímulos que motivan a los participantes tales como condiciones apropiadas para el programa, transporte gratuito, entre otros.

17. *Instrumentación de las actividades fielmente según el programa:* debe de implementarse el programa de acuerdo a como fue diseñado, realizando todas las actividades que se plantearon y respetando el ámbito en el que se propuso.

Por su parte Noar (2007) plantea una serie de criterios tanto para elaborar, evaluar o escoger un programa efectivo que se ajuste a los intereses del investigador, dentro de ellos destacan:

- Cada teoría tiene puntos fuertes y débiles: para implementar de manera efectiva una intervención es vital involucrar una teoría o modelo que se ajuste a las variables de interés dentro del contexto y población a trabajar.
- Apoyo de la literatura: Hay que considerar como viables las teorías que tienen mayor sustento teórico.
- Características de la población y la intervención: analizar de manera cuidadosa los objetivos de la intervención y como se lograrán, cuidando la coherencia entre las características de la población y los objetivos de la intervención.
- Combinación de teorías: Deben ser teorías que se complementen en casos particulares puesto que el objetivo de la combinación es proporcionar más elementos para lograr una mayor eficacia en la intervención.
- Diseño lógico: planear un diseño metódico donde el programa de intervención sea evaluado y analizado.

Algunas otras consideraciones no menos importantes realizadas por García y Ameike (1999) para lograr una correcta evaluación y lograr un mayor impacto en los programas de salud sexual y reproductiva para/con los adolescentes son la correspondencia entre la formulación, implementación y evaluación de los proyectos. Ya que a veces las estrategias no encuentran relación con los objetivos, además, no se incorporan características socioculturales, aspectos relativos al género, así como actividades de seguimiento y evaluación, todos estos factores se encuentran relacionados con la formulación de los proyectos. En cuanto a la implementación no hay suficiente apoyo de datos estadísticos y participación adolescente, así como de los padres y representantes de las comunidades. Con respecto a la evaluación pocos son los programas que han mostrado los cambios logrados y los niveles de utilización de servicios, factores imprescindibles en comparación de

proyectos donde no se realizan mediciones de cobertura alcanzada, evaluaciones de resultado y de impacto. La evaluación es una parte integral del diseño el cual su propósito es identificar la importancia, fortalezas, debilidades de sus componentes y el impacto de la intervención sobre los grupos a los que están destinados.

Para tener más claro los objetivos dentro de los programas encaminados a la salud sexual es necesario considerar las necesidades de quienes serán los usuarios, esto permite mayor precisión de las necesidades reales de la población, por lo tanto, el nivel de información con el que actuarán los programas/proyectos será un nivel local más que un nivel nacional. El proceso debe ser desarrollado de esta manera por las particularidades con las que se relacionan en su entorno como pueden ser los amigos, los medios de comunicación, los grupos comunitarios como la iglesia, entre otros (García y Ameike, 1999; Kirby, Rolleri y Wilson, 2007; Noar 2007).

Por eso mismo creemos necesario a continuación hablar cabalmente sobre la educación sexual en los ámbitos urbanos y rurales de nuestro país, esto con la intención de dilucidar el problema con referencia a la problemática de la salud sexual con los adolescentes.

3. EDUCACIÓN Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

3.1 Historia de la educación en México

La educación sexual no siempre se consideró como algo relevante o necesario para su enseñanza en la educación en general, más bien, su importancia fue trascendiendo de acuerdo al contexto, las prácticas y las demandas sociales, por eso mismo, para entender su inclusión en la educación es necesario un recorrido histórico de la conformación de la misma educación en México.

Como podremos saber la educación puede ser referida de diversas formas por tener una relación directa tanto con el conocimiento como con las diversas instituciones sociales que lo promueven, siendo la escuela la principal institución comprometida y responsable de producir, regular, sancionar y ejercitar o practicar los distintos tipos de conocimientos (Ribes, 2013). La noción de educación puede considerarse como un concepto histórico y dinámico, histórico por la variedad de concepciones surgidas de diversos teóricos a través de la historia (Rousseau, Montessori, Dewey, Piaget, entre otros.), los cuales innovaron las prácticas de la educación desarrollando distintos tipos de recursos pedagógicos para hacer perdurar el conocimiento; dinámico por el hecho de ser formulada y reformulada la idea de lo qué es la educación, dada la infinita complejidad social. Pero para comprender lo qué es la educación en México es necesario una revisión de los distintos escenarios en el cual se desarrolla la educación en el país, pues la variabilidad sobre los aspectos que la conforman encuentran su marco de referencia en las prácticas sociales, las condiciones económicas, psicológicas y políticas (Martínez, 2010).

En México la educación se le puede rastrear desde la época prehispánica, esto se sabe por medio de las obras escritas en el siglo XVI por los frailes evangelizadores y por los indígenas que colaboraban con ellos o que relataban sus propias crónicas. La educación en esta época se caracterizaba por la distinción que hacían entre la clase social y género, pues para los hijos de los macehualtin o plebeyos la institución encargada de su educación era el

telpochcalli (casa de los jóvenes) relacionada con el entrenamiento militar, para los hijos de los nobles la institución encargada de su enseñanza era el calmécac (en la línea de la casa o en el linaje de la casa) donde los preparaban para desempeñar cargos altos en el gobierno y en el sacerdocio, mientras que la institución encargada de la educación de las mujeres era el ichpuchcalli (casa de doncellas) algo parecido al calmecac ya que ahí era donde preparaban a las jóvenes para ser sacerdotisas, sin embargo, algunas otras jóvenes eran llevadas al ompa teopan o capulco (allá al templo o casa comunal) donde se ocupaban de barrer, encender el fuego y hacer ofrendas (Escalante, Gonzalvo, Tanck, Staples, Loyo, Greaves, Zoraida, 2010)

Durante la conquista española se eliminaron muchas de las prácticas culturales siendo afectada principalmente la educación de los indígenas. Durante este periodo se llevó a cabo un proceso de aculturación donde principalmente se intentaba erradicar todas las costumbres y creencias de las civilizaciones mesoamericanas, como principal tarea de la conquista española fue la de educar a los indios a través de la religión cristiana. Hernán Cortés fue uno de los primeros en intentar persuadir a los indios sobre la religión, pero no fue hasta la llegada de los doce primeros frailes franciscanos en 1524 cuando tuvo mayor repercusión la religión cristiana en los pueblos recién conquistados. Los frailes se encargaban de impartir clases de catecismo a los niños y niñas indios los reunían en el atrio de cada convento durante la mañana, también, había jóvenes en los pueblos con una educación más esmerada, está era impartida en el interior de los conventos con acceso a sus libros donde aprendían cantos, a leer, escribir y algunas nociones elementales del latín (Escalante, Gonzalvo, Tanck, Staples, Loyo, Greaves, Zoraida, 2010)

No es hasta después de la independencia de México que la educación sufre nuevos cambios. En 1857 es cuando se habla por primera vez sobre educación en la política, nace como un conjunto de derechos del hombre que fundan la república, en este texto de 1857 entre todo el conjunto de derechos, se expresa la libertad de enseñanza en el Art. 3°, esto sucede como una

expresión del liberalismo (corriente ideológica contraria a los conservadores) reinante de ese momento, una declaración donde mencionaba la obligación del estado de impulsar la educación, así es como se comenzaban abrir las puertas para promover la educación en México. Aunque también, cabe aclarar que en ese tiempo se buscaba romper con el monopolio de las instituciones eclesíásticas que en ese momento contaban con gran poder político y económico, por lo tanto, era necesario romper con el esquema educativo planteado y heredado de la conquista para desplazar a la iglesia, además, la educación era escasa y de cuestionable nivel pues menos del 10% de la población sabía leer y escribir, el mismo Benito Juárez mencionaba lo limitada que era la educación “leer, escribir y aprender de memoria el Catecismo del Padre Ripalda era lo que entonces formaba el ramo de instrucción primaria” (UNAM, 1981, citado en Aboites, 2012, p.366).

Durante el siglo XIX México atravesó por varias etapas difíciles como monarquías, golpes de estado, invasiones y dictaduras, los cuales impedían un equilibrio social y político para el país. No fue hasta casi un siglo después cuando existieron cambios radicales en la educación esto gracias a la revolución mexicana realizada por grupos de campesinos, rancheros e indígenas que en su mayoría eran analfabetas. En 1917 se modificó el artículo concebido por los liberales guardando sus aspectos generales como el papel central del gobierno como inspector de las escuelas particulares y de gobiernos locales, incorporando por primera vez la idea de una enseñanza básica laica y gratuita, sin embargo, aún no se señalaba la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la educación para todos (Aboites, 2012).

En 1921 se crea la Secretaría de Educación Pública (SEP) con lo cual el Estado retoma la conducción y orientación nacional de la educación con José Vasconcelos como secretario de educación, con ello se comienza a promover la educación en todo el país. Entre 1921 y 1940 los estados de la república cedieron al gobierno parte o la totalidad de sus sistemas educativos, proceso denominado como federalización lo cual terminó en la centralización del

sistema educativo, (Zorrilla y Barba 2008). En 1934 surge la corriente llamada educación socialista la cual busca tener una sociedad igualitaria. De 1959 a 1970 se instrumentó en el gobierno de Adolfo López Mateos el primer plan nacional de educación llamado "Plan de Once años" donde se obtuvo un crecimiento sostenido del gasto educativo y la expansión de la educación primaria, además, de la proporción de textos gratuitos; durante los años 50s a los 70s la política educativa cambio en cuanto a sus objetivos, pues paso de hacer crecer la educación a buscar elevar la calidad educativa. En el gobierno de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976) se crearon algunas escuelas de media superior y superior tanto públicas como privadas, se autorizó la ley Federal de Educación y se crea el INEA y el CONACYT. Para 1978 se comienzan con las políticas educativas para la desconcentración de la SEP, estas políticas se planteaban en términos de reorganización a nivel administrativo para acabar con la hegemonía del centralismo, con esto se establecieron Delegaciones Generales Estatales con el objetivo de operar y coordinar los servicios educativos en las regiones estatales. Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se reforma el artículo tercero de la constitución. Para 1992 se aprueba el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (ANMEB) en el cual se manifiesta que se otorgará a la educación una mayor prioridad del gasto público. De 1994 al año 2000 se dio continuidad a las políticas del ANMEB destacando que la educación básica (primaria y secundaria) era de 9 años, una característica relevante de este periodo fue la reforma curricular en primaria propiciando la renovación de libros de texto gratuito mejorando su calidad (Gómez, 2017).

Para el sexenio del 2000 al 2006 se elabora un documento llamado bases para el programa sectorial de educación donde se intenta guardar un equilibrio entre continuidad y cambio, reconociendo los logros de las políticas anteriores y la complejidad de realizar cambios drásticos en el sistema educativo. Para el 2007 al 2012 el programa sectorial de educación se plantea como objetivos incrementar la calidad de educación, reducir las desigualdades sociales, fomentar la competencia y aprovechamiento de las tecnologías. El

programa sectorial de educación 2013-2018 se mantiene con el objetivo de incrementar la calidad educativa, pero con equidad de género basado en el artículo tercero y en la reforma educativa que modificó la ley general de educación, cabe mencionar que la calidad educativa también es retomada en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 al incluirla como una de sus metas nacionales, además, se hace hincapié en el derecho a la educación que todo mexicano debería tener acceso (Gómez, 2017).

La educación de los medios urbanos creció de manera considerable ya que han sido las escuelas de esas zonas las principales en sentir los cambios en su estructura llevadas desde las políticas, no obstante, la educación rural tuvo que ser concebida de manera distinta para ser implementada, tal como lo veremos a continuación.

3.1.1 Historia de la educación Rural

Durante el porfirismo la educación avanzó de manera lenta, sobre todo en las áreas rurales, esto ocurrió como consecuencia de un desarrollo material y económico donde se benefició a minorías, lo que también fue el causante de la desigualdad, la ignorancia y pobreza en la mayoría de la población del país en ese tiempo (Cituk 2010; Rangel, 2006). La educación durante el porfirismo atendía básicamente al medio urbano sin que esto significara que la cubriera en su totalidad. La educación obrera y campesina se encontraba relegada al no contar con una estructura educativa, lo cual limitaba en gran medida el acceso a la educación considerando que para 1910 había alrededor de 15 millones de habitantes y 641 escuelas públicas (Cituk, 2010).

Si bien es cierto que con la independencia se iniciaron con algunas nociones sobre el valor de la tarea educativa, con la revolución de 1910 se comenzaron con las prácticas del derecho a la enseñanza y la capacitación como una empresa para poner la escuela al alcance de las minorías. Al principio del siglo XX México era un país esencialmente en su mayoría rural, apenas acabada la revolución se comenzó con la tarea de llevar la educación a

las montañas, valles, el campo, a los pueblos pequeños y distantes, esto ocurre gracias a la creación de la SEP con José Vasconcelos como titular de la dependencia, quien también fuera el encargado de planificar y estructurar la educación en nuestro país junto con la colaboración de los maestros Moisés Saenz, Rafael Ramirez y Narciso Bassols (Cituk, 2010; Rangel, 2006).

Las aportaciones del profesor Moises Saenz para la educación fueron el darle las bases para la integración social y cultural, además, de impulsar la metodología de John Dewey (quien más tarde viajaría a México y quedara sorprendido de la educación rural) escuela de acción, donde, el niño funge como principal actor de su educación (Cituk, 2010).

Las escuelas urbanas en los años 20s respondían a sus propios programas, metodologías, actividades escolares y hasta en la misma formación profesional, caso contrario para las escuelas rurales, las cuales tenían que adaptarse a las características donde se establecieran, por ejemplo, en el medio rural nunca habían contado con escuelas y maestros, los habitantes de aquellos medios se encontraban aislados en las montañas o en los llanos e inclusive por su misma lengua si se trataba de comunidades indígenas, a esto debía agregarse también que los miembros de las familias de aquellas comunidades padre, madre e hijos, se dedicaban a las prácticas de la siembra, la cosecha, la tala del bosque o cualquier otra actividad que pudiera satisfacer sus necesidades básicas. La ausencia de escuelas y maestros no era la única característica de los medios rurales, tampoco contaban con servicios de salud, ni de cualquier tipo de apoyo de orden económico o social. A esto se suman sistemas de explotación, impuestos por caciques o personas con poder político o económico, los cuales imponían su propio perfil a estos lugares y comunidades, al respecto el novelista Juan Sánchez Andraka da un ejemplo por medio de sus obras (Un mexicano más, Debe amanecer, Los domados, entre otras) sobre las características de los medios controlados por personajes dominantes de ciertas regiones, siendo una crítica sobre las condiciones precarias de la sociedad en medios urbanos y rurales, donde la educación era

una de las más afectadas como consecuencia de la hegemonía política, económica o religiosa (Rangel, 2006).

En las escuelas rurales no bastaba con enseñar a leer, escribir o contar, se necesitaba que los objetivos de la educación fueran más integrales, es decir, la educación rural tenía que estar orientada además de la enseñanza tradicional al trabajo, la salud, la familia y la recreación. Por ende, el maestro Rafael Ramírez se enfocó en proporcionarle al campesino una educación técnica con el fin de mejorar sus actividades económicas para elevar su calidad de vida (Cituk, 2010).

A principios de la década de los años treinta del siglo pasado, Narciso Bassols junto a otros políticos y educadores, buscaron que la escuela rural, además de desarrollar una intensa labor social y cultural, también fuera una importante promotora del desarrollo económico de las comunidades. Por eso, a partir de 1934, comenzaron a fusionar las normales rurales con las centrales agrícolas –encargadas de capacitar a jóvenes varones como técnicos agrícolas– para formar las escuelas regionales campesinas. En ellas se ofrecía la carrera de maestro rural, antecedida por la de técnico agrícola; el número de este tipo de planteles creció hasta 35 (Civera, 2006).

También el mismo maestro Rafael Ramírez fue una figura importante del magisterio en el siglo XX e inició con otros maestros las ideas fundamentales sobre lo que era la educación rural comparándola con la educación urbana (citado en Rangel, 2006):

1. En el medio rural, por falta de contactos sociales, la vida humana se desarrolla de manera más lenta que en los centros urbanos. Esto trae como consecuencia que la vida en el campo no ha podido alcanzar sino los peldaños inferiores de la escala de la cultura. La dispersión en que vive la población rural la hace más vulnerable y menos atendida que la población

urbana. La población rural se llama así porque su sustento se apoya en su trabajo directamente relacionado con la tierra (p. 171).

2. El ambiente rural es, por lo general, de carácter más conservador y el estado cultural de sus habitantes es más restringido. Aquí el concepto “cultura” nos remite no sólo a los conocimientos, sino también a las creencias, las artes, las normas morales, las formas de trabajo y de recreación, las leyes, las costumbres, etcétera, que los hombres han adquirido a través de las edades. Y aunque la cultura nació en el campo, no puede negarse que la población rural está culturalmente más atrasada que la urbana (p. 171).

3. Todos los educadores del mundo convienen ahora en la misma idea, asentando que la educación rural no es esencialmente diversa de la educación urbana, pues ambas tienen al frente los mismos objetivos por alcanzar: la diferencia está en que siendo la vida rural y el ambiente campesino distintos de la vida urbana y del ambiente citadino, natural es que el proceso educativo que se realice en uno y otro de los dos sectores, presente rasgos tan especiales, que muy bien pueden ser tomados como característicos (p. 171).

4. El concepto de educación rural es mucho más amplio que la idea de escuela rural, pues la enseñanza de los niños no es la única tarea ni la escuela viene a ser la única agencia educativa. Estas agencias están en el hogar, los centros de trabajo y en la comunidad misma, incluyendo las actividades recreativas, la vida social y sus instituciones. Todo esto actúa sobre las personas y consecuentemente se les considera agencias educativas. Por lo tanto, no solamente son los niños los que

necesitan influjos educativos; los jóvenes y los adultos también lo requieren, sobre todo, en el campo, en donde como hemos dicho, la cultura se desenvuelve y avanza con ritmo más lento (p. 171).

5. Mientras que en las ciudades sus habitantes tienen a su disposición el teatro, el cine, las festividades de diverso tipo, puede decirse que toda la vida social está plena de manifestaciones culturales, tanto para los niños como también para los jóvenes y adultos; en el campo, por el contrario, no ocurre esto, pues es difícil encontrar, fuera de la escuela, agencias educadoras de la especie que hemos señalado. Por otra parte, debe señalarse que en el ambiente rural la educación está reservada sólo a los niños consistiendo esencialmente en transmitir al sector joven la experiencia y sabiduría del sector maduro de la sociedad. El avance cultural producido por tal situación es lento, extremadamente lento, y para estimular su ritmo, habrá necesidad de entender la expresión educación como un proceso general mediante el cual se transmitan los elementos más valiosos de la cultura, no sólo al sector joven, sino también al adulto, pues de otro modo, el progreso social de las áreas rurales seguirá, como hasta ahora, estancado (p. 172).

6. El patrimonio de la población rural ha estado constituido hasta ahora, no solamente por la ignorancia, sino también por la miseria. En tal virtud, la acción educativa debe extenderse y abarcar tanto la difusión cultural como la emancipación económica (p. 172).

Dada las carencias de los ambientes rurales era necesario darle un nuevo enfoque al servicio educativo el cual se extendería en la década de los

años 20s, así mismo, se tenía que romper con el esquema de la enseñanza tradicional para llegar a los lugares más apartados y a todos los miembros de las comunidades, los cuales se encontraban no solo alejados geográficamente sino también en el sentido cultural, económico o social, una población marginada del desarrollo y del avance del país, eso dio cabida a nuevas ideas sobre la educación y como consecuencia de ello nacieron las misiones culturales (Cituk 2010; Rangel, 2006).

Las misiones culturales fueron concebidas y llevadas a cabo por el profesor Roberto Medellín que en ese momento era el oficial mayor de la SEP, quien convencido de su idea abandono su cargo y encabezo la primera misión cultural el 20 de octubre de 1923 en Zacualtipán, Hidalgo, para el año siguiente en 1924 operaron otras seis misiones. Las misiones culturales se encontraban constituidas por un cuerpo docente preparado para la educación rural, eran escuelas ambulantes que se establecían en las comunidades rurales con el objetivo de elevar la calidad profesional de los maestros rurales y mejorar el nivel cultural de las comunidades. Las misiones culturales fueron suspendidas en el año de 1938 por el presidente Cárdenas, ya que se les consideraban como brigadas de choque revolucionarias. Más tarde en 1942 fueron restablecidas por el general Manuel Ávila Camacho (Cituk, 2010; Rangel, 2006).

La estructuración del sistema educativo fue una tarea difícil a pesar de la planificación por parte de SEP, pues se esperaba la creación de mil escuelas rurales para 1926 donde solo pudieron establecerse 572 nuevas escuelas de este tipo, pero para 1929 la educación rural ya contaba a nivel nacional con 3,453 escuelas. Aunque el mayor auge de las escuelas se dio entre los años 20s y 40s, había cierta tendencia de migrar hacía los medios urbanos por parte de la población, pues se consideraba el tener mejores oportunidades en dichas zonas cuando la idea original era la permanencia de sus lugares de origen a partir de brindarles mayores elementos para su desarrollo (Cituk, 2010).

Como hemos revisado las dificultades por las que ha atravesado la educación rural no ha impedido su incidencia, ya que como se ha visto ha introducido como auxiliares pedagógicos a las TIC (Tecnología de la investigación y la comunicación) primeramente con la radio-primaria y más tarde con la telesecundaria (Cituk, 2010).

El desarrollo de telesecundarias en México permitió la continuación de la formación básica de los estudiantes en las zonas rurales, pues ésta era una de las necesidades que debía atenderse en las comunidades lejanas. Las características de esta modalidad son el uso de la televisión como medio de enseñanza y el asignar a un profesor para cubrir las asignaturas que se llevan a cabo en la institución, siendo muy diferente el modo de las escuelas secundarias donde cuentan con un profesor para cada asignatura, las telesecundarias cuentan con un horario específico para cada asignatura que es transmitida por la televisión y durante un cierto periodo de tiempo se lo otorgan a la teoría y luego a la práctica, teniendo así, un mayor aprovechamiento en las telesecundarias por la organización de trabajo (Moura, Wolff y García, 1999).

La Implementación de las telesecundarias ha experimentado un crecimiento sustancial desde su creación en 1968. Después de una reforma implementada en 1993 y la introducción de las transmisiones por satélite su crecimiento se ha hecho aún más, de aproximadamente 512.700 alumnos en 1993 a 817.200 para fines de 1997-98, y un crecimiento estimado de 890.400 para fines de 1998-1999 (Moura, Wolff y García, 1998).

La educación rural se encontró con diversas barreras para su estructuración, como hemos expuesto, su desarrollo fue lento no solo por no contar con los recursos materiales, sino también por el nivel cultural, la falta de centros educativos distintos a la escuela, la distancia geográfica, entre otros factores, sin embargo, eso nunca trunco su incidencia, sino al contrario, se concibieron ideas innovadoras las cuales permitieron dar un nuevo enfoque distinto a la enseñanza tradicional. Por ende, es importante señalar como la

educación sexual se ha integrado en la educación formal y el desarrollo que esta ha tenido.

3.1.2 Educación sexual

En lo que respecta a la educación sexual pretende de la misma manera como en la educación escolar influir en los aspectos emocionales, intelectuales y conductuales, ya que la integración de estos elementos son esenciales en la vida, en la medida que “la educación sexual... debe dirigirse a toda la población desde la infancia hasta la vejez, teniendo en cuenta las características específicas de cada etapa de desarrollo” (Lameiras, et. al. 2006, p.195). Es importante no perder de vista que en la familia se aprenden los primeros modelos de ser hombre, de ser mujer, de vida en pareja, así como la manera de expresar y satisfacer los deseos sexuales. La comunicación, el tipo de relación y la división de tareas determinan también las expresiones de la sexualidad. En muchas ocasiones, el hecho de que sean los hijos varones los que reciban la tierra por herencia, obliga a que las mujeres se casen y vivan en la casa de sus esposos, que dependan de ellos para casi todo. Esta situación también les impide decidir sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad, es frecuente que madres y padres recurran a amenazas y golpes para controlar la sexualidad de hijas e hijos, con lo cual se fomenta la violencia y se dificulta el hablar directamente de los problemas familiares (AFLUENTES, 2000). Es por eso mismo que la educación sexual debe ser planteada como un tema integral el cual pueda promover la convivencia social para librar las relaciones afectivas de violencia.

En lo que concierne a la educación sexual brindada en la escuela es importante mencionar que es denominada como educación formal, mientras que la brindada por la familia, los medios de información y amigos, entre otros, es denominada como educación informal, sin embargo, ambas tienden a sostener y perpetuar los roles de género asignados a mujeres y hombres (Torices, 2012).

Torices (2012) menciona que el fin de la educación formal de la sexualidad es:

- Proporcionar información científica que propicie la toma responsable de decisiones, tomando en cuenta valores personales, familiares y sociales.
- No perpetuar roles rígidos y estereotipados en hombres y mujeres.
- Cambiar actitudes ante la sexualidad, entendiéndola como forma de relación, comunicación, satisfacción y placer.
- Conocer y diferenciar las funciones de la sexualidad humana.
- Romper con tabúes, miedos y creencias erróneas en torno a conductas sexuales como preferencia sexual o la masturbación.
- Reconocer que las personas con discapacidad, los niños y niñas y las personas adultas mayores no son asexuales.
- Aclarar que la información sobre sexualidad proporcionada desde la infancia, no “despierta” el deseo sexual ni incita a tener actividades sexuales.
- Prevenir situaciones de riesgo como infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, abortos provocados o muerte materna.

En nuestros días, el tema de la educación sexual es cada vez más aceptado en niveles técnicos y pedagógicos, sin embargo, se discute si la manera más adecuada para desarrollar esta temática es mediante una perspectiva meramente biológica y fisiológica, o desde un punto de vista más integral, lo que genera diversos modos de concebir la educación sexual (León, Bolaños, Campos y Mejías, 2013).

El interés por implementar una educación sexual integral ha sido mostrado por diversos países, tal es el caso de Costa Rica con los programas de estudio propuestos por el Ministerio de Educación Pública (MEP), donde dichos programas pretenden que el estudiante desarrolle, comprenda y se eduque para la afectividad y sexualidad integral en la vida diaria de la persona

adolescente y fomento, a su vez, la construcción de mejores relaciones entre las personas (León, Bolaños, Campos y Mejías, 2013).

Lo antes mencionado responde a una necesidad tanto nacional como internacional, tal como lo expone la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (2010) (citado en León, Bolaños, Campos y Mejías, 2013) en la actualidad, son muy pocas las personas jóvenes que reciben una adecuada preparación para la vida sexual; este hecho los hace potencialmente vulnerables frente a la coerción, el abuso, la explotación, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Además, se estima que cada vez el noviazgo empieza a edades más tempranas, actualmente es común iniciarse entre los 11 y 12 años. En muchos lugares se acostumbra la declaración de amor de parte del hombre hacia la novia, se establecen relaciones afectivas cuya duración varía y que no necesariamente terminan en matrimonio, pues el noviazgo puede vivirse como un juego amoroso a partir del cual la pareja se conoce y trata de compartir sentimientos, problemas, caricias, besos y demás (AFLUENTES, 2000), es esta clase de eventos lo que hace necesario un desarrollo de programas efectivos en educación sexual más integrales y menos reduccionistas.

La carencia de programas efectivos para la educación sexual no solo acumula los problemas anteriormente mencionados, sino que, también como lo menciona Brêtas y Silva (2005) (citado en (Meinardi, Revel, Godoy, Iglesias, Rodríguez, Victoria y Bonan, 2008) la falta de preparación de los profesores para la discusión del tema, la represión, la biologización de la sexualidad, o el dejar en manos de un expositor médico los temas sobre sexualidad, sólo logran vincular el ejercicio de la sexualidad con la práctica de las funciones reproductoras.

Un ejemplo de ello es Brasil donde es muy frecuente que se convoque a un profesional de la salud, médico o ginecólogo, quien ofrece una charla a los estudiantes muchas veces con la presencia de adultos, padres, madres y

autoridades escolares. De esta forma se cumple con la formalidad de “dar educación sexual”, en un contexto que la institución considera seguro. Este modelo conceptualmente tradicional de educación para la salud sigue aún muy vigente posiblemente porque tranquiliza, ya que no se producen preguntas conflictivas de los estudiantes y la situación está bajo el control de los adultos. De hecho, se lo considera limitado justamente porque ésta es la única función la cual cumple: dar información (Meinardi, Revel, Godoy, Iglesias, Rodríguez, Victoria y Bonan, 2008).

Apoyando lo anterior según Lameiras (2006) menciona que concebir la idea de hablar sobre temas de sexualidad en los ambientes escolares ha sido un tema muy controversial tanto en México, como en otros países (Francia o Portugal), ya que “la sexualidad humana sigue siendo negada en la escuela restringiéndose a intervenciones puntuales llevadas a cabo por especialistas externos al centro, profesionales de la sanidad la mayoría de las veces” (p.195).

La misma situación ocurre en las instituciones escolares de Argentina de acuerdo con Meinardi, et. al. (2008) donde la exposición de los temas sobre sexualidad son abordados por personal considerado como profesionales de la salud, ya sea un médico o un ginecólogo, quien se encarga de la plática con los estudiantes, al igual que en Brasil tales expertos son acompañados por otros adultos y autoridades escolares que se encuentran presentes durante toda la sesión que dura la plática.

Como se puede observar a partir de lo anterior, los temas de sexualidad son tratados en la mayoría de las veces por personas externas a las instituciones escolares, tratando el tema de la sexualidad con gran especialidad, no dando cabida para la participación de los profesores o estudiantes, quienes solo son receptores de información, personas pasivas, adoptando un enfoque tradicional para la enseñanza de la educación sexual,

todo lo contrario a los planteamientos de los modelos de competencias contemporáneos.

Es importante señalar cómo se ha desarrollado la estructura de la educación sexual en México para incidir en las áreas escolares, su historia es conveniente saberla para comprender las problemáticas a las cuales nos enfrentamos actualmente.

3.1.3 Historia de la educación sexual en México

El tema de introducir la educación sexual en México, surgió a finales de 1932 con el secretario de educación Narciso Bassols, quien pretendía integrar el tema en las escuelas primarias de la ciudad de México, esto luego de la celebración del congreso Panamericano del niño en la ciudad de Lima, donde, se recomendaba a los gobiernos latinoamericanos contar con una instrumentación de un programa de educación sexual, sin embargo, cuando se dio a conocer el proyecto existió la oposición a éste por parte de los padres de familia y profesores quienes pertenecían a la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) y los cuales se caracterizaban por tener una postura católica, cabe aclarar que durante esta época había un gran conflicto entre el Estado y la iglesia por la hegemonía política y cultural, por lo tanto, esto ocasionó un problema el cual duró un año desde mayo de 1933 a mayo 1934, teniendo como resultado la renuncia del secretario de educación Narciso Bassols y la cancelación del proyecto (Castillo, 2000).

Durante el debate para la aprobación del proyecto sobre educación sexual en las primarias de la ciudad de México mencionaba Narciso Bassols (citado en Castillo, 2000) lo siguiente:

“En el fondo luchan dos concepciones antagónicas de la moral: la que pretende apoyar la conducta humana en la ignorancia o en el temor al más allá, y la que trata de construir un concepto social de la vida en el que los límites impuestos a la conducta nacen de la

solidaridad de los hombres y del anhelo de mejoramiento de la vida común”, (p. 211).

Por ende, hablar sobre temas relacionados con la educación sexual en los ámbitos escolares se mostraron limitados por variables de distinta índole como la ignorancia, el silencio, la discriminación, tabúes, vergüenza, prejuicios, la formación de los docentes, posturas religiosas, entre otros, lo cual mantuvo alejado el tema de las escuelas durante varios años (Rodríguez 2007; Castillo, 2000; Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006).

Hasta la década de los años cincuenta pudieron darse los elementos constitutivos de un movimiento de educación sexual principalmente a través del trabajo académico efectuado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La década de los sesenta posibilitó la consolidación de este movimiento mediante la Reforma Educativa que incluyó en los libros de texto gratuitos contenidos de educación sexual, principalmente de índole biológica. El final de la década de los setenta y la de los ochenta se caracterizó por el incremento en el número de organismos no gubernamentales, así como de la extensión de sus acciones en el campo de la educación sexual (Gobierno del Estado de México, 2010).

Así mismo, años más tarde en México se reconsideró la importancia de llevar a cabo un programa de educación sexual en la educación básica. La integración de los temas con referencia a la sexualidad en México de manera formal en la educación básica fue durante la década de los 70's, en donde se integraron por primera vez temas en los libros de quinto año de primaria como la menstruación, los cambios de la pubertad y de la adolescencia así como también sobre los procesos de la reproducción, mientras en la secundaria se abordaron temas como el uso de anticonceptivos, como evitar enfermedades de transmisión sexual (actualmente llamadas infecciones de transmisión sexual, sin embargo, en aquella década eran conceptualizadas como enfermedades) y prevención de embarazos, la cual fue la principal razón de

aquella época que orilló a la integración de tales temas a la educación básica (Rodríguez, 2007).

Un acontecimiento importante que marcó a México fue cuando la Secretaría de Salud puso en marcha en julio de 1994 el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, como parte de las propuestas institucionales a las demandas de este sector en aspectos de información, orientación y por supuesto servicios de este tipo; su enfoque fue eminentemente preventivo, donde se privilegiaba la información, la orientación y la consejería, con una visión que fomentaba actividades y conductas responsables, para que asumieran su sexualidad de manera autónoma, consciente y sin riesgos. Sus objetivos centrales eran la prevención de: embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA y adicciones, así como, atención de la adolescente embarazada (Pérez, 2001).

A partir del 2003 la cartilla de derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes forma parte de la Campaña Nacional “Hagamos un Hecho Nuestros Derechos”, siendo producto del esfuerzo conjunto de diversas organizaciones de la sociedad civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, basándose en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CNDH, 2003; citado en Torices, 2012). Con esta campaña dirigida a las personas de 12 a 29 años, se resaltó y ratificó el derecho a ejercer su sexualidad de manera libre y responsable, se trabajó por la eliminación de la discriminación y cualquiera de las formas en que esta se pudiera manifestar atentando contra la dignidad, incluyendo aquellas relacionadas con la edad, género, preferencia u orientación sexual.

Para el 2008 en la XVII Conferencia Internacional de SIDA, se abordó que la educación integral en sexualidad desde la infancia, favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva (Torices, 2012).

Posteriormente la Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación (DGESPE), de manera conjunta con la Coordinación de Asesores del Subsecretario de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública, diseñó e implementó el Programa de Formación de Formadores en Educación Sexual en la Escuela y Género en Educación 2008-2012 (Gobierno del estado de México, 2010).

Los avances ante la educación sexual siguieron reflejándose ya que, para el 30 de enero del 2011, los diputados locales en el Estado de México aprobaron la reforma de diversas leyes encaminadas a prevenir y castigar la violencia en la familia y contra las mujeres. Señalan que la violación y el rapto de una mujer no podrán –de ahora en adelante– repararse con el matrimonio, sino que serán castigados como abuso sexual y como secuestro, respectivamente (Poder Legislativo del Estado de México, 2011). El estado de México en la actualidad se presenta como uno de los estados donde existen más casos alarmantes acerca de la violencia sexual y doméstica, así como de asesinatos hacia mujeres y niñas (García, Romero y Díaz, 2011). Por eso mismo se desprende la idea de contar con una buena estructura en educación sexual la cual sea más integral para mejorar la convivencia social e individual.

Como se puede dar cuenta la educación sexual es una actividad en la que participan los padres de familia y en la que también pueden contribuir la escuela, los amigos y las amigas, las y los profesionales de la salud y los medios de comunicación. La escuela juega un papel central en esta tarea al tratar temas de sexualidad en las asignaturas de Ciencias Naturales y de Educación Cívica y Ética, en las cuales se destaca la importancia de la sexualidad en la infancia y juventud, así como el papel de niños, niñas y jóvenes como sujetos morales, con independencia para tomar decisiones y autocuidarse (AFLUENTES, 2000).

Aun cuando se realizaron diversos planteamientos para la inclusión de la educación sexual en la educación escolar, en el medio rural no fue bien recibida dicha propuesta, pues como la habíamos visto antes los medios rurales obedecían a las características de su entorno, un entorno construido

como ya se mencionaba en la ignorancia por lo tanto al igual que la educación su desarrollo fue lento tal como se expone la manera siguiente.

3.1.4 Educación sexual en el área rural

Como podemos observar son diversas las problemáticas que enfrentan los habitantes de zonas rurales en cuanto a educación sexual y reproductiva, por una parte, se encuentran los prejuicios sociales, por la otra parte la inaccesibilidad y la dispersión geográfica, la poca información y la precariedad de los recursos. Según datos de AFLUENTES en el año 2000 aproximadamente el 40% de las y los jóvenes mexicanos vivían en el campo, dichos jóvenes presentaban un alto rezago en la salud sexual, en comparación con los jóvenes de zonas urbanas; dentro de los indicadores más visibles de tales situaciones se destacan las altas tasas de mortalidad materna (las complicaciones por embarazo, parto y puerperio, tercera causa de mortalidad en mujeres jóvenes de 15 a 24 años), el crecimiento acelerado del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia.

En las áreas urbanas y rurales de México a pesar de encontrar temas sobre la sexualidad en el plan de estudios de la educación básica en ambos medios como el rural y el urbano, se pueden encontrar algunas diferencias en cuanto a la adquisición de información y utilización de recursos para la práctica de su sexualidad, en un estudio realizado por Juárez, Palma, Singh y Bankole, (2010) se realizaron encuestas sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos en las adolescentes, encontrando como resultado que la población urbana tenía un 98% y la población rural se encontraba alrededor de un 91% sobre el conocimiento de algún método anticonceptivo, además, otra de las diferencias que se encontraron fue la adquisición de algún método anticonceptivo, en 1997 el 71% de las mujeres de entre 15-24 años obtenía de alguna clínica u hospital público algún tipo de método anticonceptivo, el 6% lo conseguía en un sector privado, mientras el 22% lo conseguía en farmacias o tiendas, para el 2006, el sector público declinó a un 60% mientras las farmacias

y tiendas incrementaron al 31% como proveedoras, esto de manera general tanto en medios urbanos y rurales.

El embarazo y la maternidad es frecuente en la juventud rural, está es parte de un ciclo de vida que muchas veces ocurre después de concluir la secundaria ante la falta de mejores oportunidades. Al terminar la secundaria los jóvenes planean incorporarse a algún trabajo local o bien migrar a otras ciudades de México o a los Estados Unidos, en tanto que ellas piensan en casarse o unirse para formar una familia, aunque también y cada vez más migren en búsqueda de trabajo. El hecho es que ni ellos ni ellas encuentran razones suficientes para posponer la formación de una familia y el tener hijos, pues unirse, casarse y ser madres es muchas veces la única oportunidad para hacerse de recursos, crecer y pasar a otra condición de vida (AFLUENTES, 2000).

A lo largo de la historia de la educación sexual se han ubicado dos visiones, la visión conservadora y la progresista, al respecto Rodríguez (2007) se expresa de la siguiente manera:

“Desde la visión conservadora se desarrolló una educación sexual basada en prejuicios negativos, con la idea de controlar a las juventudes ante las tentaciones o debilidades sexuales, basaron sus mensajes en el valor de la castidad enfocándose en las consecuencias negativas del ejercicio irresponsable de la sexualidad: la disolución de la familia, la promiscuidad, los embarazos fuera del matrimonio y la proliferación de infecciones. Por el contrario, la visión progresista se basa en la investigación y la información científica, trata a las juventudes como seres en desarrollo capaces de reflexionar con base en su conciencia individual, de decidir sobre su comportamiento sexual recurriendo a prácticas preventivas y participando activamente en los programas”, (pp. 3-4).

Un ejemplo sobre la visión conservadora de la educación sexual en el medio rural se encuentra en las normales rurales del periodo de 1920-1940, donde estas instituciones del medio rural eran internados mixtos, una modalidad educativa no muy bien recibida por parte de la comunidad, ya que se originaban mitos sobre estos internados, algunos decían que “desvestían a las muchachas”, por lo que, los profesores encargados de la normal ubicada en Tacámbaro, Michoacán, insistían en tener las puertas y ventanas abiertas para que la gente diera cuenta del modo de trabajo y así de esta manera despejar dudas y mitos, sin embargo, algunas cuestiones como los “hechos inmorales” entre estudiantes o “faltistas” llamadas así las relaciones sexuales entre los estudiantes, la solución de los directores se reducía a casarlos y separarlos de la escuela, también se reprendía el contacto físico como los abrazos entre los mismos estudiantes. El principal objetivo de las escuelas normales rurales era formar maestras y maestros especializados en las necesidades del medio rural. Al instalarse fuera de las principales ciudades del país, donde había muy pocas instituciones de educación postprimaria, se convirtieron en un importante campo de nuevas vías educativas, culturales, laborales, económicas y políticas; es decir, en nuevas oportunidades de vida para muchos jóvenes campesinos y de forma peculiar, para algunos indígenas, huérfanos, hijos de viudas y mujeres. Entre 1934 y 1936 las normales rurales fueron transformadas en escuelas regionales campesinas; posteriormente volvieron a establecerse como normales rurales, pero desde los años veinte hasta 1943, se organizaron como internados mixtos. A principios de los años cuarenta una reforma modificó sus formas de organización, redujo su número, su presupuesto y separó por planteles a hombres y mujeres. Como se mencionó anteriormente, la existencia de estos centros educativos causó polémica por el simple hecho de tener juntos a hombres y mujeres, tanto así que el director, los maestros y los estudiantes tenían reglas para controlar las relaciones amorosas de los estudiantes (e incluso de los maestros). Los expedientes indican que el hecho de que un muchacho platicara con una alumna a través de la ventana del dormitorio femenino (que a diferencia del de varones era cuidado por la maestra ecónoma) era motivo suficiente para recibir un extrañamiento público por parte

del director, quien además daba aviso a los familiares. En caso de reincidir, se recurría a la expulsión. Las parejas que eran descubiertas besándose o abrazándose también sufrían este castigo. A veces, si eran buenos alumnos, se daba aviso a sus familiares y se les daba de baja para que pudieran trasladarse a otros planteles (Civera, 2006).

Otro factor negativo presente en la instrucción de la educación sexual es que es un tema del que no se habla directamente y está rodeado de múltiples creencias y reglas sociales diferentes para los hombres y las mujeres. Para comprender la sexualidad las comunidades rurales combinan los conocimientos antiguos y mágicos con los conocimientos más actuales. Suele pensarse que los hombres tienen mayores deseos sexuales que las mujeres y que ellas no necesitan del “desahogo sexual”. Estas ideas se oponen a las relaciones igualitarias entre los sexos, al reconocimiento de los deseos y al ejercicio de los derechos sexuales de todos los seres humanos independientemente de su sexo. Aunque los adultos hablan de la importancia de iniciar las relaciones sexuales en “la noche conyugal” es común que los jóvenes presionen a sus novias para tener contactos más íntimos, y que ellas empiecen a ensayar contactos sexuales, o bien, a crear medidas para resistirse. Por lo común los miembros de la pareja de novios son de la misma edad o ellos les llevan un par de años. Cada vez más, se elige por voluntad propia a la pareja y tanto el amor como el enamoramiento están pasando a ser muy importantes en la elección; sin embargo, esto no significa que hayan desaparecido los arreglos familiares y los matrimonios por conveniencia. Entre las diversas formas de iniciar la vida conyugal, en algunas comunidades se acostumbra pedir a la novia, también es frecuente que “se las roben” contra su voluntad, y una de las modalidades que va cobrando cada vez más importancia es la llamada “fuga concertada” en que los novios deciden irse a vivir juntos, al margen de la decisión de los familiares. La falta de comunicación con padres y madres y el temor a ser reprendidas, golpeadas o hasta enviarlas a algún lugar fuera de la comunidad por tener novio, favorece que la fuga sea una opción cada vez más frecuente. Por lo general en los casos rurales, las relaciones sexuales se inician muy cerca del

inicio de la vida conyugal, con un promedio nacional de 2 meses antes de irse o unirse con el novio o novia (AFLUENTES, 2000).

En lo que respecta a la paternidad en nuestro país en los hombres del campo está fuertemente vinculada con las exigencias de brindar bienestar económico y social de la familia. El trabajo agrícola los mantiene lejos del hogar durante muchas horas del día lo que provoca lejanía con los hijos e hijas, sobre todo cuando son pequeños; otra condición importante de los padres rurales es la migración. El padre migrante tiene poca presencia con su familia, el poco tiempo que se relaciona con sus hijas e hijos impone reglas como una manera de “hacerse presente”. El embarazar a su esposa es otro medio para controlar y asegurar la fidelidad de la pareja. En la medida en que el hombre viva más tiempo fuera de su comunidad, tiende a llevar a la pareja e hijos a la ciudad a donde esté viviendo, creando nuevas condiciones para su familia. Otra situación común es que los jóvenes se inicien en los prostíbulos, práctica que en algunas comunidades puede representar una “prueba de masculinidad”. Presionados por los amigos y familiares a cierta edad los jóvenes deben demostrar que ya pueden “pagar a una mujer.” También es común que se inicien con animales domésticos: gallina, burro, aves sin mayores cuidados higiénicos, antes de animarse a “tomar a una mujer” (AFLUENTES, 2000).

Como se puede observar hay elementos del contexto que influyen para la limitación de las prácticas sexuales, sobre todo en los medios rurales, esto puede tener como consecuencia una distorsión sobre la idea de lo que es la sexualidad, teniendo repercusiones negativas en el comportamiento sexual, por eso mismo es necesario la indagación sobre cómo son o han sido los procesos de intervención en relación con la sexualidad adolescente.

3.2 Programas de educación sexual en otros países y en México (críticas Noar, Kirby, Roller y Wilson)

A continuación, se describe una serie de estudios realizados tanto en zonas rurales como urbanas con población adolescente en países extranjeros y en

México relacionados con temas de educación sexual, ya que existe la sospecha de ser los adolescentes habitantes de zonas rurales con mayor relación a estas problemáticas, por eso mismo, también se ofrece un breve análisis de cada uno de los estudios con los criterios de Noar, Kirby, Rolleri y Wilson (2007) para exponer el nivel de la educación sexual con la que cuentan.

3.2.1. Estudios realizados en países extranjeros

Un estudio de gran relevancia es el de Cortés, Del Pino, Sánchez, Alfonso y Fuente (1999) pues realizaron un estudio con adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de la Ciudad Habana, de los cuales 466 eran mujeres y 719 eran hombres, este estudio tuvo como objetivo explorar el comportamiento sexual y antecedentes de embarazo, aborto, y regulación menstrual, dicha información fue recogida mediante un cuestionario. La información se obtuvo a través de una entrevista estructurada y elaborada para tales fines. Se constató que el 83.9% de los adolescentes estudiados mantenían vida sexual activa con predominio del sexo masculino, observándose que los mayores porcentajes estaban en las edades de 12 a 15 años. Fue referido el antecedente de abortos en mayores proporciones, seguido de regulaciones menstruales y embarazos (88.1%; 83.7% y 72.1%, respectivamente). Existió una frecuencia de 2 o más abortos en el 29.5% de la muestra, similar a la frecuencia de los embarazos. Más de la mitad de los entrevistados consideraron que la calidad de la información recibida en temática sexual era regular y deficiente en sus centros educacionales.

Al evaluar los criterios con los que fue hecho este estudio bajo la lógica de Kirby, Rolleri y Wilson (2007) podemos dar cuenta de que el marco lógico es deficiente, pues es muy pobre en información y no es posible identificar los factores de riesgo y protectores con que cuenta la población estudiada. Por otra parte, Noar (2007) destaca la importancia que tiene el apoyo de la literatura, pues esto conlleva a un mayor sustento teórico, sin embargo, en este estudio no se cuenta con tal sustento ya que es muy poca la información expuesta. A pesar de que este estudio es meramente evaluativo, no se ofrecen datos de confiabilidad y validez del instrumento empleado. Los resultados

obtenidos en este estudio son importantes ya que permiten conocer algunas problemáticas que enfrentan los adolescentes, sin embargo, este estudio estaría más completo si ofreciera una intervención para prevenir dichas problemáticas.

Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yépez, Abad-Franch y Aguilar (2001) desarrollaron un modelo educativo de prevención primaria de enfermedades de transmisión sexual y VIH, en adolescentes de entre 12 y 15 años de edad (51% hombres y 49% mujeres), en escuelas ubicadas tanto en zonas rurales como urbanas de Ecuador, es importante aclarar que, los estudiantes de escuelas urbanas eran inmigrantes de las zonas rurales; en primera instancia se formaron dos grupos uno de control (288 participantes) y otro de intervención (358 participantes), además se incluyeron a 74 profesores, posteriormente se aplicó un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), también se recabó información sociodemográfica y se implementó el programa educativo de prevención dirigido tanto a estudiantes como a docentes bajo una perspectiva teórica histórico cultural, dicho programa abordó temas sobre conocimientos de sexualidad y ETS/SIDA; actitudes, valores y creencias; necesidades e intereses de los adolescentes sobre la sexualidad; conductas preventivas; percepción de la gravedad de las ETS/ SIDA; vulnerabilidad y riesgo; percepción de la relación temporal entre los comportamientos de riesgo y sus posibles consecuencias; niveles y fuentes de acceso a la información sobre la sexualidad y ETS/sida; y medio ambiente (entorno) en el que vive el adolescente; finalmente después de 8 meses de la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario (CAP) tanto en el grupo control como en el grupo que tuvo la intervención. En la primera evaluación del CAP no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, sin embargo después de la intervención el grupo que recibió el taller tuvo un aumento en conocimientos sobre sexualidad y VIH ($P = 0.012$), igualmente mostraron un cambio positivo en cuanto a medidas de prevención de ITS y VIH.

Retomando los criterios propuestos por Kirby, Rolleri y Wilson (2007); Noar (2007) podemos dar cuenta de que este programa de intervención tiene

tanto fortalezas como debilidades, dentro de las primeras se encontró que los investigadores sustentaron su trabajo bajo la perspectiva teórica histórico cultural de Vygotsky y del aprendizaje significativo de Ausubel, de igual manera los temas abordados durante la intervención fueron presentados secuencialmente y lógicamente, además de que los investigadores integraron en su estudio a los docentes capacitándolos para monitorear a los participantes. En lo que respecta a sus deficiencias, los investigadores no involucraron diversos especialistas en el tema de sexualidad para el desarrollo de su programa, tampoco tomaron en cuenta las características de la población puesto que implementan los mismos programas tanto a adolescentes de una zona rural como a los de una zona urbana; a pesar de que los investigadores tienen como meta la prevención de ITS y VIH, no hacen una focalización exhaustiva de las conductas específicas que los llevarán al cumplimiento de dicha meta, en el artículo no hacen mención de que hayan creado un buen ambiente donde estimularan la participación de los alumnos.

En el estudio realizado por Quispe, Quispe y Quispe (2003) se indagó sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en adolescentes de una zona rural, se contó con 108 participantes hombres (47%) y mujeres (53%) de entre 13 y 19 años de edad, todos provenientes de la escuela secundaria David Samanez Ocampo ubicada en Mollepata, para recabar información sobre sus actitudes, conocimientos y prácticas sexuales se les suministró un cuestionario donde se encontraron que el 56.5% de los encuestados tienen como máximo conocimientos de sexualidad del 33% para los hombres y las mujeres con 28%, el 35.2% posee un nivel regular (19% en ambos) y el 8.3% reporta tener desconocimiento (5% para hombres y 4% para mujeres). En lo que respecta a las actitudes ante la sexualidad, el 44.4% demostró buena actitud y el 54.6 demostró una actitud regular; el 10.2% reportó un nivel alto de prácticas sexuales, el 30.6% un nivel moderado y el 59.3% reportó tener un nivel bajo de prácticas; por otra parte el 88.9% refiere conocer los métodos anticonceptivos, las mujeres reportan preferir como método anticonceptivo métodos naturales con el 35.3%, seguido de 13.7% para el uso de píldoras anticonceptivas, el

7.8% utiliza óvulos vaginales y un 23.5% prefiere no elegirlos; el 94% de la población está de acuerdo con el tener relaciones sexuales mientras que el 3.7% considera que es un pecado; en lo que respecta al embarazo la mayoría decide tener al hijo. En cuanto al SIDA el 95.4% reporta tener información correcta sobre dicha enfermedad. La mayoría (70%) considera que está de acuerdo con que se imparta educación sexual en la escuela sobre estos temas; al preguntar sobre si conversan con sus padres sobre estos temas el 40% menciona conversar habitualmente mientras que el 31% lo hace algunas veces, y el 28% nunca habla sobre el tema; el 51% de los encuestados menciona haber tenido relaciones sexuales.

Al analizar este estudio bajo los criterios de Kirby, Rolleri y Wilson (2007), podemos dar cuenta de que tienen un interés por evaluar las características de la población y las variables que influyen en su comportamiento sexual, pues indagan sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas, a partir de los resultados encontrados los autores focalizan las conductas de riesgo que podrían modificarse, sin embargo, este estudio solo se queda con los resultados sobre estas variables y no busca modificar y/ o prevenir las conductas de riesgo que llevan a cabo los adolescentes. Desde la perspectiva de Noar (2007) se destaca la importancia de la coherencia entre los objetivos del estudio y la población a implementarse, en esta investigación los autores si cumplen con este criterio ya que eligieron a la población que se encuentra mayormente expuesta a problemas de salud sexual (ONU, 2001 citado en Quispe, Quispe y Quispe, 2003). La información recabada en este estudio es relevante, no obstante, solo se queda como un estudio descriptivo y no promueve un cambio en las conductas para la prevención de ITS y VIH, debido a que este estudio no ofrece una intervención, ya que no se puede someter a la evaluación de los 17 criterios de Kirby, Rolleri y Wilson (2007), solo se puede dar cuenta de que no cumple con la involucración de diversos especialistas de la salud sexual. Los autores del estudio no reportan datos de confiabilidad y validez del instrumento que emplearon para recabar información.

Sancho (2005) realizó un estudio donde tuvo como objetivo establecer los conocimientos por sexo sobre ITS y métodos anticonceptivos que tenían los adolescentes encuestados, y estudiar la presencia de factores de riesgo para embarazo. Para ello se realizó una encuesta a 100 adolescentes, varones y mujeres, de 13 a 22 años de edad que asistían al nivel polimodal de la Escuela 273 de Mancopa y Juana Manso del Cevilar. Los resultados fueron los siguientes: El 70% de los encuestados tenía buen conocimiento, mientras que en el 30% el conocimiento fue malo y nadie mostró conocimiento óptimo sobre el tema. En cuanto a los factores de riesgo para embarazo en la adolescencia, el 71% mostró riesgo bajo, mientras que el 18% mostró riesgo moderado y solo el 11% riesgo alto, como factores de riesgo se encontró que el 44% ya había tenido relaciones sexuales, el 83% carecía de contención familiar, el 82% no poseía información sobre el tema y el 34% tenía antecedentes de embarazo antes de los 18 años en madre o hermanas. Respecto al conocimiento según el sexo, el 79% del total de las mujeres tuvieron buen conocimiento, mientras que del total de los varones solo el 56% mostraron buen conocimiento sobre el tema, lo que refleja, que hay asociación entre conocimiento y sexo, así como también entre conocimiento y factores de riesgo. De los estudiantes encuestados, el 82% reconoce el preservativo como método anticonceptivo, el 70% las pastillas, y el 5 % no reconoce ninguno de estos como método anticonceptivo. Además, el 92% reconoce el SIDA como infección de transmisión sexual, el 23% a Sífilis y el 6% a ninguna de estas.

Este estudio cuenta con un marco lógico donde exponen de manera específica el uso de métodos anticonceptivos, las consecuencias de las ITS entre otros temas propuesto por Kirby, Rolleri y Wilson (2007), también especifican las conductas de riesgo que probabilizan un comportamiento de riesgo, otro aspecto a resaltar es que los investigadores contaron con el apoyo de las autoridades educativas donde llevaron a cabo su investigación. A partir de lo que señala Noar (2007) se puede notar que los autores buscaron apoyo de la literatura ya que retoman investigaciones previas donde indagan sobre temas de sexualidad en adolescentes. Sin embargo, este estudio es solo

descriptivo, y no plantea conductas de autocuidado para combatir los problemas de salud sexual de los adolescentes, los autores no reportan datos de validez y confiabilidad del instrumento empleado para la recolección de sus datos, no proponen actividades para dotar de habilidades a los participantes, ni proponen actividades acordes a la población para incrementar el conocimiento sobre ITS y métodos anticonceptivos, esto es preocupante debido a que el objetivo del autor no se cumple ya que solo se queda en la exploración, finalmente se puede decir que este estudio carece de la participación de diversos especialistas en el tema.

García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia (2006) realizaron un estudio para identificar los comportamientos sexuales y el uso del preservativo como medio de protección hacia estas enfermedades, participaron 100 adolescentes y jóvenes de la ciudad de la Habana; se aplicó un cuestionario donde se indagó edad, inicio de vida sexual y edad a la que fue iniciada, uso del preservativo y criterios por los que usaba el preservativo, se encontró que el 61% de los encuestados tenía vida sexual activa, el inicio de las relaciones sexuales fueron en un 44% en las edades comprendidas entre los 15 y los 19 años; en cuanto al uso del preservativo el 21.31% reportó usarlo siempre, el 49.18% lo usaba a veces y el 29.51% mencionó no usarlo nunca, dentro de los motivos por los que no usaban el preservativo mencionaron que les resultaba incómodo, que a sus parejas no les gustaba, porque tenían relaciones sexuales con una pareja estable y tenían confianza, o que se les olvidó, les hacía daño o le inhibían el deseo sexual.

Al someter este estudio bajo los criterios puestos por Kirby, Rolleri y Wilson (2007) podemos notar que los autores elaboraron un marco lógico donde abordan el tema de la adolescencia, el inicio de la vida sexual y el uso del condón como método de prevención de ITS; de igual manera este estudio también cumple con el criterio de la focalización exhaustiva de las conductas que promueven el uso o no uso del preservativo en los participantes; por otra parte también identificaron los factores de riesgo y protección que afectan los

comportamientos sexuales, pues indagaron sobre sus actitudes y creencias. Siguiendo los criterios de Noar (2007) se encontró que este estudio cuenta con una coherencia entre los objetivos del estudio y las características de la población, pues involucran a jóvenes y adolescentes quienes son los más expuestos a adquirir una ITS; también este estudio cuenta con apoyo de la literatura ya que retoma estudios anteriores que se han hechos sobre esta temática. Es importante reconocer que en este estudio los investigadores no buscaron apoyo de las autoridades, no implicaron la participación de especialistas en el tema, otra deficiencia es que solo se queda en la exploración de conductas sexuales sin que se ofrezca un programa de intervención que brinde herramientas a los adolescentes para vivir una sexualidad sana, por ende tampoco se plantean actividades pedagógicas para modificar las conductas de riesgo y no reportan datos de confiabilidad y validez del instrumento que emplearon para recabar su información.

El estudio realizado por González, Molina, Montero, Martínez y Layton (2007) tuvo como objetivo describir y analizar los cambios en las prácticas sexuales y las diferencias de género en adolescentes de estratos socioeconómicos medio-bajo que iniciaron actividad sexual, usuarios de un sistema público de salud; participaron adolescentes de ambos sexos, de entre 12 y 19 años, que consultaron en el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, entre los años 1990 y 2005. Mediante una entrevista se recabaron los datos demográficos, además se indagó su edad al inicio de la relación afectiva (pololeo), edad al inicio de la actividad sexual coital, número de relaciones afectivas incluyendo pololeos o andar, número de parejas sexuales, tiempo transcurrido entre pololeo e inicio de actividad sexual (medido en meses), contexto en que se dio el inicio de la actividad sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Los resultados corresponden a 4971 adolescentes que habían iniciado actividad sexual. De éstos, 4550 (91.5%) fueron mujeres y 421 (8.5%) fueron varones. Los y las adolescentes provenían

de las diferentes comunas de la Región Metropolitana, exceptuando Vitacura, Las Condes, Providencia, La Reina, Ñuñoa. El promedio de edad de los varones a la entrevista fue de 17.4 años y de las mujeres, 16.3 años. El promedio de edad en eventos de sexualidad juvenil fueron para el inicio de relaciones afectivas de 13.6 años en hombres y 13.5 en mujeres, inicio de actividad sexual 15.7 años en hombres y 15.5 años en mujeres, siendo la diferencia promedio del tiempo entre inicio de la relación afectiva e inicio de actividad sexual: 6.2 meses para hombres y 7.5 meses para mujeres. El 79.4% del total de los y las adolescentes iniciaron actividad sexual con su actual pareja, al analizar por sexo, esta frecuencia fue mayor en las mujeres, 80.7% y 19.3%, respectivamente. El 89.1% del total inició actividad sexual con pololo/a, las mujeres en 90.3% y los hombres en 79.4%. El motivo para iniciar actividad sexual fue en 41.4% «por amor», en 28.2% «se dio espontáneamente», en 15.9% «por curiosidad», en 12.9% fue una decisión conversada y planeada y sólo por retenerlo/a en 1.6%. El sexo femenino reportó el amor en mayor proporción que los varones como la principal motivación para iniciar actividad sexual (42.8% versus 30.1%), mientras que la categoría «se dio espontáneamente» y «por curiosidad» lo reportaron más frecuentemente los varones. El 95.2% de los y las adolescentes conocían la mayoría de los métodos anticonceptivos efectivos, (anticoncepción oral, inyectable, dispositivo intrauterino, condón), 78.5% mencionó el condón masculino como método para prevención de infecciones de transmisión sexual y de VIH/SIDA y 55.4%, señalaron al colegio como principal fuente de información, siendo más frecuente en mujeres. La mitad respondió que había usado previamente algún método anticonceptivo. El condón masculino fue el método más reportado, siendo los varones quienes lo mencionaron más frecuentemente, 86.8% versus 67.4%.

Al analizar este estudio bajo los criterios de Kirby, Rolleri y Wilson (2007), se puede notar que valoran las necesidades y cualidades de la población con la que trabajaron, exploran de manera exhaustiva las conductas de riesgo en cuanto a la sexualidad de los adolescentes, toman en cuenta sus

conocimientos y prácticas y las señalan de manera específica, sin embargo este estudio solo se limita a la exploración y no ofrece un programa de intervención para modificar las conductas de riesgo de los participantes. De igual manera es importante destacar que los autores realizaron marco lógico donde exponen problemas de salud sexual que los jóvenes tienen. Otro aspecto a reconocer es que los investigadores tuvieron el apoyo de las autoridades de salud, pues fueron ellos quienes proporcionaron a los participantes. En lo que respecta a los criterios propuestos por Noar (2007) donde menciona que debe involucrarse una teoría que se ajuste a las variables de interés y además buscar teorías que ya tengan sustento teórico, podemos dar cuenta que los investigadores de este estudio desarrollan su investigación bajo una perspectiva de las diferencias de género, tema que ya se ha estudiado con anterioridad; debido a que en este estudio no se propone una intervención no es posible que se someta a una evaluación, ni se proponen actividades que puedan transmitir conocimientos y habilidades a los participantes para cuidar de su sexualidad, no se reportan datos de confiabilidad y validez del instrumento empleado para la recolección de información.

Salazar, Álvarez, Solano, Lázaro, Arrollo, Araujo, Luna, y Echazu (2007) realizaron un estudio donde evaluaron los conocimientos sobre sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar de adolescentes de Perú, participaron 1109 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de los cuales 50% eran hombres y 50% mujeres; dicho estudio se realizó en diez Instituciones Educativas Nacionales del distrito de El Agustino–Lima, se aplicó un cuestionario donde se indagó sobre conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos; infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. Los resultados obtenidos revelaron que los conocimientos sobre sexualidad fueron calificados como malos en un 50% y muy malo en el 15.5% de la población encuestada, el porcentaje de vida sexual activa fue 17.9%, con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% han tenido relaciones

sexuales de riesgo (sin uso de preservativo). En lo que respecta a la comunicación familiar entre progenitores y adolescentes fue 19.4% mala y 76% muy mala. Al correlacionar las variables estudiadas se da cuenta de que adolescentes con regular y mala comunicación familiar tienen conocimiento malo y muy malo sobre temas de sexualidad, también se evidenció que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales de riesgo también tienen regular y mala comunicación familiar. Los autores concluyen que no hay diferencias significativas con estudios previos en zonas rurales y zonas urbanas pues los adolescentes de ambas zonas poseen conocimientos muy malos sobre su sexualidad y la comunicación con padres.

Este estudio cumple con algunos de los criterios propuestos por Kirby, Rolleri y Wilson (2007), tal es el caso de la utilización de un marco lógico donde exponen de manera concreta temas sobre la adolescencia vinculados a la sexualidad como las ITS, los embarazos no deseados, el empleo de métodos anticonceptivos, entre otros, de igual manera a partir de los resultados encontrados fue posible que los autores focalizaran conductas específicas que podrían modificarse si se planeara una intervención, pues encontraron los factores de riesgo que afectan el comportamiento sexual. Otro criterio con el que cumple este estudio es tener el apoyo de las autoridades educativas de las escuelas donde aplicaron sus instrumentos. Sin embargo, no especifican si hubo un trabajo multidisciplinario con distintos especialistas sobre el tema de la salud sexual y reproductiva. En lo que respecta a los criterios propuestos por Noar (2007) este estudio guarda relación entre su objetivo y el tipo de población con la que trabajaron puesto que son los adolescentes quienes se encuentran más vulnerables a tener una vida sexual de riesgo. No se reportan datos de confiabilidad y validez del instrumento empleado para la recolección de la información; no es posible planear un diseño metódico para evaluar y analizar el estudio, ya que no ofrece una intervención, si bien se conocen las conductas a modificar no se establecen actividades para cambiarlas.

3.2.2. Estudios realizados en México

Mientras que en el estudio realizado por Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) se analizó la ENSA 2000 (Encuesta Nacional de Salud), puesto que indaga el comportamiento sexual, y el uso del condón en la primera relación sexual de adolescentes de 12 a 19 años de edad de México, para reunir la información recabada por la ENSA 2000 realizada por la Secretaría de Salud se llevaron a cabo entrevistas a los 16285 adolescentes participantes, 49% eran hombres y 51% mujeres; al analizar los resultados no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres que son sexualmente activos, pues el 16.8% de hombres encuestados mencionó ser sexualmente activo mientras que el 15.7% de las mujeres se reportó de la misma manera. La edad promedio en que han iniciado su vida sexual es de 15.7 para ambos sexos, sin embargo, se encontró que el 19.8% de los adolescentes hombres que habitan en zonas urbanas son sexualmente activos mientras que en el área rural el 12.6% de adolescentes varones son sexualmente activos; mientras que en el caso de las mujeres el 17.6% son sexualmente activas en áreas urbanas y en áreas rurales lo son el 13.4%. En el caso del uso del condón durante la primera relación sexual el 50% de hombres menciona haberlo usado mientras que el 22% de mujeres reporta haberlo usado. Al hacer la comparación entre adolescentes rurales y urbanos en el uso del condón se encontró que los adolescentes rurales tienden a usarlo menos que los urbanos (41.3% vs 55.1%), mientras que en las mujeres el uso es de 11.6% vs 27.9% respectivamente. Es importante hacer mención de que quienes usaron condón en la primera relación sexual actualmente siguen empleándolo como método anticonceptivo, y quienes propusieron su uso en la mayoría de los casos fueron los hombres. Al indagar sobre el conocimiento de métodos de protección contra ITS se encontró que el 23.8% de los hombres no conoce ningún método mientras que el 40.9% de mujeres reporta no conocer ningún método, de aquellos que mencionaron conocer algún método, el condón fue propuesto como el mejor método (88% hombres, 92% mujeres); a manera de conclusión se puede determinar que el perfil del adolescente que usó condón en la primera

relación es: de sexo masculino, iniciación de la vida sexual a una mayor edad, residente urbano, no habla lengua indígena, altamente escolarizado.

Noar (2007) menciona que es muy importante cuidar la coherencia entre los objetivos del estudio a desarrollar y la población a trabajar, este estudio cumple con ello, pues quienes participan son adolescentes que se encuentran vulnerables a problemas de salud sexual y reproductiva. Por otra parte como debilidad en este estudio es que se caracteriza por ser únicamente exploratorio y no ofrece una intervención que dote de habilidades a los participantes para el cuidado de su salud y aumente sus conocimientos, tampoco se reportan datos de confiabilidad y validez de la encuesta aplicada para recabar información.

Núñez, Hernández, García y González (2003) realizaron un estudio donde su objetivo fue describir la proporción de embarazo no deseado en adolescentes, su asociación con características sociodemográficas y la utilización de anticonceptivos posparto, participaron 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México, entrevistadas entre 1992 y 1994. Las mujeres fueron entrevistadas en su casa entre seis y 12 semanas después del parto. Se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo, además, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos posparto. Se encontró que un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo fueron producto de madres adolescentes, de éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social –Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)– y embarazo no deseado. Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales. Un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. Sin embargo, sólo 35% estaba

utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas posparto. Un 4.54% manifestó que practicaba la lactancia o el coito interrumpido como método para no embarazarse, a pesar de saber que no son métodos efectivos. No se encontró diferencia en la frecuencia de uso de anticonceptivos según deseo del último embarazo. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43.39% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar. Estos hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la seguridad social.

Kirby, Rolleri y Wilson (2007) resalta la importancia de involucrar a diversos especialistas con diferentes enfoques teóricos sobre sexualidad, VIH, ITS, en este estudio no se reporta un apoyo multidisciplinario entre expertos; de igual manera Kirby, Rolleri y Wilson (2007) menciona que es vital tomar en cuenta las características y necesidades de la población a trabajar, podemos dar cuenta que en este estudio eso fue lo que se realizó principalmente; de igual manera aunque no se haya implementado una intervención en este estudio los resultados encontrados señalan las metas que podrían lograrse si se implementará una intervención ya que en esta población es importante la prevención de embarazos, sin embargo, no se plantearon actividades que conduzcan al aumento de conocimientos y habilidades para el cuidado de la salud sexual. No hay que dejar de lado la importancia que tiene el apoyo de la literatura (Noar, 2007) pues en este estudio los autores se dan a la tarea de buscar información previa que sustente su proyecto, en este caso no se puede aplicar una evaluación del estudio ya que no ofrece una intervención, solo describe los datos obtenidos, el cuestionario empleado no tiene información estadística sobre validez y confiabilidad.

Torres, Walker, Gutiérrez, Bertozzi (2006) realizaron una investigación donde describieron el diseño de un estudio en escuelas preparatorias que servía para evaluar una intervención de prevención de VIH/sida y embarazos

no planeados. La muestra estuvo compuesta por 11177 alumnos del estado de Morelos; los alumnos fueron divididos en 3 grupos donde el grupo 1 recibió información sobre VIH/SIDA/ITS + AE (Anticoncepción de Emergencia), el grupo dos sobre VIH/SIDA/ITS y el grupo 3 no recibió intervención. En primera instancia se capacitó a docentes para implementar el programa de intervención a los alumnos, posteriormente se implementó directamente con los alumnos abordando las temáticas de VIH/SIDA/ITS, incluyendo anticoncepción de emergencia, antes y después de la intervención se aplicó una encuesta sobre conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales, un año después nuevamente se volvió a aplicar dicha encuesta en la misma población. Los resultados reflejan que el 10% de las mujeres y 24% de los hombres dijeron tener experiencia sexual, y únicamente 39% reportó haber usado condón en la primera relación. De manera general se encontró que todos los participantes poseían un nivel alto de conocimientos sobre VIH/SIDA, el 10% de las mujeres era sexualmente activa, mientras que en el caso de los hombres fue el 24%, dentro de los sexualmente activos el 39% reportó haber usado condón en su primera relación sexual, y un tercio de los hombres y la quinta parte de las mujeres que reportaron haber experimentado zafadura o rotura del condón. La mayor parte de los participantes había escuchado previamente sobre la AE. De igual manera tanto hombres como mujeres reportan el sentirse seguros para negociar el uso del condón y tienen una actitud positiva hacia él.

Se pueden contrastar los elementos empleados en este estudio con los criterios propuestos por Kirby, Rolleri y Wilson (2007); Noar (2007), en primera instancia los investigadores de este estudio desarrollaron un marco lógico donde exponen las problemáticas de salud sexual que viven los jóvenes en la actualidad, a partir de ello delimitan las conductas a modificar en la intervención que ellos proponen; De igual manera toman en cuenta las creencias de la población con la que trabajaron puesto que no obligaron a participar a un docente que no compartía los objetivos del proyecto; otro punto a favor del estudio es que los investigadores fueron apoyados por diversas autoridades tanto escolares como organizaciones. De igual manera capacitaron,

supervisaron y apoyaron de manera exhaustiva a los docentes que participaron en la intervención. Noar (2007) hace mención de que las características de la población y de la intervención deben ser coherentes, hecho que se ve reflejado en este estudio ya que brindan el apoyo a la población que es más vulnerable sobre los temas a abordar. Por otra parte, también Noar (2007) menciona que debe involucrarse una teoría que se ajuste a las variables de interés, en esta intervención retoman algunos elementos de la teoría de la acción razonada. En contraste una de las deficiencias del estudio es que no implementaron una prueba piloto con el fin de afinar detalles, de igual manera faltó indagar de manera exhaustiva en los diversos factores tanto de protección como de riesgo que rodean a los adolescentes de la comunidad estudiada, debido a que no se dan datos explícitos sobre el desarrollo de las sesiones se podría decir que faltaron más actividades didácticas para establecer los conocimientos planteados ya que solo se concentraron en dotar de información y no de habilidades a los participantes, aunado a esto también faltó la inclusión de métodos pedagógicos que permitiera a los participantes personalizar la información planteada, es importante mencionar que no se reportan datos estadísticos de confiabilidad y validez de los instrumentos empleados para la recolección de datos.

Por otro lado, Peña, Vera, Barrera y García (2009) realizaron un programa de intervención sobre educación sexual para adolescentes habitantes de una comunidad rural de Sonora, participaron 22 adolescentes de entre 14 y 15 años de edad de ambos sexos, los participantes se encontraban cursando el último semestre de su educación secundaria. Este programa tuvo una duración de 10 sesiones, en la primera sesión se llevó a cabo una evaluación inicial donde se indagó sobre la relación con los padres, actitudes con respecto al sexo prematrimonial, actitudes al uso de anticonceptivos, actitudes hacia tener un bebé en la adolescencia, percepción de facilidades de acceso y economía para conseguir anticonceptivos, percepción de la pareja, influencia de los amigos en la conducta sexual de los adolescentes y características de la personalidad, posteriormente se realizó una presentación

tanto del curso como de los instructores, una dinámica de integración del grupo y se dio inicio con el tema comunicación con los padres. En la sesión 2 se abordaron los temas sobre aspectos biológicos de la reproducción humana y las alternativas para ejercer la sexualidad. En la tercera sesión se habló sobre infecciones de transmisión sexual. En la 4^{ta} sesión se impartió el tema del embarazo, sus consecuencias y anticoncepción. En la sesión 5 se abordaron los temas de roles sexuales y género; durante la sesión 6 se trataron los temas de manejo de afecto y comunicación no verbal así como también asertividad y comunicación verbal; en la séptima sesión se trataron valores y autoestima; en la sesión 8 se abordó la temática sobre el control y el decidir sobre su vida, así como también expectativas futuras; en la sesión 9 se trató el tema de consumo de drogas, finalmente en la sesión 10 se manejó la prevención del consumo de drogas y se llevó a cabo una evaluación post test y se dio por clausurado el taller. En los resultados obtenidos se encontró que el 76.2% de los participantes viven con ambos padres, mientras que el 14.3% refiere vivir solamente con la madre; de los jóvenes participantes el 85.7% menciona tener una buena relación con sus madres, de aquí el 80% menciona platicar con sus madres de los temas sexuales; tanto en la pre como en la post evaluación el 100% de los participantes mencionaron no haber iniciado su vida sexual, en la post evaluación los adolescentes tuvieron un incremento del 14% de respuestas correctas en las áreas de conocimiento del aparato sexual masculino, femenino, fecundidad, menstruación, fertilidad, masturbación, conocimiento y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos.

Kirby, Rolleri y Wilson (2007) menciona que es importante valorar las necesidades y cualidades del grupo con el que se va a trabajar, en el estudio anterior los investigadores en primera instancia realizaron cuestionarios donde conocieron estas características de los participantes; al momento de la intervención los investigadores crean un ambiente seguro para los adolescentes, tratan de implementar estrategias dinámicas; cada sesión está organizada de manera que se abordaron los temas a tratar de una manera

lógica, es decir van de lo más sencillo a lo más complejo. Noar (2007) destaca la importancia de la coherencia entre las características de la población como de la intervención, este criterio es tomado en cuenta en esta investigación ya que la población a trabajar es la ideal, porque es la más propensa a tener problemas de salud sexual. Este estudio carece de diversidad de especialistas en el área de la sexualidad; además no menciona el tener un objetivo claro, ni establece las conductas a modificar o metas de salud que se pretenden lograr al implementar ese programa de intervención, al parecer no se incluyeron dentro del taller diversas actividades, métodos pedagógicos y didácticos que permitieran transmitir los conocimientos deseados puesto que solo mencionan los temas abordados, lo que hace suponer que dicho taller solo estuvo basado en pláticas; tampoco se menciona el involucramiento de los docentes o autoridades del plantel en este taller, de igual manera faltó implementar una prueba piloto para afinar el programa de intervención, finalmente, Noar menciona la importancia de tener un diseño lógico para que el programa de intervención sea evaluado y analizado, este estudio tampoco cubre este criterio. Es importante recalcar que no se reportan datos estadísticos de confiabilidad y validez de los instrumentos empleados para recabar información en la pre y las pos evaluación.

Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal (2012) realizaron un estudio donde determinaron la relación entre percepciones sobre el uso del condón y la actividad sexual de riesgo en jóvenes universitarios y universitarias. En esta investigación participaron 273 hombres y mujeres con rango de edad de 19 a 25 años inscritos e inscritas en las licenciaturas de Enfermería y Psicología de la Universidad de Colima, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (74.7%). Para la recolección de información se empleó un cuestionario autoaplicable elaborado para tal efecto, que constaba de tres secciones: la primera incluía 9 preguntas de datos generales y características sociodemográficas de los participantes; la segunda sección constaba de 18 preguntas de tipo nominal y ordinal, referentes a prácticas sexuales en las que se incluyó el haber tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de dichas relaciones, el tiempo de conocer a su primera pareja sexual, el uso del condón

en la primera relación sexual, la cantidad de parejas sexuales, la frecuencia de relaciones sexuales con parejas ocasionales, y la frecuencia del uso del condón masculino en cualquier tipo de relación sexual, así como tres preguntas ordinales que miden la percepción de tener conocimiento respecto a la conducta sexual segura y el uso correcto del condón. La tercera sección estaba compuesta por 31 preguntas ordinales tipo Likert, con opciones de respuesta del 1 al 5, donde 1 es totalmente desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo, compuesto por cuatro factores: el primero medía la percepción negativa del uso del condón y tiene 12 reactivos con un alpha de .79; el segundo factor medía las creencias erróneas respecto al contagio de ITS, y constaba de tres reactivos y un alpha de .68; el tercer factor medía los conocimientos acerca de la conducta sexual segura y el uso del condón, y tenía cinco reactivos y un alpha de .77; y el cuarto factor medía creencias erróneas respecto al uso del condón, y tenía once reactivos y un alpha de .78 un cuestionario de datos demográficos e inicio de prácticas sexuales, también se utilizó una escala tipo Likert con 31 reactivos, con cuatro dimensiones que miden percepción negativa del uso del condón, conocimientos sobre conducta sexual segura y creencias erróneas sobre las ITS y el uso del condón. Los resultados de la investigación arrojaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la percepción negativa del uso del condón; y se obtuvieron correlaciones positivas en el uso del condón en la primera relación sexual y su uso posterior, del total de los participantes el 65% declara haber tenido relaciones sexuales. De acuerdo con el sexo de los participantes y las participantes, el 85% de los hombres ha tenido relaciones sexuales; en el grupo de las mujeres, el 62% declara haber tenido relaciones sexuales. Respecto a la primera relación sexual -debut sexual- el 32% de los hombres y el 30% de las mujeres reportaron no haber usado condón; existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la percepción negativa del uso del condón: las mujeres reportan mayor percepción negativa que los hombres. También observamos una diferencia significativa en las creencias erróneas respecto al contagio de ITS: el grupo de mujeres tiene una media mayor a la del grupo de hombres. Así mismo, existen diferencias significativas con relación a los conocimientos sobre

el uso correcto del condón en hombres y mujeres: las mujeres muestran promedios mayores que los hombres, lo que significa que ellas reportan tener mayor nivel de conocimientos sobre el uso del condón, no obstante que también son ellas quienes perciben en forma negativa su uso y tienen más creencias erróneas respecto al contagio de ITS.

Al evaluar este estudio bajo los criterios de Kirby, Rolleri y Wilson (2007) podemos dar cuenta de que cumple con la valoración de necesidades y cualidades de la población a estudiar, pues indaga sobre sus prácticas sexuales y creencias, también emplean un marco lógico donde exponen los factores de riesgo que afectan el comportamiento en estudios previos, que se ven reflejados en este estudio; en cuanto a la instrumentación del estudio los autores recibieron apoyo por parte de las autoridades educativas de la Universidad de Colima para aplicar sus instrumentos, en lo que respecta a los criterios propuestos por Noar (2007) menciona que es importante involucrar una teoría que se ajuste a las variables de interés, de igual manera menciona que se debe considerar como viable una teoría que tenga mayor sustento teórico, en este estudio los autores realizan su investigación bajo una perspectiva sociocultural y de género. Podemos notar que este estudio cumple con varios criterios con los que debe contar un programa efectivo sin embargo se ve limitado por que no proponen una estrategia de intervención que modifique o prevenga las conductas de riesgo de los jóvenes en el ámbito sexual, es decir, es un estudio meramente exploratorio.

Del Castillo, Mayorga, Guzmán, Escorza, Gutiérrez, Hernández y Juárez (2012) realizaron un estudio donde determinaron la relación entre la actitud hacia el uso del condón y el nivel de autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes universitarios. Participaron 144 estudiantes de la licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de del Estado de Hidalgo (UAEH) con un rango de edad entre 17 y 29 años de edad. Se encontró que entre más de acuerdo se encuentren los jóvenes en el uso del preservativo mayor es la autoeficacia para llevar a cabo conductas preventivas

para el VIH/SIDA. Los análisis descriptivos señalan que en promedio los participantes, tuvieron su primera relación sexual a los 18 años. Alrededor del 60% tienen una vida sexual activa y actualmente tienen pareja. El 92 % han tenido una relación de noviazgo con parejas anteriores, y el 96% no ha tenido infecciones vaginales. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia total para la prevención del VIH/SIDA y la actitud general hacia el uso del condón, en términos generales se aprecia una actitud positiva hacia el uso del condón. Esta actitud es ligeramente más a favor del uso en el caso de su uso con pareja informal. La percepción del uso como bueno y necesario son las más altas, mientras que lo deseable y fácil de su uso, se perciben como las menos atractivas. En general los alumnos muestran índices de moderados a altos de autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA. En conclusión los estudiantes que tengan una actitud favorable hacia el uso del condón tendrán una percepción de autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA y conductas de riesgo.

Con referencia a los criterios propuestos por Kirby, Rolleri y Wilson (2007) se puede notar que este estudio cumple con la utilización de un marco lógico en donde especifican los factores de riesgo y los factores protectores con los que cuentan los adolescentes sobre su conducta sexual; a partir de los resultados obtenidos los autores encontraron las conductas específicas que podrían ser modificadas, de igual manera indagaron sobre los conocimientos, actitudes, riesgos percibidos y autoeficacia en el uso del condón. En lo que respecta a la instrumentación del programa los investigadores recibieron apoyo por parte de las autoridades educativas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Por otra parte, Noar (2007) destaca la importancia de implementar una teoría que se ajuste a las variables de interés, además de tomar en cuenta como viables las teorías que tienen mayor sustento teórico, la investigación que realizaron estos autores involucran la teoría de la acción razonada. Este estudio da grandes aportaciones, sin embargo, hay que reconocer que una de sus limitaciones es que no interviene

sobre los hallazgos encontrados, pues sería relevante lograr un impacto en las conductas sexuales de riesgo de los jóvenes.

Cada uno de los estudios expuestos anteriormente tienen una metodología específica y criterios con los cuales cumplen para lograr mejores resultados, sin embargo, para que una intervención sea más eficaz es de vital importancia vincular otros elementos como los modelos de salud, los cuales pueden permitir una mayor correspondencia entre los logros u objetivos y su delimitación del objeto de estudio.

Por otra parte el objetivo que se desea alcanzar con los programas de intervención en la educación sobre salud sexual y reproductiva (SSR) es que se integre la educación afectiva con la educación sexual, procurando no reprimir ni fomentar conductas sino fomentar en el/la adolescente un espíritu crítico al entregarle claves interpretativas que pueda utilizar en situaciones diversas, proporcionándole así mismos elementos de análisis para que cada individuo pueda reflexionar acerca de los pros y los contras de las diferentes opciones que se le presentan en la vida (García y Ameike, 1999; Kirby, Rolleri y Wilson 2007; Noar 2007).

4. REPORTE DE LA INTERVENCIÓN, PRUEBA PILOTO DEL TALLER “VIVE TU JUVENTUD, NO SOLO 10 MINUTOS DE ELLA” EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN ZONAS RURALES.

A lo largo del tiempo se han realizado innumerables investigaciones sobre sexualidad en adolescentes, sin embargo ningún estudio o investigación han dado resultados satisfactorios puesto que se descuidan diversas áreas, un ejemplo de ello es la alta concentración de investigaciones en adolescentes que habitan en zonas urbanas (Núñez, Hernández, García y González, 2003) dejando de lado a la población rural; otro aspecto alarmante es que en la mayoría de los estudios realizados solo se recaba información sobre las prácticas sexuales de los adolescentes (García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia, 2006) y no se ofrece una intervención para combatir sus problemáticas, es decir, su alcance es muy reduccionista debido a que solo se limitan a la aplicación de instrumentos (Sancho, 2005), y en el mejor de los casos se les brinda a los participantes una plática informativa como en el caso de los estudio realizado por Torres, Walker, Gutiérrez, Bertozzi (2006). En el estudio realizado por Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yépez, Abad-Franch y Aguilar (2001) se ofrece una intervención a adolescentes de zonas urbanas y rurales, sin embargo, no se toman en cuenta las características particulares de las zonas en donde viven y aplican las mismas estrategias sin hacer ajustes.

Es de suma importancia que se innoven nuevas herramientas para los jóvenes que se inician en el terreno de la sexualidad, sobre todo porque son los más vulnerables a estos problemas, ya que el solo dotarlos de información no ha permitido una respuesta satisfactoria para la prevención de ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados, sobre todo en poblaciones rurales donde cada vez es mayor la incidencia de estos casos relacionados con prácticas sexuales de riesgo en adolescentes por las carencias en los servicios de salud, educación e información, aunado por la falta de investigación como de programas que se adapten a las características ambientales, sociales y psicológicas que permitan el cambio en sus creencias, prejuicios y habilidades, para que vivan una vida

sexual más placentera y segura (Salazar, Álvarez, Solano, Lázaro, Arrollo, Araujo, Luna y Echazu , 2004 citado en Salazar, Álvarez, Solano, Lázaro, Arrollo, Araujo, Luna y Echazu, 2007).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, el presente taller está diseñado como prueba piloto y se centra en adolescentes de telesecundaria de un área rural, diseñado a partir del modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) y los criterios propuestos por Kirby, Rolleri y Wilson (2007); Noar (2007), con el propósito de evaluar sus efectos en cuanto al nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA, ITS, embarazos y métodos anticonceptivos, así como también evaluar sus efectos en relación con la motivación y las habilidades conductuales vinculadas con el uso y manejo del preservativo, en suma también se indagará sobre los efectos diferenciales que existen entre géneros, puesto que, ninguno de los participantes cuenta con experiencia sexual.

4.1.1. Objetivo:

Dotar a jóvenes adolescentes habitantes de una zona rural de información para la prevención de ITS, VIH/SIDA, embarazo no deseado, aborto, retomando los elementos que constituyen el modelo información, motivación y habilidades conductuales de Fisher y Fisher (1992).

Método:

4.1.2. Participantes:

Participaron un total de 73 alumnos (30 mujeres y 38 hombres) de la telesecundaria 214 Lucas Alamán ubicada en el municipio de Chalchicomula de Sesma, Estado de Puebla de los cuales 19 fueron estudiantes de primer grado, 32 de segundo grado y 22 de tercer grado, con un promedio de edad de 13.39 años, el 92.3% de los participantes reportaron ser solteros, en cuanto a su preferencia sexual predomina el 84.6% como heterosexual, el 95.3% de los participantes mencionó vivir con su familia y el 100% mencionó nunca haber tenido relaciones sexuales.

Se proporcionó una carta de consentimiento informado a los participantes y se contó con la autorización del director del plantel para aplicar la prueba piloto del taller “Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella” en estudiantes de secundaria en zonas rurales.

Para aplicar dicho taller se establecieron los siguientes criterios para los estudiantes:

Criterios de inclusión: estudiantes de nivel secundaria que pertenecieran a la institución Lucas Alamán que desearan participar.

Criterios de exclusión: Alumnos que faltaron a clases los días que se realizó el taller.

4.1.3. Escenario:

Para llevar a cabo dicho taller se ocupó el salón donde cada grupo tomaba clase, dichos salones contaban con una capacidad para 35 estudiantes aproximadamente, y medían alrededor de 3 metros de largo por 5 de ancho. En las aulas había bancas movibles para cada participante, contaba con dos pizarrones blancos en cada extremo y había espacio suficiente para realizar las actividades del taller, es importante resaltar que, el espacio brindado por las autoridades del plantel tenían buena iluminación y ventilación; instalaciones eléctricas adecuadas, y se encontraba libre de interrupciones.

También se empleó como escenario para llevar a cabo una de las actividades, el patio de la escuela, este medía aproximadamente 7 metros de largo por 5 de ancho, estaba al aire libre y contaba con piso de cemento, cabe mencionar que se encontraba en buen estado y limpio.

4.1.4. Materiales:

Un paquete de 100 hojas de colores
45 Recortes vinculados a la sexualidad
30 Lápices adhesivos

30 Plumas, marcadores, gises, crayolas o lápices de colores
Caja con 100 Condonos masculinos
3 condones femeninos
1 Modelo de pene para la enseñanza
8 Pliegos de Papel bond o cartulinas
35 Muñequitos de bebé
3 Bolsas de dulces de diferentes sabores y formas
6 Metros de tela dividida en 30 partes
4 Metros plástico cristal dividido en 30 partes
5 Pliegos de papel celofán
30 Cintas adhesivas
30 Bolsas negras
Medio kilogramo de diamantina
1 Litro de pintura a base de agua
500 Gramos de harina
4 Litros de agua
Cuatro pares de guantes de látex
Un paquete de Toallitas húmedas
1 Franela
150 Copias de los instrumentos: “Conocimientos sobre el VIH/SIDA y otras ITS”, “Conocimientos sobre Embarazo en adolescentes y métodos anticonceptivos”, “Actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y con pareja ocasional y Norma subjetiva” y “Formato de Registro uso de Condón Masculino”
1 Plotter de los anexos del manual del facilitador
2 Manuales del participante
1 Manual del instructor

4.1.5. Aparatos:

Computadora tipo portátil marca ASUS con sistema operativo Windows 8.1 (actualizable a Windows 10) con un procesador Intel(R) Pentium(R) CPU 987

@ 1.50GHz 1.50 GHz, con memoria RAM de 4.00 GB y procesador x64, se empleó una pantalla LG de 32 pulgadas instalada en el salón de clases.

4.1.6. Definición de variables e instrumentos

Las variables que se tomaron en cuenta para la realización de éste estudio fueron:

Información: es un factor importante para el desarrollo del comportamiento preventivo ya que potencializa al individuo a actuar, evitando y previniendo de acuerdo a comportamientos de bajo riesgo las posibles consecuencias que atenten contra su salud.

Habilidades conductuales: son comportamientos específicos para enfrentar situaciones de riesgo, estas conductas suelen ser aprendidas a partir de un entrenamiento previo relacionado con la práctica en comportamientos de bajo riesgo.

Motivación: es un aspecto de total relevancia para el desarrollo de comportamientos preventivos en los individuos, ya que una persona motivada puede mantener e iniciar comportamientos de bajo riesgo, puesto que en la motivación se encuentra en las creencias, las actitudes, las intenciones, elementos cognitivos moldeables y flexibles que favorecen el desarrollo de comportamientos de prevención.

A continuación se describirán los instrumentos que fueron empleados para medir cada una de las variables anteriormente mencionadas.

Se empleó el instrumento “Conocimientos sobre el VIH/SIDA y otras ITS” de Robles, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, y Rodríguez, (2011) el cual evalúa conocimientos sobre el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), está compuesto por 23 reactivos con un formato de respuesta de “Cierto”, “falso” y “no sé”, diseñado para adquirir información sobre sintomatología (3 reactivos), transmisión (4 reactivos) y prevención (6 reactivos) del VIH/SIDA. Los 10 reactivos restantes evalúan aspectos

relacionados con las características (3 reactivos), transmisión (4 reactivos), prevención (2 reactivos) y consecuencias de transmisión sexual de otras ITS como la gonorrea, clamidia, sífilis, entre otras. Un ejemplo de un reactivo que refiere conocimientos sobre VIH es el siguiente: *El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas*; un ejemplo de reactivo para otras ITS es el siguiente: *La gonorrea y la sífilis son enfermedades de las vías respiratorias*. Dicho instrumento posee una confiabilidad adecuada (Coeficiente de Spearman-Brown 0.78 y Alfa de Cronbach 0.78).

El instrumento anteriormente mencionado “Conocimientos sobre el VIH/SIDA y otras ITS” se calificó mediante la codificación de las respuestas correctas (1), incorrectas (0) y “no sé” (0) para todos los reactivos la opción de respuesta “no sé” fue considerada como incorrecta por indicar que la persona no posee la información respectiva. El número máximo posible de respuestas correctas que se podía obtener corresponde al total de reactivos definidos en todo el instrumento y en cada área de conocimiento. Para determinar el grado de conocimientos del total de la muestra en dicho instrumento se calculó la frecuencia de participantes que contestaron tanto correcta como incorrectamente por reactivo en la pre y post evaluación. En la sección de anexo se encuentra el instrumento con las respuestas correctas.

Otro instrumento empleado fue el de “Conocimientos sobre Embarazo en adolescentes y métodos anticonceptivos” de Frías, Rodríguez y Báez (2015) el cual está conformado por 10 reactivos de “cierto”, “falso” y “no sé” diseñado para obtener información sobre los conocimientos que poseen sobre métodos anticonceptivos (4 reactivos) y embarazos (6 reactivos); Un ejemplo de reactivo para conocimientos sobre embarazos es el siguiente: *Existe más riesgo para la salud cuando una mujer se embaraza en la adolescencia*; un ejemplo de reactivo para métodos anticonceptivos es: *Practicar coito interrumpido evita el embarazo*. Es importante mencionar que dicho instrumento fue trabajado como prueba piloto y se calificó igual que el anterior instrumento, donde la codificación de las respuestas correctas (1), incorrectas (0) y “no sé” (0); para

todos los reactivos la opción de respuesta “no sé” fue considerada como incorrecta por indicar que la persona no posee la información respectiva. El número máximo posible de respuestas correctas que se podía obtener corresponde al total de reactivos definidos en todo el instrumento y en cada área de conocimiento. Para determinar el grado de conocimientos de la muestra total en el instrumento, se calculó la frecuencia de participantes que contestaron tanto correcta como incorrectamente por reactivo en la pre y post evaluación. En la sección de anexo se encuentra el instrumento con las respuestas correctas.

También se recurrió al instrumento “Formato de Registro uso de Condón Masculino” de Rodríguez, Barroso, Frías y Moreno (2009) que evalúa las habilidades conductuales sobre el uso del condón masculino, está conformado por 20 reactivos de “correcto” e “incorrecto”, 13 reactivos evalúan su uso antes de la relación sexual, 2 reactivos durante, y 5 reactivos después de la relación sexual, un ejemplo de reactivo es: *Checar fecha de caducidad o de elaboración*; este instrumento se calificó mediante la codificación de respuestas correctas (1) e incorrectas (0). El número máximo posible de respuestas correctas que se podía obtener corresponde al total de reactivos definidos en todo el instrumento y en cada área de conocimiento. De esa forma, la medida del instrumento se definió como el porcentaje de respuestas correctas, el cual se obtuvo al dividir la suma de todos los reactivos que se respondieron correctamente entre el total de reactivos, multiplicando el resultado por cien. En la sección de anexo se puede ver el instrumento.

Para evaluar la motivación sobre el uso del condón con que contaban los participantes se empleó el instrumento de “Actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y con pareja ocasional y Norma subjetiva” de Robles, Díaz, Moreno, Díaz, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso (2007), este instrumento fue diseñado con un formato de respuesta de escala Likert de 7 puntos; está compuesto por un total de 38 reactivos, donde se indaga lo que otros piensan de los participantes acerca del uso del condón con su pareja

regular (1 reactivo) y con su pareja ocasional (1 reactivo); también evalúa el apoyo que cree recibir por parte de su círculo cercano sobre el uso del condón con su pareja regular (4 reactivos) y ocasional (4 reactivos); los siguientes reactivos evalúan las actitudes al usar condón con una pareja regular (14 reactivos) y ocasional (14 reactivos). Un ejemplo de reactivo para lo que otros piensan de los participantes sobre el uso del condón al tener sexo con su pareja estable fue: *La mayoría de la gente que es importante para ti piensa que tú deberías usar condón, cada vez que tienes sexo vaginal con tu pareja regular o estable.* Un ejemplo de reactivo para lo que otros piensan de los participantes sobre el uso del condón al tener sexo con su pareja ocasional fue: *La mayoría de la gente que es importante para ti piensa que tú deberías usar condón, cada vez que tienes sexo vaginal con tu pareja ocasional o eventual.* Ejemplo de reactivo para el apoyo de otros con pareja regular fue: *Que tanto apoyo crees que recibirías de cada una de las siguientes personas por usar condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu pareja regular o estable; a continuación se presentaron como opción: papá, mamá, amigos cercanos, pareja.* Para pareja ocasional o eventual fue exactamente igual solo se cambió el tipo de pareja. Un ejemplo de reactivo para evaluar las actitudes al usar condón con una pareja regular fue: *Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu pareja regular o estable podría ser...;* a continuación se presentaron pares de afirmaciones como: *Muy desagradable- Muy agradable; Nada placentero- Muy placentero.* Para las actitudes con la pareja ocasional o eventual fue lo mismo solo cambió el tipo de pareja.

Lo relacionado a las actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y pareja ocasional de este instrumento estuvo conformado por 14 reactivos para cada tipo de pareja, con opciones de respuesta que van de 1 a 7, el valor mínimo que se podía obtener en toda la escala al sumar las respuestas dadas a cada reactivo es de 14 (1x14), mientras que la puntuación máxima posible es de 98 (7x14). Para realizar la comparación de actitudes entre hombres y mujeres tanto para pareja regular y ocasional en la pre y la post evaluación se realizó el cálculo de la media teórica por reactivo de la siguiente manera: se

restó el puntaje mayor (7) al puntaje menor (1) y se dividió entre 2, posteriormente al cociente se sumó al valor mínimo y se restó al valor máximo, dando como resultado 4. Los resultados que fueron 4 o mayor a 4 se clasificaron como actitudes favorables; mientras que los resultados menores a 4 fueron interpretados como actitudes desfavorables.

En lo que respecta a la parte de “lo que otros piensan de ti” para pareja ocasional y pareja regular la puntuación máxima que se podía obtener era de 6 y la mínima de 1 ya que esta parte solo poseía un reactivo para cada tipo de pareja, para diferenciar si la norma subjetiva era favorable o desfavorable se llevó a cabo el cálculo de la media teórica de la siguiente manera: se restó el puntaje mayor (6) al puntaje menor (1) y se dividió entre 2, posteriormente al cociente se sumó al valor mínimo y se restó al valor máximo, dando como resultado 3.5, los puntajes iguales o superiores a la media teórica se consideraron como favorables, mientras que los puntajes inferiores se consideraron como desfavorables. Es importante aclarar que la media teórica de 3.5 únicamente fue válida para el primer reactivo (La mayoría de la gente piensa que deberías usar condón al tener sexo vaginal con tu PR o POC) ya que su puntaje máximo fue 6. Para el resto de los reactivos fue de 4 ya que el puntaje máximo era de 7.

Finalmente en el apartado de “apoyo de otros” con pareja regular y pareja ocasional de este instrumento estuvo conformada por 6 reactivos para cada tipo de pareja, con opciones de respuesta que van de 1 a 7, el valor mínimo que se podía obtener en toda la escala al sumar las respuestas dadas a cada reactivo es de 6 (1x6), mientras que la puntuación máxima posible es de 42 (7x6). Posteriormente dicha calificación se clasificó en bajos y altos para diferenciar si la norma subjetiva era favorable o desfavorable. En la sección de anexo se puede ver el instrumento.

4.1.7. Diseño

Se empleó un diseño “pretest-postest” con intervención. La pre-evaluación tuvo la función de detectar el nivel inicial de conocimientos que poseen los participantes, para dicha preevaluación se emplearon los siguientes instrumentos: “Conocimientos sobre el VIH/SIDA y otras ITS”, “Conocimientos sobre Embarazo en adolescentes y métodos anticonceptivos” y “Actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y con pareja ocasional y Norma subjetiva”.

La intervención consistió en un taller de 3 sesiones de 2 horas cada una, es importante mencionar que inicialmente se tenían previstas 5 sesiones de una hora, sin embargo, debido a que la telesecundaria donde se aplicó el taller solo pudo brindar 3 días para realizarlo se modificó; se abordaron temáticas de salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, Uso de Condón y Habilidades de Negociación. Este taller fue diseñado bajo los criterios que señala Kirby, Rolleri y Wilson (2007); Noar (2007): puesto que involucra diversos profesionales conocedores del tema, toma en cuenta las características de la población a la cual va dirigida, emplea un marco lógico para llegar a la meta de salud, tiene claramente establecidas sus metas de salud, además tiene delimitadas las conductas específicas que conducirán a las metas, se conocen tanto los factores de riesgo como de protección que afectan el comportamiento sexual, se plantean diversas actividades para lograr un impacto en las conductas de los adolescentes, y finalmente los temas presentados se encuentran estructurados bajo una secuencia lógica, es decir de lo más sencillo a lo más complejo; también este taller se encuentra sustentado bajo el modelo IMB de Fisher y Fisher (1991).

La post-evaluación permitió conocer el nivel de cambio y si el taller produjo algún efecto, esto se logró al aplicar los 3 instrumentos que se aplicaron en el pretest, añadiendo el instrumento de “Formato de Registro uso de Condón Masculino” de Frías, Barroso y Rodríguez (2008), es importante mencionar que este instrumento solo se aplicó en la post evaluación.

4.1.8. Procedimiento

Para lograr los objetivos del presente trabajo, se realizaron las siguientes fases:

- Fase 1. *Diseño del protocolo de investigación*: Durante esta fase se planeó la elaboración de las cartas descriptivas con base en el análisis previo de intervenciones y de lo planteado por Kirby, Rolleri y Wilson (2007) y por el modelo IMB de Fisher y Fisher (1991), también se estableció comunicación con el creador de los manuales de este taller para contactar al director de la telesecundaria donde se tenía previsto la aplicación del taller, finalmente se redactó el protocolo para realizar su registro ante la coordinación de la carrera de psicología de la FES Iztacala.

- Fase 2. *Taller “Vive tu juventud, no solo diez minutos de ella”*: esta fase se dividió en tres etapas:
 - Etapa de Pre-evaluación: se aplicaron tres instrumentos (“Conocimientos sobre el VIH/SIDA y otras ITS”, “Conocimientos sobre Embarazo en adolescentes y métodos anticonceptivos” y “Actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y con pareja ocasional y Norma subjetiva”) programados, para permitir al facilitador identificar los puntos o temas en donde es necesario hacer énfasis, corregir o reforzar.
 - Etapa de intervención: se diseñaron inicialmente 5 sesiones con base en el modelo IMB adecuada a la población rural, debido a la restricción de tiempo otorgada por el director de la telesecundaria se realizaron 3 sesiones de 2 horas cada una, es decir se agruparon 2 sesiones por día, las temáticas se distribuyeron de la siguiente manera, para mayor información ver anexos de cartas descriptivas.

La sesión 1 agrupó los contenidos previstos para la sesión 1 y 2 (por tal motivo duró 2 horas), se abordaron 4 temáticas que son la presentación (2 actividades) pre-evaluación (1 actividad), mitos (1 actividad) y anatomía (3 actividades). El contenido de esta sesión está básicamente relacionado con los mitos y realidades sobre el VIH, ITS y embarazos no planeados, de igual manera se abordó la anatomía del cuerpo humano y se resaltaron los nombres e higiene de los genitales tanto masculinos como femeninos; (con estas actividades se cubrieron los contenidos previstos para la sesión 1), las actividades que se mencionan a continuación conforman las previstas para la sesión 2, se abordaron 2 temáticas las cuales fueron embarazo adolescente (2 actividades), e ITS (2 actividades). En lo que respecta a la temática de embarazo adolescente se puso de manifiesto el costo que tiene mantener un bebé, en cuanto al tema de las ITS se indagó qué tanto saben los participantes sobre ellas, de igual manera se les brindó información clara y concisa sobre dicha temática.

En lo que respecta a la sesión 2 se agruparon las actividades previstas para las sesiones 3 y 4 (tuvo una duración de 2 horas), se abordó el VIH/SIDA con 4 actividades, en esta sesión se identificaron los conocimientos que tienen los participantes sobre VIH (2 actividades), también se les proporcionó información clara y concisa sobre esta enfermedad y se puso énfasis en el riesgo que tienen al contraerla (2 actividades), de igual manera se invitó a la reflexión sobre la temática (con estas actividades se cubrieron los contenidos previstos para la sesión 3); Las siguientes actividades cubren los contenidos previstos para la sesión 4: se abordó el uso del condón con 6 actividades, se dio a conocer a los participantes el condón femenino y masculino (2 actividades), así como su correcta colocación (2 actividades), también se destacó la importancia que tiene su uso en cada una de las relaciones sexuales (2 actividades).

En la sesión 3, se abordaron 3 temáticas con 5 actividades que son la negociación del uso del condón, se habló sobre los componentes de una

comunicación asertiva para tratar temáticas sexuales con padres y pareja, con respecto a la pareja se hablaron temas de sexualidad, negociación del uso del condón y el postergar un encuentro sexual (3 actividades), la pos-evaluación (1 actividad) y cierre (1 actividad). Esta sesión duró 2 horas.

- Fase 3. *Post evaluación:* en la etapa de post-evaluación: Se utilizaron los mismos instrumentos que en la fase de pre-evaluación, también se aplicó el instrumento “Formato de Registro uso de Condón Masculino” de Frías, Barroso y Rodríguez (2008) (solo en la post-evaluación) en esta fase se tenía esperado que todas las respuestas de los participantes fueran correctas, sin embargo, no fue posible su aplicación a todos los participantes de segundo año (solo se aplicó a 3 alumnos) ya que los instructores fueron interrumpidos por una ceremonia que no se tenía prevista desde que hicieron el trato de la aplicación del taller con el director de la telesecundaria.

5. RESULTADOS

La presentación de los resultados de este trabajo será en el siguiente orden, primero se describirán los datos demográficos de toda la muestra, se continuará con los datos encontrados acerca de conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS. Cabe señalar que los porcentajes que se presentan hacen referencia al número de participantes que contestaron a cada uno de los 23 reactivos, se hará una relatoría acerca de sus respuestas correctas e incorrectas, durante las fases de pre y postevaluación. La misma lógica se siguió para la presentación acerca de los conocimientos que poseían los estudiantes sobre embarazos adolescentes y métodos anticonceptivos.

Enseguida se expondrán por separado los porcentajes obtenidos por la variable actitudes hacia el uso del condón tanto con pareja regular como con ocasional, así mismo se darán los resultados obtenidos después de aplicar la prueba t de Student para comparar por sexo y por fase (pre-post).

Esta misma lógica se instrumentó para abordar la variable “Norma subjetiva”.

Un análisis más detallado sobre la variable actitudes hacia el uso del condón fue desarrollado a partir de la categorización de las respuestas emitidas por los participantes, se lograron establecer 3 niveles: actitudes desfavorables que comprendían a los puntajes obtenidos entre 14 y 42, mientras que los participantes a quienes se clasificaron como indecisos o con actitudes neutras tuvieron porcentajes entre 43 y 69, para los estudiantes que obtuvieron puntajes entre 70 y 89 fueron clasificados con actitudes favorables.

Se finaliza la descripción de resultados con los datos obtenidos durante la fase de post evaluación de la variable uso de condón, en donde se reporta por reactivo el porcentaje de alumnos que lo realizaron correcta e incorrectamente.

La población estudiantil que participó en la prueba piloto estuvo conformada en su mayoría por alumnos de segundo grado (43.1%), el 55.4% de los participantes fueron hombres y tenían en promedio 13.39 años de edad,

con un rango de 12 a 15 años; la mayoría (89.2%) reportó ser soltero; y el 84.6% mencionó tener una preferencia sexual heterosexual; el 95.3% de los participantes refirió vivir con su familia, al momento del estudio, el 100% de los alumnos señalaron no haber iniciado prácticas sexuales con penetración, para mayores detalles se puede observar la tabla 1 de datos demográficos.

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos por parte de los alumnos en el instrumento “Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS” de Robles, Díaz, Moreno, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso (2011), se detectó que en la preevaluación, de 23 reactivos solo respondieron correctamente a 13 reactivos y 10 reactivos fueron contestados erróneamente.

En lo que respecta a los reactivos contestados por los participantes correctamente, el rango se localizó entre el 21.5% y el 89.2%, destacando conocimientos sobre que las mujeres con VIH pueden transmitirlo a sus hijos durante el embarazo, además que es una enfermedad que deteriora el sistema de defensa de las personas infectadas, identifican claramente que la gonorrea y la sífilis no son enfermedades de las vías respiratorias, saben además que a través del sexo oral pueden transmitirse ITS, reconocen que el VIH no puede ser transmitido por el piquete de insectos, y que los condones sirven para prevenir el contagio de dicha enfermedad usándolos correcta y consistentemente; saben que el padecer una ITS puede provocar abortos, muertes neonatales, partos prematuros, bajo peso al nacer e infertilidad a hombres y mujeres; reconocen que el tener relaciones sexuales con la misma pareja sana evita y disminuye el contagio de VIH, saben que enfermedades como el herpes y las ladillas pueden contagiarse al tener relaciones sexuales, identifican como falsa sintomatología de las personas con VIH/SIDA el aumento de peso, nerviosismo y sed constante; además reconocen que puede contraerse una ITS al sentarse en el inodoro después de que una persona infectada lo haya usado, además conocen otras ITS como gonorrea, clamidia, y tricomoniasis, y saben que pueden curarse con tratamiento médico, para mayor detalle ver la tabla 2.

El rango de participantes que contestó incorrectamente a 10 reactivos del mismo instrumento en la prevaluación fue del 10.8% al 78.5%, reflejando escaso conocimiento sobre la relación que existe entre el padecer VPH y el cáncer de matriz, ignoran que el uso del condón de látex evita en un 80% la transmisión del VIH, tampoco saben que limitar el número de compañeros sexuales previene el contagio de VIH; no tienen claro que el uso de objetos personales no puede propiciar el contagio de VPH; creen erróneamente que el uso de espermaticidas evita totalmente la transmisión del VIH y que las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH; también creen erróneamente que los métodos anticonceptivos orales disminuyen la probabilidad de adquirir una ITS; no reconocen que los síntomas más comunes de las personas con VIH son diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso; tienen la falsa idea de que el uso común de albercas puede contribuir al contagio de VIH/SIDA, no reconocen como estrategia para evitar contraer una ITS el practicar la abstinencia y el sexo seguro.

En la post evaluación de manera general, entre el 35.2% y 92.5% de los participantes contestaron correctamente a 13 reactivos, por otra parte entre el 7.5% y 64.8% de los participantes contestaron 10 reactivos del instrumento incorrectamente. Al comparar los resultados obtenidos en la pre y la post evaluación se encontró que hubo un incremento de los participantes que contestaron correctamente en la mayoría de los reactivos (18 de 23 reactivos), esto refleja que los participantes aumentaron con el taller sus conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS, específicamente el 92.5% de los participantes saben que a través del sexo oral se puede transmitir alguna ITS, este fue el reactivo con mayor índice de participantes que contestaron correctamente, seguido del 88.9% de los participantes que saben que una mujer embarazada con VIH puede transmitirlo a su hijo, sin embargo, el reactivo en donde se indica que el mantener relaciones sexuales con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH, se mantuvo similar en ambas fases con el 63%. Es importante mencionar que, hubo un alza del 10% de los participantes que contestaron correctamente, para mayor detalle ver la tabla 2.

Tabla 1***Datos demográficos***

Variable					Total
Grado Escolar	26.2% (n=17)	43.1%(n=28)	30.8%(n=20)		Total
	1º	2º	3º		100% (n=65)
Sexo	Masculino	Femenino			Total
	55.4% (n=36)	44.6% (n=29)			100% (n=65)
Edad	12 años	13 años	14 años	15 años	Total
	17.5% (n=11)	36.5% (n=23)	25.4% (n=16)	20.6% (n=13)	100% (n=65) X̄=13.39
Estado Civil	Soltero	Otro	No contestó		Total
	92.3% (n=60)	6.2% (n=4)	1.5% (n=1)		100% (n=65)
Orientación Sexual	Homosexual	Bisexual	Heterosexual	No lo sé	Total

	3.1% (n=2)	7.7% (n=5)	84.6% (n=55)	4.6% (n=3)	100% (n=65)
Con quien vive	Con tu familia	Otro	No contestó		Total
	95.3% (n=62)	3.1% (n=2)	1.5% (n=1)		100% (n=65)
Ha tenido relaciones sexuales	Sí	No			Total
	0% (n=0)	100% (n=65)			100% (n=65)
Edad primera relación sexual	Sí	No			Total
	0% (n=0)	100% (n=65)			100%(n=65)

Nota: n= Número de participantes

Nota: X= media

Tabla 2

Resultados obtenidos en la pre y la post evaluación del instrumento “Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS” de Robles, Díaz, Moreno, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso (2011).

Reactivo	% Resp. Correc.		% Resp. Incorrec.	
	Pre	Post	Pre.	Post
C1 Los síntomas más comunes de las personas con VIH son diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.	36.9%	40.7%	63.1%	59.3%
C2 Son síntomas de las personas con VIH/SIDA el aumento de peso, nerviosismo y sed constante.	58.5%	68.5%	41.5%	31.5%
C3 Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos.	66.2%	68.5%	33.8%	31.5%
C4 El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas.	38.5%	37.0%	61.5%	63.0%
C5 Una mujer embarazada infectada con VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.	89.2%	88.9%	10.8%	11.1%
C6 El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección.	72.3%	75.9%	27.7%	24.1%
C7 Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.	65.7%	81.5%	34.3%	18.5%
C8 Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la	33.8%	35.2%	66.2%	64.8%

probabilidad de contagio del VIH.

C9 Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.	63.1%	63.0%	36.9%	37.0%
C10 El uso correcto y constante del condón aumenta la probabilidad de trasmisión del VIH.	64.6%	72.2%	35.4%	27.8%
C11 El uso de espermaticidas evita totalmente la transmisión del VIH.	32.9%	72.2%	67.1%	27.8%
C12 Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.	23.1%	48.1%	76.9%	51.9%
C13 La gonorrea y la sífilis son enfermedades de las vías respiratorias	72.3%	74.1%	27.7%	25.9%
C14 La gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis son infecciones de trasmisión sexual que se pueden curar con tratamiento médico.	53.8%	72.2%	46.2%	27.8%
C15 El virus del papiloma humano se asocia con el cáncer de la matriz.	21.5%	44.4%	78.5%	55.6%
C16 Los métodos anticonceptivos orales disminuyen el riesgo de padecer una ITS.	35.4%	48.1%	64.6%	51.9%

C17 El herpes y las ladillas pueden contagiarse por vía sexual	63.1%	79.6%	36.9%	20.4%
C18 Se puede contraer alguna ITS al sentarse en el retrete, después de que una persona infectada lo utilizó.	58.5%	74.1%	41.5%	25.9%
C19 El virus del papiloma humano se adquiere por compartir objetos personales.	27.7%	35.2%	72.3%	64.8%
C20 A través del sexo oral se puede transmitir alguna ITS.	70.8%	92.5%	29.2%	7.5%
C21 Para evitar contraer una ITS se debe practicar la abstinencia o el sexo seguro.	40%	48.1%	60%	51.9%
C22 Las ITS pueden provocar abortos, muertes neonatales, partos prematuros, bajo peso al nacer e infertilidad a hombres y mujeres.	64.6%	81.5%	35.4%	18.5%
C23 La efectividad del condón de látex para evitar la transmisión del VIH es del 80%	21.5%	37.0%	78.5%	63.0%

En la tabla 3 se ilustran los resultados obtenidos por los participantes en el instrumento “Conocimientos sobre embarazos adolescentes y métodos anticonceptivos” de Frías, Rodríguez y Baez” (2015, prueba piloto) en las fases de pre y post evaluación; éste instrumento está conformado por 10 reactivos, cabe mencionar que en la preevaluación el rango de participantes que contestaron correctamente 4 reactivos se ubicó entre el 7.7% y 86.2%, y reflejaron conocimiento en que hay un mayor riesgo para la salud si se presenta un embarazo en la adolescencia, saben que el padecer una ITS no los protegerá de una ITS, además tienen en cuenta que bajo peso al nacer, hemorragias y muerte materna pueden ser consecuencias de un embarazo adolescente, finalmente saben que existe la probabilidad de embarazarse si se tienen relaciones sexuales durante la menstruación.

Sin embargo, del 13.8% al 92.3% fue el rango de participantes que contestaron incorrectamente a 6 reactivos, poniendo de manifiesto que los participantes se encuentran en riesgo, puesto que, tienen las creencias erróneas de que los métodos anticonceptivos previenen las ITS, de igual manera creen que si una mujer no menstrua es porque está embarazada, además creen que la lactancia materna previene el embarazo, y que la temperatura basal elevada y el cambio de humor pueden ser síntomas de un embarazo, no consideran que la abstinencia es la estrategia más segura y confiable para no embarazarse, también creen erróneamente que el coito interrumpido puede evitar un embarazo.

En lo que concierne a la post evaluación cabe mencionar que el rango de participantes que contestaron 6 reactivos correctamente fue del 16.7% al 70.4%, destacando que poseen información sobre que el bajo peso al nacer, hemorragias y muerte materna pueden ser consecuencias de un embarazo adolescente, están conscientes de que tener relaciones sexuales durante la menstruación no es una estrategia segura para evitar un embarazo ni el coito interrumpido, adquirieron los conocimientos de que si una mujer no menstrua no es necesariamente por un embarazo, y que la temperatura basal elevada y el cambio de humor no son siempre síntomas de un embarazo, saben que la abstinencia es la estrategia más segura y confiable para no embarazarse. Sin

embargo, 83.3% de los participantes contestaron 3 reactivos incorrectamente, si bien aumentaron el número de respuestas correctas en la post evaluación, los participantes ponen de manifiesto que se encuentran en riesgo al tener creencias erróneas de que los métodos anticonceptivos previenen las ITS y que el tener una ITS puede protegerlos de un embarazo, además no consideran que haya más riesgo para la salud cuando una mujer se embaraza en la adolescencia; en el reactivo donde se menciona que se puede emplear la lactancia materna como prevención del embarazo el 50% cree que sí y el otro 50% indica lo contrario. De manera general se puede decir que hubo un incremento en los conocimientos sobre embarazos adolescentes y métodos anticonceptivos de los participantes después de haber estado en el taller, ya que en 8 de 10 reactivos aumentó el porcentaje de participantes que respondió correctamente, para mayor detalle ver la tabla 3. Es importante mencionar que en 2 reactivos de éste instrumento los participantes en vez de aumentar sus conocimientos, decrementaron después del taller.

Tabla 3

Resultados obtenidos en la pre y la post evaluación del instrumento “Conocimientos sobre embarazos adolescentes y métodos anticonceptivos” de Frías, Rodríguez y Báez (2015).

Reactivo	% Resp, Correc.		% Resp. Incorrec.	
	Pre	Pos	Pre	Pos
C24 Los métodos anticonceptivos previenen las ITS.	7.7%	16.7%	92.3%	83.3%
C25 La abstinencia es la estrategia más segura y confiable para no embarazarse.	36.9%	53.7%	63.1%	46.3%
C26 Practicar coito interrumpido evita el embarazo.	49.2%	61.1%	50.8%	38.9%
C27 La lactancia materna previene de un embarazo.	24.6%	50.0%	75.4%	50.0%
C28 Tener relaciones sexuales durante la menstruación probabilista un embarazo.	55.4%	68.5%	44.6%	31.5%
C29 Si una mujer no menstrua significa que está embarazada.	23.1%	59.3%	76.9%	40.7%
C30 La temperatura basal elevada y el cambio de humor pueden ser síntomas de un embarazo.	33.8%	57.4%	66.2%	42.6%
C31 Existe más riesgo para la salud cuando una mujer se embaraza en la adolescencia.	86.2%	16.7%	13.8%	83.3%
C32 Bajo peso al nacer, hemorragias y muerte materna pueden ser consecuencias de un embarazo adolescente.	60%	70.4%	40%	29.6%
C33 Tener una ITS me protege de un embarazo.	69.2%	16.7%	30.8%	83.3%

Resultados obtenidos con pareja regular para la variable actitudes hacia uso del condón: en lo que respecta al instrumento de “Actitudes hacia el uso del condón con pareja regular” de Robles, Díaz, Moreno, Díaz, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso (2007); para analizar las medias obtenidas, se calculó la media teórica, que en éste caso fue de 4, así, para la fase de preevaluación se encontró en la muestra total, que los participantes consideran que el uso del condón con su pareja regular puede ser natural, barato y confiable. En contraste con la post evaluación, se puede observar un incremento de las actitudes favorables hacia el uso del condón con su pareja regular ya que consideran que puede ser agradable, placentero, cómodo, excitante, natural, divertido, erótico fácil, benéfico, confiable, bueno para su salud y necesario, para mayor detalle ver tabla 4.

Para realizar la comparación de actitudes entre hombres y mujeres para pareja regular en la pre y la post evaluación se realizó la prueba t de Student para muestras independientes. Donde al comparar detalladamente las medias teoricas obtenidas por reactivos en la preevaluación se encontró que los hombres tienen una actitud más favorable ante el uso del condón con su pareja regular en comparación con las mujeres.

Los resultados indican que se encontraron diferencias significativas en la preevaluación entre hombres y mujeres en las actitudes de facilidad ($t= 2.103$, $gl= 55$, $p= .040$), beneficio ($t= 2.308$, $gl= 51$, $p= 0.25$) y confiabilidad ($t= 2.207$, $gl= 50$, $p= 0.32$) reflejando a los hombres con actitudes más favorables en cuanto al uso del condón con su pareja regular. Mientras que en la post evaluación se encontraron diferencias significativas donde los hombres tienen actitudes favorables acerca de que es barato ($t= 2.032$, $gl= 51$, $p= .047$), benéfico ($t= 2.431$, $gl= 52$, $p= .019$), confiable ($t= 2.218$, $gl= 50$, $p= .031$) y bueno para su salud ($t= 2.466$, $gl= 52$, $p= .017$), para mayor detalle ver la tabla 5.

Tabla 4***Medias obtenidas de las actitudes hacia el uso del condón con pareja regular en la pre y la post evaluación.***

Reactivo	Media	
	Pre	Post
AGRADABLE-DESAGRADABLE.	3.79	4.76
NADA PLACENTERO-MUY PLACENTERO.	3.65	4.50
INCÓMODO-CÓMODO.	3.58	4.48
NADA EXCITANTE-MUY EXCITANTE.	3.67	4.53
ARTIFICIAL-NATURAL.	4.15	4.31
ABURRIDO-DIVERTIDO.	3.85	4.57
NADA ERÓTICO-MUY ERÓTICO.	3.78	4.08
MUY DIFÍCIL-MUY FÁCIL.	3.77	4.22
CARO-BARATO.	4.14	3.89
PERJUDICIAL-BENÉFICO.	3.64	4.46
NADA CONFIABLE-MUY CONFIABLE.	4.33	4.65

MALO PARA MI SALUD-BUENO PARA MI SALUD.	3.93	4.56
INDESEABLE-DESEABLE.	3.56	3.88
INNECESARIO-NECESARIO.	3.79	4.34

Tabla 5

Prueba t de Student comparación por sexo de las actitudes hacia el uso del condón con pareja regular en la pre y la post evaluación.

Reactivo	sexo	Pre				Post			
		Med	t	gl	Sig	Med	t	gl	Sig
AGRADABLE-DESAGRADABLE.	Masculino	4.26	1.876	56	.066	4.90	.460	52	.648
	Femenino	3.26	1.870	54.193	.067	4.60	.457	49.627	.649
NADA PLACENTERO-MUY PLACENTERO.	Masculino	3.64	-.060	55	.952	4.86	1.428	52	.159
	Femenino	3.67	-.058	43.971	.954	4.08	1.427	50.648	.160
INCÓMODO-CÓMODO.	Masculino	4.00	1.821	55	.074	4.69	.811	52	.421
	Femenino	3.08	1.813	52.253	.076	4.24	.813	51.395	.420
NADA EXCITANTE-MUY EXCITANTE.	Masculino	3.73	.272	55	.787	4.75	.958	51	.343
	Femenino	3.58	.266	45.577	.791	4.28	.957	50.229	.343
ARTIFICIAL-NATURAL.	Masculino	4.23	.317	53	.753	4.28	-.155	52	.877
	Femenino	4.04	.320	51.119	.751	4.36	-.153	46.869	.879

ABURRIDO-DIVERTIDO.	Masculino	4.07	.836	52	.407	4.59	.048	52	.962
	Femenino	3.58	.822	45.621	.415	4.56	.047	46.772	.963
NADA ERÓTICO-MUY ERÓTICO.	Masculino	3.90	.505	49	.616	3.93	-.571	50	.571
	Femenino	3.62	.478	34.652	.635	4.24	-.570	49.009	.572
MUY DIFÍCIL-MUY FÁCIL.	Masculino	4.27	2.103	55	.040	4.62	1.495	52	.141
	Femenino	3.08	2.093	48.818	.042	3.76	1.487	49.638	.143
CARO-BARATO.	Masculino	4.22	.301	54	.765	4.38	2.032	51	.047
	Femenino	4.04	.303	50.964	.763	3.29	2.027	48.665	.048
PERJUDICIAL-BENÉFICO.	Masculino	4.26	2.308	51	.025	5.07	2.431	52	.019
	Femenino	2.77	2.308	45.395	.026	3.76	2.436	51.226	.018
NADA CONFIABLE-MUY CONFIABLE.	Masculino	4.93	2.207	50	.032	5.26	2.218	50	.031
	Femenino	3.63	2.201	48.223	.033	4.00	2.194	44.389	.034
MALO PARA MI SALUD-BUENO PARA MI SALUD.	Masculino	4.10	.629	53	.532	5.24	2.466	52	.017
	Femenino	3.72	.624	49.320	.536	3.76	2.414	43.929	.020

INDESEABLE-DESEABLE.	Masculino	3.48	-.310	53	.758	4.25	1.341	50	.186
	Femenino	3.67	-.321	52.999	.750	3.46	1.328	46.294	.191
INNECESARIO-NECESARIO.	Masculino	4.22	1.602	55	.115	4.55	.747	51	.458
	Femenino	3.24	1.604	51.904	.115	4.08	.737	45.820	.465

En lo que concierne al instrumento de “Norma subjetiva” de Robles, Díaz, Moreno, Díaz, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso (2007) tanto para la preevaluación y la post evaluación se encontraron resultados similares donde los participantes consideran que la mayoría de la gente que es importante para ellos creen que deberían de usar condón, cada vez que tienen sexo vaginal con su pareja regular o estable a excepción de sus amigos cercanos, para mayor detalle ver la tabla 6.

Es importante aclarar que para el primer reactivo de esta sección la media teórica fue de 3.5 y para el resto de los reactivos fue de 4.

En la tabla 6 se puede observar que en la mayoría de las medias hubo un decremento en la post evaluación, sin embargo, al haber incrementado las actitudes favorables ante el uso del condón en la post evaluación, se podría decir que los participantes ya no dan tanto peso a lo que los demás piensen acerca del cuidado de su salud sexual y lo hacen por convicción propia.

Tabla 6

Medias obtenidas de la sección de norma subjetiva con pareja regular sobre usar condón en la pre y la post evaluación.

Reactivo	Pre	Post
	Media	Media
La mayoría de la gente.	4.79	4.78
Apoyo PAPÁ.	4.39	4.46
Apoyo MAMÁ.	5.34	5.00
Apoyo AMIGOS CERCANOS.	3.74	3.57
Apoyo PAREJA.	5.14	5.06

Para llevar a cabo la comparación de medias entre hombres y mujeres en el instrumento de norma subjetiva hacia el uso del condón, para pareja regular en ambas fases de evaluación se realizó la prueba t de Student para muestras independientes. Al analizar la preevaluación del instrumento anteriormente mencionado, se encontró que los hombres creen en mayor medida que recibirán más apoyo por parte de la gente que es importante para ellos sobre usar condón, cada vez que tienen sexo vaginal con su pareja regular en comparación a las mujeres, para mayor detalle ver la tabla 7.

Específicamente en la evaluación de norma subjetiva con pareja regular los hombres consideran que recibirían mayor apoyo sobre el uso del condón al tener sexo vaginal con su pareja regular por parte de su papá, amigos cercanos y de su pareja; las mujeres únicamente creen que recibirían apoyo por parte de su mamá. En la post evaluación, la prueba t de Student indica que las mujeres consideran que recibirían mayor apoyo de las personas que son importantes para ellas en el uso del condón con su pareja estable en comparación con los hombres, también las mujeres señalan que recibirían mayor apoyo por parte de su mamá ante dicha situación; mientras que los hombres consideran que recibirían mayor apoyo al usar el condón por parte de su pareja y por parte de su papá. En ambas fases de evaluación no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, para mayor detalle ver la tabla 7.

Resultados obtenidos con pareja ocasional

Para analizar las medias obtenidas, se calculó la media teórica, que en éste caso fue de 4, a continuación se muestran los resultados obtenidos en el instrumento “Actitudes hacia el uso del condón con pareja ocasional” de Robles, Díaz, Moreno, Díaz, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso (2007), en la fase de preevaluación los participantes reportaron de manera general que consideran el uso del condón con su pareja ocasional puede ser natural. En contraste con la fase de post evaluación que se encontró un incremento en las actitudes favorables ante el uso del condón pues refieren que con su pareja

ocasional puede ser agradable, placentero, fácil, benéfico, confiable, bueno para su salud y necesario, ver tabla 8 para más detalle.

Tabla 7

Prueba t de Student por sexo de la sección de norma subjetiva hacia el uso del condón con pareja regular en la pre y post evaluación.

Reactivo	Sexo	Pre				Post			
		Med	t	gl	Sig	Med	t	gl	Sig
La mayoría de la gente.	Masculino	4.85	.295	60	.769	4.66	-.596	48	.554
	Femenino	4.71	.290	52.825	.773	4.95	-.619	47.569	.539
Apoyo PAPÁ.	Masculino	4.62	.885	59	.380	4.70	.809	50	.422
	Femenino	4.11	.879	54.317	.383	4.20	.802	45.699	.427
Apoyo MAMÁ.	Masculino	4.97	-1.669	57	.101	4.96	-.138	51	.891
	Femenino	5.81	-1.684	55.430	.098	5.04	-.137	48.385	.891
Apoyo AMIGOS CERCANOS.	Masculino	3.85	.386	51	.701	3.66	.319	52	.751
	Femenino	3.62	.386	50.856	.701	3.48	.322	51.968	.749
Apoyo PAREJA.	Masculino	5.22	.299	56	.766	5.34	1.030	51	.308
	Femenino	5.04	.296	51.119	.769	4.71	1.021	47.193	.312

Tabla 8

Medias obtenidas las actitudes hacia el uso del condón con pareja ocasional en la pre y post evaluación.

Reactivo	Pre	Post
	Media	Media
AGRADABLE-DESAGRADABLE.	3.49	4.11
NADA PLACENTERO-MUY PLACENTERO.	3.69	4.00
INCÓMODO-CÓMODO.	3.42	3.84
NADA EXCITANTE-MUY EXCITANTE.	3.82	3.81
ARTIFICIAL-NATURAL.	4.04	3.74
ABURRIDO-DIVERTIDO.	3.62	3.74
NADA ERÓTICO-MUY ERÓTICO.	3.78	3.53
MUY DIFÍCIL-MUY FÁCIL.	3.83	4.06
CARO-BARATO.	3.77	3.98
PERJUDICIAL-BENÉFICO.	3.84	4.16
NADA CONFIABLE-MUY CONFIABLE.	3.70	4.00
MALO PARA MI SALUD-BUENO PARA MI SALUD.	3.57	4.11
INDESEABLE-DESEABLE.	3.55	3.65
INNECESARIO-NECESARIO.	3.49	4.32

Para analizar las actitudes entre hombres y con respecto al uso del condón con su pareja ocasional en la pre y la post evaluación se realizó la prueba t de Student para muestras independientes. Donde la prueba t de Student indica que durante la preevaluación los hombres tienen actitudes más favorables ante el uso del condón con su pareja ocasional, pues consideran que es agradable ($t= 2.398$, $gl= 55$, $p= .020$), placentero ($t= 1.957$, $gl= 52$, $p= .056$), fácil ($t= 2.411$, $gl= 52$, $p= .019$), benéfico ($t= 2.588$, $gl= 53$, $p= 0.12$), confiable ($t= 2.193$, $gl= 54$, $p= .033$), bueno para su salud y ($t= 2.721$, $gl= 52$, $p= .009$), deseable ($t= 2.014$, $gl= 54$, $p= 0.49$). En la post evaluación no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las actitudes, sin embargo, hubo un incremento en la mayoría de las actitudes hacia el uso del condón con su pareja ocasional por ejemplo en la actitudes de placer (4.13) (4.36), comodidad (3.59) (4.04), costo (3.90) (4.39), entre otros, para mayor detalle ver la tabla 9.

Tabla 9

Prueba t de Student de las actitudes hacia el uso del condón con pareja ocasional por sexo en la pre y post evaluación.

Reactivo	sexo	Pre				Post			
		Med	t	Gl	Sig	Med	t	gl	Sig
AGRADABLE-DESAGRADABLE.	Masculino	4.16	2.398	55	.020	4.43	1.027	51	.309
	Femenino	2.69	2.406	53.879	.020	3.76	1.029	50.714	.308
NADA PLACENTERO-MUY PLACENTERO.	Masculino	4.13	1.957	52	.056	4.36	1.370	50	.177
	Femenino	3.13	1.894	41.371	.065	3.58	1.386	49.997	.172
INCÓMODO-CÓMODO.	Masculino	3.59	.752	55	.455	4.04	.656	49	.515
	Femenino	3.20	.749	50.834	.458	3.64	.655	48.530	.516
NADA EXCITANTE-MUY EXCITANTE.	Masculino	4.23	1.707	53	.094	4.00	.744	52	.460
	Femenino	3.32	1.681	47.109	.099	3.60	.751	51.984	.456
ARTIFICIAL-NATURAL.	Masculino	4.03	-.014	55	.989	3.62	-.440	51	.662
	Femenino	4.04	-.014	52.162	.989	3.88	-.435	46.395	.666

ABURRIDO-DIVERTIDO.	Masculino	3.77	.663	51	.510	3.93	.746	51	.459
	Femenino	3.41	.641	39.538	.525	3.50	.751	50.373	.456
NADA ERÓTICO-MUY ERÓTICO.	Masculino	4.00	1.047	52	.300	3.55	.091	51	.928
	Femenino	3.50	1.063	51.503	.293	3.50	.091	49.337	.928
MUY DIFÍCIL-MUY FÁCIL.	Masculino	4.40	2.411	52	.019	4.31	.884	52	.381
	Femenino	3.13	2.409	49.228	.020	3.76	.880	49.859	.383
CARO-BARATO.	Masculino	3.90	.530	51	.599	4.39	1.556	50	.126
	Femenino	3.59	.552	50.346	.584	3.50	1.542	46.597	.130
PERJUDICIAL-BENÉFICO.	Masculino	4.48	2.588	53	.012	4.30	.446	48	.658
	Femenino	3.00	2.624	51.784	.011	4.00	.444	46.100	.659
NADA CONFIABLE-MUY CONFIABLE.	Masculino	4.26	2.193	54	.033	4.48	1.815	51	.075
	Femenino	3.00	2.204	52.382	.032	3.42	1.774	43.258	.083
MALO PARA MI SALUD-BUENO PARA MI SALUD.	Masculino	4.26	2.721	52	.009	4.62	1.810	51	.076
	Femenino	2.65	2.721	47.549	.009	3.50	1.755	40.677	.087

INDESEABLE-DESEABLE.

Masculino **4.03** 2.014 54 .049 | **4.14** 1.850 50 .070

Femenino 2.96 2.025 52.49 **.048** | 3.04 1.823 44.232 .075

INNECESARIO-NECESARIO.

Masculino 3.94 1.715 55 .092 | **4.76** 1.542 51 .129

Femenino 2.92 1.726 52.854 .090 | 3.79 1.525 46.605 .134

Los resultados obtenidos en el apartado de norma subjetiva con pareja ocasional para la fase de pre y post evaluación reflejan que los participantes consideran que la mayoría de la gente de su círculo social cercano que es importante para ellos creen que deberían de usar condón, cada vez que tienen sexo vaginal con su pareja ocasional, es importante mencionar que hubo un ligero incremento de esta percepción en la post evaluación ya que pasó del 4.32 al 4.76.

De manera específica en cuanto al apoyo que creen recibir los participantes por parte de su papá hubo un incremento en la post evaluación (4.54), por el contrario, en el apoyo que creen recibir por parte de su mamá y de su pareja ocasional decremento en la post evaluación, 4.98 y 4.53 respectivamente. En cuanto al apoyo que creen recibir por parte de sus amigos, éste se encontró bajo la media teórica (4) en ambas fases de evaluación, para mayor detalle ver la tabla 10.

Tabla 10

Medias teóricas obtenidas de la sección de norma subjetiva con pareja ocasional sobre uso del condón en la pre y post evaluación.

Reactivo	Pre	Post
	Media Teórica	Media Teórica
La mayoría de la gente.	4.32	4.76
Apoyo PAPÁ.	4.48	4.54
Apoyo MAMÁ.	5.05	4.98
Apoyo AMIGOS CERCANOS.	3.91	3.62
Apoyo PAREJA.	4.68	4.53

Los resultados arrojados por la prueba t de Student en la preevaluación de la norma subjetiva, reflejan que los hombres consideran que recibirían mayor apoyo que las mujeres por parte de la gente que es importante para ellos sobre usar condón, cada vez que tienen sexo vaginal con su pareja ocasional; los hombres creen que tendrían apoyo por parte de su papá y su pareja, mientras que las mujeres creen en mayor medida que tendrían mayor apoyo por parte de su mamá al tener relaciones sexuales con su pareja ocasional. En la post evaluación se encontró que hombres y mujeres consideran que recibirían mayor apoyo por parte de su papá, mamá y pareja ante dicha situación, sin embargo los hombres son quienes reportan medias más altas. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en ambas faces, para mayor detalle ver tabla 11.

Tabla 11

Prueba t de Student de la sección de norma subjetiva por sexo con pareja ocasional sobre uso del condón en la pre y post evaluación.

Reactivo	sex	Pre				Post			
		Med	t	gl	Sig	Med	t	gl	Sig
La mayoría de la gente.	Mas	4.53	.295	60	.769	4.79	.149	48	.882
	Fem	4.07	.290	52.825	.773	4.71	.149	43.139	.882
Apoyo PAPÁ.	Mas	4.67	.885	59	.380	4.66	.392	52	.697
	Fem	4.26	.879	54.317	.383	4.40	.389	48.889	.699
Apoyo MAMÁ.	Mas	4.87	1.669	57	.101	5.07	.333	51	.740
	Fem	5.28	- 1.684	55.430	.098	4.88	.331	48.959	.742
Apoyo AMIGOS CERCANOS.	Mas	3.90	.386	51	.701	3.45	-.640	51	.525
	Fem	3.93	.386	50.856	.701	3.83	-.636	47.804	.528
Apoyo PAREJA.	Mas	4.91	.299	56	.766	4.59	.206	51	.838
	Fem	4.41	.296	51.119	.769	4.46	.206	49.549	.838

Para tener un análisis específico sobre las actitudes que tienen los participantes para usar condón con su pareja regular y con su pareja ocasional, se tomaron en cuenta los puntajes obtenidos del instrumento “Actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y con pareja ocasional” de Robles, Díaz, Moreno, Díaz, Rodríguez, Frías, Rodríguez y Barroso (2007) donde se clasificaron las respuestas dadas por los participantes en tres niveles, las actitudes desfavorables se tomaron de los puntajes que iban de 14 a 42, los participantes que se posicionaron con actitudes neutras fueron quienes tuvieron puntajes entre 43 y 69, finalmente las actitudes favorables se consideraron de los puntajes que se ubicaron entre 70 y 89.

Específicamente, las actitudes ante el uso del condón con pareja regular que reflejaron los participantes en la preevaluación indican como dato representativo dentro de la población con actitudes negativas que 6.8% de los participantes tuvieron un puntaje de 14; mientras que el puntaje de 52 fue el más sobresaliente dentro de la población categorizada con actitud neutra ante el uso del condón, pues el 9.1% de participantes lo obtuvo. En lo que concierne a las actitudes muy favorables ante el uso del condón los puntajes se distribuyeron de la siguiente manera, 4.5% de los participantes obtuvo un puntaje de 80, 2.3% de los participantes tuvo un puntaje de 87, es importante mencionar que para esta fase el máximo puntaje que se obtuvo fue de 87 para mayor detalle ver la tabla 12.

En la post evaluación las actitudes desfavorables fueron representadas por 5.1% de los alumnos con un puntaje de 40. Dentro de las actitudes neutras ante el uso del condón 6.8% de los participantes obtuvieron un puntaje de 56. En las actitudes muy favorables ante el uso del condón el 6.8% de los alumnos reflejaron puntajes de 78, el 3.4% de los participantes obtuvieron el puntaje más alto de 98, para mayor detalle ver la tabla 12.

Se puede notar que hubo un cambio en las actitudes ante el uso del condón con pareja regular de la fase de preevaluación a la fase de post evaluación, ya que, en la primera fase el puntaje más alto fue de 87 y solo fue obtenido por un participante, sin embargo, en la post evaluación se consiguió

que 2 participantes obtuvieran el puntaje máximo de 98, lo que quiere decir que los participantes mostraron una actitud muy favorable ante el uso del condón con pareja regular. Es importante mencionar que la distribución de los puntajes en la población con actitudes muy favorables ante el uso del condón incrementó más del triple, para mayor detalle ver la tabla 12.

Tabla12

Puntajes reportados de las actitudes del uso del condón con pareja regular.

Pre		Pos	
Puntaje Obtenido	% de participantes	Puntaje Obtenido	% de participantes
14	6.8% (n= 3)	14	1.7% (n= 1)
20	4.5% (n= 2)	20	1.7% (n= 1)
24	2.3% (n= 1)	21	1.7% (n= 1)
26	2.3% (n= 1)	22	1.7% (n= 1)
30	2.3% (n= 1)	23	1.7% (n= 1)
33	2.3% (n= 1)	27	1.7% (n= 1)
38	4.5% (n= 2)	28	1.7% (n= 1)
40	2.3% (n= 1)	34	1.7% (n= 1)
<u>41</u>	<u>2.3% (n= 1)</u>	35	1.7% (n= 1)
45	6.8% (n= 3)	40	5.1% (n= 3)
49	2.3% (n= 1)	<u>41</u>	<u>1.7% (n= 1)</u>
51	2.3% (n= 1)	44	1.7% (n= 1)
52	9.1% (n= 4)	45	1.7% (n= 1)

54	6.8% (n= 3)	47	1.7% (n= 1)
56	2.3% (n= 1)	49	1.7% (n= 1)
57	4.5% (n= 2)	53	1.7% (n= 1)
58	2.3% (n= 1)	55	3.4% (n= 2)
59	6.8%(n= 3)	56	6.8% (n= 4)
62	6.8% (n= 3)	59	1.7% (n= 1)
64	2.3% (n= 1)	61	1.7% (n= 1)
<u>67</u>	<u>4.5% (n= 2)</u>	63	3.4% (n= 2)
72	2.3% (n= 1)	64	1.7% (n= 1)
76	2.3% (n= 1)	65	3.4% (n= 2)
79	2.3% (n= 1)	66	3.4% (n= 2)
80	4.5% (n= 2)	<u>69</u>	<u>3.4% (n= 2)</u>
87	2.3% (n= 1)	71	1.7% (n= 1)
		72	3.4%(n= 2)
		73	3.4% (n= 2)
		74	1.7% (n= 1)
		76	1.7% (n= 1)
		77	1.7% (n= 1)

78	6.8% (n= 4)
79	1.7% (n= 1)
80	1.7% (n= 1)
82	1.7% (n= 1)
83	1.7% (n= 1)
84	3.4% (n= 2)
85	1.7% (n= 1)
90	1.7% (n= 1)
91	1.7% (n= 1)
94	1.7% (n= 1)
98	3.4% (n= 2)

Nota: El rango de actitudes desfavorables va de 14 a 42 puntos; El rango de actitudes neutras se ubica de 43 a 69 puntos y el rango de actitudes favorables estuvieron dentro del rango de 70 a 98 puntos.

En la tabla 13 se muestran los puntajes obtenidos por los participantes sobre las actitudes del uso del condón con su pareja ocasional. Dentro de la población con una actitud desfavorable en la preevaluación el puntaje más representativo fue el de 14 puntos con el 8.7% de los participantes. Dentro de la población con actitud neutra 48 fue el puntaje obtenido por el 6.5% de los participantes. Con una actitud muy favorable 4.3% de los participantes reflejaron puntajes de 76 y 81 puntos respectivamente, para mayor detalle ver la tabla 13.

En la fase de post evaluación los puntajes clasificados en la población con una actitud desfavorable ante el uso del condón con pareja ocasional fueron 14 con el 6.8% de los participantes. En lo que respecta a las actitudes neutras se encuentra concentrado el 5.1% de los participantes con una puntuación de 49 y 63; finalmente en las actitudes muy favorables hay puntajes de 83 puntos con un 8.5% de los participantes, para mayor detalle ver la tabla 13.

Las actitudes favorables en la preevaluación obtuvieron un puntaje máximo de 91 puntos con 1 de los participantes, mientras que en la post evaluación estas actitudes favorables alcanzaron como puntaje máximo 98 con un participante. Estos resultados indican que después de la implementación del taller los participantes tuvieron actitudes favorables ante el uso del condón con su pareja ocasional, pues después de conocer las ventajas que tiene el usar condón al tener relaciones sexuales incrementaron los puntajes donde se evaluaron las actitudes hacia su uso.

Tabla13

Puntajes reportados de las actitudes del uso del condón con pareja ocasional.

Pre		Pos	
Puntaje Obtenido	% de participantes	Puntaje Obtenido	% de participantes
14	8.7% (n= 4)	14	6.8% (n= 4)
15	2.2% (n= 1)	22	5.1% (n= 3)
19	2.2% (n= 1)	24	1.7% (n= 1)
20	2.2% (n= 1)	25	1.7% (n= 1)
23	2.2% (n= 1)	26	1.7% (n= 1)
24	2.2% (n= 1)	28	1.7% (n= 1)
28	2.2% (n= 1)	30	1.7% (n= 1)
32	2.2% (n= 1)	31	1.7% (n= 1)
34	2.2% (n= 1)	34	3.4% (n= 2)
38	4.3% (n= 2)	38	1.7% (n= 1)
<u>42</u>	<u>2.2% (n= 1)</u>	39	5.1% (n= 3)
46	2.2% (n= 1)	<u>41</u>	<u>1.7% (n= 1)</u>
48	6.5% (n= 3)	43	1.7% (n= 1)

50	2.2% (n= 1)	45	1.7% (n= 1)
51	4.3% (n= 2)	46	1.7% (n= 1)
53	2.2% (n= 1)	48	1.7% (n= 1)
54	2.2% (n= 1)	49	5.1% (n= 3)
56	4.3% (n= 2)	50	1.7% (n= 1)
57	2.2% (n= 1)	51	1.7% (n= 1)
58	2.2% (n= 1)	56	1.7% (n= 1)
61	2.2% (n= 1)	59	1.7% (n= 1)
62	4.3% (n= 2)	60	3.4% (n= 2)
64	2.2% (n= 1)	63	5.1% (n= 3)
65	2.2% (n= 1)	64	1.7% (n= 1)
<u>67</u>	<u>4.3%(n= 2)</u>	66	1.7% (n= 1)
72	2.2% (n= 1)	<u>69</u>	<u>1.7% (n= 1)</u>
74	2.2% (n= 1)	71	1.7% (n= 1)
76	4.3% (n= 2)	73	1.7% (n= 1)
78	2.2% (n= 1)	76	1.7% (n= 1)
81	4.3% (n= 2)	77	6.8% (n= 4)
82	2.2% (n= 1)	78	3.4% (n= 2)

83	2.2% (n= 1)	80	1.7% (n= 1)
87	2.2% (n= 1)	83	8.5%(n= 5)
91	2.2% (n= 1)	84	3.4%(n= 2)
		91	1.7% (n= 1)
		93	1.7% (n= 1)
		98	1.7% (n= 1)

Nota: El rango de actitudes desfavorables va de 14 a 42 puntos; El rango de actitudes neutras se ubica de 43 a 69 puntos y el rango de actitudes favorables estuvieron dentro del rango de 70 a 98 puntos.

El instrumento que se empleó para recabar datos sobre el uso del condón se aplicó únicamente a 29 alumnos durante la fase de post evaluación, debido a que se presentaron actividades ajenas a nuestro taller impuestas por la institución, lo que interrumpió la aplicación de dicha evaluación a los demás alumnos.

Los resultados que a continuación se presentan en la tabla 14 ilustran los 20 pasos para usar un condón antes, durante y después de una relación sexual.

De forma general se puede observar que 15 de los 20 reactivos fueron contestados correctamente por más del 93% de los participantes, cabe resaltar que 7 reactivos fueron contestados correctamente por el 100% de los participantes.

Específicamente el 93.1% de los participantes sabe que antes de tener una relación sexual debe checar la burbuja de aire del condón que va a utilizar, el 100% reconoce que se debe checar la fecha de caducidad y localizar el área de las muescas; el 96.6% sabe que para abrir el condón debe bajarlo, sin embargo solo el 82% menciona que debe ser abierto con las yemas de los dedos lo que representa un riesgo de uso del condón ya que utilizan para abrirlo los dientes y las uñas y pueden dañarlo.

El 96.6% sabe que debe sacar con cuidado del empaque el condón para evitar que se rasgue, un paso que se les dificulta a los participantes es ver hacia que lado se desenrolla ya que este reactivo mostró el porcentaje de participantes más bajo que contestó correctamente 69%; otros pasos que muestran dificultad son apretar el receptáculo del semen (varios participantes lo olvidan) únicamente el 72.4% lo hizo correctamente, el 79.3% dio las dos vueltas al condón para evitar la presencia de burbujas de aire (este paso representa riesgo de uso ya que la presencia de burbujas de aire puede ocasionar una ruptura en el condón al momento de la fricción), únicamente 82.8% de los participantes mencionan que debe bajarse el prepucio hasta el frenillo antes de la colocación del condón, por otra parte el 100% de los participantes sí mencionó el uso de lubricantes para el cuidado del condón,

también que se debe de colocar el glande en el condón y que debe bajarse el condón con la yema de los dedos hasta la base del pene. El 96.6% de los participantes sabe que para introducir el pene en la vagina o el ano debe sostenerse el condón para que no se deslice hacía afuera, además el mismo porcentaje de participantes también mencionó que para retirar el pene después de la eyaculación debe de cuidarse el no derramar los fluidos o que se deslice el condón. El 100% de los participantes sabe que deben deslizarse las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene con el condón puesto para llevar los residuos de semen hacía el receptáculo, el 93.1% de los participantes mencionó que deben darse dos vueltas al receptáculo del semen, el 100% de los participantes sabe que después de realizar los pasos anteriores debe retirarse el condón del pene, el 96.6% menciona que el condón debe desecharse sin tener contacto con los fluidos y debe ser envuelto en papel de baño para tirarse en el bote de basura.

Tabla 14

Resultados obtenidos en la pos evaluación del instrumento “Formato de Registro uso de Condón Masculino” de Rodríguez, Barroso, Frías y Moreno (2009).

Reactivo	% Respuestas correctas	% Respuestas incorrectas
1. Checar burbuja de aire.	93.1% (n= 27)	6.9% (n= 2)
2. Checar fecha de caducidad o de elaboración.	100% (n= 29)	0% (n=0)
3. Buscar muescas.	100% (n= 29)	0% (n=0)
4. Bajar el condón.	96.6% (n= 28)	3.4% (n= 1)
5. Abrir el empaque con las yemas de los dedos.	82.8% (n= 24)	17.2% (n=5)
6. Sacar el condón con cuidado de no rasgarlo.	96.6% (n= 28)	3.4% (n=1)
7. Ver hacía que lado se desenrolla.	69% (n= 20)	31% (n= 9)
8. Apretar el receptáculo del semen.	72.4% (n= 21)	27.6% (n= 8)
9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas.	79.3% (n= 23)	20.7% (n= 6)
10. Mencionar algo sobre el prepucio.	82.8% (n= 24)	17.2% (n= 5)

11. Mencionar algo sobre los lubricantes.	100% (n=29)	0% (n= 0)
12. Colocar el glande en el condón.	100% (n= 29)	0% (n=0)
13. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene.	100% (n= 29)	0% (n=0)
14. Mencionar algo sobre cómo se introduce el pene con el condón.	96.6% (n=28)	3.4% (n= 1)
15. Mencionar como debe retirarse el pene con el condón después de la eyaculación.	96.6% (n=28)	3.4% (n= 1)
16. Pasar las yemas sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo.	100% (n= 29)	0% (n=0)
17. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas.	93.1% (n= 27)	6.9% (n= 2)
18. Retirar el condón.	100% (n= 29)	0% (n=0)
19. Mencionar como desecharlo.	96.6% (n= 28)	3.4% (n= 1)
20. Desechar el condón envuelto en el bote de la basura.	96.6% (n= 28)	3.4% (n= 1)

6. DISCUSIÓN

El propósito de la prueba piloto del taller “Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella” diseñada a partir del modelo de información, motivación y habilidades conductuales (Fisher y Fiser, 1992), fue evaluar sus efectos con respecto a la información acerca del VIH/SIDA, ITS, embarazos y métodos anticonceptivos, considerando también sus efectos en relación con la motivación y las habilidades conductuales vinculadas con el uso y manejo del preservativo, además, de señalar sus efectos diferenciales entre géneros en estudiantes de telesecundaria de una zona rural.

Dicho taller cumplió parcialmente los objetivos propuestos dentro de la variable de información ya que hubo un incremento en los conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS, pues, inicialmente el rango de participantes que contestó correctamente en la pre evaluación fue entre un 21.5% al 72.3% en los diferentes reactivos, mientras que en la post evaluación el rango de participantes que contestó correctamente fue entre 35.2% al 92.5% en los diferentes reactivos. En lo que concierne a los conocimientos sobre embarazos adolescentes y métodos anticonceptivos también mostró un incremento de las respuestas correctas, pues, en la preevaluación el rango de participantes que contestó correctamente fue entre el 7.7% al 86.2%, y en la post evaluación el rango fue entre 16.7% al 70.4%, es decir, hubo un incremento de participantes que contestó correctamente a la mayoría de los diferentes reactivos.

Los resultados de la pre evaluación reflejan el desconocimiento existente de los ambientes rurales sobre los temas de ITS y VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, embarazos no deseados, notándose además la clara falta de comunicación y acercamiento hacia los adolescentes por parte de los adultos que los rodean como son los padres de familia, profesores y profesionales de la salud para el tratamiento de dichos temas, haciéndose más evidente la vulnerabilidad que padece dicho grupo así como la necesidad de trabajo con la población adolescente rural (Baez, 2016; Valero, 2007; Bárcenas y Tenorio, 2012; García, Cotrina y Cárcamo, 2008; Montes, 2013; Bayés, 1990; OMS, 2018; ENSAUT, 2006; UNICEF, 2017), esto también explica en gran medida

los índices elevados de VIH/SIDA e ITS, embarazos adolescentes y la poca utilización de métodos anticonceptivos en el estado de Puebla (CENSIDA, 2017; Secretaría de salud. (2014). Salud sexual y reproductiva para adolescentes, Programa sectorial de salud 2013-2018; Olvera, 2012; Bárcenas y Tenorio, 2012).

Se puede notar que los resultados sobre el incremento de los conocimientos de VIH/SIDA, ITS, métodos anticonceptivos y embarazos adolescentes después de la intervención, son similares a los obtenidos por otros estudios realizados con adolescentes desde el modelo IMB (Fisher, Fisher, Bryan y Misovich, 2002; Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso, 2012), estos cambios son significativos, pues permiten suponer que con la intervención realizada se pueden lograr cambios positivos en la información adquirida por parte de los adolescentes sobre las formas de transmisión y prevención de las ITS y del VIH, así como el uso de métodos anticonceptivos para identificar y/o prevenir algunas situaciones de riesgo como embarazos en la adolescencia (Torices, 2012; Kirby, Rolleri y Wilson 2007; Bayés y Ribes, 1989).

Es importante hacer mención que en el instrumento de “Conocimientos sobre embarazos adolescentes y métodos anticonceptivos” en el reactivo de “Existe más riesgo para la salud cuando una mujer se embaraza en la adolescencia” el número de participantes que contestó correctamente paso de 86.2% a 16.7% después de la intervención, lo que hace suponer que estos resultados fueron obtenidos debido a la cultura, la ideología y la educación que reciben por parte de sus padres y maestros, pues en esa comunidad está bien visto que las mujeres se embaracen a temprana edad como lo es saliendo de la secundaria, los padres no inspiran a sus hijos a tener más estudios u otras metas de superación. También en el reactivo de “Tener una ITS me protege de un embarazo” hubo un decremento de participantes que contestó correctamente después de la intervención, pues pasó del 69.2% al 16.7%, estos porcentajes se podrían explicar a partir de que en la información brindada sobre ITS se mencionó como consecuencia la esterilidad como consecuencia

lo que hace suponer que los participantes creyeron que siempre al padecer alguna ITS se quedarían estériles y por tanto quedarían exentos al embarazo.

Además de los hallazgos mencionados anteriormente, en el rubro de motivación del modelo IMB se modificaron positivamente las actitudes ante el uso del condón tanto con pareja regular como ocasional después de la implementación del taller. En lo que respecta a las actitudes del uso del condón con pareja regular inicialmente en la preevaluación los participantes tenían únicamente 3 actitudes favorables: natural (4.15), barato (4.14) y confiable (4.33), mientras que en la post evaluación incrementaron a 12 actitudes favorables por encima de la media teórica, estas actitudes fueron: agradable (4.76), placentero (4.50), cómodo (4.48), excitante (4.53), natural (4.31), divertido (4.57), erótico (4.08), fácil (4.22), benéfico (4.46), confiable (4.65), bueno para la salud (4.56) y necesario(4.34). Al analizar estas actitudes por género se encontraron diferencias significativas favorables para los hombres ante el uso del condón con su pareja regular, pues pasaron de tener en la preevaluación las creencias de que es fácil de usarlo ($t= 2.103$, $gl= 55$, $p= .040$), benéfico ($t= 2.308$, $gl= 51$, $p= 0.25$) y confiable ($t= 2.207$, $gl= 50$, $p= 0.32$); a creer en la post evaluación que su uso es barato ($t= 2.032$, $gl= 51$, $p= .047$), benéfico ($t= 2.431$, $gl= 52$, $p= .019$), muy confiable ($t= 2.218$, $gl= 50$, $p= .031$) y bueno para su salud ($t= 2.466$, $gl= 52$, $p= .017$).

En lo que respecta a las actitudes del uso del condón con pareja ocasional también se manifestó un cambio positivo, pues, al momento de la preevaluación los participantes únicamente mostraron actitud favorable por encima de la media teórica a que es natural (4.04), mientras que en la post evaluación consideraron que es agradable (4.11), placentero (4.00), barato (4.06), benéfico (4.16), confiable (4.00), bueno para su salud (4.11) y necesario (4.32). De manera específica, las actitudes ante el uso del condón con pareja ocasional por género presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la preevaluación, siendo mayormente favorables para los hombres, dichas actitudes fueron: agradable ($t= 2.398$, $gl= 55$, $p= .020$), placentero ($t= 1.957$, $gl=52$, $p= .056$), fácil ($t= 2.411$, $gl= 52$, $p= .019$), benéfico ($t= 2.588$, $gl= 53$, $p=.012$), confiable ($t= 2.193$, $gl=54$, $p= .033$), bueno para su salud ($t= 2.721$,

gl= 52, p= .009), y deseable (t= 2.014, gl=54, p= .049). En la post evaluación los hombres tuvieron actitudes más favorables, pues consideran que el uso del condón con una pareja ocasional es agradable (4.43), placentero (4.36), cómodo (4.04), excitante (4.00), fácil (4.31), barato (4.39), benéfico (4.30), confiable (4.48), bueno para su salud (4.62), deseable (4.14) y necesario (4.76); podemos notar que en la post evaluación se incrementaron el número de actitudes favorables ante el uso del condón con una pareja ocasional, sin haber diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Los resultados expuestos en la pre evaluación sobre las actitudes del uso del condón con pareja regular y ocasional, en general son valoraciones negativas o poco favorables para mostrar una pre disposición para su uso, por eso mismo, la falta de factores motivacionales concuerda con lo señalado por otros autores donde el condón es señalado como incómodo, un inhibidor del placer al usarlo, por falta de información sobre métodos anticonceptivos y cómo usarlos, oposición de la pareja, creencias culturales o prácticas “tradicionales” como el ritmo o el coito interrumpido o por violencia sexual (OMS, 2018; Langer, 2002; Casique, 2016; Nava, Onofre y Báez, 2017; García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia, 2006).

Es importante resaltar que las actitudes favorables van en aumento después de la intervención, siendo un dato interesante el que los participantes reflejan un menor número de actitudes favorables ante el uso del condón con su pareja ocasional en comparación con su pareja regular, lo cual, hace suponer que después de la intervención los participantes toman en cuenta los factores de riesgo que conlleva tener una o varias parejas ocasionales, estos datos se asemejan a los hallados por Jaworski y Carey (2001) donde se reportó un decremento en el número de parejas sexuales en el grupo que recibió un intervención desde el modelo IMB en comparación del grupo que solo recibió información sobre ITS.

Por otro lado, el aumento de actitudes en cuanto al uso del condón con pareja regular y ocasional, vinculado a la comparación entre géneros, sugiere que los hombres tienen una actitud más positiva que las mujeres para su uso,

lo cual son hallazgos similares a los encontrados por otros autores donde la percepción para usar condón por parte de los hombres son la eficacia, la facilidad de uso, adquisición del condón, relaciones casuales o con parejas informales (Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal, 2012; Casique, 2016; Castillo, Mayorga, Guzmán, Escorza, Gutiérrez, Hernández y Juárez, 2012). Se puede argumentar que los hombres tienen mayores actitudes favorables después de la intervención, tanto en el uso del condón con pareja regular como ocasional, pues en la sociedad mexicana se da un trato diferencial en relación al género, mediado por las prácticas sociales y culturales, donde se le ha concedido una mayor libertad sexual a los hombres en contraste con las mujeres (Torices, 2012; AFLUENTES, 2000; Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006; Meinardi, Revel, Godoy, Iglesias, Rodríguez, Victoria y Bonan, 2008; Pérez, 2001; Juárez, Palma, Singh y Bankole, 2010; Molina, Torrivilla y Sánchez 2011; Rodríguez, 2007), por lo tanto, las variables socioculturales han manifestado ser un factor el cual promueve patrones diferenciales en el comportamiento sexual entre hombres y mujeres, ya que también se ha detectado que los hombres son más consistentes en el uso del condón en comparación con las mujeres (Enríquez, Sánchez, Robles, 2005).

Ante los resultados de norma subjetiva, se puede notar que hubo un decremento de la percepción del apoyo que creen recibir los participantes al usar condón tanto con una pareja regular como con una ocasional después de la intervención, para pareja regular los resultados fueron: apoyo por parte de su mamá 5.34 contra 5.00, amigos cercanos 3.74 contra 3.57 y pareja (5.14 contra 5.06). Los resultados con pareja ocasional son similares ya que con su mamá pasó de 5.05 a 4.98, con sus amigos cercanos de 3,91 a 3.62, pareja de 4.68 a 4.53. Es importante resaltar que, la percepción de apoyo que creen tener los participantes por parte del papá con ambos tipos de pareja aumentó después de la intervención, para pareja regular pasó de 4.39 a 4.46; y para pareja regular fue de 4.48 a 4.54.

Al analizar de manera general las diferencias entre hombres y mujeres sobre el apoyo que creen recibir al usar condón con una pareja regular se encontró que los hombres consideran recibir mayor apoyo en la preevaluación

(4.85 contra 4.71), mientras que en la post evaluación se invirtió dicha percepción ya que las mujeres creen recibir mayor apoyo 4.95 contra 4.66 de los hombres. Sin embargo el apoyo que consideran tener los participantes con pareja ocasional siempre fue superior en los varones tanto en pre (4.53 contra 4.07) como en la post evaluación (4.79 contra 4.71)

Por otra parte, Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013) mencionan que los adolescentes del municipio de Naucalpan, Edo. De Mex. presentaron un nivel alto en la norma subjetiva (Media 6.1); estos resultados indican lo contrario a los de este taller después de la post evaluación ya que en el presente estudio decrementó la norma subjetiva, sin embargo, los resultados de este taller muestran un impacto positivo de la intervención en los participantes, ya que, ahora tienen la intención de usar condón por iniciativa propia y no por lo que piense la gente que los rodea.

González (2009) reportó que los hombres, perciben un menor apoyo de sus padres respecto a la decisión de planificar. Estos datos son diferentes con los de este taller en la post evaluación de la pareja ocasional, pues, los hombres son quienes percibieron mayor apoyo por parte de las personas importantes para ellos al usar condón con una pareja ocasional; sin embargo, los resultados obtenidos con pareja regular después de la implementación del taller apoyan a González (2009), ya que, las mujeres consideran que recibirán en mayor medida apoyo de las personas que son importantes para ellas al usar condón con una pareja regular.

En cuanto a la variable de motivación se puede notar que después de la intervención los participantes se mostraron con mayor disposición ante el uso del condón masculino, pues sus actitudes de uso se mostraron positivas, otro dato importante a señalar es que los adolescentes del presente estudio modificaron sus creencias sobre el cuidado de su salud, lo cual por consecuencia se muestra una tendencia a hacerlo por iniciativa propia y porque están conscientes de la responsabilidad que implica tener relaciones sexuales, lo que conlleva a que tengan una vida sexual sana y placentera.

Finalmente, los participantes adquirieron habilidades conductuales para el correcto uso del condón masculino, pues en 15 de 20 pasos que deben realizarse antes, durante y después de tener una relación sexual el porcentaje de participantes que lo realizó correctamente estuvo por encima del 93%, sin embargo, en los pasos restantes entre el 69% y el 82.8% de participantes los realizaron correctamente. Datos similares encontró García, Méndez, Gutiérrez, Pérez y Aranda (2011) en estudiantes universitarios ya que el 84% de los participantes de su estudio sabe cuál es la forma de abrir el envoltorio del condón, el 87% mencionó que el momento de colocarlo es antes de cualquier contacto genital y antes de la penetración, en cuanto a la forma en que se coloca también la mayoría respondió de manera correcta (92%).

En el estudio realizado por Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y Robles (2009) se reportó que después de un entrenamiento en habilidades conductuales para usar un condón masculino, más de la mitad de los universitarios sólo cometió un error en el grupo experimental, mientras que en el grupo control más de esa proporción cometió ocho errores. Los errores cometidos durante la preevaluación por los sujetos del grupo experimental fueron no revisar la burbuja de aire en el paquete del condón, no revisar la fecha de caducidad, no buscar las muesquillas para poder abrir el paquete, no sacar el condón cuidando de no rasgarlo, no darle dos vueltas al receptáculo del semen para sacarle el aire, no llevar el semen hacia el receptáculo del semen después de la eyaculación, no darle dos vueltas al receptáculo para retirar el condón y no desechar el condón como se debe. En la postevaluación, los errores detectados únicamente fueron no sacar el condón con cuidado de no rasgarlo y no revisar la burbuja de aire, en la preevaluación el porcentaje promedio de participantes que realizó correctamente la colocación del condón fue de 42.42%, y en la postevaluación fue de 84.87%.

Los resultados obtenidos por García, Méndez, Gutiérrez, Pérez y Aranda (2011); Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y Robles (2009), ponen de manifiesto que después del entrenamiento en la habilidad de colocar un condón

masculino, se disminuye un gran número de errores en su colocación, esto permite la reducción de embarazos no deseados, y la disminución del contagio de VIH/SIDA y otras ITS; en esta investigación también los participantes disminuyeron los errores al colocar un condón masculino y solo mostraron dificultad para colocarlo en 5 pasos (abrir el empaque con las yemas de los dedos, ver hacia que lado se desenrolla, apretar el receptáculo del semen, girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas, mencionar algo sobre el prepucio).

Como ya se mencionó anteriormente las habilidades conductuales en las que fueron entrenados los participantes durante el taller fueron la colocación correcta del preservativo masculino, sin embargo, también se entrenaron a los participantes en la habilidad de la negociación del uso del preservativo tanto con una pareja regular o estable como con una pareja ocasional, además de posponer un encuentro sexual. Todas las habilidades mencionadas anteriormente tienen el objetivo de brindar a los participantes las herramientas necesarias para evitar infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA y embarazos no deseados.

Es de vital importancia destacar que todos los objetivos mencionados anteriormente fueron alcanzados con el apoyo de los elementos propuestos por Kirby, Rolleri y Wilson (2007); y Noar (2007) para la elaboración, evaluación e implementación de programas de intervención de salud sexual en adolescentes, ya que dichos criterios apoyaron a este taller desde el desarrollo del programa, el contenido del programa y la instrumentación del programa.

Problemas metodológicos enfrentados/ solución dada: En este apartado, se señalarán de manera puntual los inconvenientes que se presentaron y las soluciones que se dieron in situ por parte de los instructores.

En primera instancia no se respetaron los convenios mencionados durante las llamadas telefónicas previas a la implementación del taller entre los facilitadores y el director de la telesecundaria, pues, uno de aquellos acuerdos

era trabajar con solo 30 alumnos, sin embargo, por petición del director se trabajó con todos los alumnos de la institución (73 alumnos conformaban el total) por lo que se optó para tener mayor organización impartir el taller por grado escolar, ya que la cantidad de alumnos por grado se ajustaba más a lo planeado, únicamente los alumnos de 2° grado rebasaban el número de participantes con que se planeó trabajar, 2 integrantes más de lo previsto (32 alumnos en total), mientras en 1° grado eran 19 alumnos y en 3° grado 22 alumnos.

Otro de los inconvenientes fueron la organización de las sesiones, las cuales se tenían previstas para trabajar una hora por sesión durante 5 días, que si bien, se concedió una hora más para realizar una sesión extra por día, se ajustaron las sesiones para trabajar durante dos horas por grupo y culminar la realización del taller en 3 días, por ende, esto pudiera no haber potencializado la asimilación de información otorgada y las habilidades enseñadas a los jóvenes, pues la cantidad de información manejada en dos sesiones por día era demasiada, por otra parte, en todo momento los facilitadores trataron ser lo más claros en los contenidos, además de promover la participación y estar atentos ante cualquier duda existente después de cada exposición o dinámica realizada sobre el taller, además se contó con un buzón de dudas (preguntas anónimas) para los participantes en caso de no querer expresar de manera abierta sus preguntas sobre el taller.

Por otro lado, no se contó con el consentimiento informado de los padres de familia, ya que, el director tomó esa responsabilidad, así que para evitar posibles mal entendidos con los padres de familia y para amparar el trabajo realizado por los instructores del taller en la institución, se expidió una carta dirigida al director de la telesecundaria Héctor Melgarejo Zarco por parte de la directora de tesis Irma Beatriz Frías Arroyo quien además, forma parte del proyecto de investigación en psicología y salud y es integrante del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de la línea de investigación de Salud Sexual y Reproductiva.

De igual manera el director no cumplió con la entrega de un manual para cada participante, por lo que los instructores proporcionaron dos ejemplares de dicho manual para toda la institución, así que se les informó a los alumnos de toda la escuela que aquellos manuales se quedarían en la biblioteca de la institución para que todos pudieran tener acceso a ellos cuando requirieran de información, también se les sugirió que si contaban con algún dispositivo móvil Tablet, memoria USB ó celular pudieran llevarlos a la escuela, ya que se contaba con el archivo en pdf del manual del participante y esto permitiría pasarlos a otros dispositivos y que entre ellos también pudieran compartirlo, el día que culminó el taller se entregó digitalmente a una maestra y a 6 alumnos del plantel.

Otro punto con respecto a los inconvenientes fueron todas aquellas actividades extracurriculares que interrumpieron las sesiones del taller como, los ensayos de la banda de guerra a los alumnos de 3º año que interrumpieron la exposición sobre ITS de la segunda sesión, es importante mencionar que al siguiente día se tuvo que retomar dicha actividad, el festejo del cumpleaños de una profesora a los alumnos de 2º año también interrumpió la actividad de la sesión 4 donde se estaban abordando temáticas sobre el condón, temática que se reanudó al día siguiente, el desfile del 5 de mayo en conmemoración a la batalla de Puebla afectó a los alumnos de 1º y 3º año este suceso afectó la post evaluación del uso del condón masculino a ambos grupos, la entrega de equipo de cómputo por autoridades municipales afectó a los alumnos de 3º año en la sesión 3 interrumpiendo la exposición sobre VIH, por lo que en la sesión 4 con este grupo tuvo que iniciar al día siguiente con la actividad de VIH/SIDA: Historia de un asesino de la sesión 3; otro de los inconvenientes fue que en la telesecundaria no se contó con cañón para exponer los contenidos del taller, a lo cual los instructores tuvieron que improvisar conectando una mini laptop a una televisión que se encontraba en el salón de clases para que se pudiera visualizar el contenido del taller. Además se tuvo que eliminar la preevaluación del correcto uso del condón, pues el director recortó tiempo al taller por las actividades extracurriculares antes mencionadas por lo que los instructores

dieron mayor importancia al entrenamiento y post evaluación de esta área ya que los estudiantes reportaron no ser sexualmente activos.

Al principio de la primera sesión, con los alumnos de 1° año todos se mostraban tímidos, se encontraban muy pasivos y solo mantenían contacto visual con los instructores, ya que ni si quiera hablaban entre ellos, para fomentar la participación los instructores antes de comenzar el taller dieron una serie de reglas como no burlarse de la opinión de los demás, levantar la mano para dudas o para participar, a varios de ellos después de aclarar las reglas se les pregunto que pensaban sobre la sexualidad, algunos respondían sonrojados o en voz baja, sin embargo, esto ayudo a que el ambiente fuera más relajado y que hubiera una mejor interacción entre los instructores y alumnos; mientras que los alumnos de 2° año mostraban similares características que los alumnos de 1° año, pero ellos si mantenían contacto entre ellos opinando sobre los temas expuestos, fue el grupo que tuvo mayor participación durante el taller, cuando se inició el taller se dieron las mismas instrucciones que los alumnos de 1° año, siempre mostraron tener opiniones sobre las temáticas expuestas; finalmente los alumnos de 3° año mostraron ser más apáticos, con menos interés para participar en el taller, pero al realizar las mismas actividades que los demás grupos poco a poco comenzaron a participar más pero su participación no fue tan constante como el grupo de 2° año, el establecer ciertas reglas sobre la participación o dudas o preguntar su opinión sobre los temas, ayudó a crear un ambiente social seguro para la participación de la juventud (Kirby, Rolleri y Wilson (2007), donde invitar a los alumnos a participar abierta, responsable y respetuosamente, esto antes de comenzar el taller propició un ambiente de confianza, además los instructores dieron retroalimentación positiva a las participaciones de los estudiantes, por ejemplo, algunos alumnos de 3° año mencionaban que sus papás veían el tener relaciones sexuales como algo malo, los instructores les explicaron que las relaciones sexuales no son malas, sino al contario es bueno disfrutar del placer, sin embargo, siempre y cuando se realicen las prácticas de manera correcta como es usar de manera adecuada el condón antes, durante y después de tener relaciones sexuales, algunos alumnos de 1° año

mencionaban que hablar de sexualidad les daba pena a lo que los instructores les comentaron que son temas importantes de tratar ya que el no hacerlo ha propiciado una cadena de desinformación, mitos sobre la sexualidad y daños a la salud; por otro lado los alumnos de 2° año preguntaron si era correcto hablar de los temas de sexualidad con sus padres, pues, algunos de ellos mencionaban que le contaban lo visto en el taller a sus papás, los instructores les dijeron que sí, porque ellos pueden transmitirles a sus padres información correcta, además uno de los objetivos del taller es que los alumnos puedan entablar una mejor comunicación sobre estos temas con los padres de familia.

Otro problema enfrentado fueron las inadecuadas intervenciones que hicieron algunos profesores que permanecieron en el taller, un ejemplo de ello fue cuando un profesor en el grupo de segundo grado mencionó que el sexo anal es una práctica de gente enferma, los instructores desmintieron dicha postura, mencionando que esa era la perspectiva del maestro y que era muy respetable, sin embargo, también las prácticas sexuales y preferencias de cada quien también son respetables. Otro ejemplo, fue cuando el director al término de la primera sesión antes de la hora de la salida formó en la explanada a todos los estudiantes para llamarles la atención mencionando que eran muy inmaduros para tratar temas de sexualidad, pues, en una de sus supervisiones encontró a los alumnos de tercer grado riéndose por la dinámica realizada en donde tenían que mencionar los distintos nombres coloquiales que se le dan a los órganos sexuales, sin embargo, al día siguiente al inicio de la sesión los instructores les mencionaron a los alumnos que el objetivo de cada una de las dinámicas planteadas era que ellos se divirtieran y mostraran interés, tratando de que el acontecimiento anteriormente mencionado no limitara su participación, al director también se le explicó sobre las dinámicas y su objetivo para que no malinterpretara el comportamiento de los alumnos.

Debido a que no se disponía del tiempo establecido para trabajar con dos grupos en la última sesión por la preparación del desfile en conmemoración a la batalla de Puebla y la entrega de equipo de cómputo por parte de autoridades municipales como se ha mencionado anteriormente, los instructores decidieron juntar a los grupos de primero y tercer grado en la

última sesión de evaluación, y ponerlos a competir en la dinámica de colocar el condón, sin embargo, se mostraron aburridos, después de ver a varios de sus compañeros colocar el condón en el modelo de pene, para volver a captar su atención, los instructores les mencionaron que si ponían atención al final les enseñaría cómo es que se colocaba el condón masculino con la boca. Otra cuestión en ésta dinámica fue cuando una maestra se asomó y vio el modelo de pene para la enseñanza, lo cual generó que se dirigiera a la oficina del director para comentarle si era pertinente trabajar con un modelo de pene, al finalizar el taller el director nos comentó dicha situación, lo cual refiere un problema para el trato de temas sobre sexualidad, sobre todo cuando el material se asemeja a la realidad, el director comprendía que era necesario el uso de dicho material, pero que algunos profesores aún no comprendían, es importante mencionar que el director no cuestionó el uso del material y dio su apoyo opinando que algunos profesores no están listos para abordar estos temas, puesto que aun guardan opiniones y prejuicios conservadores.

Alternativas para mejorar el trabajo: Para futuros trabajos se recomienda llevar acabo el mismo taller a docentes y padres de familia poniendo énfasis en los temas de comunicación asertiva ente jóvenes y adultos, pues, son ellos quienes transmiten el conocimiento y promueven el cuidado de la salud sexual en los adolescentes, de acuerdo a Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013) los padres deben ser capacitados con el fin de que transmitan información veraz a sus hijos, además, tienen un papel fundamental en la probabilidad de que sus hijos usen condón en su primera relación sexual.

También se recomienda que tanto para hombres y mujeres se amplíen las temáticas propuestas (mitos, tabúes, ideología machista, derechos sexuales) ya que es necesario trabajar más en las creencias de las mujeres sobre su cuidado en la salud sexual, debido a que, en este taller son ellas quienes perciben menos las ventajas de usar el preservativo y quienes consideran menor el apoyo por parte de las personas que las rodean de usarlo al tener relaciones sexuales, además para abordar las temáticas del taller,

sería de gran utilidad la integración de vídeos como material didáctico, los cuales reforzarían la información y habilidades impartidas en el taller, para la temática de embarazo en la adolescencia se propone el vídeo de youtube titulado embarazo en adolescentes con el link <https://www.youtube.com/watch?v=O9j36O2BRHs&feature=share> con una duración de 3.45 min, este video se propone ya que muestra las creencias y presiones que tienen las mujeres para iniciar su vida sexual; para la temática de ITS se propone emplear el vídeo de youtube ¿Qué son las ITS? (<https://www.youtube.com/watch?v=O9j36O2BRHs&feature=share>) cuya duración es de 1.42 min, este video se sugiere porque muestra estadísticas actuales y los gráficos son dinámicos; para apoyar el tema de VIH/SIDA sería de utilidad el vídeo de youtube SIDA 92-95 cuya dirección es <https://www.youtube.com/watch?v=O9j36O2BRHs&feature=share> este vídeo tiene una duración aproximada de 4.25 min y es propuesto ya que generaría un alto impacto en los participantes, pues, muestra el deterioro de una persona con VIH; para el tema de mitos y realidades se propone como material didáctico el vídeo de youtube 10 mitos sobre sexualidad con una duración de 3.17 min (<https://www.youtube.com/watch?v=O9j36O2BRHs&feature=share>), en este video además de los mitos abordados por los instructores también se integran otros mitos; el vídeo el aparato reproductor, vídeos educativos para niños se propone para abordar la anatomía del aparato reproductor femenino y masculino, ya que, clarifica la ubicación de los componentes de ambos aparatos debido a que muestra imágenes en 3° dimensión apoyando la comprensión de su funcionamiento, su duración consta de 3.39 min y su dirección electrónica es <https://www.youtube.com/watch?v=O9j36O2BRHs&feature=share>; finalmente se integraría el vídeo de youtube tutorial: como negociar el uso del condón (<https://www.youtube.com/watch?v=O9j36O2BRHs&feature=share>) con una duración de 3.31min, para la temática de negociación del uso del condón, este vídeo sería de gran utilidad, pues en él aparecen jóvenes que proponen otros argumentos para la negociación del uso del condón.

García y Ameike (1999) mencionan que es de suma importancia realizar actividades de seguimiento y evaluación a largo plazo para lograr una correcta evaluación y lograr un mayor impacto en los programas de salud sexual y reproductiva para/con los adolescentes, es por ello que para constatar los conocimientos y habilidades adquiridas en este taller son a largo plazo se recomiendan evaluaciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses después de la intervención para posteriormente planear una nueva intervención, para las evaluaciones de seguimiento se consideraría emplear los mismos instrumentos, sin embargo, es importante que se explique de una manera detallada la forma en que se responden y mencionar la importancia de culminar los instrumentos fidedignamente. De manera específica en la preevaluación sobre el correcto uso del condón masculino se propone para una mayor efectividad que el número de estudiantes se divida a la mitad y cada instructor los evalúe.

Para tener una mayor cobertura del alto índice de ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados e implementar mayormente el uso del condón, es necesario crear talleres de acuerdo a los 4 niveles de prevención propuestos por Santacreu, Márquez y Rubio (1997), esto con la finalidad de no olvidar a las personas señaladas en las estadísticas que ya padecen alguna ITS o de VIH/SIDA, o que incluso enfrentan a su corta edad embarazos o ya tienen hijos. Esto con la finalidad de no caer en los errores del pasado donde solo uno de los niveles es presentado como solución a los problemas de salud restando importancia a los demás niveles de prevención, pues como ya se ha mencionado, la intervención psicológica se incluye en todos los momentos de la evolución de las enfermedades (Libertad, 2003), esto permitiría nuevos sistemas de vida y estilos distintos de atención en la salud, lo cual llevaría a la población en general a más opciones de crecimiento y desarrollo integral.

En el primer nivel de prevención se encontraría la población la cual aún no inicia su vida sexual (aquí se encuentra categorizada la muestra con la que se trabajó), y se implementaría este taller, además se integrarían actividades referidas a los derechos sexuales.

En el segundo nivel de prevención se clasificarían a las personas que son activos sexualmente, la intervención consistiría además de tratar temas de ITS, correcto uso del condón, habilidades de negociación para el uso del preservativo con su pareja, consecuencias y riesgos de un embarazo adolescente, se integrarían temáticas de la variedad de métodos anticonceptivos (características y funcionalidad), temas de equidad de género, ya que, inicia una convivencia interpersonal para llevar a cabo distintas prácticas, pero sobre todo las sexuales las cuales deben ser libres de coerción, engaños o violencia (Nava, Onofre y Báez, 2017; León, Bolaños, Campos y Mejías, 2013), pues en México se está suscitando un alto índice de homicidios entre géneros, sería importante integrar temáticas sobre valores ya que dentro de ellos se promueve el respeto, la tolerancia, la equidad, la igualdad, entre otros, para la sana convivencia independientemente de sus preferencias sexuales.

En el tercer nivel se ubicaría a la población que está embarazada, o padece por primera vez una ITS, además de los contenidos expuestos anteriormente en esta población se integrarían las instituciones locales donde puedan atender sus problemáticas (ya sean ITS o embarazos), también se brindarían habilidades de autocuidado durante y después del embarazo. Se hablaría de los riesgos y complicaciones de un embarazo adolescente, como seguimiento y adherencia al tratamiento en caso de ITS, se profundizaría en la temática de aborto y sus cuestiones de legalidad.

Finalmente en el cuarto nivel se integrarían a personas que recayeron en una ITS y a adolescentes que van a tener un segundo hijo, para este nivel es de gran relevancia que los participantes sean evaluados para determinar cuál es el problema en relación a las habilidades de autocuidado y reforzar habilidades para usar correctamente el condón y negociar su uso, además de indagar a profundidad en las características de las ITS, los comportamientos de riesgo que los hacen vulnerables tanto a tener una ITS como un embarazo no deseado, y si han seguido el tratamiento de acuerdo a su problemática.

Es importante tomar en cuenta que la presencia de 2 instructores debe seguirse manteniendo, ya que permiten la implementación del taller de una manera dinámica, brindan mayor atención a los participantes, se apoyan mutuamente en los contenidos, tienen mayor control del grupo, y captan la atención de los estudiantes por más tiempo.

Para lograr un mayor impacto en los participantes, se propone trabajar con menos alumnos (aproximadamente 15 participantes), para cubrir este objetivo es necesario explicar a las autoridades escolares la importancia de trabajar con la cantidad solicitada, pues, dentro de las razones están que la atención hacia ellos sería más personalizada, la coordinación de actividades sería más rápida y cada estudiante podría participar en cada una de las actividades diseñadas y con ello tendrían mayores conocimientos y habilidades para la prevención de ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados.

Así como es importante un número menor de participantes, también lo es el ampliar el tiempo de las sesiones a 2 horas cada una, ya que, una hora es insuficiente para detallar los temas planeados y realizar las actividades propuestas, para lograr que la institución conceda el tiempo propuesto deben resaltarse los beneficios que tendrán los alumnos en el cuidado de su vida sexual y reproductiva debido al alto impacto que genera dicho taller, pues los alumnos podrán identificar los riesgos y consecuencias que implica el tener vida sexual activa, además de que el taller les brindará habilidades para iniciar su vida sexual a una edad más tardía, los participantes sabrán evitar embarazos e ITS, por ejemplo, podrán tener argumentos sólidos para posponer encuentros sexuales si no cuentan con un preservativo, si no se sienten listos para tener relaciones sexuales, entre otras causas.

Finalmente, debe considerarse la modificación de la presencia de los profesores hablando con ellos previamente para regular su participación en el salón de clases mientras se imparte el taller, ya que limitan a los alumnos con constates regaños y los confunden con puntos de vista u opiniones orientadas a tabúes, mitos y desinformación, limitando de esa manera la libertad sexual de sus alumnos, para que los profesores accedan a esta petición se puede

negociar que al finalizar las sesiones con los alumnos pueden tener una charla con los instructores y expresar sus dudas e inconformidades con el taller.

No hay que dejar de lado que los instructores cumplieron parcialmente los objetivos propuestos en el taller, pues los participantes mostraron un cambio en las tres variables para la estructuración del comportamiento preventivo (información, motivación y habilidades conductuales), esto lo lograron debido a que implementaron el taller de manera didáctica, ordenaron sus temáticas de manera lógica, mantuvieron un ambiente de participación entre los estudiantes, conocían detalladamente los contenidos del taller y se documentaron sobre las temáticas expuestas, tomaron en cuenta las características y las creencias de la población.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión se puede resaltar la relevancia de trabajar temas de sexualidad con el modelo IMB de Fisher y Fisher (1992), ya que brinda una cobertura más amplia, pues permite la retroalimentación entre las variables consideradas en dicho modelo (información, motivación y habilidades conductuales) las cuales al reforzarlas en sus dimensiones correspondientes dan cabida al desarrollo de comportamientos preventivos.

La estructuración de un protocolo de trabajo bajo los criterios de Noar (2007) y Kirby, Rolleri y Wilson (2007) permiten la adecuada planeación y sustento de un taller dirigido a la educación sexual de los adolescentes.

Actualmente hay una gran diversidad de trabajos sobre sexualidad en adolescentes que son en su gran mayoría teóricos, pero debido al alza en casos de ITS y embarazos no deseados en dicha población es de vital importancia que se desarrollen nuevas herramientas y técnicas que permitan el desarrollo de comportamientos preventivos o la modificación de comportamiento de riesgo, esto con la finalidad de dar más alternativas a las problemáticas actuales que afectan la salud sexual de los jóvenes y por supuesto que contribuya al quehacer científico de la psicología de la salud.

La población adolescente es centro de atención en cuanto al cuidado de salud sexual y reproductiva, pero lo es especialmente la población que habita en zonas rurales ya que se encuentran rodeados de mitos, ideas erróneas en cuanto al cuidado de su cuerpo, represión al hablar de temas sobre sexualidad y carecen de herramientas o centros alternativos para la educación sexual (además de la escuela) para mantenerse informados verazmente.

Es importante que para trabajar con población adolescente los instructores sean personas jóvenes y mantengan un ambiente activo de participación.

La población con que se trabajó mostró cambios positivos después de la intervención, pues, incrementaron sus conocimientos sobre VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados, además cambió su percepción ante el uso del condón

ya que identificaron la importancia de su uso, por otra parte también, se instauraron habilidades en su repertorio conductual para posponer un encuentro sexual, negociar el uso del condón y hablar sobre temáticas de sexualidad.

Finalmente, es importante señalar que este trabajo fue una prueba piloto, y a pesar de que se aplicó de acuerdo a los criterios del autor original Ricardo Báez (2016) existieron diversos inconvenientes, sin embargo, tal como lo menciona Kirby, Rolleri y Wilson (2007) esto nos dio la oportunidad de afinar e identificar los cambios pertinentes para una futura instrumentación formal agregando temáticas que complementen el contenido del taller.

7. REFERENCIAS

- Aboites, H. (2012). El derecho a la educación en México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 17 (53), 361-389.
- AFLUENTES (2000). *Los caminos de la vida: manual de capacitación de sexualidad e infecciones de transmisión sexual para jóvenes campesinas y campesinos*. México: Interactive.
- Báez, R. (2016). "Taller vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella, en estudiantes de secundaria en zonas rurales". Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bárcena, S. Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de investigación psicológica*, 3 (1) 956-968.
- Bárcenas F. & Tenorio, K. (2012). Abriendo brecha: Taller de comunicación sexual entre padres e hijos. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y enfermería*, 7 (2), 19-25.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépes, E., Abad-Franch, F. & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10 (2), 86-94.
- Bayés, R. (1990). Psicología y sida: análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del psicólogo*, 24 (1-2), 46-47.
- Bayés, R. (1994). SIDA y psicología: realidad y perspectivas. *Revista de psicología general y aplicada*, 47 (2), 125-127.
- Bayés, R., & Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo*, 41-42 (2), 122-125.

- Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35 (4), 164-168.
- Cadena, D., Miranda, N. & Calderón, N. (2006). Tricomoniasis Urogenital. *Revista Paceña de Medicina Familiar*, 3 (4), 84-89.
- Cantón, E., Mayor, L. & Sánchez, C. (1995). Estrategias psicológicas y práctica física en la prevención de la infección por VIH. *Anales de Psicología*, 11 (2), 175-182.
- Carpri, A., Breva, A. & Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de psicología*, 21 (01), 84-91.
- Carrada-Bravo, T. (2006). Tricomoniasis vaginal: Informe de un caso y revisión de la literatura. *Revista Mexicana Patología Clínica*, 53 (3), 151-156.
- Casasco, G. & Di Pietrantonio, E. (2008). Aborto: guía de atención. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27 (1), 33-41.
- Casique, I. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *RELAP*, (19) 149-168.
- Castañeda, C. (2014). "Taller: Capacitación en conocimientos y habilidades para la educación sexual". Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castillo, A. (2000). La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta. *Estudios Sociológicos*, 18 (58), 203-226.
- CENSIDA 2016. Día mundial del sida México, 2016.
- CENSIDA 2017. Boletín de atención Integral de personas con VIH, 3 (1), 1-20.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida) (2017). *Diagnóstico del VIH/SIDA*. Recuperado 10 de diciembre del

2017 de <https://www.gob.mx/censida/articulos/preguntale-a-telsida74590?idiom=es>

Chang, P. y Solares, A. (2013). Pediculosis. *Dermatol Revista Mexicana*, 57 (6), 485-490.

Children`s Mercy Hospitals & Clinics (2012). *Piojos Púbicos (ladilla)*. Recuperado 9 de noviembre del 2017 de www.Childrensmercy.org

Cituk, D. (2010). “La escuela Rural Mexicana: Antecedentes, Presente y futuro. *Revista e-FORMADORES*, (3), 1-8.

Ciudad de México. CDMX (2014). *Por mí, por ti, por tod@s: información vital para la salud sexual*. 3ª ed Ciudad de México. Secretaria de salud del distrito federal.

Civera, A. (2006). La coeducación en la formación de maestros rurales en México (1934-1944). *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11 (28), 269-291.

Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia (2011). *Prevención del embarazo en adolescentes. Con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos: “hacia una política nacional”*.

Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica de Chile*, 135 (10), 1261-1269.

Consuegra, C., Molina, D., Egea, E. & Garavito, G. (2004). El virus del Papiloma Humano (HPV), agente viral importante precursor de la mayoría de las displasias o cáncer cervical. *Salud Uninorte*, 19, 3-13.

Córdova, J., Ponce, S. & Valdespino, J. (2008). *25 años de SIDA en México, logros desaciertos y retos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Cortés, A., Del Pino, A., Sánchez, M., Alfonso, A. & Fuente, J. (1999). *Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en*

- adolescentes de Tecnológicos de ciudad Habana. *Revista Cubana Obstétrica Ginecológica*, 25 (1), 34-39.
- Dabanch, J. (2003). Zoonosis. *Revista Chilena de Infectología*. 20 (1), 47-51.
- Del castillo, A., Mayorga, L., Guzmán, R., Escorza, F., Gutiérrez, I., Hernández, M. & Juárez, E. (2012). Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 1 (13), 28-55.
- Díaz, C. & González, M. (2012). Comparación Intergeneracional del Machismo Sexual y Conductas de Autoeficacia. *Acta de Investigación Psicológica*, 2 (2), 638-649.
- Díaz, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (1), 23-28.
- Díaz-Loving, R. & Robles, S. (2011). *Salud y sexualidad*. México: Fes Iztacala.
- Dirección General de Epidemiología. (2012). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA*. México.
- Enríquez, D., Sánchez, R. & Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8 (2), 81-98.
- Escalante, P., Gonzalbo, P., Tanck, D., Staples, A., Loyo, E., Greaves, C. & Zoraida, J. (2010). *La educación en México*. México: El colegio de México.
- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3 (3), 455-474.
- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A. & Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *American Psychological Association, Inc*, 21 (2), 177-186.
- Flores, M., Fernández, B., López, A., Colín, C. & López, J. (2011). *Treinta años del VIH-SIDA: perspectivas desde México*. México: Grupo Medios.

- García, J. & Ameike, A. (1999). *Guía para la evaluación de impacto de programas y proyectos en salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes escolarizados*. Chile. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- García, M. (2005). Educación y prevención del SIDA. *Anales de psicología*, 21 (1) 50-57.
- García, M., Romero, A. & Díaz, R. (2011). *Coerción sexual en el noviazgo: el papel de la tradición y la cultura*. Capítulo 11, 271-290.
- García, P., Cotrina, A. & Cárcamo, C. (2008). *Sexo, Prevención y Riesgo. Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú*. Perú: CARE PERÚ.
- García, R., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M. & Mesquia, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 22 (1), 1-7.
- Gayet, C., Juárez, F. Pedrosa, L. & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de trasmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45 (5), 632-640.
- Gayet, C., Magis, C., Sacknoff, D. & Guli, L. (2007). *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. México: Ángulos del SIDA.
- Gobierno del Estado de México (2010). *Hablemos de sexualidad: guía didáctica*. Toluca: Consejo editorial de la administración pública estatal.
- Gómez, M. (2017). Panorama del sistema educativo mexicano desde la perspectiva de las políticas públicas. *Innovación Educativa*, 17 (74), 143-163.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V. & Leyton, C. (2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica de Chile*, 135 (10), 1261-1269.

- González, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista Salud Pública*, 11 (1) 14-26.
- Herrera, F. (2013). Enfoques y políticas de desarrollo rural en México. *Gestión y Política Pública*, 22 (1), 131-160.
- Huéscar, E., Rodríguez, J., Cervello, E. & Moreno J. (2014). Teoría de la acción planeada y tasa de ejercicio percibida; un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de psicología*, 30 (2), 738- 744.
- InfoSIDA (2017). Prueba del VIH. Recuperado el 10 de diciembre del 2017 de <https://infosida.nih.gov/>
- Jaworski, B., & Carey, M., (2001). Effects of a Brief, Theory-Based STD-Prevention. Program for Female College Students. *Journal of Adolescent health*, 29 (6), 417-425.
- Juárez, F., Palma J., Singh, S. & Bankole, A. (2010). *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*, Nueva York: Guttmacher Institute.
- Juárez, F., Singh, S., García, S. & Díaz, C. (2009). Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006? *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 35, 4-14.
- Kirby, Rollieri y Wilson, D., Rollieri, L. & Wilson, M. (2007) *Herramientas de valoración de programas de educación sexual para la prevención del VIH y las ITS*. Universidad Nacional Pedagógica, UPN.
- Lameiras, M., Carrera M., Núñez A. & Rodríguez, A. (2006). Evaluación de un programa de educación sexual con adolescentes: una perspectiva cualitativa. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 193-204.
- 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.

- León, G., Bolaños, G., Campos, J. & Mejía, F. (2013). Percepción de una muestra de educandos y docentes sobre la implementación del programa educación para la efectividad y la sexualidad integral. *Revista electrónica Educare*, 17 (2), 145-165.
- Libertad, A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (3), 275- 281.
- Martínez, M. (2010). *Escenarios de la psicología educativa II: La educación institucional*. Covarrubias, P., Díaz, F., López, M., Olmos, A., Quesada, R., & Tirado, F. *Psicología educativa, para afrontar los desafíos del siglo XXI*. (pp. 217-226). México: Mc Graw Hill.
- Meinardi, E., Revel, A., Godoy, E., Iglesias, M., Rodríguez, I. Victoria, M. & Bonan, L., (2008). Educación para la Salud Sexual en la formación de profesores en Argentina. *Ciência & Educação (Bauru)*, 14 (2), 181-195.
- Montes, A. (2013). Estudiantes universitarios frente a las infecciones de transmisión sexual. Un estudio de audiencia desde la comunicación para la salud. *Correspondencias & Análisis*, (3), 367-381.
- Moura, C., Wolff L. & García, N. (1999). *Telesecundaria de México: Televisión educativa en zonas rurales*. Sustainable Development Technical Paper, Washington, DC, Inter-American Development Bank. 49-55.
- Nava, V., Onofre, D. & Báez, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería universitaria*, 14 (3), 162-169.
- Noar, S. (2007) An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *Acquired Immunodeficiency Syndrome Care*, 19 (3), 392-402.
- Núñez, B. (2013). El papel del psicólogo ante el aborto inducido y el duelo en mujeres jóvenes. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Núñez, R., Hernández, B., García, C. & González, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud publica México*, 45 (1), 92- 102.
- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicología*, 16 (1), 9-38.
- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13 (1), 9-15.
- Olvera, X. (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde promajoven*. México: Editorial y Servicios Culturales el Dragón Rojo.
- Organización mundial de la Salud (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado 14 de Enero del 2018 de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- Organización mundial de la Salud. (2015). *Salud sexual*. Recuperado 18 de febrero del 2018, de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Organización mundial de la Salud. (2017). *Salud sexual*. Recuperado 25 de febrero del 2017, de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Ouéda, L. (2007). Los jóvenes y el VIH/SIDA. *Revista de estudios sobre juventud*, 28, 1-191.
- Paéz, D., Ubillos, S., Pizarro, M. & León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 141-149.
- Peña, M., Vera, J. Á., Barrera, A., & García, D. (2009). *Diagnóstico e Intervención en Educación Sexual para Comunidades Rurales: CIAD*. Recuperado 18 de abril del 2017, de <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Cap%20de%20Libro/2009/78.pdf>

- Pérez, J. (2001). "La capacitación como parte del ejercicio profesional del psicólogo en la atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes "(Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Piña, J. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México; algunas realidades perturbadoras. *Secretaría de Salud de Sonora, México*, 4 (1), 191-205.
- Ponce, P., Muñoz, R. & Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13 (3), 537-554.
- Quesada, R. (2010). *Psicología del desarrollo*. Covarrubias., P. Díaz, F., López, M., Martínez, M., Olmos, A., & Tirado, F. Psicología educativa, para afrontar los desafíos del siglo XXI. (pp. 147-151). México: Mc Graw Hill.
- Quispe, W., Quispe, A. & Quispe G. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata- Cusco 2003. *SITUA*, 13 (1), 49-55.
- Rangel, A. (2006). La educación rural mexicana y la educación fundamental en el inicio del CREFAL. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 28 (2), 169-176.
- Ribes, E. (2008). Educación básica, desarrollo psicológico y planeación de competencias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (2), 193-207.
- Ribes, E. (2013). Una reflexión sobre los modos generales de conocer y los objetos de conocimiento de las diversas ciencias empíricas, incluyendo a la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 30 (2), 89-95.
- Robles, S. & Moreno, D. (2007). *Psicología y salud sexual*. México. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. & Rodríguez, M. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil Sobre Salud Sexual (EESS)*. México: FES Iztacala.
- Robles, S., Solano, R., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (3), 1129-1155.
- Rodríguez, G. (2007) ¿Cuáles son los beneficios de la educación sexual? Carpeta informativa sobre los beneficios de la educación Conductual sexual y uso del preservativo en estudiantes universitarios 180 Medicina Universitaria ISSN 1665-5796 comunicación sexual en México. México: *Red Democracia y Sexualidad*.
- Rodríguez, J. (1998). *Psicología de la salud y psicología clínica*. Recuperado 19 de Abril del 2017 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=772>
- Rodríguez, J. (2002). Historia de la psicología de la salud. *Revista de historia de la psicología*, 23 (3-4), 185- 221.
- Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, I., Moreno, D. & Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19 (1), 103-109.
- Rueda, I., Fernández, A. & Herrero, A. (2013). Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. *Investigaciones regionales*, 26, 141-158.
- Salazar, A., Álvarez, A., Solano, I., Lázaro, K., Arrollo, S., Araujo, V., Luna, D. & Echazu, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 7 (2), 79-85.

- Sancho, C. (2005). Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Universidad nacional de Tucumán. Facultad de medicina. Pasantía Rural: el Bracho. Informe final.
- Santacreu, J. Márquez, M. & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la psicopatología de la salud. *Revista: Psicología y Salud*, 10, 81-92.
- Santander, E., Fich, F., Salvo, A., Pacheco, G., Mendoza, M., Amigo, M., Villalobos, S., García, M. & Maldonado, A. (2009). Normas de manejo y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Primera parte. *Revista Chilena de Infectología*, 26 (2) 174-190.
- Santos, I. (2014). Tricomoniasis: una visión amplia. *IATREIA*, 27 (2), 198-205.
- Secretaria de Salud. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y manejo inicial del Aborto recurrente*, Secretaria de Salud: México.
- Secretaría de salud. (2014). *Salud sexual y reproductiva para adolescentes*, Programa sectorial de salud 2013-2018. 1ª ed. Ciudad de México. Secretaria de salud del distrito federal.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española Salud Pública*, 71 (4), 336-341.
- Stefani, D. (1993). Teoría de la acción razonada: una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 205-223.
- Taracena, R. (2005). El aborto a debate. Análisis de los argumentos de liberales y conservadores. *Desacatos Revista de Antropología Social*, 17, 15-32.
- Torices, I. (2012). *Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad*. México: DGSEI.
- Torres, P., Walker, D., Gutierrez, J. & Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/ VIH/SIDA entre

adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud pública de México*, 48 (4), 308- 317.

UNICEF (2017). *La adolescencia*. Recuperado el 8 de mayo del 2017 de http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm.

Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 481-494.

Velázquez, T. (2003). Situación actual del aborto. *Ciencias*, 69, 42-60.

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. *Acta médica Peruana*, 28 (4), 237-241.

Warren, T., & Warren, R. (2005). La Guía actualizada del Herpes. *The portland Press*.

Winkler, M., Pérez, C. & López, L. (2005). ¿Embarazo Deseado o No Deseado?: Representaciones Sociales del Embarazo Adolescente, en Adolescentes Hombres y Mujeres Habitantes de la Comuna de Talagante, Región Metropolitana. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 19-31.

Zapata, R., González, J. & Rangel, M. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. *Papeles de Población*, (79), 39-71.

Zorrilla, M. & Barba, B. (2008). Reforma educativa en México. Descentralización y nuevos actores. *Revista Electrónica Sinéctica*, 30, 1-30.

8

Anexos

Instrumentos de evaluación

“Conocimientos sobre Embarazo Adolescente, Métodos Anticonceptivos, VIH/SIDA e ITS”

Instrucciones generales

El propósito de este cuestionario es conocer si están funcionando los programas educativos sobre la prevención del ITS (Infecciones de Trasmisión Sexual), SIDA y embarazos no planeados; por tanto, te preguntaremos acerca de estos problemas de salud sexual.

No tienes que contestar preguntas que te hagan sentir incómodo (a) tu participación es voluntaria. Tú decides si contestas este cuestionario. Tus calificaciones en la escuela no se verán afectadas de ninguna manera por contestar o no.

Es importante que sepas que tus respuestas son privadas. Nadie en la escuela las conocerá; de hecho, no te pedimos que pongas tu nombre pues el cuestionario es anónimo, por lo que es muy importante que contestes a cada pregunta con la verdad.

Nombre de tu escuela:

Grado que estas cursando:

- (1) 1° de secundaria
- (2) 2° de secundaria
- (3) 3° de secundaria

Turno: matutino (1) vespertino (2)

Grupo: _____

Sexo: masculino (1) Femenino (2)

Edad: _____ (años cumplidos)

Estado civil: soltero(a) (1)

Casado(a) (2)

Unión libre (3)

Otro (4)

Te consideras una persona con orientación sexual:

Homosexual (1)

Bisexual (2)

Heterosexual (3)

No lo sé (4)

Con quien vives: Solo(a) (1)

Con tu familia (2)

Con tu pareja (3)

Otro

(4)

¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (sexo vaginal o anal?): Si (1) No (2)

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? A los _____ años

“Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS”

Robles, S., Díaz, R., Moreno, D., Díaz-Gonzales, E., Rodríguez, M. Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R.

A continuación se te presentan una serie de preguntas relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), marca con una X la opción que consideres correcta; solo marca una opción

C1	Los síntomas más comunes de las personas con VIH son diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso	Cierto	Falso	No se
C2	Son síntomas de las personas con VIH/SIDA el aumento de peso, nerviosismo y sed constante	Cierto	Falso	No se
C3	Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos	Cierto	Falso	No se
C4	El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas	Cierto	Falso	No se
C5	Una mujer embarazada infectada con VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA	Cierto	Falso	No se
C6	El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección	Cierto	Falso	No se
C7	Los condones son efectivos para prevenir el SIDA	Cierto	Falso	No se
C8	Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH	Cierto	Falso	No se
C9	Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH	Cierto	Falso	No se
C10	El uso correcto y constante del condón aumenta la probabilidad de trasmisión del VIH	Cierto	Falso	No se
C11	El uso de espermaticidas evita totalmente la transmisión del VIH	Cierto	Falso	No se
C12	Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una	Cierto	Falso	No se

	forma de prevenir el contagio con el VIH			
C13	La gonorrea y la sífilis son enfermedades de las vías respiratorias	Cierto	Falso	No se
C14	La gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis son infecciones de transmisión sexual que se pueden curar con tratamiento médico	Cierto	Falso	No se
C15	El virus del papiloma humano se asocia con el cáncer de la matriz	Cierto	Falso	No se
C16	Los métodos anticonceptivos orales disminuyen el riesgo de padecer una ITS	Cierto	Falso	No se
C17	El herpes y las ladillas pueden contagiarse por vía sexual	Cierto	Falso	No se
C18	Se puede contraer alguna ITS al sentarse en el retrete, después de que una persona infectada lo utilizó	Cierto	Falso	No se
C19	El virus del papiloma humano se adquiere por compartir objetos personales	Cierto	Falso	No se
C20	A través del sexo oral se puede transmitir alguna ITS	Cierto	Falso	No se
C21	Para evitar contraer una ITS se debe practicar la abstinencia o el sexo seguro	Cierto	Falso	No se
C22	Las ITS pueden provocar abortos, muertes neonatales, partos prematuros, bajo peso al nacer e infertilidad a hombres y mujeres	Cierto	Falso	No se
C23	La efectividad del condón de látex para evitar la transmisión del VIH es del 80%	Cierto	Falso	No se

“Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS”

Robles, S., Díaz, R., Moreno, D., Díaz-Gonzales, E., Rodríguez, M. Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R.

“Hoja de respuestas”

C1	Los síntomas más comunes de las personas con VIH son diarrea, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso	Cierto
C2	Son síntomas de las personas con VIH/SIDA el aumento de peso, nerviosismo y sed constante	Falso
C3	Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos	Falso
C4	El virus del SIDA se puede transmitir en las albercas	Falso
C5	Una mujer embarazada infectada con VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA	Cierto
C6	El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección	Cierto
C7	Los condones son efectivos para prevenir el SIDA	Cierto
C8	Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH	Falso
C9	Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH	Cierto
C10	El uso correcto y constante del condón aumenta la probabilidad de transmisión del VIH	Falso
C11	El uso de espermaticidas evita totalmente la transmisión del VIH	Falso
C12	Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH	Cierto
C13	La gonorrea y la sífilis son enfermedades de las vías respiratorias	Falso

C14	La gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis son infecciones de trasmisión sexual que se pueden curar con tratamiento médico	Cierto
C15	El virus del papiloma humano se asocia con el cáncer de la matriz	Cierto
C16	Los métodos anticonceptivos orales disminuyen el riesgo de padecer una ITS	Falso
C17	El herpes y las ladillas pueden contagiarse por vía sexual	Cierto
C18	Se puede contraer alguna ITS al sentarse en el retrete, después de que una persona infectada lo utilizó	Cierto
C19	El virus del papiloma humano se adquiere por compartir objetos personales	Falso
C20	A través del sexo oral se puede transmitir alguna ITS	Cierto
C21	Para evitar contraer una ITS se debe practicar la abstinencia o el sexo seguro	Cierto
C22	Las ITS pueden provocar abortos, muertes neonatales, partos prematuros, bajo peso al nacer e infertilidad a hombres y mujeres	Cierto
C23	La efectividad del condón de látex para evitar la trasmisión del VIH es del 80%	Falso

“Conocimientos sobre Embarazos adolescentes y Métodos anticonceptivos”

Frías, B., Rodríguez, M.

A continuación se te presentan una serie de preguntas relacionadas con el embarazo adolescente y los métodos anticonceptivos marca con una X la opción que consideres correcta; solo marca una opción				
C24	Los métodos anticonceptivos previenen las ITS.	Cierto	Falso	No se
C25	La abstinencia es la estrategia más segura y confiable para no embarazarse.	Cierto	Falso	No se
C26	Practicar coito interrumpido evita el embarazo.	Cierto	Falso	No se
C27	La lactancia materna previene de un embarazo.	Cierto	Falso	No se
C28	Tener relaciones sexuales durante la menstruación probabilista un embarazo.	Cierto	Falso	No se
C29	Si una mujer no menstrua significa que está embarazada.	Cierto	Falso	No se
C30	La temperatura basal elevada y el cambio de humor pueden ser síntomas de un embarazo.	Cierto	Falso	No se
C31	Existe más riesgo para la salud cuando una mujer de embaraza en la adolescencia.	Cierto	Falso	No se
C32	Bajo peso al nacer, hemorragias y muerte materna pueden ser consecuencias de un embarazo adolescente.	Cierto	Falso	No se
C33	Tener una ITS me protege de un embarazo.	Cierto	Falso	No se

Gracias por tu colaboración

“Conocimientos sobre Embarazos adolescentes y Métodos anticonceptivos”

Frías, B., Rodríguez, M.

“Hoja de respuestas”

C24	Los métodos anticonceptivos previenen las ITS.	Falso
C25	La abstinencia es la estrategia más segura y confiable para no embarazarse.	Cierto
C26	Practicar coito interrumpido evita el embarazo.	Falso
C27	La lactancia materna previene de un embarazo.	Falso
C28	Tener relaciones sexuales durante la menstruación probabilista un embarazo.	Falso
C29	Si una mujer no menstrua significa que está embarazada.	Falso
C30	La temperatura basal elevada y el cambio de humor pueden ser síntomas de un embarazo.	Cierto
C31	Existe más riesgo para la salud cuando una mujer de embaraza en la adolescencia.	Cierto
C32	Bajo peso al nacer, hemorragias y muerte materna pueden ser consecuencias de un embarazo adolescente.	Cierto
C33	Tener una ITS me protege de un embarazo.	Falso

ACTITUDES

Aun cuando nunca hayas tenido alguna relación sexual con penetración, marca con una X lo que piensas de las siguientes afirmaciones. Los valores de tus respuestas van de 1(muy negativo) a 7 (muy positivo) para cada aspecto que se describe en cada afirmación

1. Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** podría ser...

AC1	Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
AC2	Nada placentero	1	2	3	4	5	6	7	Muy placentero
AC3	Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo
AC4	Nada excitante	1	2	3	4	5	6	7	Muy excitante
AC5	Artificial	1	2	3	4	5	6	7	Natural
AC6	Aburrido	1	2	3	4	5	6	7	Divertido
AC7	Nada erótico	1	2	3	4	5	6	7	Muy erótico
AC8	Muy difícil	1	2	3	4	5	6	7	Muy fácil
AC9	Caro	1	2	3	4	5	6	7	Barato
AC10	Perjudicial	1	2	3	4	5	6	7	Benéfico
AC11	Nada confiable	1	2	3	4	5	6	7	Muy confiable
AC12	Malo para mi salud	1	2	3	4	5	6	7	Bueno para mi salud
AC13	Indeseable	1	2	3	4	5	6	7	Deseable
AC14	Innecesario	1	2	3	4	5	6	7	Necesario

2. Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con alguna **pareja ocasional o eventual** podría ser.

AC15	Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
AC16	Nada placentero	1	2	3	4	5	6	7	Muy placentero
AC17	Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo
AC18	Nada excitante	1	2	3	4	5	6	7	Muy excitante
AC19	Artificial	1	2	3	4	5	6	7	Natural
AC20	Aburrido	1	2	3	4	5	6	7	Divertido

AC21	Nada erótico	1	2	3	4	5	6	7	Muy erótico
AC22	Muy difícil	1	2	3	4	5	6	7	Muy fácil
AC23	Caro	1	2	3	4	5	6	7	Barato
AC24	Perjudicial	1	2	3	4	5	6	7	Benéfico
AC25	Nada confiable	1	2	3	4	5	6	7	Muy confiable
AC26	Malo para mi salud	1	2	3	4	5	6	7	Bueno para mi salud
AC27	Indeseable	1	2	3	4	5	6	7	Deseable
AC28	Innecesario	1	2	3	4	5	6	7	Necesario

LO QUE OTROS PIENSAN DE TI

En una escala del 1 al 7, marca con una X lo que tú crees que la gente piensa de ti sobre las siguientes afirmaciones:

3. La mayoría de la gente que es importantes para ti piensa que tú deberías usar condón, cada vez que tú tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable**

NS1	La gente piensa que	1	2	3	4	5	6		La gente piensa que SI debería usarlo
	NO debería usarlo								

4. La mayoría de la gente que es importantes para ti piensa que tú deberías usar condón, cada vez que tú tienes sexo vaginal con tu **pareja ocasional o eventual**

NS2	La gente piensa que	1	2	3	4	5	6		La gente piensa que SI debería usarlo
	NO debería usarlo								

APOYO DE OTROS

5. Qué tanto apoyo crees que recibirías de cada una de las siguientes personas por usar condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable**.

		Nada de apoyo	2	3	4	5	6	Total apoyo
		1						7
NS3	Tu papá	1	2	3	4	5	6	7
NS4	Tu mamá	1	2	3	4	5	6	7
NS5	Tus amigos cercanos	1	2	3	4	5	6	7
NS6	Tu pareja	1	2	3	4	5	6	7

2. Qué tanto apoyo crees que recibirías de cada una de las siguientes personas por usar condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu **pareja ocasional o eventual**.

		Nada de apoyo	2	3	4	5	6	Total apoyo
		1						7
NS7	Tu papá	1	2	3	4	5	6	7
NS8	Tu mamá	1	2	3	4	5	6	7
NS9	Tus amigos cercanos	1	2	3	4	5	6	7
NS10	Tu pareja	1	2	3	4	5	6	7

Cartas descriptivas

TALLER: Educación Sexual

TÍTULO TALLER: "Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella"

SESIÓN: 1 TEMA SESIÓN: Bienvenida/Salud Sexual y reproductiva/Embarazo

TÍTULO SESIÓN: "Quieres conocer a Andrés, Vive con él un mes" FECHA: 2/4/16

FACILITADOR: Arriaga Robles Karen Ruby y Vázquez Cortes Eduardo Antonio

OBJETIVO SESIÓN:

1. Que los y las participantes junto con los facilitadores se integren como grupo
2. Presentación del taller
3. Que los y las participantes conozcan sobre los embarazos no deseados

Horario	TITULO DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIALES	TIEMPO APROXIMADO	DESCRIPCIÓN
	Presentación de los facilitadores	Que los y las participantes conozcan a los facilitadores.	Presentación en rota folio	5 minutos	Los facilitadores se presentarán ante el grupo mencionando su nombre y algunas cosas personales, de qué poblado vienen, qué actividades realizan, qué gustos tienen, etc. Se les explicará brevemente cual es el objetivo, la duración, los horarios y las temáticas que se abordarán a lo largo de taller.
	Libro de recortes	Que los y las participantes se presenten ante el grupo.	Recortes de revistas o periódicos	10 min	En el centro del salón, los facilitadores colocarán diferentes recortes de personas u objetos y les pedirán a los y las participantes que escojan alguno de los recortes, después les pedirá que lo muestren (por turnos) ante el grupo y expliquen porque lo eligieron y cómo se relaciona con el tema de la sexualidad.

	Evaluando lo qué sé	Que los facilitadores identifiquen la información que tienen sobre las temáticas que se llevaron a cabo a lo largo del taller	Instrumento pizarrón	10 min	Los facilitadores les proporcionarán a cada participante una copia del instrumento y les pedirá que lo lean con atención y lo contesten sin consultar a sus compañeros, se les explicará que la información es confidencial (únicamente los facilitadores tendrán acceso a la información) por lo cual les pedirán a los y las participantes que coloquen una clave al instrumento (su fecha de nacimiento o un sobrenombre).
	Mitos y realidades	Que los y las participantes opinen acerca del VIH/SIDA, las ITS y los embarazos no planeados	“Ploter” (anexo1) Frases (anexo1)	10 min	Los facilitadores les darán a cada participante una frase y les explicará que algunas frases son verdaderas y otras son falsas, ellos deben de leer la frase y colocarla en la columna que ellos consideren, deben de explicar por qué la colocaron ahí.
	Las cosas por su nombre	Que los y las participantes identifiquen los nombres que la sociedad mexicana le brinda algunas partes de su cuerpo.	Cuatro papeles tipo bond Marcadores de colores	10 min	Los facilitadores les pide a los asistentes que formen cuatro equipos, a cada equipo se le va a dar un papel bond en el cual va a estar escrito alguna de las siguientes palabras: “pene”, “vagina”, “senos” y “testículos”. Después los facilitadores les van a pedir que en el papel bond escriban todas las formas en las cuales los “mexicanos” nombramos a esta parte del cuerpo, al terminar el expositor les pedirán a cada equipo que lean lo que escribieron y finalmente se les preguntará lo siguiente: ¿Fue difícil escribir todas las formas en la nos referimos a esta parte del cuerpo?, ¿De qué forma te sientes más cómodo al referirte a X parte del cuerpo?, ¿Por qué crees que los mexicanos nos referimos así a estas partes del cuerpo? ¿Qué ventajas y desventajas tiene el nombrar así a estas partes del cuerpo?.

	Déjate ahí cochino	Que los y las participantes reflexione acerca del porque es necesario no ver a la "sexualidad" como algo malo o prohibido y de igual forma reconozcan o conozcan las partes de su cuerpo, en especial su zona genital.	Esquema del aparato reproductor masculino y femenino	12 min	Los facilitadores retomarán las preguntas que se realizaron en la actividad anterior y explicará el porqué es importante referimos a estas partes de nuestro cuerpo por su nombre sin sentir culpa o pena, después se les preguntará a los y las participantes si conocen el nombre de las partes de su cuerpo, en especial el de sus genitales, si alguno no supiera el nombre de alguna parte de sus genitales los facilitadores les explicarán, de igual forma hará énfasis en el cuidado e higiene que conllevan esta parte de su cuerpo, la importancia de revisarnos y autoexplorarnos para evitar infecciones o malestares.
	Cierre	Los y las participantes reflexionarán acerca de los puntos que se trataron a lo largo de la sesión	Buzón de dudas	3 min.	<p>Se invitara a los participantes a reflexionar acerca de lo ocurrido durante la sesión, así como expresar lo que sienten.</p> <p>Se les mostrará un "buzón de dudas" y se les explicará que si ellos tienen alguna duda relacionada con la sexualidad o los contenidos de los talleres y les da pena preguntar en público, pueden escribirlo en un papel y colocarlo dentro del buzón.</p> <p>Para finalizar, se agradecerá la participación de todos y se les invitará a la siguiente sesión, haciendo un recordatorio del horario, la temática y su tarea.</p>

TALLER: Educación Sexual

TÍTULO TALLER: "Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella"

SESIÓN: 2 TEMA SESIÓN: Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)

TÍTULO SESIÓN: "Más vale bueno conocido que malo por conocer"

FECHA: 2/4/16

FACILITADORES: Arriaga Robles Karen Ruby y Vázquez Cortes Eduardo Antonio

OBJETIVO SESIÓN:

1. Que los y las participantes continúen con la discusión sobre los embarazos no deseados
2. Que las y los participantes conozcan las ITS y las formas en que se contagian.

HORARIO	TÍTULO DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIALES	TIEMPO APROXIMADO	DESCRIPCIÓN
	Mamá...estoy embarazada	Que los y las participantes comprendan la importancia de un embarazo	Muñequitos de "bebé" o recortes de fotografías de bebés	7 min	Los facilitadores les proporcionarán a cada participante un "Muñequito" o un recorte de bebé y les pedirán que imaginen que ellos acaban de ser mamás o papás, y como tal tienen que ponerle un nombre a su hijo, al final los facilitadores les pedirán que presenten a su hijo y que contesten las siguientes preguntas ¿has pensado en ser papa o mama? ¿Conoces a alguien que a tu edad ya esté esperando un hijo? ¿Qué crees que te dirían tus padres si tú les dijeras que vas a tener un hijo? Al término los facilitadores les preguntarán si saben el costo de una bolsa de pañales, fórmula láctea, biberones, comida para bebe, ropa, costo de una consulta ginecológica, prueba de embarazo, vitaminas, ácido fólico, costo de parto normal, costo de cesaría, etc. Los facilitadores previamente abra

					investigado esta información.
	Mamá estoy embarazada... de nuevo	Que los y las participantes reflexionen sobre los “embarazos adolescentes”	Ninguno	8 min	Los facilitadores compartirán los costos que tiene el mantener a un bebé, al finalizar los facilitadores les preguntaran ¿de lo que preguntaron, que fue lo más costoso? Los productos como las fórmulas lácteas, los biberones y pañales ¿se pueden conseguir fácilmente aquí? ¿Es fácil mantener a un bebé? ¿Es necesario posponer un embarazo hasta una edad madura? ¿Por qué? ¿Quién pagara todo?. Al final los facilitadores les explicaran cuales son los mitos o las consecuencias que trae consigo un embarazo en la adolescencia.
	Exponiendo lo que se	Que los y las participantes compartan la información que saben acerca de las ITS	3Cartulinas blancas Marcadores Dulces de tres tipos	15 min	Los facilitadores les pasarán una bolsa de dulces y les pedirá que tomen uno, después les darán la instrucción de que formen tres equipos conforme al dulce que tiene. Los facilitadores les proporcionarán una cartulina y plumones a cada equipo y les pedirá que escriban todo lo que saben acerca de las ITS (tipos de ITS, forma de contagio, síntomas). Al terminar cada equipo pasará a exponer lo que escribió y los facilitadores corregirán la información que sea errónea.
	Mi libro de autografos	Que los y las participantes comprendan las formas en que se puede adquirir el VIH	Copias del anexo 2	10 min	Los facilitadores les proporcionaran a cada integrante una copia del anexo 2, les pedirán que lean cada una de las frases escritas ahí, después los facilitadores leerán la siguiente instrucción: “Elije diez de los temas siguientes, poniendo una x enfrente de ellos. Durante la fase de búsqueda de autógrafos, tendrás que entrevistar a la gente hasta hallar a las que caigan dentro de las diez

					<p>condiciones o categorías que ha elegido. Entonces les pedirás su autógrafo, para ponerlo en el espacio adecuado. Deberá tener los diez autógrafos, en cada una de las categorías elegida”.</p> <p>Después, los facilitadores les preguntaran cuales frases eligieron y cuál fue el motivo de su elección, también les pedirán que nombren a las personas que ellos creen que les corresponda alguna de esas frases y les preguntara cual es el motivo por el cual los eligieron.</p> <p>Para finalizar, los facilitadores les explicaran que una persona puede aparentar tener buena salud, sin embargo no sabemos si son lo que aparentan, al momento de tener alguna relación sexual creemos que son personas saludables, sin embargo pueden tener una ITS que nos pueden transmitir.</p>
	Algo llamado infecciones	Que los y las participantes comprendan que son las ITS y como se contagian.	Computadora proyector Presentación en PowerPoint	15 min	Los facilitadores darán una explicación breve y concisa acerca de las ITS abarcando los siguientes puntos: definición, epidemiología, agente causal y sintomatología, por lo cual es necesario que los facilitadores conozca a la perfección dicho tema.
	Cierre	Los y las participantes reflexionaran acerca de los puntos que se trataron a lo largo de la sesión	Ninguno	5 min.	<p>Se invitara a los participantes a reflexionar acerca de lo ocurrido durante la sesión, así como expresar lo que sienten y se les recordara del buzón de dudas.</p> <p>Para finalizar, se agradecerá la participación de todos y se invitará a la siguiente sesión, haciendo un recordatorio del horario, la temática y su tarea.</p>

TALLER: Educación Sexual

TÍTULO TALLER: “Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella”

SESIÓN: 3 TEMA SESIÓN: VIH/SIDA

TÍTULO SESIÓN: “Más vale prevenir que lamentar” FECHA: 3/4/16

FACILITADOR: Arriaga Robles Karen Ruby y Vázquez Cortes Eduardo Antonio

OBJETIVO SESIÓN: Que las y los participantes conozcan el VIH/SIDA

Horario	TÍTULO DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIALES	TIEMPO APROXIMADO	DESCRIPCIÓN
	5 cosas que conozco y desconozco	Que los y las participantes expresen lo que saben sobre el VIH/SIDA	Hojas de colores	10 min	Los facilitadores les proporcionarán una hoja a cada participante y les pedirá que anoten 5 cosas que sepan del VIH/SIDA y al reverso anoten 5 cosas que les gustaría saber del VIH/SIDA, al final los participantes compartirán lo que escribieron en sus hojas y los facilitadores corregirá la información que considere que sea incorrecta.
	Cambio de tarjetas	Que los y las participantes conozcan la formas por las cuales se pueden contagiar de VIH	Hojas de colores cortadas en 8 partes (hojas moradas, verdes, rosas y amarillas) Plotter (anexo 3)	15 min	Los facilitadores les proporcionarán un paquete de hojas de colores (un octavo de hoja azul, verde, rosa y amarillo) y les pedirá que coloquen su nombre en cada una de las “tarjetas”. Después los facilitadores les darán la siguiente instrucción: “cada vez que diga cambio, van a intercambiar alguna de sus tarjetas con sus compañeros, al final tiene que obtener 4 tarjetas de 4 personas distintas”. Al finalizar, los facilitadores les pedirá que tomen asiento y les mostrará el plotter, y elegirá a un participante, este participante será el paciente

					<p>“seropositivo” y tendrá que leer el nombre que se encuentra al reverso de las tarjetas azules y rosas, esas personas tendrán que ponerse de pie y realizar la misma acción que el participante seropositivo y así sucesivamente hasta que la mayoría este de pie.</p> <p>Para finalizar, los facilitadores les hará las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las formas a través de las cuales tú puedes infectarte con VIH? ¿Qué sentiste cuando te enteraste que estabas infectado? ¿Qué sentiste cuando te enteraste que alguno de tus compañeros conocidos estaba infectado?, Ahora ya sabes lo que significa cada uno de los colores de las tarjetas, ¿Qué podrías hacer para evitar contagiarte de VIH?, ¿En qué sentido esta actividad es semejante a la vida real, y en qué sentido esta actividad es diferente a la vida real?</p>
	Algo llamado VIH/SIDA	Que los y las participantes comprendan que es el VIH/SIDA	Computadora Proyector Presentación en PowerPoint	15 min	Los facilitadores darán una explicación breve y concisa acerca del VIH/SIDA abarcando los siguientes puntos: definición, epidemiología, agente causal y sintomatología, por lo cual es necesario que los facilitadores conozca a la perfección dicho tema.
	VIH/SIDA: Historia de un asesino	Que los y las participantes entiendan como es que se comporta el VIH	Gafetes y dialogo (anexo 4)	10 min	Los facilitadores escogerán a 6 personas del grupo a los cuales se les asignará (al azar) un papel de la obra (narrador, persona, Enfermedad, VIH o sistema inmunológico). Los facilitadores le proporcionarán al narrador el “guión del narrador” y conforme se desarrolla la historia, los facilitadores

					<p>iran indicándole a los participantes de la obra como deben de ir actuando a partir del “guión de director de escena”.</p> <p>Al finalizar, los facilitadores les harán las siguientes preguntas: ¿Qué hace el sistema inmunológico en una persona saludable? Lucha contra los gérmenes y enfermedades que ¿Qué le sucede al sistema inmunológico cuando una persona se infecta con el VIH? ¿Qué es lo que ocurre enseguida? ¿Sabe la persona que está pasando?</p>
	Cierre	Los y las participantes reflexionarán acerca de los puntos que se trataron a lo largo de la sesión	Ninguno	10 min.	<p>Se invitara a los participantes a reflexionar acerca de lo ocurrido durante la sesión, así como expresar lo que sienten y se les recordará del buzón de dudas.</p> <p>Si queda tiempo, los facilitadores responderán algunas de las dudas que anotaron del buzón.</p> <p>Para finalizar, se agradecerá la participación de todos y se les invitará a la siguiente sesión, haciendo un recordatorio del horario, la temática y su tarea.</p>

TALLER: Educación Sexual

TÍTULO TALLER: “Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella”

SESIÓN: 4 TEMA SESIÓN: Uso de condón

TÍTULO SESIÓN: “más vale pájaro en mano, que cientos volando”

FECHA: 3/4/16

FACILITADOR: Arriaga Robles Karen Ruby y Vázquez Cortes Eduardo Antonio

OBJETIVO SESIÓN: Que las y los participantes junto con los facilitadores se presenten y conozcan el taller

Horario	TÍTULO DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIALES	TIEMPO APROXIMADO	DESCRIPCIÓN
	Aprendiendo con “Manuela”	Que los y las participantes comprendan la importancia del uso de condón	Retazos de tela Hule cristal Papel celofán Cintas adhesivas (varias piezas)	10 min	Los facilitadores colocarán los materiales en el centro del salón y les pedirá que fabriquen un par de guantes con los materias que están a su disposición, los dos guantes tiene que estar hechos de diferentes materiales (ejemplo, un guante hecho con retazos de tela y otro con papel celofán).
	Aprendiendo con “Manuela” 2: el ataque de las enfermedades	Que los y las participantes conozcan la necesidad de asegurarse que las condiciones del condón sean las apropiadas para su uso.	Bolsas negras Diamantina Pintura a base de agua Harina o talco Jugo de naranja o refresco Guantes de látex Pañuelos desechables Toallitas húmedas (se puede reutilizar el material de la sesión 2)	5 min	Los facilitadores previamente habrán colocado en las bolsas negras alguno de los cuatro ingredientes, después les repartirá a cada uno de los asistentes (al azar) una de las bolsas incluyendo a los facilitadores y les pedirá que formen un círculo, los facilitadores les dirán que ahora es momento de comprobar la eficacia de sus guantes por lo cual tendrán que meter la mano derecha a su bolsa y la izquierda en la bolsa de su compañero de ese lado (izquierda) los facilitadores también tendrán una bolsa y realizará las mismas acciones solo que ellos tendrán puestos unos guantes de látex. Al final les pedirán que se quiten los guantes con cuidado y se cercioren si no se ensuciaron sus manos, de ser así

					los facilitadores les darán un pañuelo desechable o una toallita húmeda para que se limpien
	Chavos, les presento al señor condón	Que los y las participantes conozcan qué es un condón y los tipos que existen	Condón masculino de látex Condón femenino de poliuretano Diversos tipos de condones (tamaño, sabor, olor, practica, forma) o computadora y proyector	10 min	Los facilitadores les preguntaran a los y las participantes si conocen qué es un condón y lo que saben de ellos, después los facilitadores les mostrara un condón (masculino y femenino)y la gama que existen en el mercado, además les explicará las ventajas y desventajas. Al final les mostrara lo que es un condón.
	Vistiendo al muchacho	Que los y las participantes aprendan la forma correcta de colocar un condón masculino	Condón masculino Pene de practica	10 min	Los facilitadores les preguntará si saben los pasos de cómo colocar un condón, después les pedirá a uno o dos participantes que pasen a colocar y explicar cómo se pone el condón, después los facilitadores les explicarán los 20 pasos de cómo poner un condón, de ser posible se repetirán las instrucciones una vez más.
	¿Te quedo claro?	Que los y las participantes practiquen la forma correcta de poner un condón.	Condón masculino Pene de practica	15 min	Los facilitadores preguntarán si existe alguna duda de cómo poner un condón, si no hubiera duda pasarán a cada uno de los asistentes a poner el condón y le pedirá a los mimos participantes que corrijan los errores que existieran, si ninguno se percata de los errores, los facilitadores mencionaran que hicieron bien y que hicieron mal.
	Usando gorrito previenes resfriados	Que los y las participantes comprendan la importancia de	Ninguno	5 min	Los facilitadores retomarán los ejercicios realizados al principio de la sección (“aprendiendo con manuela” y “aprendiendo con manuela 2 la venganza de las infecciones”) les explicará la

		usar condón en sus relaciones sexuales			importancia de utilizar condón en sus relaciones y el seguir los pasos para que este método sea eficaz.
	Cierre	Los y las participantes reflexionarán acerca de los puntos que se trataron a lo largo de la sesión	Ninguno	5 min.	<p>Se invitara a los participantes a reflexionar acerca de lo ocurrido durante la sesión, así como expresar lo que sienten y se les recordará del buzón de dudas.</p> <p>Si queda tiempo, los facilitadores responderán algunas de las dudas que anotaron del buzón.</p> <p>Para finalizar, se agradecerá la participación de todos y se les invitará a la siguiente sesión, haciendo un recordatorio del horario, la temática y su tarea.</p>

TALLER: Educación Sexual

TITULO TALLER: "Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella"

SESIÓN: 5 TEMA SESIÓN: Negociación/Cierre

TITULO SESIÓN: "La burra no era arisca, los palos la hicieron ser"

FECHA: 4/4/16

FACILITADOR: Arriaga Robles Karen Ruby y Vázquez Cortes Eduardo Antonio

OBJETIVO SESIÓN: Que las y los participantes junto con los facilitadores se presenten y conozcan el taller

Horario	TITULO DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO PARTICULAR	MATERIALES	TIEMPO APROXIMADO	DESCRIPCIÓN
	El arte de hablar	Que los y las participantes identifiquen los componentes adecuados para mantener una comunicación asertiva con sus padres o sus parejas	Proyector computadora	10 min	Los facilitadores les explicarán a los y las participantes cuáles son los elementos a considerar para entablar una buena comunicación asertiva acerca de temas de sexualidad con sus padres o amigos y el negociar el uso de condón o postergar una relación sexual con su pareja.
	Modelando	Que los y las participantes observen como se debe de llevar a cabo una buena conversación asertiva	Papel bond o presentación de PowerPoint con los componentes verbales y no verbales de la habilidad	10 min	Los facilitadores llevarán a cabo una demostración correcta de la habilidad y/o de segmentos de la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad (con componentes verbales o no verbales).
	Demuéstrame lo que aprendiste	Que los y las participantes pongan en práctica lo que han	Ninguno	20 min	Los facilitadores les pedirán que pasen dos o tres participantes y les pedirán que imaginen un lugar y que actúen alguna de las siguientes situaciones:

		aprendido a lo largo del taller			platicar con sus padres de sexualidad, postergar una relación sexual con su pareja o usar condón al momento de llevar a cabo una relación sexual, los facilitadores indicarán al final de cada presentación los aciertos y errores que hayan cometido.
	Evaluando lo que se	Que los facilitadores identifiquen la información que tienen sobre las temáticas que se llevaron a cabo a lo largo del taller	Instrumento (Post-Test)	10 min	Los facilitadores les proporcionarán a cada participante una copia del instrumento y les pedirá que lo lean con atención y lo contesten si consultar a sus compañeros, es totalmente anónimo así que no deben colocar su nombre en él.
	Cierre	Los y las participantes reflexionarán acerca de los puntos que se trataron a lo largo de la sesión	Ninguno	10 min.	Se invitara a los participantes a reflexionar acerca de lo ocurrido durante la sesión, así como a compartir su sentir. Para finalizar, se agradecerá la participación que tuvieron a lo largo de las sesiones.

Narrativa

Para la aplicación de la: Prueba piloto del taller: “vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella” en estudiantes de telesecundaria de zonas rurales; los instructores Karen Ruby Arriaga Robles y Eduardo Antonio Vázquez Cortes se pusieron en contacto con el creador de dicho taller: Ricardo Jesús Baez López, con el fin de conocer su propuesta y los manuales desarrollados por él mismo. El contacto en primera instancia fue realizado por la asesora del proyecto Irma Beatriz Frías Arroyo, y posteriormente fue de manera personal con Ricardo Jesús Baez López en el mes de julio del 2016.

Mientras se encontraba en desarrollo la parte teórica del presente documento, se fueron preparando los materiales a emplear en cada sesión para impartir el taller. Después se realizó el registro FT1 el 6 de marzo del 2017 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; por lo que se procedió a contactar a través de la asesora a Ricardo con el fin de llegar al acuerdo de aplicación del proyecto en una escuela telesecundaria perteneciente al municipio de Chalchicomula de Sesma, Estado de Puebla, es importante mencionar que Ricardo ya tenía prevista dicha institución desde la elaboración de su proyecto.

Al ponerse en contacto los instructores vía telefónica con Ricardo procedieron a realizar la negociación de la fecha de aplicación, él en primera instancia fue el intermediario para la aplicación, posteriormente el día 12 de abril del 2017 los instructores obtuvieron los datos de la telesecundaria Lucas Alemán donde se aplicaría dicho taller, el número telefónico personal del director Héctor Melgarejo Zarco, su correo electrónico y el teléfono de la telesecundaria.

Una vez obtenido el número del director, se realizó el convenio con él vía telefónica. La llamada se realizó el día 25 de abril del 2017 al director de la telesecundaria, quien de manera amable mencionó estar en toda disposición de permitir la aplicación del taller el día que los instructores señalaran; se le

hizo mención al director que para dicho taller se requería la participación de 30 alumnos, sin embargo, él pidió que se trabajara con todos (as) los alumnos de la telesecundaria (73), los instructores accedieron y formalizaron fechas de aplicación, que fueron, del 2 al 4 de mayo del 2017. El día 28 de abril, se le realizó una segunda llamada telefónica al director de la telesecundaria para afinar la manera de trabajar (establecer horarios) y el equipo con el que contaba la telesecundaria (proyector, pizarrón, cables, entre otros).

El lunes 2 de mayo ambos instructores se presentaron en punto de las 8:00 a. m. en la telesecundaria con los materiales a emplear para realizar la sesión 1 y 2. En primera instancia se les invitó a pasar a la dirección de la escuela para presentarse con el director y nuevamente hablaron de la forma de trabajar, es importante recalcar que el diseño de la prueba piloto estaba conformado por un total de 5 sesiones con una duración de una hora cada una, de igual manera inicialmente se tenía contemplado trabajar únicamente con 30 alumnos, sin embargo, a petición del director se trabajó con todos los alumnos de la telesecundaria, también acordaron trabajar 2 horas con cada grado (2 sesiones corridas por día): iniciando con 1^{er} grado de 8:00 a. m. a 10:00 a. m. siguiendo con los de 2^{do} grado de 10:00 a. m. a 12:00 p. m. y finalizando con los de 3^{er} grado en un horario de 12:00 p. m. a 14:00 p. m.

Después de la plática entre el director y los instructores, el director procedió a formar a todos los alumnos en la explanada de la escuela para presentar a los instructores frente a todos los alumnos y maestros, donde mencionó el motivo de su visita. La presentación de los instructores duró aproximadamente 25 minutos. Al terminar la ceremonia los alumnos ingresaron a su salón de clases y los instructores pasaron al salón de 1^{er} grado, iniciando con su presentación de manera más personal con los alumnos, explicaron el objetivo de su taller y las temáticas a abordar, el grupo se mostró tímido al inicio del taller, de manera consecuente los instructores realizaron una dinámica donde los alumnos debían escoger un recorte y explicar el vínculo que tenía con la sexualidad según su perspectiva, para este ejercicio los

alumnos casi no querían hablar, y mostraron pocas nociones sobre el tema, después procedieron a aplicar una pre evaluación con el fin de identificar con que conocimientos contaban los alumnos antes de aplicar el taller y poder verificar su efectividad. Para dicha pre evaluación se le entregó por escrito a cada alumno una fotocopia de los siguientes instrumentos: “Conocimientos sobre el VIH/SIDA y otras ITS”, “Conocimientos sobre Embarazo en adolescentes y métodos anticonceptivos” y “Norma subjetiva”, donde cada alumno tenía que contestar con lápiz o bolígrafo de manera personal; la siguiente dinámica por parte de los instructores consistió en que los alumnos clasificaran unas frases sobre sexualidad en mitos o realidades según ellos creyeran, al finalizar los instructores explicaron porque era un mito o una realidad; después los instructores dividieron a los estudiantes en 4 equipos, se les proporcionó a cada equipo un papel bond donde decía: testículos, pene, vagina y senos, en esta dinámica los alumnos se mostraron avergonzados por llamar a los genitales por su nombre, cuando se les indicó que comentaran los distintos nombres con que se conocen a los genitales tenían muy pocas opciones sobre todo para el pene, y casi nadie quería leerlas en voz alta. La siguiente dinámica consistió en una breve exposición por parte de ambos instructores sobre los aparatos reproductivos masculino y femenino mediante un esquema ilustrado con nombres, los instructores les preguntaron a los alumnos si conocían el nombre de cada una de las zonas de los genitales masculinos y femeninos, a lo que ellos respondieron que no. Con las dinámicas anteriores se dio por terminada la primera hora de trabajo y la primera sesión que se tenía programada, sin embargo, debido al reducido número de días de los cuales se disponían (3), los instructores continuaron con la sesión 2 sin dejar tiempo libre. La sesión 2 fue iniciada con una dinámica donde los instructores pidieron a los estudiantes formar parejas para proporcionarles un muñequito de bebé, se les pidió le pusieran un nombre a su bebé, los alumnos se mostraron con pena al formar parejas y se les dificultó el nombrar a su bebé, después se les preguntó si habían pensado en ser papás a esa edad, o si conocían a alguien de su edad que ya lo fuera, también si sabían los costos que conlleva tener un hijo. La siguiente dinámica consistió en una presentación

de power point que ilustraba imágenes de artículos de bebé y sus costos, también se mencionó el costo de un parto y consultas ginecológicas; el instructor Eduardo les mencionó que tener un bebé implica muchos gastos, y les preguntó “qué era lo más caro que ellos habían comprado”, a lo que un alumno contestó que una bicicleta, el instructor mencionó que no es lo mismo tener una bicicleta que un bebé. Para proseguir con la sesión los instructores les dieron a escoger 3 tipos de dulces a los alumnos con el fin de formar 3 equipos, una vez formados los equipos se les proporcionó una cartulina por equipo y marcadores de colores, se les pidió que anotaran todo lo que sabían sobre ITS y lo pasaran a exponer frente a sus compañeros, en este ejercicio los alumnos se mostraron más participativos, sin embargo la información que presentaron era muy poca y en algunos casos errónea. Una vez terminada dicha dinámica los instructores realizaron una breve presentación en power point de las ITS, para abordar el tema ocuparon una computadora de su propiedad y una televisión que se encontraba en el salón de clases. Para la finalización de la sesión los instructores les mostraron a los estudiantes un buzón de dudas donde ellos podían poner de manera anónima dudas de los temas vistos o dudas personales acerca de la sexualidad, finalmente los instructores se despidieron y les recordaron a los participantes que al siguiente día nuevamente estarían con ellos hablando sobre temáticas de sexualidad, inmediatamente acudieron al salón de 2^{do} grado y realizaron lo mismo que con los chicos de 1^{er} grado; con los alumnos de 2^{do} grado la presentación y la manera de llevar a cabo las dinámicas fue más cooperativa ya que no se cohibían tan fácilmente, incluso en la dinámica donde tenían que nombrar el pene, senos, testículos y vagina, los chicos tenían varias opciones y decían las cosas sin pena; para las exposiciones también mostraron mucha iniciativa, pasadas 2 horas y cubiertas todas las dinámicas de la sesión 1 y 2, los instructores empezaron a trabajar con los estudiantes de 3^{er} grado de la misma forma antes descrita, este grupo se podría comparar con los de primer grado ya que también se mostraron tímidos, cooperaron en todas las dinámicas y pusieron mucha atención durante las presentaciones, incluso mencionaron que nunca habían tratado estos temas y mostraron asombro al ver imágenes

realistas de los genitales, pues mencionaron que siempre les habían mostrado las imágenes de forma animada.

El segundo día de aplicación los instructores llegaron en punto de las 8:00 am al salón de primer grado y empezaron a trabajar lo que tenían planeado para la sesión 3 y 4. Para dar inicio a la sesión 3 les repartieron una hoja de color a cada estudiante y les pidieron que anotaran 5 cosas que sabían del VIH/SIDA y 5 cosas que les gustaría saber de él, al finalizar algunos participantes de forma voluntaria comentaron lo que habían escrito, entre lo que querían saber estaba quien lo había descubierto, de donde había salido el virus, entre otros. El siguiente ejercicio consistió en darles a los estudiantes 1/8 de una hoja azul, verde, rosa y amarillo, se les pidió que en cada color pusieran su nombre, posteriormente se les ordenó que se pusieran de pie e imaginaran que estaban en una fiesta, se les puso música de fondo y se les dio la indicación de que cada que dijera un instructor cambio debían cambiar una de sus tarjetas con una persona, así sucesivamente hasta haber cambiado las 4 tarjetas con personas diferentes; posteriormente se les mostró en un plotter el significado de cada color de las tarjetas donde las tarjetas de color azul significaban que habían compartido jeringas, las de color verde que habían tenido sexo protegido, las de color rosa que habían tenido sexo no protegido, finalmente las de color amarillo significaban que solo se habían tocado y besado, a continuación se eligió al azar a un alumno (paciente sero positivo), se le pidió que leyera el nombre de las personas que tenía en tarjetas azules y rosas, cada que escucharan su nombre los demás alumnos se tenían que ir poniendo de pie e ir leyendo el nombre de sus tarjetas rosas y azules. Una vez que la mayoría de los estudiantes estuvo de pie los instructores preguntaron a los alumnos cuales eran las formas por las que ellos podían adquirir VIH y que ese ejercicio demostraba la facilidad y el grado exponencial con que se propaga este virus. Terminado este ejercicio se habló del VIH (definición, epidemiología, sintomatología, por mencionar algunas) es importante mencionar que para desarrollar esta temática los instructores se apoyaron de una presentación de power point hecha por ellos mismos. A continuación,

escogieron a 6 alumnos para representar una obra de teatro donde se explica la manera en que el VIH funciona en el organismo humano, una vez representada la obra frente al grupo los facilitadores procedieron a hacer preguntas sobre el tema. Este ejercicio en general para los 3 grados se mostró confuso y difícil de desarrollar para los alumnos que actuaron en la obra de teatro ya que los estudiantes no comprendían con exactitud cómo funciona el sistema inmunológico ante el VIH. Con las dinámicas mencionadas anteriormente se dio por concluida la sesión 3, sin embargo, por la escasez de tiempo se continuó con el contenido de la sesión 4. Para dar inicio a la primera actividad de la sesión 4 los instructores pidieron la autorización al profesor encargado del grupo para sacar a los alumnos al patio para realizar la dinámica. Les pidieron a los participantes se sentarán haciendo un círculo y en el centro se encontraban retazos de tela, hule cristal, papel celofán y fieltro para que cada estudiante elaborara 2 guantes de distinto material. Una vez elaborados sus guantes, se les pidió que metieran las manos en las bolsas negras que se encontraban a sus costados (dichas bolsas contenían: harina, pintura, diamantina y agua); los facilitadores también metieron la mano en las bolsas, pero con un guante de látex. Los tres grados se mostraron interesados y divertidos en la dinámica, ya que habían permanecido mucho tiempo dentro del salón y un cambio de ambiente como realizar una actividad al aire libre ayudó a responder a los alumnos de mejor manera a la actividad. En general, los alumnos también mostraron entusiasmo y alegría al manipular materiales como la diamantina, pintura, harina y agua, pues no son materiales con los que trabajen continuamente; los alumnos de primer grado incluso pidieron a los instructores les regalaran la diamantina para hacer dibujos, a lo cual los instructores accedieron. Una vez terminada la dinámica todos entraron al salón y se les preguntó a los alumnos si sabían qué es un condón y lo que sabían de ellos. Los alumnos de primer grado ante estas preguntas y temáticas mostraban pena y la mayoría mencionaba que no sabían cómo se colocaba un condón. A continuación, les mostraron un condón masculino y uno femenino, lo pasaron por todos los alumnos para que los conocieran, los alumnos de primer grado y más las alumnas mostraban desagrado al tocar el condón y lo pasaban

muy rápido; a continuación, los instructores hablaron sobre los tipos de condones que existen y las ventajas de usarlos, posteriormente se les preguntó si sabían cuantos pasos son para colocar un condón y cuáles eran. Después los instructores les explicaron los 20 pasos para usar el condón masculino y los pasos para colocar el condón femenino. Debido a que se terminó el tiempo de la sesión 4 porque los maestros realizaron un festejo de cumpleaños para una profesora (en el patio con todos los alumnos y maestros) e interrumpieron el taller para realizar una ceremonia, por lo tanto, se dio por terminada y se les recordó nuevamente el uso del buzón de dudas y les dijeron que al día siguiente seguirían con las actividades. Se trabajó de la misma manera con el 2º y 3º, de igual manera no dio tiempo de terminar la actividad de la sesión 4 con esos grados, donde cada alumno tenía que pasar a poner el condón masculino en el modelo de pene de práctica para la enseñanza. Con los alumnos de segundo grado al abordar la temática sobre el condón no mostraron pena, incluso se intentaron mostrar como “expertos”, en su mayoría los hombres, pues decían que ellos si sabían usar un condón, que era fácil, hacían bromas, se reían y mencionaban que solo se destapaba y se ponía, sin embargo, al preguntarles cuántos pasos se requerían para colocar un condón, referían que necesitaban 2, 3 ó 5. En lo que respecta a los alumnos de tercer grado en el tema del condón se mostraron con mayor seriedad e interés, ya que en comparación del grupo antes mencionado no se reían ni hacían bromas, en el momento de la explicación estuvieron atentos mirando como los instructores colocaban el condón en el modelo de pene, también estuvieron callados.

El día miércoles 4 de mayo fue la última sesión, los facilitadores llegaron en punto de las 8:00 de la mañana y el director les pidió que debido a que los alumnos tenían que ensayar para su desfile del 5 de mayo, se pidió que trabajaran en conjunto los alumnos de 1º y 3º, por lo que juntaron a los estudiantes en un salón y empezaron a trabajar con la colocación del condón masculino y femenino, para pasar al frente y realizar la colocación de ambos condones se turnó un alumno de 3º y a uno de 1º y en conjunto con sus

compañeros se detectaron los errores y los aciertos; los facilitadores tomaron nota (evaluación) y algunos videos. Al trabajar en conjunto con los alumnos de primero y tercer grado, la dinámica de pasar a poner el condón masculino al pene de práctica, se formó un ambiente de competitividad por ver quién lo hacía mejor. Una vez terminada esta actividad los facilitadores hablaron sobre la asertividad y la importancia que tiene hablar sobre temas de sexualidad con sus padres, con su pareja o incluso para poder postergar una relación sexual o negociar el uso del condón. Los instructores procedieron a modelar la negociación del uso del condón y el cómo postergar un encuentro sexual. Una vez modelado los facilitadores pidieron que pasaran al frente por parejas y modelaran una situación que fue propuesta por los instructores. El director de la telesecundaria fue a observar la dinámica al salón de clases y mencionó que él quería participar, por lo que junto con la instructora Ruby modelaron frente al grupo una representación de la negociación del uso del condón, donde él fungía el rol de no querer usar condón y que finalmente se mostraría convencido de usarlo. Durante esta representación todos los alumnos se mostraron muy atentos, posteriormente su participación y confianza aumentó para llevar a cabo dicha dinámica.

Al término de esta dinámica, se procedió a la post evaluación y se le proporcionó a cada estudiante una copia del instrumento empleado en el pre test para evaluar los conocimientos adquiridos en el taller. Cuando los participantes terminaron de llenar los instrumentos se les dieron las gracias por haber participado en dicho proyecto.

Con los alumnos de 2º grado los facilitadores aplicaron el pos test ya que dijo el director que tenían que terminar antes, puesto que tendrían una ceremonia con autoridades municipales y después siguieron con la actividad de la colocación del condón, antes de que todos los alumnos pasaran a poner el condón en el pene de práctica, los instructores fueron interrumpidos y no pudieron evaluar a todos los estudiantes. Es importante mencionar que durante la explicación del uso del condón el profesor a cargo del grupo permaneció en

el salón lo que provocó que los alumnos no explicasen sus inquietudes y dudas ya que el maestro intervenía frecuentemente y regañaba a los alumnos lo cual limitaba su participación, de igual manera hacía comentarios negativos hacia algunas prácticas sexuales como “las prácticas sexuales anales son malas” “eso es para gente desviada o enferma”, entre otros.

Al terminar de trabajar con los estudiantes los facilitadores se dirigieron a la oficina del director para notificarle que el taller había concluido y además agradecer que permitiera dicha aplicación. El director pidió una carta extendida por parte de la universidad de los facilitadores con el fin de que el pudiera justificar las horas en que dimos el taller y verificar que realmente fueran personas capacitadas para realizar dicho taller. Una vez negociado, el director nuevamente formó a todos los alumnos en el patio y dijo a sus alumnos que la visita de los instructores había concluido y agradeció su colaboración dentro de la institución. En dicha despedida los facilitadores hicieron entrega de 2 manuales para el estudiante del taller “vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella”, e invitaron a los alumnos a tenerlo de manera digital a través de un dispositivo usb o teléfono celular que ellos tuvieran disponible en ese momento. Al finalizar la despedida varios alumnos se acercaron a los instructores para obtener el manual en formato digital, también una maestra lo solicitó, los instructores se sentaron en unas sillas que estaban en la orilla del patio de la escuela y empezaron a pasar de su computadora hacía los dispositivos que tenían los alumnos y la maestra dicho manual. Cuando los instructores terminaron de compartir el manual en formato digital pasaron a retirarse de la escuela.

En algunas sesiones los instructores estuvieron impartiendo el taller solo con los alumnos, en algunas otras los profesores visitaban las aulas donde se encontraban impartiendo el taller los instructores para supervisar las actividades y el comportamiento de los alumnos dentro del salón o en algunos casos permanecían durante todo el taller dentro del salón de clases. En una ocasión con los alumnos de 2º grado permaneció el profesor dentro del salón

mientras se impartió el taller; este profesor hacía interrupciones constantemente y daba sus puntos de vista acerca de la sexualidad. La mayoría de las veces esos comentarios iban encausados a una postura conservadora ya que mencionaba que el sexo anal era malo o prácticas que solo la gente enferma o desviada realiza.

Los alumnos durante todas las sesiones del taller se mostraron interesados, hacían preguntas y participaban de manera voluntaria en las dinámicas, en algunas ocasiones mostraban pena para manejar estos temas, pues les costaba mucho trabajo decir el nombre de los genitales masculinos y femeninos correctamente (pene, testículos, senos, vagina).

Final mente el día 16 de junio del 2017 el director recibió escaneada la carta que pidió a los facilitadores vía correo electrónico.

Experiencia de los instructores

De manera general este taller nos dejó una experiencia grata, ya que nos permitió conocer las diferencias entre las poblaciones adolescentes urbanas y rurales, las deficiencias, limitaciones y aportes que puede tener un taller con temáticas de sexualidad, además de conocer diversas opiniones sobre la sexualidad que se manejan dentro de una comunidad de acuerdo a sus costumbres y creencias; convirtiéndose todo lo anterior en una experiencia única y enriquecedora para nuestra formación como profesionales, por lo que es de nuestro agrado saber que la información y las habilidades transmitidas por parte nuestra a los alumnos de este poblado, hayan incidido en su comportamiento y puedan trascender, esperando que puedan ajustarlas en un futuro dentro del ejercicio y expresión de su sexualidad. También nos sorprendió la respuesta obtenida por parte de los alumnos, pues esperábamos que estuvieran dispersos o mantuvieran una actitud de indiferencia ante los temas, sin embargo, pudimos percatarnos que carecían de esta información y resolvimos muchas dudas que no se atrevían a hablar con sus mayores.



Universidad Nacional Autónoma De México
Facultad De Estudios Superiores Iztacala

Carta De Consentimiento Informado

2 de Mayo del 2017



Director Héctor Melgarejo Zarco

Por medio del presente de la manera más atenta solicito su consentimiento para implementar el taller **“vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella” en estudiantes de secundaria en zonas rurales.** En las instalaciones de la telesecundaria Lucas Alemán los días 2, 3 y 4 de mayo en un horario de 8:00 a 10:00 am.

El objetivo de dicho taller es prevenir embarazos a temprana edad e infecciones de transmisión sexual, dicho taller es totalmente gratuito y no pone en riesgo la integridad de los alumnos ya que será impartido por Karen Ruby Arriaga Robles y Eduardo Antonio Vazquez Cortes, psicólogos de la Universidad Nacional Autónoma de México de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Esperamos poder contar con su autorización y agradecemos su atención.

Firma

Carta De Consentimiento Informado

2 de Mayo del 2017

Señor padre de familia:

Por medio del presente de la manera más atenta solicito su consentimiento para que su hijo (a) _____ participe en el taller **“vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella” en estudiantes de secundaria en zonas rurales**. Que se llevará a cabo en las instalaciones de la telesecundaria donde su hijo (a) estudia los días 3 y 4 de Mayo en horario escolar. La participación de su hijo (a) es totalmente voluntaria y no tendrá repercusiones en sus calificaciones.

Es importante mencionar que este taller tiene como objetivo prevenir embarazos a temprana edad e infecciones de transmisión sexual, dicho taller es totalmente gratuito y no pone en riesgo la integridad de su hijo (a) ya que será impartido por psicólogos de la Universidad Nacional Autónoma de México de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Sí desea mayor información puede acercarse a las instalaciones de la telesecundaria donde la Psic. Karen Ruby Arriaga Rbles y el Psic. Eduardo Antonio Vazquez Cortes le atenderán y resolverán sus dudas.

Sin más por el momento esperamos poder contar con su autorización.

Autorizo ()

No autorizo ()

Firma



Los Reyes Iztacala a 24 de abril de 2017.

Mtro. En C. de la Educ. Héctor Melgarejo Zarco
Director de la Telesecundaria Lucas Alamán
PRESENTE

Muy distinguido Maestro:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que los pasantes de la carrera de Licenciado en Psicología Karen Ruby Arriaga Robles con número de cuenta 310092904 obtuvo un promedio de 8.79 y Eduardo Antonio Vázquez Cortes con número de cuenta 412019575 obtuvo un promedio de 8.39, son tesis de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala quienes registraron su proyecto de tesis titulado "Prueba piloto del taller: Vive tu juventud, no solo 10 minutos de ella en estudiantes de Telesecundaria en zonas rurales", con fecha 6 de marzo del presente año, y quedó inscrito con el número de folio 127/17 en la coordinación de la carrera de Psicología de nuestra facultad. Adicionalmente, le comento que ellos durante dos años formaron parte del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de nuestra institución en la estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, por lo cual su preparación fue de una alta calidad y constante actualización.

Asimismo, me permito pedir su apoyo para que dichos pasantes impartan el citado taller, para lo cual solicito su permiso para que ingresen y trabajen en la institución que dignamente usted dirige, agradeceré todas las facilidades que les brinde para lograr con éxito el desarrollo de la propuesta de taller que gratuitamente le ofrecemos a usted y a su alumnado.

Proponemos se nos permita trabajar con toda la población y si usted no tiene inconveniente el programa de trabajo sería a partir del 2 al 4 de mayo en un horario corrido de 8 a 14 horas. La atención a primer grado sería de 8 a 10 am; para segundo grado de 10 a 12 horas, y finalmente para tercero de 12 a 14 horas. Agradeciendo de antemano la atención prestada, no me resta más que enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"

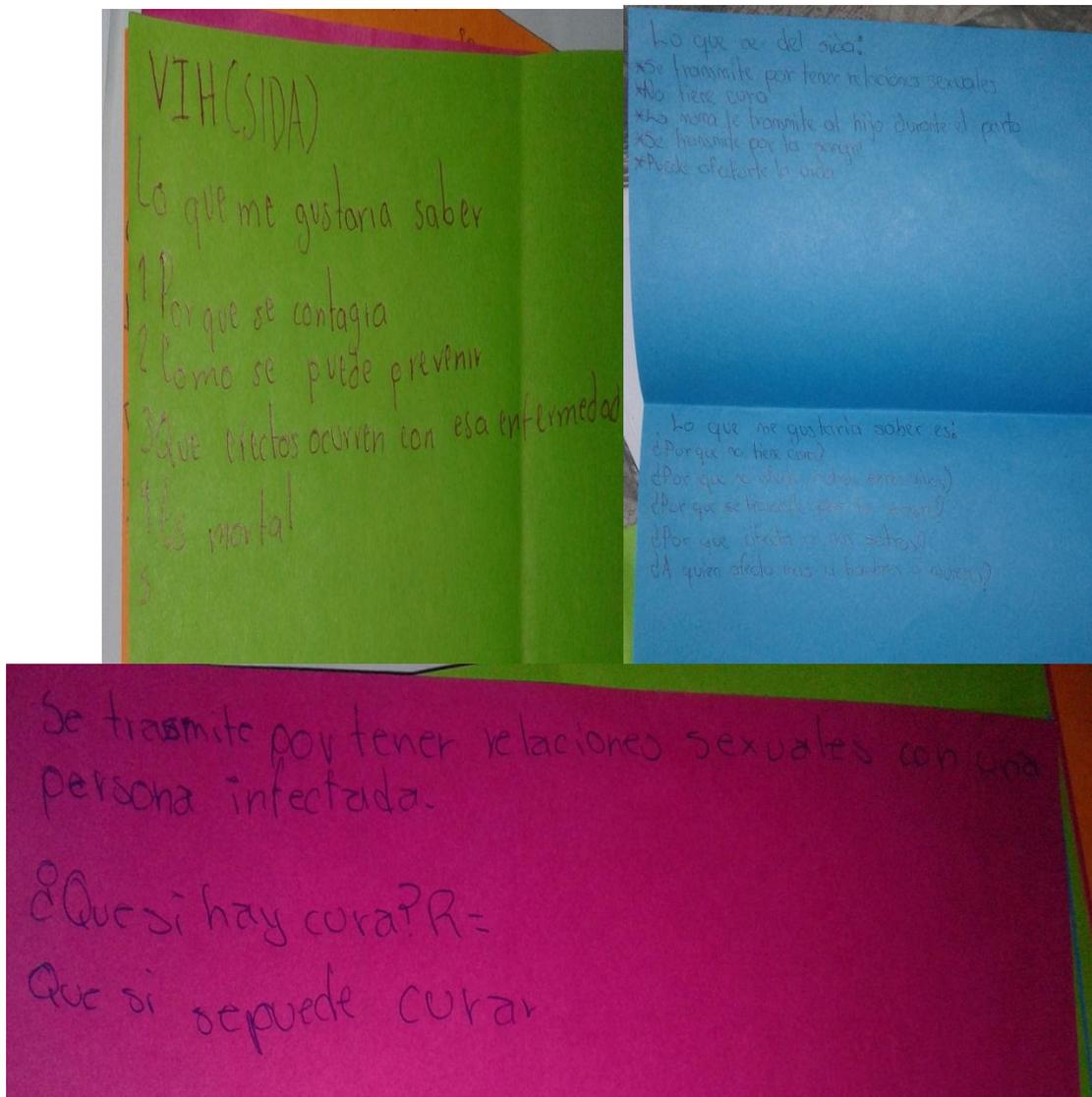
Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo
Integrante del Proyecto de Investigación en Psicología y Salud Sexual
Integrante de CAOPE Salud Sexual y Reproductiva

Grupo de Investigación
en Psicología y
Salud Sexual



Unidad de Investigación Interdisciplinaria
en Ciencias de la Salud y la Educación
Calle de la Universidad 970 Ciudad de México, México
Teléfono: 57 54 994
E-mail: uis@unam.mx

8.7 Fotografías del taller



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se transmiten mediante las relaciones sexuales, algunas tienen cura y algunas no además te perjudican la vida.

las ITS

Son infecciones transmitidas por tener relaciones sin protección

Enfermedades

- Gonorrea
- Hepatitis
- Herpes
- Sida
- Sífilis
- Papiloma humano

Métodos anticonceptivos

condones
Dopa

DIU

vasectomía

lakers

