



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA, PARA
ADOLESCENTES, EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

MA. DE LA LUZ ALEJANDRE VILLANUEVA
MAT. 10850341
CURP: AEVL710326MJCLLZ17

Asesor:

Leticia Duarte Pedraza.
Especialista En Medicina Familiar. Maestra en Ciencias.
Matrícula 6947174

Co-asesores

Eduardo Pastrana Huanaco
Especialista en Anestesiología
Maestro en Pedagogía
Coordinador Delegacional de Educación En Salud
Matrícula: 3451594

Carlos Gómez Alonso
Matemático. Analista de la Unidad de Investigación en
Epidemiología Clínica HGR. No 1
Matrícula: 3211878

Morelia, Michoacán., México. Agosto 2004
No. De registro de investigación local 2004-296.0029



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.

Dr. Eduardo Pastrana Huanaco.
Coordinador Delegacional de Educación en Salud.

Dr. Benigno Figueroa Núñez.
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud.

Dr. José Corona Guillén.
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.



Dr. Javier Ruíz García.
Coordinador de Educación e Investigación en Salud U.M.F. No. 80.

Dr. Valentín Roa Sánchez.
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar.

Dra. Ma. del Socorro Uribe Díaz.
Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar.

Dr. Rafael Villa Barajas.
Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

POR LA VIDA Y POR EL AMOR QUE SIEMPRE ME HA MANIFESTADO

A MIS PADRES:

POR AMARME, ESTAR SIEMPRE CONMIGO Y POR SU APOYO
INCONDICIONAL

A MIS HERMANOS:

POR SU CONFIANZA, APOYO, COMPRENSIÓN Y CARIÑO

A MIS AMIGOS:

POR SU AMISTAD Y ACEPTARME COMO SOY

A TODOS LOS QUE ME QUIEREN:

POR EL DESEO DE VERME SIEMPRE FELIZ, APOYANDO Y
RESPETANDO MIS DECISIONES

A MI ASESOR Y COASESORES:

POR SU APOYO, DEDICACIÓN Y PACIENCIA PARA REALIZAR ESTA
TESIS

A MIS MAESTROS:

POR SU APOYO DURANTE MI FORMACION

A MIS COMPAÑEROS:

GRACIAS Y MUCHA SUERTE A TODOS.

A LOS QUE HICIERON POSIBLE LA REALIZACION DE ESTA TESIS

COLABORADORES

CASAS VIDALES ALEJANDRO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR II AÑO

ÁLVAREZ CARREÓN JUAN ANDRES
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR II AÑO

GARCÍA NUNGARAY CÉSAR LEONIDES
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR II AÑO

BARRIOS YAÑEZ FANNY
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF 80 IMSS

IBARRA RAMÍREZ FERNANDO
NUTRIOLOGO

DOMÍNGUEZ DUARTE LETICIA
CIRUJANO DENTISTA

DOMÍNGUEZ DUARTE V. PAOLA.
CIRUJANO DENTISTA

BARAJAS HERRERA MARIA
TRABAJADORA SOCIAL

INDICE

I. - RESUMEN.....	6
II. - SUMMARY.....	7
III. - GLOSARIO.....	8
IV. - INTRODUCCION.....	11
V. - MARCO TEORICO.....	13
VI. - ANTECEDENTES.....	18
VII. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
VIII. - JUSTIFICACION.....	31
IX. - OBJETIVOS.....	32
X. - METODOLOGIA.....	33
XI. - RESULTADOS.....	38
XII. - DISCUSIÓN.....	48
XIII. - CONCLUSIONES.....	50
XIV. - SUGERENCIAS.....	51
XV. - ANEXOS.....	52
XVI. - ABREVIATURAS.....	59
XVII. - BIBLIOGRAFIAS.....	60

RESUMEN

Intervención educativa, participativa para adolescentes en enfermedades de transmisión sexual

Duarte P. L,⁽¹⁾ Pastrana H. E,⁽²⁾ Gómez A. C⁽³⁾ y Alejandro V. L.⁽⁴⁾

Introducción: Las Enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) son un grave problema de salud a nivel mundial, que afecta a los adolescentes en un 5% aproximadamente, esto condicionado por una educación pasiva receptiva en el cuidado de la salud.

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa participativa sobre ETS en adolescentes.

Metodología: Se aplicó una intervención educativa, participativa en 27 adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del IMSS de Morelia, Michoacán México. Se usó un cuestionario previamente validado, con una confiabilidad de 0.8526 con alfa de Cronbach que explora los conocimientos sobre ETS, antes y después de dicha intervención.

Análisis estadístico: Se utilizó la U de Mann Whitney para la comparación de los grupos de muestras independientes, y la T de Wilcoxon para la comparación de las muestras relacionadas. Todos los valores $P < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados: El efecto logrado en el nivel cognitivo de las ETS/SIDA comparando la fase inicial contra la final aplicada posterior a la intervención, refleja mejoría de acuerdo a los resultados que obtuvimos en las tres diferentes categorías: Fase inicial, 9 (33%) adolescentes bueno, 17(63%) regular, 1(3.7%) malo y en la fase final, 26 (96.3%) bueno y 1 (3.7%) regular y 0 malo. Cuando comparamos los grupos antes y después de la intervención educativa participativa, encontramos una significancia estadística con T de Wilcoxon para el resultado global con $p = 0.000$

Conclusión: La educación sexual, con un modelo educativo participativo mejora sin duda el nivel de conocimientos en ETS/SIDA.

1. Especialista en Medicina Familiar. Maestra en Ciencias
2. Coordinador Delegacional de Educación en Salud. Especialista en anestesiología. Maestro en pedagogía. Diplomado en Investigación Educativa
3. Matemático. Analista de la Unidad de Investigación en Epidemiología clínica. HGR. No. 1
4. Residente de Medicina Familiar III año.

SUMMARY

Participative Educational intervention for adolescents about: “Sexual Transmission Diseases”

Duarte PL¹, Pastrana H. E², Gómez A.C³, Alejandro V. L⁴

Sexual Transmission Diseases (STD) including Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) are serious world-wide health problems that affect 5% of adolescents around the world. This conditioned by one passive receptive education at the care the health.

Objective: to evaluate the effect of an educational intervention about STD in adolescents.

Methodology: an educational intervention was applied to 27 adolescents adcribed at the medical-unit num.80 of the Mexican Institute of Social Security in Morelia, Michoacán. México.

A previously validated questionnaire with alfa of Cronbach confiability of 0.8526, that explores the knowledge adolescents have on ETS was used before and after this educational intervention.

For the statistical analysis, the U of Mann Whitney and T of Wilcoxon methodologies were used in order to compare the independent and the related samples. All the $P < 0.05$ values were considered statistically significant.

Results: the effect obtained in the cognitive level about STD/ AIDS while contrasting the initial phase results against the closing stage results, reflects improvements according to the results that we obtained in the three different categories: initial phase 9(33%) of the adolescents surveyed had good knowledge about the topic, 17 (63%) had regular basis and 1 (3.7%) had not knowledge of the theme at all. At the closing stage things changed significantly 26 (96,3%) of the adolescents surveyed showed good knowledge of the theme, 1 (3.7%)regular and 0 people showed ignorance about the subject. When comparing both groups before and after the participative interventions educational, we found a statistically significative defference $p=0.000$

Conclusion: sexual education, with a participant-educational model improves, without a doubt, the level of knowledge on STD/AIDS

¹ Master of Science and Family Medicine Specialist.

² Medical Education Coordinator of the Unit. Theacher of Pedagogy. Diploma in Educational Investigation.

³ Mathematician, and Analyst of the Research Unit in Clinical Epidemiology (IMSS)

⁴ Third Year Resident

GLOSARIO

ADOLESCENCIA: Período de la vida entre la pubertad (aparición de los caracteres sexuales secundarios) y la edad adulta (cesación del crecimiento corporal mayor) ⁽¹⁾

CEDOSAD: Centro de Documentación en Salud del Adolescente. ⁽²⁾

EDUCAR: Dirigir, enseñar, instruir, iniciar, profesar, documentar, perfeccionar, formar ⁽³⁾

EDUCACIÓN SEXUAL: Formación de la sexualidad en un proceso paulatino diario, continuo e ineludible. ⁽⁴⁾ Aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima. ⁽⁵⁾ Comprende todas las acciones, directas e indirectas, deliberadas o no, conscientes o no, ejercidas sobre un individuo (a lo largo de su desarrollo), que le permiten situarse en relación a la sexualidad en general y a su vida sexual en particular. ^(6,7) Con tendencia a desarrollar la comprensión de los aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico de las relaciones humanas
Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad. ⁸

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: (ETS) Son padecimientos infecciosos (pueden producirse por bacterias, virus, hongos o parásitos), contagiosos (se transmiten de una persona a otra), por contacto sexual (el mecanismo más importante de entrada de éstas enfermedades al cuerpo, son los órganos genitales, en segundo término se encuentran las transfusiones sanguíneas y, finalmente, las inyecciones intravenosas en drogadictos, que utilizan jeringas contaminadas. ⁽⁴⁾

ESTRATEGIA: arte de dirigir, táctica, maniobra, habilidad para dirigir un asunto. ⁽³⁾ Conjunto de acciones para alcanzar determinados objetivos generales.

FACTOR DE RIESGO: Característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados.

FORMAR: dar forma, constituir, instruir, crear y educar. ⁽³⁾

GENERO: “Conjunto de normas, diferentes para cada sexo que cada sociedad elabora según sus necesidades y que son impuestas a los individuos a partir del nacimiento como pautas que deben regir sus comportamientos, deseos y acciones de todo tipo”. ⁽⁹⁾

IDENTIDAD DE GENERO: Es el aspecto Psicológico de la sexualidad, es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de género. ⁽⁴⁾

IDENTIDAD SEXUAL: Es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos indivisibles: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual. ⁽⁴⁾

IDENTIDAD CON EL GÉNERO: La percepción propia o la identidad de una persona es una interacción compleja de múltiples factores emocionales, cognitivos y sociales. La identidad incluye la identidad con el género, los roles sexuales, la personalidad y la orientación sexual. La identidad con el género es el sentido interior propio del ser hombre o mujer, y se establece a los tres años de edad. El rol de género o el rol sexual es la expresión hacia el exterior de ser hombre o mujer, y en él influyen las expectativas sociales y culturales, las actitudes y las creencias acerca del comportamiento masculino y femenino. Los roles de género se establecen entre los tres y los siete años de edad. ⁽¹⁰⁾

INFORMAR: Enterar, instruir (SINON. Anunciar, comunicar, dar a conocer, enseñar, participar, advertir). ⁽³⁾

ORIENTACIÓN SEXUAL: Se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir compañero sexual. ⁽⁴⁾ Las respuestas físicas, emocionales y eróticas hacia otras personas constituyen la orientación sexual de una persona. Entre sus componentes están los lazos emocionales, las fantasías, los sentimientos, las atracciones, el comportamiento sexual y la afiliación cultural. Puede ser que el comportamiento sexual no sea un reflejo de la identidad sexual, y es posible que los adolescentes que pueden ser homosexuales se demoren para aceptarlo ⁽¹¹⁾.

PERCEPCIÓN: La percepción es el proceso en el cual registramos todo lo que está a nuestro alrededor o en interacción con nosotros, en forma tal que significa algo. Esta involucra en su contenido, los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida. ⁽¹¹⁾

PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO: (PRS) actividades en las que existe contacto con fluidos corporales, con peligro de contagio de ETS o de embarazo, tales como: beso húmedo, sexo oral, coito vaginal o anal sin protección. ⁽¹²⁾

PREVENCIÓN: Son las medidas de intervención encaminadas a impedir la Propagación de Enfermedades de Transmisión sexual y de la infección por el VIH. ⁽¹³⁾

ROL DE GENERO: Es todo lo que una persona hace o dice para indicar a los otros y/o a sí mismo, el grado en el que se es hombre o mujer. ⁽⁴⁾

SALUD SEXUAL. Integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor ⁽⁴⁾

SEXO: Alude a elementos de tipo biológico, hasta ahora permanentes a lo largo del tiempo, posibilidad de maternidad por las mujeres, aparatos reproductivos diferentes, cuya existencia como elementos diferenciadores es utilizada como base para la construcción de los significados de género. ⁽⁹⁾

SEXO BIOLÓGICO: Conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para propiciar la reproducción. ⁽⁴⁾

SEXO CROMOSOMICO: Es la combinación de los cromosomas que pueden resultar en XX o XY para femenino y masculino respectivamente. ⁽⁴⁾

SEXO DE ASIGNACIÓN: Se da una vez nacido el niño de acuerdo a la conformación de sus genitales externos. ⁽⁴⁾

SEXUALIDAD: Son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la auto imagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimulas las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros. ⁽⁴⁾

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida es una enfermedad que afecta al sistema inmunológico (defensas del organismo) de los individuos, provocando baja resistencia para combatir diferentes procesos infecciosos. ⁽⁴⁾

INTRODUCCIÓN

La educación sexual forma parte de la educación integral de hombres y mujeres. Colaborar a que el individuo conforme actitudes y valores que le permitan vivir su sexualidad de una manera conciente y responsable dentro de la familia, con su pareja en la sociedad y cultura propia.

Por hoy se lamenta que muchos jóvenes y adultos jóvenes sufran las consecuencias de una vida sexual inadecuada. Se habla de inversiones millonarias para el manejo de enfermedades de transmisión sexual, mismas que durante las últimas décadas consumen gran porcentaje del presupuesto del sector salud. El SIDA cobra muchas vidas anualmente en todo el mundo. Sin embargo hay otros enfoques que se deben analizar como el costo social que pagan los protagonistas cuando se envuelven en relaciones sexuales de riesgo como son el embarazo en una pareja de adolescentes, madres adolescentes solteras, un aborto inducido, malformaciones congénitas en productos de mujeres jóvenes y primigestas, abandono escolar y desempleo, además de enfermedades del aparato reproductor tanto de hombres como mujeres.

Tanto a nivel mundial como nacional existen diversos organismos gubernamentales, civiles y religiosos que abordan el tema y promocionan la salud sexual, especialmente la reproductiva y el uso del condón y sin embargo ha sido insuficiente.

La educación sexual durante la adolescencia es entendida como el proceso vital mediante el cual se adquieren, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad, incluye aspectos sobre lo biológico, la reproducción, el género, la identidad, el erotismo, así como las representaciones sociales de éstos, consiste en la formación integral de la persona, ayudarla al nítido discernimiento entre el bien y el mal y a la adecuada comprensión de su autonomía y libertad. Proporcionar criterios, encarnar valores y afianzar principios.

Las distintas concepciones, comportamientos, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad que se van fraguando en un determinado contexto sociocultural dependerán, en gran medida, de la acción de los distintos agentes educadores (familiares, amigos, profesores, televisión...), existen, al menos, dos formas de abordar la educación de la sexualidad: una que utilizamos en la vida cotidiana, a veces, sin darnos cuenta y no por ello menos influyente (la educación informal); y otra más sistematizada y estructurada, con objetivos específicos, que se lleva a cabo en un contexto más preciso: el escolar (la educación formal). El hecho de que la educación sea formal se refiere a que debe tener metas específicas y ser lo más neutra y objetiva posible. A las anteriores formas de educar, cabe añadir otra que tiene lugar fuera del contexto escolar con similares características que la educación formal: la educación no formal.

La familia y la escuela son dos agentes educadores fundamentales, ambas pueden desempeñar un importante papel en estrecha colaboración y cooperación.

No cabe duda que será un reto para educadores y orientadores dar lugar a la reflexión, a la discusión, al intercambio de ideas y a la profundización sobre aspectos afectivos estrechamente ligados a la sexualidad, así como abordar los temas de interés y resolver las dudas que les surgen a los adolescentes en torno a ella. La educación en la escuela puede ser un elemento fundamental de

transformación de las bases de nuestra sociedad, porque la educación es capaz de añadir unos componentes críticos que sometan a análisis y a depuración crítica todos los valores, pautas y modos de actuar de la sociedad.

Al aplicar una estrategia promotora de participación a un grupo, hay incremento en los conocimientos, no siendo de ésta forma en los grupos en los que se aplican estrategias tradicionales.

La educación sexual no debe ser sólo una entrega de información, sino que supone considerar el aspecto educativo interactivo, dinámico y participativo como prioritario.

Los pensamientos y creencias de los y las adolescentes varían según se refieran a una macro o microcultura es decir, que pueden estar determinados por la moral, las costumbres y creencias de las sociedades o por las interacciones existentes entre los grupos de coetáneos.

En nuestro país, como respuesta a la necesidad de formar a los jóvenes en el área de la educación sexual han surgido una serie de instituciones y organismos que ofrecen programas de educación, que se centran principalmente en el amor que los jóvenes tienen por sí mismos, procurando por ésta vía modificar conductas en materia de sexualidad con el objeto de retardar el inicio de su actividad sexual. Sin embargo no han impactado a los adolescentes y la tendencia es a la experimentación con poca o nula información.

La educación sexual en México se ha visto envuelta en un sinfín de dilemas, muchos asociados al propio concepto de "sexualidad". Lo anterior enmarca la necesidad imperiosa de incorporar estrategias que les permitan mejorar su calidad de vida actual y futura.

El conocimiento por si solo no es suficiente para poder cambiar la conducta. Los programas que principalmente se basan en brindar información sobre preceptos morales y sexuales-como funciona el sistema sexual del cuerpo, que es lo que los jóvenes deben y no deben hacer- han fallado. Sin embargo, los programas cuyo enfoque principal es ayudar a los jóvenes a cambiar su conducta-usando la dramatización, los juegos, y los ejercicios que refuercen su habilidad al socializar- han mostrado señales de efectividad.

Un modelo actual de la educación incluye un enfoque participativo, dejando atrás la pedagogía tradicional.

El CEA (círculo Experiencial de Aprendizaje), funciona como una estructura operativa de los principios de la educación participativa no-formal de los adultos, que propone como centro el respeto y la valoración de la persona y de la realidad en que se desenvuelve. Las características de los pasos metodológicos son: experiencia, análisis, generalización y aplicación. El aprendizaje se organiza como un proceso dialéctico en el cual se alternan la teoría y la práctica. La planeación de las experiencias lleva una secuencia de lo conocido a lo desconocido; de lo simple a lo complejo; de lo concreto a lo abstracto; de lo práctico a lo teórico; del presente al futuro.

MARCO TEORICO

II.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

La OMS define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”, fija sus límites entre los 10 y 20 años de edad para hombres y mujeres ⁽¹⁵⁾.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Es el período que precede a la pubertad con grandes cambios corporales y funcionales. Se comienza a perder interés por lo padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. ⁽¹⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975 define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor ⁽¹⁶⁾

De acuerdo a lo anterior la educación sexual durante la adolescencia es entendida como el proceso vital mediante el cual se adquieren, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad, incluye aspectos sobre lo biológico, la reproducción, el género, la identidad, el erotismo, así como las representaciones sociales de éstos ⁽¹⁴⁾, consiste en la formación integral de la persona, ayudarla al nítido discernimiento entre el bien y el mal y a la adecuada comprensión de su autonomía y libertad ⁽¹⁷⁾ Proporcionar criterios, encarnar valores y afianzar principios ⁽¹⁸⁾

Se considera a los y las adolescentes como ciudadanos que deben ser estimulados para que asuman un papel activo en lo que se refiere a su identidad, autoafirmación y valoración de sus capacidades.

Históricamente a los niños se les enseña a no expresar emociones asociadas a “debilidad” tales como miedo e inseguridad. Ser varón es “no ser como las mujeres”, es estar distante del mundo privado, entrar al espacio público y ahí ser alguien reconocido. Se les prepara para una vida liberada y en la cual su principal rol será el de trabajador. A las niñas se las educa para ser calladas, pasivas. La educación de las niñas es más ambigua y contradictoria respecto a su cuerpo, el cual deben cuidar de los hombres y después debe utilizar para darles placer. Igual ocurre respecto a sus sentimientos, ya que están los permitidos, inseguridad, temor, afecto, pena, y los reprimidos, agresividad, deseo, placer, rudeza.

Una educación con perspectiva de género orienta a los y las adolescentes para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y para la flexibilización de roles, funciones, tareas y responsabilidades públicas y privadas.⁽⁹⁾

La sexualidad es la forma como nos asumimos como seres humanos, y como nos relacionamos con los otros y las otras, es un proceso que comienza antes de nacer y que dura toda la vida.

La identidad sexual, tanto como el desarrollo sexual debe ser es el sentido de una relación de integración biológica y social inmerso en su propia cultura. Misma que se construye a lo largo de la vida con base en el aprendizaje continuo, aprendiendo formas de relacionarse, incorporando juicios y prejuicios, asumiendo temores y desafíos.

Por lo tanto el desarrollo integral de cada ser humano depende de su desarrollo sexual y es en éste contexto que la educación en sexualidad se vuelve un factor clave, a que tiene derecho toda persona y comunidad humana.

II. 2. MARCO LEGAL

Hablar de los Derechos Humanos del Adolescente, significa reconocer que existe un período de transitoriedad entre la niñez y la adultez, con necesidades específicas de salud y que instituciones gubernamentales y no gubernamentales, necesitan dar respuesta a esas necesidades, inquietudes y demandas, ya no más como “el adulto del mañana”, sino como el “adolescente de hoy”⁽¹⁹⁾

La Declaración Universal de los Derechos Humanos afirma que la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el respeto de los derechos y de la dignidad... y esa conclusión incluye por supuesto a los adolescentes.
orientados hacia la protección del menor y la preservación de sus derechos.

El Plan Nacional de Desarrollo refiere que a la juventud debe asegurársele la oportunidad de educación y capacitación con un trato humano.⁽¹⁹⁾

En México no existen propuestas de legislación para el adolescente que reconozcan sus necesidades específicas de salud. Un estudioso de los Derechos Humanos afirma que la legislación es

restrictiva, carencial, paradójica e incluso contradictoria, puesto que el derecho de los adolescentes es más bien el derecho de los adultos sobre ellos, ya que por ejemplo, casi nunca se les permite decidir cómo emplear su tiempo, elegir sus amistades y distracciones y disponer de su dinero. Los derechos fundamentales del adolescente propuestos por el Grupo de Organizaciones con Programas de Atención al Adolescente en Jalisco en 1994 son : Derecho a ser y participar como adolescente, derecho a una atención específica en su salud, derecho a información y educación sexual y reproductiva, derecho a la empleo protegido, derecho al deporte y recreación, derecho a recibir apoyo familiar. ⁽¹⁹⁾

II. 3. MARCO CONCEPTUAL PSICOPEDAGOGICO

Las distintas concepciones, comportamientos, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad que se van fraguando en un determinado contexto sociocultural dependerán, en gran medida, de la acción de los distintos agentes educadores (familiares, amigos, profesores, televisión...). Como apunta Vivianne Hiriart (1999) existen, al menos, dos formas de abordar la educación de la sexualidad: una que utilizamos en la vida cotidiana, a veces, sin darnos cuenta y no por ello menos influyente (la educación informal); y otra más sistematizada y estructurada, con objetivos específicos, que se lleva a cabo en un contexto más preciso: el escolar (la educación formal). El hecho de que la educación sea formal se refiere a que debe tener metas específicas y ser lo más neutra y objetiva posible. A las anteriores formas de educar, cabe añadir otra que tiene lugar fuera del contexto escolar con similares características que la educación formal: la educación no formal.

La familia y la escuela son dos agentes educadores fundamentales, ambas pueden desempeñar un importante papel en estrecha colaboración y cooperación ⁽²⁰⁾

II. 4. MARCO TEORICO PEDAGÓGICO

En una primera impresión, pudiera parecer que existen fuentes abundantes y adecuadas de donde recibir información y formarnos en la dimensión sexual. Sin embargo, diversos estudios revelan que esto no siempre es así. Los padres y madres con quienes los adolescentes podrían dialogar al respecto, y sería una fuente idónea para dar respuesta a sus dudas, no siempre están dispuestos a hablar del tema por múltiples motivos, entre ellos, falta de tiempo, de información o sus propias inhibiciones. De acuerdo a diversos autores su estilo educativo es de carácter informal, aunque no por ello sus efectos son menores, y de forma general. Además, la información que se aporta se limita a los aspectos biológicos y de auto-cuidado y se dejan de lado los componentes emocionales y las dudas específicas que podrían inquietar al adolescente.

Por otra parte, el profesorado se inclina a pensar que los familiares son los responsables de estas cuestiones por tratarse de asuntos íntimos. No obstante, educa sobre sexualidad, por un lado, informalmente: a través de ciertos comentarios, situaciones espontáneas que se plantean en clase, etc. Que dejan entrever cuáles son sus ideas, valoraciones y actitudes en torno a la sexualidad.

Por otro lado, educa formalmente desde una perspectiva fundamentalmente biológica-reproductiva, el modelo predominante en las escuelas es el que denomina “sanitarizado” por estar

centrado en evitar riesgos, aunque también se adentra en otros aspectos como la reproducción, los órganos sexuales y la relación coital.

El verdadero reto docente supone abordar y responder las necesidades específicas de los adolescentes y del periodo de vida por el que atraviesan.

Cuando los profesionales educativos intervienen intencionalmente se preguntan, en muchas ocasiones, si se están metiendo en un terreno que no les corresponde. Lo curioso es que los padres y madres esperan que en la escuela se dé algún tipo de orientación a sus hijos, pero, aún así, muestran cierta inquietud en torno al tipo de educación sexual que se lleva a cabo, *por si va* dirigido en otra dirección a la que ellos desean. También es habitual su temor a que esa educación promueva o incite la actividad sexual de sus hijos.

Desde el contexto escolar, tanto la Ley Orgánica General del Sistema Educativo como la actual Ley de Calidad de la Educación, deben asumir la denominada Educación Sexual, para responder al derecho de los alumnos y alumnas de recibir una formación integral que contribuya al pleno desarrollo de su personalidad, considerando el contexto sociocultural en el que estamos inmersos.

No cabe duda que será un reto para educadores y orientadores dar lugar a la reflexión, a la discusión, al intercambio de ideas y a la profundización sobre aspectos afectivos estrechamente ligados a la sexualidad, así como abordar los temas de interés y resolver las dudas que les surgen a los adolescentes en torno a ella. La educación en la escuela puede ser un elemento fundamental de transformación de las bases de nuestra sociedad, porque la educación es capaz de añadir unos componentes críticos que sometan a análisis y a depuración crítica todos los valores, pautas y modos de actuar de la sociedad⁽²⁰⁾

La tarea de incluir a la sexualidad dentro del currículo escolar se enfrenta, muchas veces, con ciertos prejuicios y creencias: la fuerza de una tradición social y cultural que percibe la sexualidad como mortificante y antierótica, las concepciones dominantes referidas al sexismo y la homofobia, la idea de que hablar abiertamente de sexualidad es abrirle los ojos a la inocencia infantil, el supuesto de que el magisterio no se debe comprometer con tales materias para no enfrentarse ni con los padres, ni con la sociedad.

Resulta necesario que el profesorado supere estas insuficiencias, temores y tabúes para poder hablar autorizadamente acerca de la sexualidad.

La reflexión sistemática y científica sobre la sexualidad humana se relaciona directamente con los tiempos modernos, al igual que la conciencia sobre su importancia como factor de transformación social y, por tanto, como objeto de atención de la educación. La educación sexual es una tarea central que contribuye al bienestar de la sociedad. La cuestión es tratar de identificar que ideologías, que sistemas de pensamientos, creencias y normas representan quienes participan en la regulación de las políticas sociales, teniendo en cuenta que cumplen una función, en tanto sistemas de control social, en la cual el poder se encuentra institucionalizado y desde donde se crea el sentido en el que el sujeto estará inmerso.

La propuesta es una educación afectivo-sexual que incluya ciertos contenidos y promueva ciertas actitudes positivas, reflexivas y tolerantes que favorezcan el conocimiento y el entendimiento de los

cambios y las consecuencias que la edad de la pubertad genera en las y los adolescentes. Algunos de los contenidos son: el autoerotismo, los cambios físicos y psicológicos de la pubertad, el inicio de la actividad sexual, el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, la aceptación de la diversidad, la idea de que hay muchas maneras diferentes de vivir la sexualidad, todas ellas igualmente aceptables.

La temática relacionada con el sida obliga a dejar atrás el ocultamiento y el silencio, a cambiar mitos y creencias con respecto a la sexualidad y a reconocer los derechos “humanos”. Actualmente existe consenso acerca del papel fundamental que cumple la educación en la lucha contra la transmisión del VIH/sida. ⁽²¹⁾

Según Norberto E. Elizaldi Lozano et al. cuando se realizan algunos intentos por enseñar investigación, las estrategias educativas han seguido la tendencia tradicional ya que él observó que al aplicar una estrategia promotora de participación a un grupo, hubo incremento en los conocimientos, no siendo de ésta forma en el grupo que aplicó estrategia tradicional. ⁽²²⁾

Para situarnos en el ambiente educativo en que se desarrolla la capacidad clínica del estudiante es necesario hacer las siguientes consideraciones. Se sabe que en una sociedad dependiente y con movilización apenas incipiente, como es la nuestra, el enfoque educativo pasivo-receptivo es predominante en el ambiente educativo. ⁽²³⁾ La tendencia pasivo-receptiva es todo ese conjunto de ideas, valores, representaciones, actitudes y prácticas cuyo sustrato es la pasividad, el inmovilismo, la apatía, el esperar que sean otros quienes tomen la iniciativa para opinar, tomar decisiones, criticar. Bajo un enfoque opuesto, activo-participativo, se intenta propiciar en el alumno el desarrollo de las capacidades para obtener, seleccionar, aplicar, generar y criticar información, el profesor promueve y orienta la participación y la crítica, partiendo de la realidad, acudiendo a la teoría para buscar elementos que los auxilien a intentar modificar la realidad. En nuestro caso, la experiencia clínica es la fuente para acudir a la teoría, buscando elementos que los auxilien para intentar modificar favorablemente esa realidad (práctica y experiencia clínicas), estableciéndose así un ir y venir de la práctica a la teoría con mediación de la crítica, construyendo continuamente su conocimiento. ^(24, 25)

II. 5. ANTECEDENTES

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en México, los adolescentes, aumentaron en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones con una contribución relativa de alrededor de 22%. Según el censo de población realizado en el año 2000, nuestra población adolescente representa el 21.3%. Es indudable que se trata del grupo de población más sano, aproximadamente el 7% utiliza servicios de salud ⁽²⁶⁾ y en el que se presentan menos defunciones ⁽²⁶⁾. Sin embargo, es el más expuesto a factores de riesgo como; sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas, consumo inadecuado de alimentos y sedentarismo que determinan problemas que repercuten en la salud propia de su edad y la predisposición al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas del adulto. ⁽²⁶⁾

En cuestión de escolaridad y exposición a factores de riesgo en los adolescentes se observa una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. La encuesta nacional de la Juventud (ENJ) señala que el promedio de escolaridad en México es actualmente de 7.7 grados. Entre los 12 y los 14 años de edad no acuden a la escuela 11.6% de adolescentes; de los 15 a los 19 el 41.3%, y al llegar a los 20, más de 75% de jóvenes ha abandonado la escuela. La edad promedio de inicio de la vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y para el área urbana 16.7 ⁽¹⁶⁾

El verdadero problema de ésta situación es que las niñas-mujeres y los niños-hombres adquieren primero la capacidad de procrear y luego alcanzan su madurez. Por lo que diversas circunstancias tanto ambientales, familiares e individuales, participan como factores de riesgo en la relaciones sexuales de los adolescentes en la mayoría de las ocasiones, sin protección y que pueden llevar a infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, embarazos no planeados, entre muchas más consecuencias. La falta de información veraz y oportuna en el marco de una educación sexual con enfoque de género, incluyendo masculinidades y femineidades, favorece comportamientos de riesgo ⁽¹⁶⁾

La principal tarea psicosocial de la adolescencia es el logro de la identidad. ⁽²⁷⁾ Por ello, la información que recibe un niño-adolescente deberá tener un solo objetivo; formar a partir del presente, prepararse para el futuro con una estructura sólida y flexible que permita tomar decisiones con asertividad. Por ello la salud sexual de los adolescentes es un tema que suscita cada vez más interés en todo el mundo, por la mejor comprensión de las características de ésta edad para la salud pública y también por las condiciones cambiantes de la sociedad que añadidas a la modificación de las conductas de éstos grupos, han generado nuevos riesgos para la salud de ellos. Esto se refiere especialmente a la Salud Sexual (SS) y Reproductiva (SR); por lo que se hace necesario que estas problemáticas formen parte integral de las estrategias de promoción y educación en salud, ya que afectan marcadamente la calidad de vida individual y de las comunidades. Sin embargo, aunque son conocidas las características de los adolescentes como grupo y sus problemáticas en torno a la SR, vale destacar que a esta audiencia no se le ha prestado la debida atención en cuanto a sus necesidades en esta materia. ⁽¹¹⁾

La educación sexual no debe ser sólo una entrega de información, sino que supone considerar el aspecto educativo interactivo, dinámico y participativo como prioritario ⁽¹⁷⁾

Los pensamientos y creencias de los y las adolescentes varían según se refieran a una macro o microcultura es decir, que pueden estar determinados por la moral, las costumbres y creencias de las sociedades o por las interacciones existentes entre los grupos de coetáneos.⁽²⁷⁾

La sexualidad y el manejo de la misma es uno de los campos que hoy en día no se ha asumido con profundidad desde la familia y desde el colegio, pero los jóvenes piden que cuando estas dos instituciones lo quieran hacer lo hagan sin principios moralistas y sin una visión pecaminosa, que lo hagan de manera “fresca” y tranquila, de una manera natural porque la sexualidad es una manifestación natural de los hombres y mujeres.⁽²⁷⁾

Los medios de comunicación han desempeñado una función creciente en la sexualidad de los adolescentes. El adolescente promedio ve 14,000 referencias sexuales en la televisión al año, y menos de 175 de éstas (1.25%) se refieren a la abstinencia o a la contracepción⁽¹⁷⁾. Recientemente, en un análisis de contenido de la televisión se encontró que en más de dos tercios de los programas principales hay un contenido sexual, pero en menos de 9% se mencionan los riesgos o las responsabilidades de la actividad sexual o la necesidad de la contracepción. Si recordamos que algunas características comunes de los adolescentes es la conducta exploratoria con una constante búsqueda de novedades y la exposición a los programas televisivos es intensa, entonces se supone incremento de riesgo en las RS y SS.⁽¹⁷⁾

Las investigaciones en sexualidad suelen ser muy sesgadas tanto por el pensamiento del investigador como por lo tabúes que tienen las personas acerca de ésta, por lo cual no es un tema de fácil abordaje.⁽²¹⁾ Las evidencias, son los resultados de la aplicación de políticas en educación sexual. No han considerado la educación en su sentido más amplio, se restringen a ciertos aspectos de ella, es bastante preocupante, dado el poco impacto de aquéllas sobre el objetivo de disminuir los embarazos en mujeres adolescentes, los abortos, muertes maternas y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

Durante muchos años, principalmente en Europa y Estados Unidos, y en los últimos años en Chile, las políticas públicas de “educación sexual” han estado enfocadas exclusivamente a evitar los embarazos en adolescentes, disminuir los abortos, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Todos con fines loables⁽¹⁷⁾.

En Chile la educación sexual es obligatoria, además existen los llamados contenidos mínimos obligatorios y contenidos transversales de la educación (siendo la educación sexual uno de ellos) impuestos desde el Ministerio de Educación⁽¹⁷⁾

En nuestro país, como respuesta a la necesidad de formar a los jóvenes en el área de la educación sexual han surgido una serie de instituciones y organismos que ofrecen programas de educación, que se centran principalmente en el amor que los jóvenes tienen por sí mismos, procurando por ésta vía modificar conductas en materia de sexualidad con el objeto de retardar el inicio de su actividad sexual⁽¹⁸⁾. Sin embargo no han impactado a los adolescentes y la tendencia es a la experimentación con poca o nula información.

De los resultados obtenidos por estos programas, se destacan dos éxitos importantes:

- 1) Disminución del número de embarazos
- 2) Descontinuación de la vida sexual en un porcentaje importante de jóvenes

que ya la habían iniciado. ⁽¹⁸⁾

No se debe olvidar que los jóvenes son, por naturaleza, románticos y amantes del riesgo, lo que influye negativamente al momento de hacerlos optar por la utilización de algún tipo de preservativo, principalmente el condón, en sus relaciones sexuales. Por lo mismo, si la educación sexual toma un enfoque en solo el uso de anticonceptivos y deja de lado la formación de la sexualidad está destinada al fracaso ⁽¹⁹⁾ por ello se debe incluir los siguientes aspectos:

1. Aclarar dudas y atenuar las preocupaciones sobre comportamientos sexuales.
2. La comunicación ha de ser abierta, honesta y sin pretender juzgar o moralizar.
3. Explicar los cambios corporales en la pubertad.
4. Proporcionar información sobre anticoncepción.
5. pruebas Orientación específica de medidas preventivas: Realizar anualmente en mujeres adolescentes sexualmente activas una citología vaginal, en hombres y mujeres un VDRL, inmunológicas para detectar Clamidia, cultivo de exudado para buscar gonococos, además de VIH, Virus de la Hepatitis B entre otros.
6. Fomentar una sexualidad responsable. ⁽²⁸⁾

La salud es definida de manera oficial con el respaldo de la OMS, no sólo como la ausencia de enfermedad sino como el estado de bienestar biopsicosocial. Sin embargo, para alcanzarla se requieren niveles óptimos de bienestar para cumplir con las aspiraciones de contribuir al desarrollo individual y social. En el caso de los adolescentes, se requiere de derechos elementales; el trabajo, la recreación y cultura, salud física, mental, y participación activa en el ámbito social y político ⁽²⁹⁾.

Cuando el concepto de salud se aplica a la sexualidad se convierte en un problema complejo porque rebasa el territorio del cuerpo y de las decisiones personales, tiene que ver con las costumbres y la normatividad de la sociedad ⁽²⁹⁾.

Las relaciones sexuales son uno de los máximos placeres que pueden disfrutar los seres humanos, los beneficios en la salud son innumerables e implícitos como un acto natural que contribuye al funcionamiento óptimo del organismo para alcanzar un equilibrio en sus procesos vitales.

Sin embargo, tal vez ninguna otra conducta tenga más restricciones y manipulaciones como la sexualidad. Múltiples encuestas coinciden en que la edad promedio en que los adolescentes y jóvenes se inician es entre los 14 y 16 años, mientras que el conocimiento sobre sus implicaciones, riesgos y formas de prevención, riesgos de embarazo y de infecciones transmitidas por esa vía son escasos y a veces nulos. ⁽²⁹⁾

La sexualidad es mucho más que un instinto. Hay que entender el sexo como una actividad de relación afectiva interhumana. Los patrones sexuales son hábitos que se adquieren y que tienen diferencias individuales, en función de las características personales, la experiencia previa y el ambiente cultural en que se desenvuelve el individuo.

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y el adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones placenteras al tocarse, al ser acariciado y besado, y observa las expresiones de afecto y las actitudes sexuales de los adultos que le rodean, que en ocasiones trata de imitar. Durante el periodo prepuberal se establece la identidad sexual y el niño continúa recogiendo información sobre la sexualidad a partir de los amigos, los maestros y la familia. En esta etapa el niño puede desarrollar una actitud negativa hacia la sexualidad si descubre que los adultos evitan hablar de las partes de su cuerpo relacionadas con la sexualidad, las describen con eufemismos o rechazan cualquier tipo de conducta relacionada con el sexo, incluidas las que el niño puede manifestar espontáneamente, como la erección ⁽²⁸⁾.

La sexualidad se ha convertido en uno de los temas más enigmáticos y conflictivos para los investigadores del comportamiento humano. Si el hombre y la mujer son el resultado de la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que actúan de forma interdependiente, entonces la sexualidad como componente fundamental de la naturaleza humana posee también esa característica fundamental. En éste sentido la sexualidad es la expresión psicológica y social de los individuos como seres sexuados en una cultura y en un momento determinado.

La sexualidad en la etapa de la adolescencia, descansa en etapas previas durante la niñez, no surge como un impulso súbito y novedoso, además es en éste tiempo cuando florece la capacidad de pensar científicamente, el individuo forma hipótesis y las somete a prueba real o mentalmente para solucionar los problemas, afronta la tarea de adquirir actitudes y sentimientos adecuados para conformarse una identidad propia. ⁽³⁰⁾

Los factores que influyen en la conducta sexual de los adolescentes son: Discrepancia entre madurez física y cognoscitiva, percepción de invulnerabilidad, tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación, mayor libertad sexual, actitudes y valores sobre el comportamiento sexual. ⁽²⁸⁾

La tendencia a experimentar relaciones sexuales precoces junto a la falta de información sobre este tema, aumenta el riesgo de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual ⁽³¹⁾. En Madrid, España encontraron que los jóvenes comienzan a mantener relaciones sexuales a edades en las que aún no cuentan con la suficiente información para evitar ETS y que un porcentaje muy alto de adolescentes acude en busca de información a los medios de comunicación, familiares y amigos. Se ha comprobado que la información sexual es más efectiva y aceptada cuando se realiza a través de centros de planificación o personal sanitario. ⁽³¹⁾

En Estados Unidos de Norteamérica cada año 25% de los doce millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual que ocurren en adolescentes. Cuanto más joven es el adolescente sexualmente activo, mayor es la probabilidad de verse afectado por una ETS, en las mujeres, el epitelio cilíndrico escamoso se encuentra en posición externa, y es más susceptible a las ETS que el epitelio escamoso estratificado. La infección causada por el virus del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en los adolescentes, y ha sido implicada en el cáncer del cervix, la vulva, el ano y el pene.

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), grupo de padecimientos infecciosos que afectan al aparato genital superior de las mujeres, es una de las principales consecuencias de las

enfermedades de transmisión sexual. 20% de las mujeres que padecen EPI sufren de infertilidad, embarazos ectópicos o dolor abdominal crónico.

La tasa de infección por el VIH se está incrementando rápidamente. El 20% de los casos de SIDA se dan alrededor de la segunda década de la vida y probablemente contrajeron el virus durante su adolescencia.^{(28) (10)} La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, toda vez que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos acumulados de SIDA.⁽¹⁶⁾

Existe evidencia de que el manejo adecuado de las ETS disminuye en 50% la transmisión sexual del VIH. Por tal motivo, todas las ETS se incluyeron, desde 1997, para integrar lo que hoy se conoce como El Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y ETS. La OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de ETS curables: tricomonas (3.39 millones de infecciones), clamidia (1.92 millones), gonorrea) 1.36 millones) y sífilis (0.24 millones).⁽¹⁶⁾

Para la prevención de las ETS y de los embarazos no planeados se requiere de Información clara y precisa de cómo evitar estos riesgos, debe ser accesible a toda la población y ésta es más efectiva si se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales. El uso correcto y constante del condón protege entre 90 a 95% de la transmisión de ITS, incluyendo el SIDA.⁽¹⁶⁾

Coincidiendo con otras publicaciones previas en 1988, 1992 y 2000 en los resultados encuentran que la actividad sexual entre adolescentes ha aumentado en la última década, especialmente en las mujeres, y se está adelantando la edad de las primeras experiencias sexuales, así como la edad de inicio de las relaciones sexuales completas.⁽²⁸⁾

Actualmente se está proporcionando más información en la escuela y en la familia sobre sexualidad y sobre prevención de SIDA, ha aumentado el miedo al contagio de SIDA, y con ello la utilización de preservativos entre los adolescentes sexualmente activos.⁽²⁸⁾

Las ETS en Michoacán se reporta de 231 x 100 000 derechohabientes en el año 2000, predominando el virus del papiloma humano (5.8), herpes genital (4.1) y gonorrea (3.9). Los casos de VIH reportados en el periodo 1995-2001 total acumulados 1,701 y 95 defunciones en el año 2000 por SIDA. Durante el 2002 se diagnosticaron 19 casos de SIDA siendo el 5° estado a nivel Nacional con mayor número de casos. Sin embargo se calcula que en nuestro estado pueden existir alrededor de 64 000 casos de SIDA y entre 116 000 y 177 000 casos de VIH, de acuerdo al Consejo Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA de la Secretaría de Salud.

Las motivaciones para la iniciación sexual en mujeres son la espontaneidad y romanticismo; en cambio, en los varones las motivaciones son impulso e irreflexión.

Según una investigación realizada en la Universidad de Minnesota, con una muestra de 26.023 estudiantes de 13 a 18 años entrevistados comprobaron que las personas vírgenes y sin apuro “no nacen de un pollo”, sino que tienen las siguientes características:

- Familias con ambos padres.
- Elevado nivel socioeconómico y buenas condiciones de Educación.
- Alto grado de religiosidad.
- Ausencia de tendencias suicidas.
- Sentimientos adultos y específicamente en entre los varones, alta valoración de lo que significa ser padres.

Por lo cual, podemos decir que en Latinoamérica, los adolescentes más vulnerables a la iniciación sexual temprana son aquellos que presentan características opuestas a las descritas anteriormente (PeKer, 2000b).

Algunos autores siguen pensando que si se habla de sexo, los chicos se van a iniciar más precozmente y van a tener relaciones sexuales de manera desenfrenada, lo cual es radicalmente opuesto, ya que, cuanto mayor sea la información que se tenga de éstos temas, más seguridad van a tener los adolescentes para elegir el momento de su iniciación sexual y podrán evitar consecuencias no deseadas como un embarazo o el contagio de enfermedades venéreas.

Según comenta la Dra. Virginia Martínez Vernier lo importante en la educación sexual es que el dialogo sea cotidiano, sin esperar que el joven cumpla una determinada edad para decirlo todo, en tanto Zulma Núñez “El cuidado y la responsabilidad sobre el cuerpo de uno mismo y sobre el cuerpo del otro, respetar la intimidad y la privacidad que requiere el desarrollo de la sexualidad son los valores más importantes que han de ser transmitidos.

El desarrollo de la conducta sexual supone una transformación fundamental del sistema de motivaciones, incidiendo directamente en los intereses y en la manera de llevar sus relaciones sociales, lo cual plantea como tarea una adecuada expresión, modulación y control de la conducta; lo que tiene mucha relación con la escala de valores que el sujeto posea, los juicios acerca de sí mismo, de los demás y de la sociedad en general.

En la mayoría de las investigaciones concluyen que “el deseo sexual consciente y específico es posterior a la pubertad, pero sentimientos y afectos hacia miembros de otro sexo se dan con cierta frecuencia antes de la pubertad”.

En el desarrollo juvenil son significativos los problemas que surgen como efecto de una educación rígida e incomprensiva que puede llevar a fuertes sentimientos de culpa y autodesprecio a causa de vivencias sexuales o de actividades masturbatorias. Lo cual puede producir importantes inhibiciones y represiones de la vida sexual, que se pueden manifestar en desajustes sociales y estados de tensión y angustia. Por tanto la educación sexual debe ser esencialmente comprensiva y orientadora y debe estar integrada a la formación de la personalidad total. La insuficiencia de educación sexual puede llevar también a problemas de desajuste social y a una baja estimación personal que se evade en conductas alienantes. En el caso de jóvenes que, por falta de principios, hábitos y orientaciones valorativas, se entregan a conductas sexuales y a una satisfacción personal egocéntrica perdiendo la oportunidad que ofrece esta etapa de la vida para establecer las bases de un desarrollo que conduzca a la realización personal y a una integración positiva a la sociedad. ⁽³²⁾

Se prevé que para los años 2000 a 2020, la población adolescente (10 a 19 años) constituirá el grupo de edad más grande en números absolutos. Un problema es el constituido por las enfermedades de transmisión sexual y específicamente el SIDA. Si se toma en cuenta que el período de aparición de la enfermedad oscila entre los 5 y los 10 años en promedio después de la exposición y que el grupo de edad más afectado con la enfermedad es el de 24-30 años, es preocupante concluir que ha sido durante la adolescencia cuando se contrae el virus. ⁽³³⁾

En Diciembre de 1997 la asociación Nacional de Padres de Familia llevó a cabo su 7º Congreso Nacional, bajo el lema “Educación y Salud, Derecho de los Niños y Jóvenes”, durante el cual se realizaron reuniones de trabajo con autoridades de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública, quedando de manifiesto la necesidad de una estrecha vinculación entre ambos sectores, así como brindar una adecuada y completa formación y orientación sobre la sexualidad tanto a niños y jóvenes como a los propios padres de familia.

Dos fueron los temas principales de dicho Congreso, la sexualidad y la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles, así como la prevención de enfermedades respiratorias, para lo cual se tuvieron intercambios de información con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA). ⁽³⁴⁾

En México, a lo largo de la historia, la sexualidad ha sido un tema controversial lleno de temores y de tabúes. Lo que ha ocasionado que a la fecha las condiciones para una educación sexual integral y liberadora aún no están plenamente dadas. Sin embargo, los esfuerzos desde diferentes modelos son múltiples; conocerlos es indispensable para avanzar hacia una mejor y más efectiva educación sexual, ya que ésta tiene que ponerse a tono con las necesidades reales de la vida moderna, reto para el estado, el sector salud, el sector educativo, padres, madres y adolescentes, en suma, reto y responsabilidad de la sociedad. ⁽²⁾

De manera general y esquemática los principales modelos en educación sexual para adolescentes son: 1) Escolar oficial, 2) Institucional de salud y planificación familiar. 3) talleres de sexo más seguro, 4) De abstinencia. ⁽²⁾

La educación sexual no es una tarea de unos cuantos, es una responsabilidad colectiva, donde cada actor social: estado, sector salud y educativo, iglesias, organizaciones civiles, profesionales, padres, madres y adolescentes tenemos algo que aportar. ⁽²⁾

En la actualidad, en relación a la educación sexual, existe controversia respecto a los objetivos y las formas que dicho proceso debe adoptar. La educación sexual en México se ha visto envuelta en un sinfín de dilemas, muchos asociados al propio concepto de “sexualidad”. ⁽²⁾ Lo anterior enmarca la necesidad imperiosa de incorporar estrategias que les permitan mejorar su calidad de vida actual y futura. ⁽¹²⁾

En todo el mundo un número importante de adolescentes son sexualmente activos a edades precoces. Muchos de ellos no utilizan métodos anticonceptivos. Alrededor de 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, correspondiéndoles una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. Anualmente, uno de cada 20 adolescentes (5%) contrae enfermedades de transmisión sexual. ⁽³⁵⁾

Si se toma en cuenta que la mayoría de los adolescentes inicia su vida sexual antes de los 20 años, resulta obvio que uno de los desafíos fundamentales para la investigación y la acción es definir estrategias para atender la salud sexual y reproductiva de este numeroso y prioritario grupo poblacional. Algunas de las cuestiones que requieren toda nuestra atención son: educación e información para alcanzar una buena salud sexual y reproductiva, orientación para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA. ⁽³⁵⁾

Existen efectos de desigualdad en relación de las fuentes informativas y los niveles de conocimiento con un énfasis favorable a los estratos alto y medio: en éstos estratos los periódicos y revistas son más consumidos y se recurre más a la orientación de los profesores en las escuelas. Lo cual permite pensar que es necesario fortalecer y desarrollar acciones educativas y tecnología de difusión dirigidas a todos los estratos, con énfasis en fuentes masivas e interpersonales consumidas en los estratos bajo y marginados. ⁽³⁶⁾

El mundo de los jóvenes enfrenta peligros que ya no son de enfermedades prevenibles por inmunización. Se enfrentan a un mundo donde surge el lenguaje de la violencia, la drogadicción, el alcoholismo, el embarazo temprano y las enfermedades de transmisión sexual. Todos los derechos son importantes, pero en la vida del adolescente cobran trascendencia los derechos de participación, de expresión de sus ideas, de recibir información y difundirla, de brindarles espacios para ayudarlos a resolver sus inquietudes existenciales y los peligros que los acechan. ⁽¹⁹⁾

¿Se debiera enseñar educación sexual en las escuelas?

La pregunta ya no es si se debe enseñar educación sexual, es más bien, como se debe hacer. Actualmente más del 93% de todas las escuelas públicas ofrecen cursos sobre la sexualidad o el VIH. ⁽³⁷⁾ Mas de 510 escuelas secundarias trabajan en coordinación con las clínicas de salud, y en más de 300 escuelas se hacen disponibles los condones. La pregunta ahora es si estos programas son realmente eficaces, y si no lo son, como podremos mejorarlos?

¿Porque necesitan los jóvenes educación sexual?

Los jóvenes necesitan información correcta para ayudarles a protegerse a si mismos. Los Estados Unidos tienen más del doble de las tasas de embarazo que cualquier otro país industrializado del extremo Oeste, más de un millón de jóvenes quedan embarazadas cada año. ⁽³⁸⁾ Los jóvenes tienen las mas altas tasas de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) que cualquier otro grupo de otras edades, uno de cada cuatro contraen alguna ETS antes de los 21. ⁽³⁹⁾ Las ETS, incluyendo al VIH, pueden dañar tanto la salud como la habilidad reproductiva de un(a) joven. Todavía no hay cura para el SIDA.

La infección del VIH se está incrementando mas rápidamente entre la gente joven. Una de cada cuatro nuevas infecciones en los EEUU ocurre entre la gente joven menor de 22 años. ⁽⁴⁰⁾ En 1994, 417 casos nuevos de SIDA fueron diagnosticados entre jóvenes de 13 a 19 años, y 2,684 nuevos casos de SIDA entre los de 20 a 24 años de edad. ⁽⁴¹⁾ Debido a que la infección pudo haber ocurrido hasta 10 años antes de ser diagnosticada como SIDA esto significa que la mayoría de estas personas se infectaron con el VIH ya sea en la adolescencia o en la pre-adolescencia.

El conocimiento por si solo no es suficiente para poder cambiar la conducta ⁽⁴²⁾ Los programas que principalmente se basan en brindar información sobre preceptos morales y sexuales-como funciona el sistema sexual del cuerpo, que es lo que los jóvenes deben y no deben hacer- han fallado. Sin embargo, los programas cuyo enfoque principal es ayudar a los jóvenes a cambiar su conducta-usando la dramatización, los juegos, y los ejercicios que refuercen su habilidad al socializar- han mostrado señales de efectividad ⁽⁴³⁾

En los EEUU, la controversia sobre el mensaje que se les debe dar a los niños ha limitado los programas de educación sexual en las escuelas. Muy a menudo frases de valor moral como (mis hijos no deben tener relaciones sexuales fuera del matrimonio) se mezclan con frases contradictorias de hechos mal interpretados (de todas formas, la educación sexual no funciona). Acaso deberíamos hacer todo lo posible por suprimir la conducta sexual de los jóvenes o acaso deberíamos reconocer que muchos jóvenes son sexualmente activos para así prepararlos a enfrentar las consecuencias negativas? Los argumentos dictados por la emoción pueden representar un obstáculo para lograr evaluar los efectos de la educación sexual. ⁽⁴⁴⁾

Otros países han logrado mucho más que los EEUU al afrontar el problema del embarazo en la juventud. La edad en que se tiene la primera relación sexual es similar tanto en los EEUU como en otros cinco países: Canadá, Inglaterra, Francia, los países bajos y Suecia, sin embargo en estos países las tasas de embarazo entre los jóvenes es, por lo menos, la mitad de las tasas de los EEUU. ⁽⁴⁵⁾ La educación sexual en estos países se basa en los siguientes elementos: una política que favorece explícitamente a la educación sexual, una apertura hacia el sexo; mensajes consistentes a la sociedad; y el acceso a los anticonceptivos.

Muy a menudo el currículo de educación sexual empieza en la secundaria, una vez que muchos de los estudiantes han comenzado a experimentar la sexualidad. Los estudios han demostrado que cuando se empieza la educación sexual antes de que los jóvenes se vuelvan sexualmente activos ayuda los jóvenes a mantener la abstinencia y a que se protejan en caso de que se vuelvan sexualmente activos. ⁽⁴⁶⁾ Entre mas pronto se empiece con la educación sexual mejor, quizás sería bueno comenzar desde la primaria.

Reduciendo el Riesgo o "Reducing the Risk", es un programa para estudiantes de secundaria en áreas rurales y urbanas de California para reducir las relaciones sexuales sin protección, ya sea ayudando a que los jóvenes eviten tener sexo o que se protejan al hacerlo. Los grados novenos y décimos participaron en actividades experimentales para ayudarles a formar ciertas habilidades y a ser auto-eficaces. Se obtuvo como resultado que una gran proporción de los estudiantes que practicaban la abstinencia antes del programa, lograron mantenerse abstemios y las relaciones sexuales sin protección se redujeron entre aquellos estudiantes que se volvieron sexualmente activos. ⁽⁴⁷⁾

Atrasando la Actividad Sexual o "Postponing Sexual Involvement", un programa para Afro-Americanos del octavo grado en Atlanta, GA, utilizó a otros estudiantes o "peers" (del 11 y 12avo grados) para ayudar a los jóvenes a entender como la sociedad y sus mismos compañeros los empujan a tener sexo, también se les ayuda a crear y a aplicar la habilidad de resistirse a tener relaciones sexuales. El programa les enseñó sobre la sexualidad humana, y anticonceptivos. Este programa redujo la cantidad de estudiantes que se habían mantenido abstemios antes del programa e iniciaban la actividad sexual durante el mismo y aumentó el uso de los

anticonceptivos entre las mujeres que tenían experiencias sexuales. ⁽⁴⁸⁾ Prevención del SIDA a Adolescentes de las Escuelas o "AIDS Prevention for Adolescents in School", un programa en Nueva York, NY, también aumentó el uso del condón después de dicho programa. ⁽⁴⁹⁾

Adolescentes Saludables de Oakland o "Healthy Oakland Teens" otro programa dirigido a estudiantes del séptimo grado en Oakland, CA. Los educadores les enseñan educación básica sobre sexo y drogas, y los "peers" del noveno grado son los que están a cargo de la parte interactiva de los ejercicios que se practican sobre valores individuales, la toma de decisiones, la comunicación y las habilidades sobre el uso del condón. Después de un año, los estudiantes que participaron en el programa estaban menos dispuestos a iniciar actividades sexuales tales como besos apasionados, manosearse los genitales, y las relaciones sexuales. ⁽⁵⁰⁾

Una revisión a 23 estudios demostró que los programas eficaces sobre educación sexual comparten las siguientes características: ^(46,51)

- Un enfoque más reducido del cambio de conducta que pudiera estar contribuyendo al VIH/ETS y a los embarazos no deseados.
- Teorías sociales de aprendizaje como base para el desarrollo de un programa, con un enfoque en la influencia que ejerce el medio social, cambiando los valores individuales, cambiando las normas de grupo y creando la destreza de lidiar en esta sociedad.
- Actividades experimentales diseñadas para personalizar información básica y veraz sobre los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección y los métodos para evitar las relaciones sexuales sin protección.
- Actividades que tienen que ver con la influencia que ejerce el medio o la sociedad en cuanto a la conducta sexual.
- Reforzar los valores de forma clara y apropiada para hacer más resistentes los valores individuales y las normas de grupo para luchar en contra del sexo sin protección.
- Modelar y practicar la comunicación, la negociación y la habilidad de resistir.

A pesar de que los programas de educación sexual en las escuelas han estado en función por muchos años, estos no han sido efectivos como se esperaba. Es necesario que las escuelas de la nación Norteamericana analicen rigurosamente sus programas y que comiencen a implementar programas más innovadores que hayan demostrado su efectividad. Los educadores, los padres de familia y los que dictan las leyes deben evitar conceptos de educación sexual dictados por la emoción; si nos basamos en las tasas que tienen los adolescentes de embarazos no deseados y de ETS, incluyendo el VIH, no podemos seguir ignorando la necesidad de la educación tanto sobre como atrasar las actividades sexuales y sobre como protegerse a si mismos una vez sexualmente activos.

Una estrategia completa en la prevención del VIH utiliza múltiples elementos para proteger a la mayor cantidad de gente posible a riesgo de contraer la infección del VIH y de Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS). Nuestros niños merecen la mejor educación posible.

Un modelo actual de la educación incluye un enfoque participativo, dejando atrás la pedagogía tradicional.

El CEA (círculo Experiencial de Aprendizaje), funciona como una estructura operativa de los principios de la educación participativa no-formal de los adultos, que propone como centro el respeto y la valoración de la persona y de la realidad en que se desenvuelve. Las características de los pasos metodológicos son: experiencia, análisis, generalización y aplicación. El aprendizaje se organiza como un proceso dialéctico en el cual se alternan la teoría y la práctica. La planeación de las experiencias lleva una secuencia de lo conocido a lo desconocido; de lo simple a lo complejo; de lo concreto a lo abstracto; de lo práctico a lo teórico; del presente al futuro.

CARACTERÍSTICAS DE MODELOS EDUCATIVOS

CONCEPTO	PEDAGOGÍA TRADICIONAL	EDUCACIÓN PARTICIPATIVA
De si mismo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alumno dependiente 2. Maestro dominante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participación independiente 2. Maestro facilitador
Experiencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poco valorada en el proceso educativo. 2. No tiene importancia en el uso de técnicas. 3. “Experiencia académica valorada como recurso principal para el aprendizaje. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorada como recurso muy importante 2. Representa la base de la metodología. 3. La experiencia de todos es valorada como un recurso para el aprendizaje
Disposición a aprender	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir requisitos y seguir una secuencia de actividades para la adquisición de destrezas. 2. Los estudiantes se agrupan por grado y clase. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tareas de desarrollo relacionadas con el papel social y preocupaciones inmediatas. 2. Se agrupan de acuerdo con sus intereses. 3. El facilitador ayuda a los participantes a diagnosticar las necesidades de aprendizaje.
Tiempo, perspectiva y orientación al aprendizaje.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El aprendizaje orientado hacia la preparación para el futuro. *Los maestros son preservadores del conocimiento del pasado *Agrupación y clasificación de la información en temas que se estudiarán ahora para su aplicación en el futuro. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El aprendizaje está centrado en los problemas actuales. 2. Facilitador y participantes conforman un equipo para construir el conocimiento. 3. Aprendizaje trabajando hoy con los problemas de hoy y la perspectiva del futuro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los riesgos que enfrenta hoy en día, el adolescente, por falta de información y formación de su propia sexualidad, la ausencia de programas en el ámbito formal de la educación y la falta de preparación de los padres y profesores, para responder a las inquietudes de los jóvenes, hacen necesario implementar un programa que permita ayudar en la solución de un problema crucial como es el retardar inicio de la actividad sexual en un contexto de pareja inestable, inmadura e irresponsable, que ineludiblemente induce a situaciones como: promiscuidad sexual, Enfermedades de Transmisión Sexual, embarazos no deseados, lo que a su vez implica alternativas de aborto inducido, o hijos no deseados y eventuales hijos maltratados en el futuro.

En la actualidad la falta de conocimiento sobre este tema ocasiona en muchas personas: complejos de culpa, puede ocasionar conflictos entre los jóvenes, para poder explicar o llegar a una solución de sus problemas.

La amplitud de la ignorancia en nuestra sociedad con respecto a la sexualidad, da fe de una gran cantidad de mitos relacionados con éste aspecto de la vida humana.

Los obstáculos para la educación sexual, los complejos de culpa y los temores se deben disolver de manera que la educación sexual sea efectiva para que esta pueda llegar a ser algún día un derecho con el que se nace, para todos los seres humanos, del mundo.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimientos del adolescente en educación sexual posterior a una intervención educativa participativa?

JUSTIFICACIÓN

¿Por qué es necesaria la educación sexual?

La educación sexual es un componente de la educación integral que ofrece información adecuada, desarrolla habilidades, actitudes y clarifica valores respecto a la sexualidad.

Uno de los derechos que asiste a los adolescentes y jóvenes es recibir información y desarrollar actividades educativas en torno al tema de la educación sexual y reproductiva con el propósito de lograr una educación integral.

Los adolescentes y jóvenes han sido considerados por la Organización Panamericana de la Salud, OMS, como un grupo de alto riesgo respecto a la sexualidad.

Los conocimientos que poseen los adolescentes sobre la sexualidad humana son insuficientes, y los mismos son construidos a partir de sus prácticas sexuales desde temprana edad y del saber que predominan en su comunidad, de los amigos, las revistas, la televisión, etc. No son el producto de un proceso educativo sistemático.

La educación sexual es parte de la formación integral de la persona. Cuando el adolescente posee conocimientos sobre la sexualidad, se clarifican sus valores y normas de comportamiento y posibilita el análisis de las consecuencias de sus decisiones.

La educación sexual también contribuye al desarrollo de habilidades de comunicación efectiva por la manera abierta y clara en que se trabaja esta temática.

Un programa de educación sexual, desde una perspectiva de la educación integral y con contenidos acordes al nivel de desarrollo de las personas, sin duda, facilitará que los y las adolescentes consideren otras formas de disfrutar la sexualidad que no sea a través de las relaciones coitales, que sean capaces de hablar y comunicarse con las demás personas sobre este tema y que puedan planificar y prever sus relaciones, en caso de que así lo decidan.

La educación sexual contribuye a establecer metas, a entender la necesidad de que las relaciones coitales no son imprescindibles para los adolescentes y jóvenes y que pueden dejarse para luego.

Una parte fundamental de la atención a los adolescentes es el hecho de proporcionar una orientación anticipada apropiada para su desarrollo.⁽¹¹⁾

La sexualidad y la educación sexual de adolescentes requieren de la búsqueda de nuevos paradigmas de desarrollo. La vastedad de los problemas requiere proponer estrategias que optimicen los recursos disponibles, identificando problemas y obstáculos así como posibles soluciones. Hoy es imperativo crear condiciones para que adolescentes de México transformen su sexualidad, de manera que ésta se convierta en fuerza creativa que contribuya a la salud, la democracia y a la equidad.⁽²⁾

OBJETIVOS

GENERAL

Desarrollar y aplicar una intervención educativa participativa con enfoque de prevención primaria sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en adolescentes.

ESPECIFICOS

- Evaluar los conocimientos sobre cada uno de los factores que conforman el instrumento, antes y después de la intervención.
- Evaluar la magnitud del efecto de la intervención educativa, participativa en los adolescentes.
- Contribuir al desarrollo de herramientas educativas del SM-IMSS.
- Corroborar el análisis confirmatorio del instrumento utilizado.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuasiexperimental.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adolescentes de la ciudad de Morelia Michoacán, que acepten participar libremente en el estudio de 12 a 19 años, ambos sexos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Un grupo de 27 personas por ser implementación de una estrategia educativa participativa.

GRUPO CONTROL: Los sujetos serán su propio control

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de 12-17 años de edad.
- Ambos sexos.
- Solteros.
- Sin hijos.
- Que acepten y cumplan con el programa educativo.
- Residentes de Morelia.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Adolescentes menores de 12 y mayores de 17 años.
- Que no sean residentes de Morelia Mich.
- Que estén casados.
- Que tengan hijos.
- Que no cumplan con el programa educativo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adolescentes que no acepten participar en el estudio.
- Que no reúnan los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Que hayan desistido del programa.

VARIABLES CONSIDERADAS

VARIABLES		Conceptualización	Operacionalización
INDEPENDIENTES			
Edad	Cuantitativa Discontinua.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Se tomó en años cumplidos
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Condición orgánica que distingue a un hombre de una mujer	Se tomó masculino y femenino
INDEPENDIENTE MANIPULADA			
Adolescentes	Cualitativa nominal	Que tengan entre 12 y 19 años	Se tomó en años cumplidos.
CONTROL			
Cuestionario de conocimientos sobre ETS	Cualitativa nominal	Nivel de conocimientos en ETS	Se tomaron en cuenta los resultados del cuestionario aplicado
DEPENDIENTE			
Estrategia educativa participativa	Cualitativa Nominal	Estrategia educativa participativa	Se tomaron en cuenta los resultados del cuestionario aplicado.

Para la elaboración del actual trabajo de investigación se realizó una entrevista con el director de la unidad de Medicina Familiar No. 80, realizando la interrelación por medio de un oficio de solicitud, el cual fue aprobado, además de autorizar contar con un aula disponible para la realización de dicho trabajo.

Participantes

En éste estudio participaron 27 adolescentes de ambos sexos, entre las edades de 12 a 17 años, originarios y residentes de Morelia Michoacán, que reunieron los criterios de inclusión, con invitación directa en la consulta externa de Medicina Familiar y por medio de llamadas telefónicas con ayuda de trabajo social quién nos proporcionó números telefónicos de adolescentes. Se realizaron 2 grupos, para minimizar el número de participantes en cada uno de ellos, por tratarse de una intervención educativa participativa, el primer grupo fue integrado por 16 participantes de los cuales solo cumplieron con su total de asistencias 10, el segundo se integró por 20 quedando al final solo 17 que cumplieron con su total de asistencias, conformando un total de los dos grupos de 27. Se les explicó las características de la intervención, objetivos e importancia de la investigación, y con previo consentimiento informado y aceptado se procedió

a aplicar un cuestionario para medir el nivel de conocimientos, el cual se menciona a detalle posteriormente.

Instrumento

En éste estudio se utilizó un cuestionario que mide los conocimientos sobre ETS/SIDA en adolescentes, el cual consta de 22 reactivos y está dividido por factores, de acuerdo a la afinidad o relación entre sus reactivos, así tenemos que los primeros 6 reactivos conforman el factor (1) “cultura”, del 7 al 9 el factor (2) “formas de contagio”, del 10 al 12 el factor (3) “prevención con el uso del condón”, del 13 al 15 el factor (4) “creencias”, del 16 al 18 el factor (5) “VIH/SIDA” y del 19 al 22 el factor (6) “factores de riesgo” lo que nos facilita medir los conocimientos de acuerdo a los factores. Este instrumento fue previamente validado por ronda de expertos en su contenido y se evaluó la fiabilidad del instrumento con el alfa de Cronbach para la muestra al momento de la pre evaluación y post-evaluación, analizando su consistencia de sesgo interno, empleando el método de dos mitades, inicialmente Spearman-Brown (R) de 0.8216, y un global con un alfa de Cronbach de 0.8526. Finalmente con una consistencia interna de .8285 y una global de .8288. Confirmando que no hay diferencia para su aplicación en la población acorde a edad y género. Los reactivos se califican por medio de una escala tipo Likert, que presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de 1 a 5 para cada una.

- No se.
- Totalmente en desacuerdo.
- Algo en desacuerdo.
- Algo en acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

El individuo encuestado escogería una de las posibles respuestas, planteadas en la escala de Likert, donde la respuesta “no sé” toma el valor de 1 y la respuesta “Totalmente de acuerdo” toma el valor de 5. Así se obtiene un estimado del grado de conocimientos con relación a ETS, cuyo puntaje total es la sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems, según este método el valor máximo que se puede obtener es de 110 puntos y el mínimo de 22 puntos, así a mayor puntaje total obtenido, será indicativo de mayor nivel de conocimientos con relación a este tema, es decir a medida que aumentan las puntuaciones, aumenta el nivel de conocimientos con relación a las ETS.

De esta forma el punto de corte de calificación se estableció como malo, regular o bueno según el estado del nivel de conocimiento actual para el encuestado; malo cuando predominan las respuestas “no sé” y “totalmente en desacuerdo”, que nos traduce ignorancia en el tema investigado; regular cuando predominan las respuestas “algo en desacuerdo” y “algo de acuerdo” que representa inseguridad en el tema, y bueno cuando predominan las respuestas “Totalmente de acuerdo” que nos refiere conocimiento en el tema; así tenemos que una puntuación de:

22 – 44 puntos: MALO.
45 – 88 puntos: REGULAR.
89 – 110 puntos: BUENO.
(Ver anexo 1)

Intervención educativa

Esta intervención consistió en aplicar un diseño educativo participativo en los adolescentes, que duró 27.5 horas aproximadamente, tomando en cuenta que nuestro objetivo fue evaluar el efecto de la intervención con los conocimientos sobre ETS, se elaboró un tríptico con diferentes temas, incluyendo a algunos de los de la cartilla del adolescente de PREVENIMSS, y por supuesto ETS. solicitamos el apoyo a personal docente capacitado en algunos temas, y su participación como docente facilitador fue intercambiar conocimientos y guiar en el proceso de aprendizaje en una interacción continua con el grupo, utilizamos para ello charlas, socio dramas, juegos, trabajos individuales y en equipo además de apoyarnos en múltiples materiales didácticos como videos, rotafolios, cartulinas, folletos, diapositivas, acetatos, etc. En su primer día se les entregó la literatura de todos los temas, misma que leían un día antes según los temas a discutir.

Específicamente para ETS/SIDA se realizaron sesiones de discusión de media hora para disipar y argumentar puntos de vista surgidos al leer el documento. Posteriormente se trabajó en equipos de 4 participantes para desarrollar y exponer diferentes temas de las mismas, con una duración de una hora aproximadamente, en la siguiente media hora se mostraron 63 diapositivas ilustradas sobre las ETS/SIDA. Al siguiente día se dividió el grupo en 2, y con el apoyo de un rotafolio de ETS/SIDA con dibujos se pidió que participaran cada uno de los integrantes de los equipos conforme a su turno tratando de complementar los temas con sus argumentos, en forma de competencia hubo mucha participación, esto durante una hora. En otra hora se realizó el juego de las tarjetas de colores, que sirve para tomar conciencia de la fácil transmisión de las ETS, y finalmente se hizo una retroalimentación con preguntas elaboradas por ellos mismos compitiendo un equipo contra otro, esto durante la última hora que se dedicó a ETS, en total fueron 5 horas.

Para los otros temas se trató de llevar la misma metodología.

Posterior a la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario, procediendo a analizar los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descriptivo, en términos de media, mediana desviación estándar y porcentajes. En la parte inferencial para la comparación de los grupos de muestras independientes se utilizó la U de Mann Whitney debido a que la distribución de los datos fue no paramétrica, y para la comparación de las muestras relacionadas se utilizó la T de Wilcoxon también no paramétrica.

Para establecer niveles de comparación en la pre y postevaluación. Todos los valores $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos. El software para analizar los datos fue el paquete estadístico SPSS, versión 10.0

Se presentan cuadros de contingencia y gráficas de barras agrupadas.

RECURSOS

Humanos.

Médicos familiares, Coordinador delegacional de educación médica, Residentes de medicina familiar, director de la UMF 80, tabajadoras sociales, nutriologo.

Materiales.

Hojas blancas y de colores, lápiz, rotafolios, marcadores, pinta textos, pizarrón, mesas, sillas, aula, computadora, proyector de acetatos, video, televisión, grabadora, borrador, plumas, diapositivas, sobres, carpetas, cartulinas, cinta etc.

ÉTICA DEL ESTUDIO

En el presente trabajo se investigará el nivel de conocimientos sobre ETS en adolescentes aplicando un cuestionario antes y después de una intervención educativa, por lo que de acuerdo al Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento con fecha Abril 18, 1979; consideramos sus recomendaciones de respeto por las personas, beneficencia y justicia, por los que se les hará saber de que se trata la intervención y las bondades que en ambos sentidos se obtendrán de un curso interactivo entre coordinador- alumnos. Con base en el Código de Nuremberg, promulgado en 1978, de acuerdo a sus principios básicos para la realización de investigación, donde señala que "es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano", se obtendrá el consentimiento previo a la encuesta inicial, misma que contempla una decisión conciente, con elementos suficientes de información, comprensión y voluntad. Se asegura la confidencialidad de los datos obtenidos y un profundo respeto por su dignidad. Además de tomar muy en cuenta la Declaración de Helsinki de 1964, que prohíbe la imposición de riesgos injustificados a las personas participantes en actividades de investigación. El artículo I.4 exige que "la importancia de que el objetivo sea proporcional al riesgo inherente para el participante", predominando la prevención en este tipo de trabajos de investigación, por lo que en el año 2000, la modificación en sus artículos 22 y 34 del Código de Reglamentos Federales de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, los adolescentes pueden decidir si participar o no en encuestas y trabajos de investigación humana.

RESULTADOS

En nuestro estudio se incluyeron 27 adolescentes que se captaron en la unidad de Medicina Familiar 80. 20 (74.1%) fueron del sexo femenino y 7 (25.9%) del sexo masculino, siendo la mayor parte de escolaridad secundaria 14 (51.9%), de primaria terminada fueron 6 (22.2%), y de bachillerato 7 (25.9%), con un promedio de edad de 14 años, ± 1.82 años Intervalo de confianza (IC): 12.1-15.82), solteros y sin hijos.

A cada sujeto de este estudio se le aplicó un cuestionario previamente validado para evaluar sus conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual, antes y después de la intervención educativa. Encontrando en la preevaluación los siguientes resultados: 9 adolescentes (33%) obtuvieron una calificación buena, 17 (63%) regular y 1 (3.7%) malo.

Posteriormente se aplicó nuevamente el cuestionario encontrando resultados muy favorables: 26 adolescentes (96.3%) bueno, 1 (3.7%) regular y 0 malo. Como se muestra en la tabla 1

Tabla de contingencia para valorar la magnitud del efecto de la intervención con el cuestionario con una pre y una post evaluación.

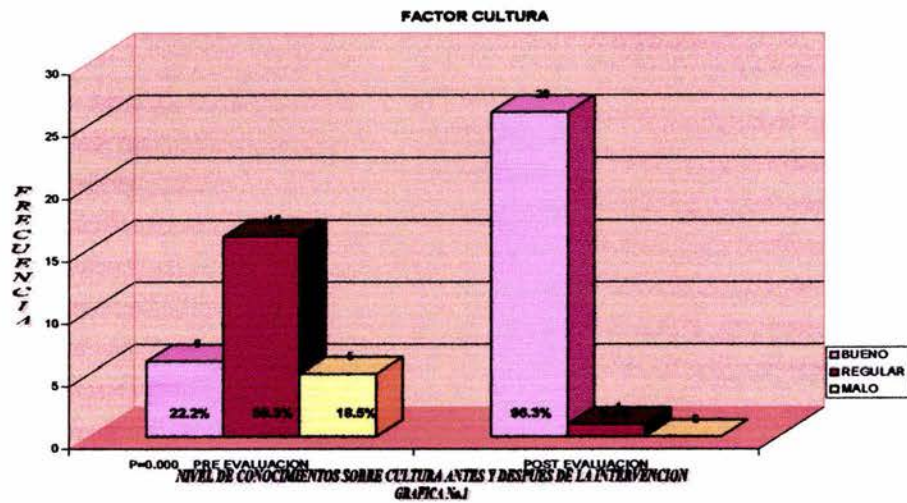
	PRE-EVALUACION		POST-EVALUACION	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
BUENO	9	33.3	26	96.3
REGULAR	17	63.0	1	3.7
MALO	1	3.7	-	-

Tabla 1.

P valor = 0.000

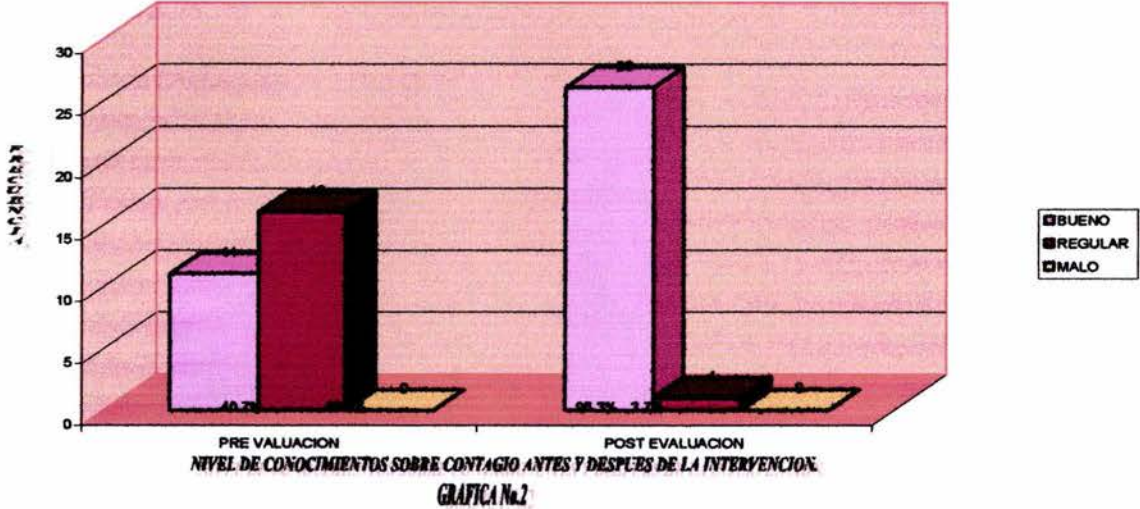
Ya que el cuestionario fue elaborado y dividido por factores se procedió a analizar cada uno de ellos, cuyos resultados se muestran en las siguientes gráficas:

En cuanto al factor cultura se encontraron diferencias significativas entre la preevaluación y post evaluación $p = .000$ ya que posterior a la intervención se incluyó un 96.3% con resultado bueno y el 59.3% regular en la preevaluación disminuyó a un 3.7%, lo que indica que los adolescentes de conocimientos regulares en la post evaluación se agregaron al grupo de los buenos. El 18.5% de la preevaluación de los malos, concluyó en 0% en la post evaluación. (Gráfica 1).

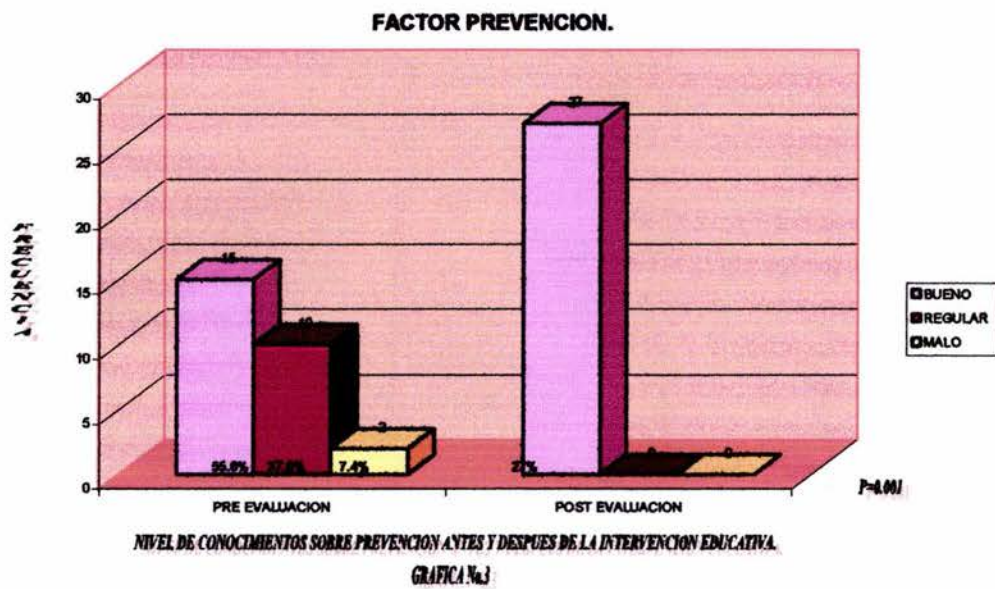


En el factor contagio los resultados fueron semejantes al factor cultura con un resultado de 96.3% en la post evaluación en la clasificación de bueno, pasando el 59.3% de los regulares en la preevaluación a incluirse en el 96.3% de la post evaluación. Con una significancia estadística de $p = .000$ (Gráfica 2).

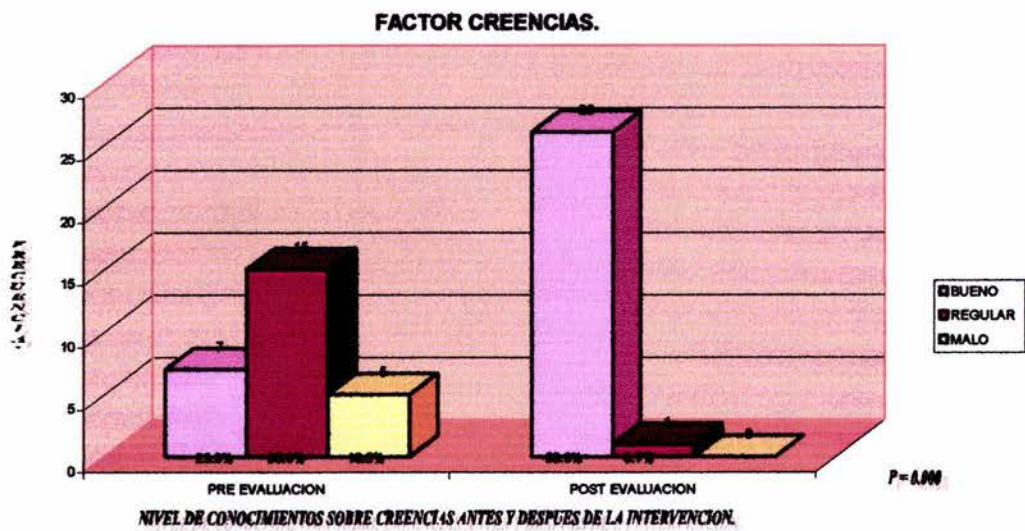
FACTOR CONTAGIO.



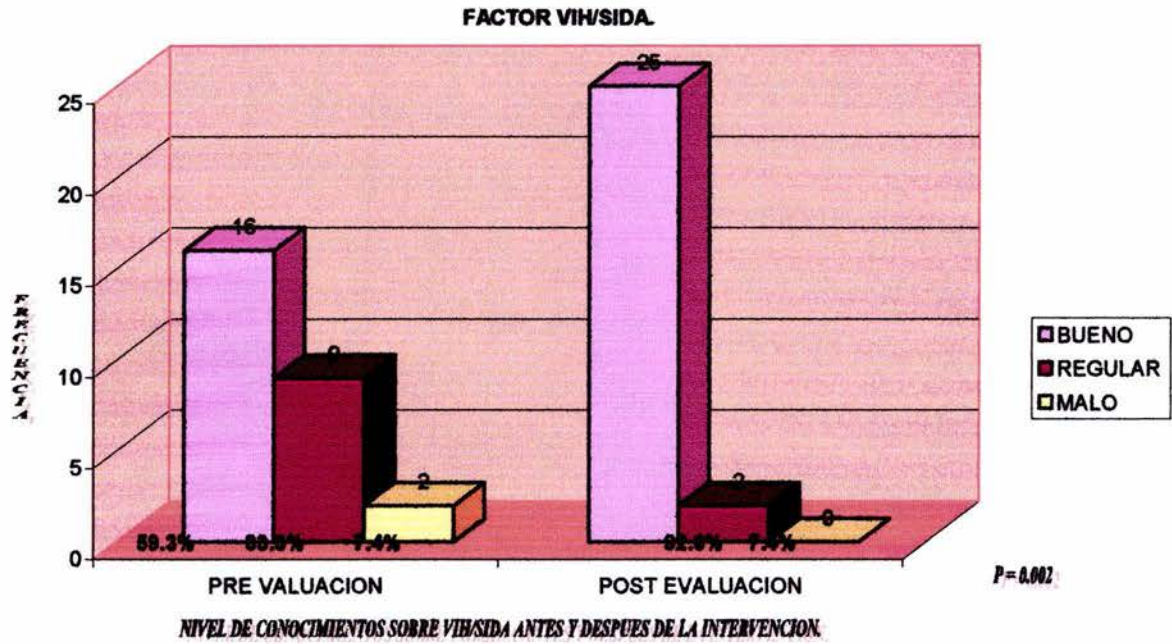
En el factor prevención en la preevaluación se encontró 37.0% regular y 7.4% malo, el resto fue bueno, para la post evaluación el 100% se colocó en el rubro de bueno, con una significancia estadística de $p = .001$ (Gráfica 3)



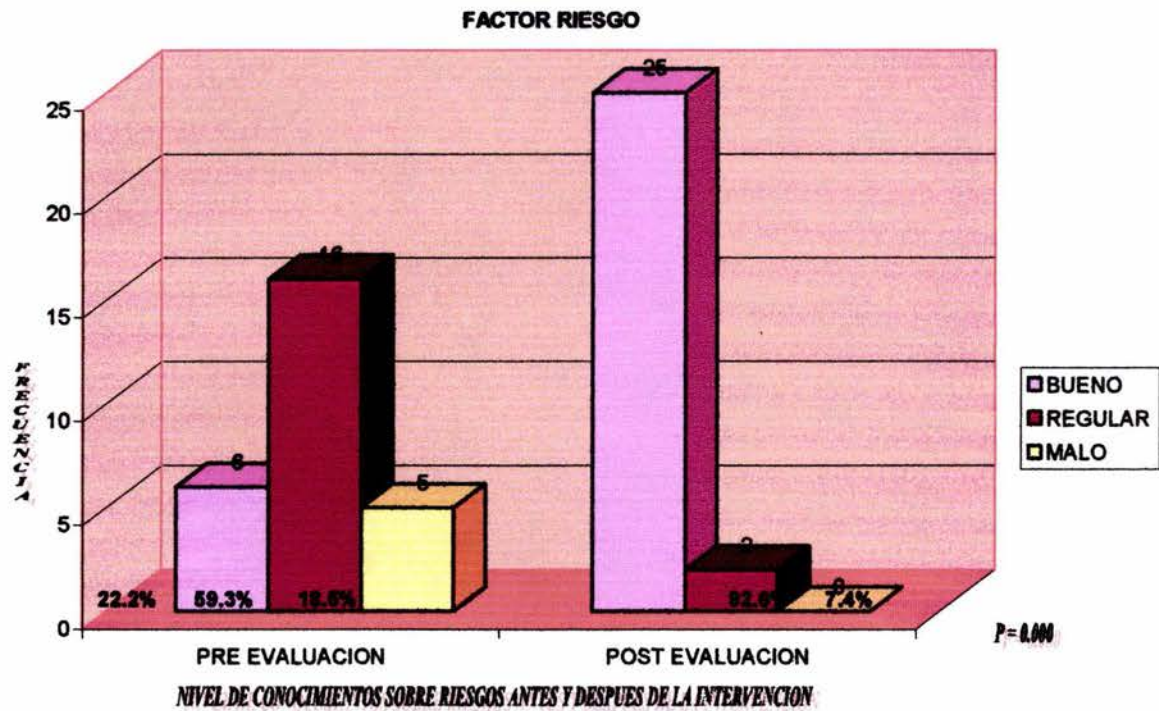
En el factor creencias en la preevaluación se encontró 55.6% regulares, 18.5% malos, concluyendo en la post evaluación en un 96.3% como buenos, 3.7% regular y 0% malo con una significancia estadística de $p = 0.000$ (Gráfica 4).



En el factor VIH/SIDA en la preevaluación un 59.3% fue bueno, 33.3% regular y 7.4% malo, para concluir en la post evaluación con un 92.6% bueno, 7.4% regular y 0% malo, con una significancia estadística de $p = 0.002$, llama la atención que es el factor en el cual se tienen más conocimientos antes de la intervención educativa. (Gráfica 5).

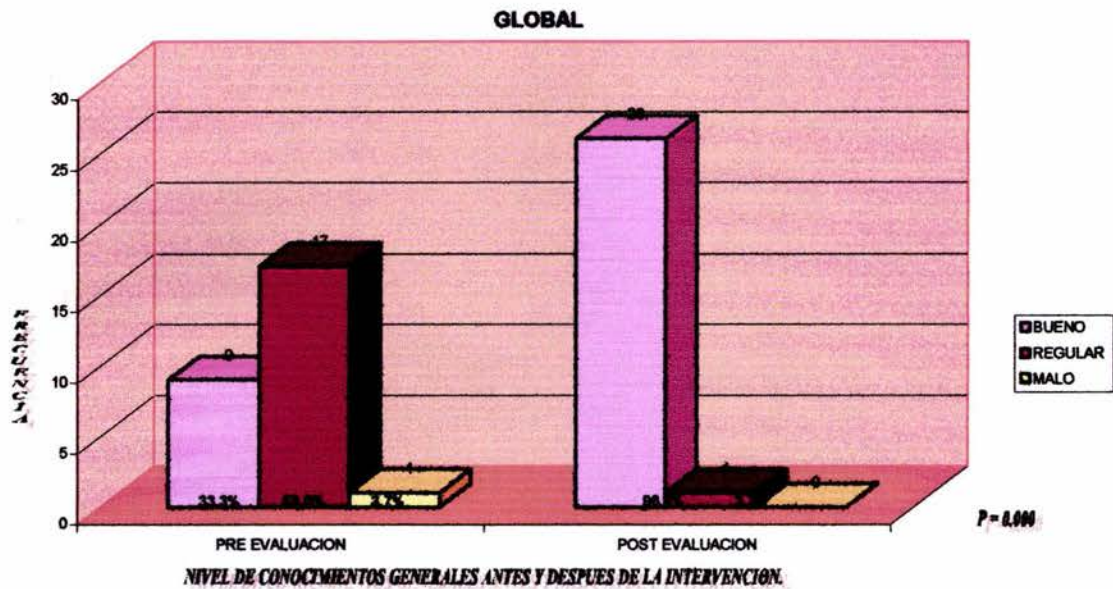


En el factor riesgo se encontró en la preevaluación un 59.3% como regular, 18.5% malo, para concluir en la post evaluación en un 92.6% buenos y el 7.4% restante regular, con significancia estadística de $p = 0.000$ (Gráfica 6).



GRAFICA No.6

En lo que se refiere a resultado final, se muestra la siguiente gráfica global, donde encontramos que en la preevaluación un 33.3% fueron buenos, 63.0% regular y 3.7% malos, concluyendo en 96.3% buenos, 3.7% regular y 0% malo, con significancia estadística de $p = 0.000$, encontrando que la magnitud del efecto es de un 63%, esto es, de mediana a grade, en la clasificación para magnitud del efecto. (Gráfica 7).



En las variables para GÉNERO se realizó un contraste de muestras independientes para pre y post evaluación, en la que se encontró que ambos géneros son homogéneos, posteriormente se hizo un contraste de muestras relacionadas el cual mostró que por género ambos avanzan con una $p = .018$ para varones y una $p = .000$ para mujeres.

En la variable ESCOLARIDAD se aplicó ANOVA en la pre y postevaluación en los grupos independientes con la finalidad de establecer las diferencias entre los tres grados escolares, encontrándolos homogéneos. Para las muestras relacionadas se aplicó estadística no paramétrica y el modelo de T-Wilcoxon encontrando que todos los grupos adquirieron más conocimientos en enfermedades de transmisión sexual, con significancias de $p = .028$ para primaria; $p = .001$ para secundaria y $p = .018$ para preparatoria

En la EDAD se recategorizó en dos grupos para agrupar las frecuencias con la finalidad de contrastar los grupos y establecer las diferencias significativas por la dispersión de datos de la muestra, se establecieron dos categorías: la primera incluyó a los de 12, 13 y 14 años, y la segunda a los de 15, 16 y 17 años. En estas dos categorías de edad, se observó que en un primer contraste para analizar el score inicial para el grupo de edad 1 y 2, utilizamos el modelo de T para muestras independientes, el cual aportó una $p = 0.103$, esto induce a pensar que tanto los menores como los mayores desde el punto de vista estadístico son homogéneos, presentaron al inicio un valor semejante en sus conocimientos. De igual manera se procedió a valorar el score final con un modelo no paramétrico con la U de Mat-Witney con un $p = 0.585$.

En el afán de analizar la intervención educativa se hizo un contraste de muestras relacionadas por grupo de edad, se escogió el modelo estadístico no paramétrico para muestras relacionadas de T Wilcoxon aportando un $p = .000$ y para el segundo grupo un $p = .012$, lo cual induce a pensar que adolescentes de todas las edades han incrementado su nivel cognitivo sobre ETS posterior a la intervención educativa. Con una magnitud total del efecto de 69, es decir, se encuentra entre el rango de magnitud entre mediana y grande.

Finalmente se relacionaron las variables, género-edad y escolaridad-género simplificando sus resultados en las siguientes tablas:

Tabla de contingencia relacionando género y edad al inicio y al final para Magnitud del efecto.

	MUJERES		HOMBRES	
EDAD	n	p	n	p
12,13 Y 14	13	0.001	6	0.028
15,16 Y 17	7	0.018	1	-
TOTAL	20		7	

Tabla 2 GÉNERO Y EDAD

Tabla de contingencia por escolaridad y género para analizar la magnitud de la intervención educativa (inicial vs final).

	MASCULINO		FEMENINO	
	n	p	n	p
PRIMARIA	3	0.061	3	0.042
SECUNDARIA	3	0.136	11	0.000
PREPARATORIA	1	-	6	0.018
TOTAL	7		20	

Tabla 3 ESCOLARIDAD Y GENERO

DISCUSIÓN

La *intervención educativa participativa* sobre la generación del conocimiento en ETS, es un asunto importante de nuestra realidad. El abordaje de la educación en la población de riesgo debe ser con un enfoque de prevención, principalmente en los jóvenes quienes inician relaciones de identidad sexual, amistad y noviazgo con sus coetáneos y esta misma debe hacerse sobre una base sólida de conocimientos, es decir, contar con conocimiento suficiente, adecuado y oportuno que les permita ejercer juicios para iniciar su sexualidad en forma segura. Los estudios previos con respecto a diagnóstico de salud sexual y conocimientos sobre ETS de nuestro medio, al igual que los de otros estados ⁽⁵²⁾ son muy semejantes y revelan el inicio temprano de las relaciones sexuales, entre 14 y 17 años de edad. Respecto al nivel de información y prevención de las ETS y sexo seguro arrojan resultados *desalentadores*. Tan solo el factor edad es suficiente para reflexionar y formular alternativas de educación donde el objetivo sea transformar estos resultados en *alentadores*.

Estudios con intervenciones educativas han demostrado que incrementa la utilización del condón como método preventivo, además de aumentar los conocimientos sobre otras ETS como; condilomas acuminados, sífilis, gonorrea y por supuesto VIH.

En México se llevan a cabo campañas masivas de información sobre ETS y parecen coincidir con otros países donde la difusión es predominantemente la prevención contra el SIDA. Las investigaciones realizadas Micher-Camarena y Cols en 1997, sobre conocimientos y prácticas de riesgo para ETS en población adolescente de nivel bachillerato 69% de los encuestados se consideran informados a través de revistas, periódicos, televisión y libros y en contraste solo el 35% de mujeres y 42% de hombres refieren utilizar condón en sus relaciones sexuales. 60% de ellos se consideran ajenos al VIH/SIDA. Cabe destacar que en estos grupos etarios es donde predomina el contagio del VIH. Nuestra población de estudio se observa algo semejante ya que con respecto a contagio, prevención y SIDA en la valoración inicial los conocimientos son buenos en 40%, 55% y 60% respectivamente.

En éste estudio, y durante la intervención educativa se abordan temas que observan al adolescente como un todo, y se trata de abarcar las esferas biopsico-social y sexual, en el desarrollo de cada una de las ponencias, con métodos didácticos-participativos, ya que los mejores resultados de educar y re-educar a la población es estimular la discusión, el debate y la autoreflexión entre los individuos y entre los grupos para favorecer el aprendizaje.

La educación preventiva con un enfoque participativo es el método más recomendado para que el alumno elabore su propio conocimiento con la finalidad de modificar su conducta sexual en sus relaciones sexuales para disminuir el riesgo de contraer ETS. Se trata de educar para disminuir la morbi-mortalidad como causa de dichas entidades nosológicas.

De acuerdo a Luis Cortes Ruiz, los talleres educativos sobre ETS se reportan como más significativos y se han medido a través del tiempo reflejando mayor conocimiento y cambio de actitudes lo que se puede inferir como efecto del taller, ⁽⁵³⁾, al igual que observamos posterior a ésta intervención, aumento de conocimientos de los adolescentes.

Esto nos debe llevar a formar estrategias participativas efectivas en la prevención de ETS, para que el alumno adquiriera aptitud y valores sobre sexualidad humana, con el consiguiente cambio de actitudes dirigida a niños y adolescentes de nuestro medio.

Los cambios encontrados en éste estudio por la aplicación de ésta estrategia educativa son apoyados fuertemente por lo estudios de estrategias educativas de Norberto E. y Elizaldi Lozano et al. ⁽²²⁾

En ésta intervención los participantes fueron muy activos, participaron aplicaron y criticaron la información de su material didáctico, además de que los grupos fueron conformados por menos de 20 personas y esto facilitó el aprendizaje y la interacción entre ellos. Esto confirma lo descrito por Viniegra en varios de sus artículos, en el que se intenta propiciar en el alumno con el enfoque activo-participativo el desarrollo de las capacidades, que lo llevaran a elaborar su propio conocimiento. ^(23,24,25)

El conocimiento no es un mero acto de consumir ideas sino un proceso de cuestionarlas y recrearlas, de ir construyendo un punto de vista propio, el cual sólo puede fortalecerse en la medida en que se confronta con otros. La discrepancia, el cuestionamiento y la confrontación de ideas son herramientas imprescindibles para la elaboración del conocimiento. ⁽⁵⁴⁾

Al evaluar todos los factores que conforman el cuestionario aplicado, observamos que la población estudiada presenta un desconocimiento importante sobre ETS. Creemos que éste hecho podría explicarse por una falta de atención, tanto en el ámbito sanitario como educativo en nuestro medio.

CONCLUSIONES

La intervención educativa participativa, aplicada a los adolescentes de nuestro medio mostró gran impacto, ya que la magnitud del efecto de dicha intervención se reflejó en los conocimientos posteriores a la misma.

El cuestionario aplicado para medir el nivel de conocimientos sobre ETS, tiene fiabilidad en sus dos aplicaciones, además se ser elaborado y validado previamente en éste medio, se pudo aplicar sin distinción de edad y genero a la población estudiada

El estudio inicialmente nos mostró el nivel bajo de conocimientos, que existe entre los adolescentes sobre ETS, los cuales aumentaron considerablemente posterior a la intervención educativa, lo que nos lleva a pensar que guiar al adolescente a elaborar su propio conocimiento apoyados en sus experiencias, mediante estrategias activo-participativas es un éxito para su formación, y mejora su nivel de conocimientos.

En la actualidad existe un incremento en las infecciones de transmisión sexual, el implementar estrategias activo participativo adecuadas que limiten su propagación sobre todo entre los adolescentes y adultos jóvenes es muy importante, ya que es en éstos grupos donde existe la mayor prevalencia de éstas infecciones. Por lo tanto los médicos familiares y demás personal de la salud, deben conocer y aplicar las medidas preventivas adecuadas, aprovechando cualquier consulta para difundir entre ellos los mecanismos de contagio y su evitación, ya que éstas enfermedades pueden tener consecuencias devastadoras para la salud, además de implementar acciones educativas en grupos, ya que el efecto de éstas intervenciones es muy significativo.

En nuestra opinión éstas acciones educativas deberían darse desde edades más tempranas, por ejemplo en la pubertad, para así no llegar a la adolescencia sin información. Más educación sexual no significa necesariamente más sexo, pero sí puede conseguir una sexualidad más responsable y saludable, donde el alumno adquiere aptitudes, elaborando su propio conocimiento.

SUGERENCIAS

- Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de los y las adolescentes a la información, educación, comunicación y servicios de salud con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo asumir su sexualidad de manera autónoma, consciente y responsable e incrementar su autoestima, debiendo salvaguardarse la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento informado.
- Aplicar intervenciones educativas participativas en diferentes grupos.
- Utilizar la encuesta en poblaciones mayores.
- Aplicar el estudio con una muestra mayor y hacer partícipe a profesionales de la salud del primer nivel de atención, incluyendo a padres y educadores.
- Promover la participación del Médico Familiar con el adolescente para que el mismo elabore su propio conocimiento.
- Propiciar la autorreflexión y autoconciencia del adolescente.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CUESTIONARIO

INICIAL ()

FINAL ()

Cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en adolescentes.

Este cuestionario forma parte de una investigación que pretende averiguar los conocimientos de los adolescentes que cursan estudios de bachillerato de nuestro medio respecto a las enfermedades de transmisión sexual.

El cuestionario es anónimo.

Instrucciones: Para contestarlo sólo tienes que marcar con una cruz el paréntesis donde creas es tu respuesta. Te ruego leas con atención las preguntas que te hacemos y las contestes con toda sinceridad.

Gracias por tu colaboración.

Folio _____

DATOS PERSONALES:

1.- Edad _____

2.- Sexo: _____ Masculino ()

Femenino ()

3.- Grado académico _____

CONOCIMIENTOS EN CULTURA DE SALUD DE LAS ETS.

1.- ¿El uso del condón disminuye la posibilidad de cáncer cervical si se tienen relaciones sexuales con varias parejas?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

2.- ¿Una persona infectada por una ETS puede estar aparentemente sana y transmitir una ETS?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

3.- ¿La Hepatitis B es una ETS?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

4.- ¿Una complicación de algunas de las ETS es la infertilidad o el no poder tener hijos?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

5.- ¿Algunas de las ETS pueden provocar cáncer de genitales tanto en hombres como en mujeres?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

6.- ¿La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es el causante del cáncer del cuello del útero y se adquiere por las relaciones sexuales?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

CONOCIMIENTOS EN FORMAS DE CONTAGIO DE LAS ETS.

7.- ¿La primera vez que se tienen relaciones sexuales hay riesgo de adquirir una ETS?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

8.- ¿Las ETS no solo afectan a homosexuales y sexo servidoras?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

9.- ¿Una mujer embarazada que tiene VIH puede transmitirlo al recién nacido?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE LAS ETS CON EL USO DEL CONDÓN.

10.- ¿Si una persona utiliza correctamente el condón se protege de las ETS y SIDA?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

11.- ¿Utilizar el condón permite tener relaciones sexuales más seguras?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

12.- ¿El uso del condón es necesario para evitar una ETS aún si se tienen pocas relaciones sexuales?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

CONOCIMIENTOS SOBRE CREENCIAS EQUIVOCADAS DE LAS ETS.

13.- ¿Las píldoras anticonceptivas no protegen de las ETS y SIDA?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

14.- No se contagia el SIDA por contacto con saliva o sudor de una persona infectada.

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

15.- Las ETS no son propias de los adultos.

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH/SIDA.

16.- ¿Se contagia el SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) por compartir agujas o jeringas de alguna persona infectada con esta enfermedad?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

17.- ¿Cuantas más parejas sexuales tiene una persona, mayores son los riesgos de adquirir una ETS y SIDA?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

18.- ¿El VIH actúa fundamentalmente sobre el sistema de defensa de nuestro cuerpo?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA ETS.

19.- ¿Se pueden contagiar las ETS sin tener relaciones sexuales?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

20.- ¿Una de las causas de las ETS son las relaciones sexuales sin protección?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

21.- ¿Una persona infectada con VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) puede estar contagiada durante toda la vida?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

22.- ¿Puedes ser portador de una ETS o SIDA y no tener síntomas?

Totalmente de acuerdo () Algo de acuerdo () Algo en desacuerdo () Totalmente en desacuerdo () No sé ()

ANEXO 2

DISEÑO EX PROFESO PARA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL,

MODELO TALLER.

	HORA	TEMA	OBJETIVO	PONENTE	DURACION
21 JUNIO 2004	16:00-16:30	PREEVALUACION	EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y METODOS DE PLANIACION FAMILIAR	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA MA. DE LA LUZ	20 MINUTOS
21 JUNIO 2004	16:20-17:00	DINAMICA GRUPAL	INTEGRACION GRUPAL	C.D. PAOLA V. DOMINGUEZ DUARTE	40 MINUTOS
21 JUNIO 2004	17:00-17:30	CONCEPTUALLIZACIONES	IDENTIFICAR Y DIFERENCIAR LOS TÉRMINOS DE USO COTIDIANO REFERENTES A LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCION	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA MA. DE LA LUZ	30 MINUTOS
21 JUNIO 2004	17:30-18:30	MI CUERPO: COMO ES, SUS PARTES. DIFERENCIAS, MITOS Y TABUES	TENER UN CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA Y LA FISIOLÓGIA DE LOS APARATOS FEM. Y MAS. Y RELACIONARLO CON LA CONDUCTA SEXUAL Y CONSECUENCIAS	DR CASAS VIDALES ARMANDO ALEJANDRO	1 HORA
21 JUNIO 2004	18:30-20:00	AUTOESTIMA	PROMOVER LA AUTOESTIMA. PROPORCIONANDO ELEMENTOS PARA APRECIAR Y RESPETAR EL PROPIO CUERPO Y EL DEL OTRO.	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	1 HORA Y MED
22 JUNIO 2004	16:00-17:00	DESARROLLO FISICO Y PSICOSEXUAL	COMPRENDER EL HECHO DE LA PUBERTAD CAPTANDO LA DIVERSIDAD DE RITMOS DE DESARROLLO PARA CADA PERSONA	DRA. FANY BARRIOS YAÑEZ	1 HORA
22 JUNIO 2004	17:00-18:00	SER HOMBRE, SER MWER: EXIGENCIAS SOCIOCUL RURALES Y DESARROLLO LIBRE DE LA PROPIA IDENTIDAD	TOMAR CONCIENCIA DEL CARÁCTER CULTURAL DE LA SEXUALIDAD Y DE LA DIVERSIDAD DE ENFOQUES QUE SE DAN, SEGUN LA ÉPOCAS, LUGARES, RELIGIONES E IDEOLOGIAS ETC. ADEMAS DE TENER IMPLICACIONES SOCIALES.	DRA. FANY BARRIOS YAÑEZ	1 HORA
22 JUNIO 2004	18:00-20:00	MASCULINIDAD, FEMINIDAD: PROBLEMAS DE GENERO EN LA IDENTIFICACIÓN SEXUAL	VALORAR Y ENTENDER LA SEXUALIDAD COMO UNA COSA PROPIA QUE PODEMOS COMPARTIR LIBREMENTE Y ESTA RELACIONADA CON LA REPRODUCCION....	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	2 HORAS
23 JUNIO 2004	16:00-17:00	CONTROL DE SOBREPESO Y OBESIDAD, ALIMENTACIÓN ADECUADA	PREVENIR Y CONTROLAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD MEDIANTE LA VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL.	NUTRILOGO FERNANDO IBARRA RAMIREZ	1 HORA
23 JUNIO 2004	17:00-17:30	ACTIVIDAD FISICA	IDENTIFICAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL EJERCICIO PARA NUESTRA SALUD.	C.D. LETICIA DOMINGUEZ DUARTE	30 MINUTOS
23 JUNIO 2004	17:30-18:00	PATERNIDAD RESPONSABLE	REAFIRMAR LO QUE IMPLICAR SER MADRE O PADRE RESPONSABLE	DR CESAR LEONIDES GARCIA NUNGARAY	30 MINUTOS
23 JUNIO 2004	18:00-20:00	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL VIH	CONOCER LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL MAS FRECUENTES (SIDA). TOMANDO CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE EVITAR CONDUCTAS DE RIESGO	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	2 HORAS
24 JUNIO 2004	16:00-19:00	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL VIH	CONOCER LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL MAS FRECUENTES (SIDA). TOMANDO CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE EVITAR CONDUCTAS DE RIESGO	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	3 HORAS.

			DE RIESGO		
24 JUNIO 2004	19:00-20:00	VALORES SEXUALES	IDENTIFICAR VALORES SEXUALES PARA VIVIR UNA SEXUALIDAD SANA	DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA	1 HORA
25 JUNIO 2004	16:00-17:00	ADICCIONES	CONOCER LAS PRINCIPALES EFECTOS DE LAS DROGAS MAS COMUNES PARA PREVENIR LAS ADICCIONES	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	1 HORA
25 JUNIO 2004	17:00-19:00	SALUD REPRODUCTIVA, METODOS ANTICONCEPTIVOS	CONOCER LAS DIFERENTES POSIBILIDADES QUE LA CIENCIA Y LA TECNICA MEDICAS PONEN A NUESTRA DISPOSICION A FIN DE INTERVENIR EN LA REPRODUCCION: CONTRACEPCION, INTERRUPCION DEL EMBARAZO Y REPRODUCCION ASISTIDA.	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	2 HORAS
25 JUNIO 2004	19:00-20:00	ORIENTACION SEXUAL	ORIENTAR EN EDUCACION SEXUAL	DRA. LETICIA DUARTE	1 HORA
28 JUNIO 2004	16:00-18:00	RIESGO REPRODUCTIVO Y METODOS ANTICONCEPTIVOS	IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	2 HORAS
28 JUNIO 2004	18:00-19:00	VIOLENCIA	IDENTIFICAR LOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	1 HORA
28 JUNIO 2004	19:00-20:00	DERECHOS SEXUALES	CONOCER LA LEGISLACION VIGENTE RELACIONADA CON LA SEXUALIDAD (INTERRUPCION DEL EMBARAZO)	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	1 HORA
29 JUNIO 2004	16:00-18:00	ABORTO INSEGURO	CONSECUENCIAS Y RIESGO DE ABORTO	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA	2 HORAS
29 JUNIO 2004	18:00-19:00	MANEJO DEL ESTRES	IDENTIFICAR EL ESTRES Y CONOCER LAS DIFERENTES TECNICAS DE RELAJACION	DR. JUAN ALVAREZ CARREON	1 HORA
29 JUNIO 2004	19:00-19:30	POSTEVALUACION	EVALUAR EL EFECTO DE LA INTERVENCION	DRA. ALEJANDRE VILLANUEVA MA. DE LA LUZ	30 MINUTOS
29 JUNIO 2004	19:30-20:00	CLAUSURA			

ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIRECCION REGIONAL DE OCCIDENTE
DELEGACION REGIONAL MICHOACAN COLIMA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80
COORDINACION DE EDUCACION
E INVESTIGACION**

Morelia, Mich., a 15 marzo 2004

**DR. JOSE CORONA GUILLÉN.
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 80
MORELIA, MICHOACAN**

Presente:

Por éste conducto solicitamos a usted de la manera más atenta, su valiosa participación para permitirnos realizar proyecto de investigación, en U.M.F. 80 turno vespertino, de las 16:00 a las 20:00, iniciando el 21 de junio y concluyendo el 29 de junio del año en curso con título: "Evaluación de una estrategia educativa participativa, para adolescentes, en enfermedades de transmisión sexual con un enfoque integral" con la finalidad de reforzar los conocimientos en la población adolescente y a la vez evaluar dicha estrategia. Para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar ante la UNAM y el IMSS.

DRA. MA. DE LA LUZ ALEJANDRE VILLANUEVA

Para lo cual agradeceremos enormemente las facilidades que pueda prestarle, además de su apoyo en la participación para realizar proyectos de investigación.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA.
Especialista en Medicina Familiar
Asesor

DR. JAVIER RUIZ GARCIA
Coord. Educación e Investigación en Salud

ANEXO 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIRECCIÓN REGIONAL DE OCCIDENTE
DELEGACIÓN REGIONAL MICHOACÁN COLIMA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Morelia, Mich., Junio del 2004

Por medio del presente acepto de manera voluntaria y sin tener presiones de ninguna índole ó por parte de alguna persona ó Institución, participar en el proyecto de Investigación titulado "Evaluación de una estrategia educativa participativa, para adolescentes, en enfermedades de transmisión sexual con un enfoque integral" El cual se encuentra aprobado ante el Comité Local de Investigación del IMSS de Morelia, Mich.

Se me informó que mi participación consiste en responder cuestionario, antes y después de la participación en una intervención educativa participativa, aplicado por la Dra. Ma. De la Luz Alejandre Villanueva Médico residente del tercer año de la especialidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de esta ciudad y alumna de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México mismo que se utilizara con fines de investigación encaminada a identificar el nivel de conocimientos que el adolescente posee con relación a enfermedades de transmisión sexual. Además, de la información que se derive de este estudio relacionado con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y no se harán públicos los resultados particulares de cada caso. De así decidirlo me puedo retirar del estudio sin que con esto quede expuesto a algún tipo de reclamo o represiones por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nombre del aceptante: _____

Firma del aceptante: _____

Testigo: _____

Este consentimiento está basado de acuerdo a las normas éticas contempladas en los criterios del código de Nuremberg, promulgado en 1947, reporte Belmont presentado en 1978, la declaración de Helsinki de 1964 enmendada en 1975 con revisión más reciente en el 2000 y de acuerdo al artículo 22 y 34 del código de Reglamentos Federales de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

ANEXO 5

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Calendario de actividades

		TIEM	PO			
ACTIVIDAD	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
PLANEACION	X					
DISEÑO	X	X				
AUTORIZACIÓN COMITE		X				
PRUEBA PILOTO	X	X				
RECURSOS	X	X				
EJECUCION	X	X	X	X		
INFORMACION	X	X	X	X		
PRESENTACION					X	X
ANALISIS					X	X

ABREVIATURAS

CEA: Circulo Experiencial de Aprendizaje

CUESETS: Cuestionario de Enfermedades de Transmisión Sexual

ENJ: Encuesta Nacional de la Juventud

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

FIEP: Federación Internacional para la Educación de Padres

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

SM-IMSS: Sistema Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social

UIESSA: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. ⁽²⁾

UMF: Unidad de Medicina Familiar

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA

1. - James Leslie McCary, Stephen P. McCary. Sexualidad humana de McCary. 4ª ED. México: Manual Moderno; 1988; 354
- 2.- Villaseñor Farias Martha, Rodríguez Ramírez Gabriela y Corona Ester. Educación sexual. Rev. Adolescencia. Guadalajara, Jal., Méx. Diciembre 1997;10:3-5
- 3.- Ramón García-Pelayo y Gross. Pequeño Larousse ilustrado. 17ª ED. 1992, México: Ediciones Larousse. 377, 441, 477.
- 4.- Anameli Monroy, Martha N. Morales García. Salud, sexualidad y adolescencia. 2ª ED. México: Editorial Pax; 1990;21-23, 26, 128.
- 5.- Boix, Frederic: De la represión a la psicopedagogía sexual. ED.: Nova Terra. Col.: Noves Actituds. Barcelona, 1976; 116.
- 6.- García Werebe, M.J.: La educación sexual en la escuela. Barcelona: Editorial Planeta; 1979; 9.
- 7.- America School Health association, en: Kilander, H.F.: La educación sexual en la escuela primaria. Los métodos. Bibl. Del Educador Contemporáneo. Serie Didáctica. Buenos Aires: ED Paidos; 1993. 28.
- 8.- Equipo multidisciplinario del instituto nacional de educación sexual: Metodología y Educación Sexual. Editor INES. Col.: Educación sexual.: Sto. Domingo, 1976; 8:14.
- 9.- Aguirre Cerda Pedro. Proyecto: Construcción de un modelo participativo de educación en sexualidad para adolescentes espacio local. Santiago de Chile. Diciembre 2000; 1-5
- 10.- Calero Jorge Luis, Santana Felipe. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. Cubana Salud Pública 2001;27(1):50-57
- 11.- Kaul Paritosh, Alderman Elizabeth M. La sexualidad en los adolescentes. Rev. Atención Médica, junio 2003;16(6):24-30
- 12.- Tapia Curiel Amparo, Ramírez Ortiz Ma. Guadalupe. Adolescentes de y en la calle. Adolescencia. Boletín trimestral de UIESSA. Guadalajara, Méx. Enero-marzo 1998.
- 13.- Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Programa conjunto de las naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: ONUSIDA/OMS/97;6
- 14.- Rodríguez Tapia Heidi, Duarte Pedraza Leticia y Gómez Alonso Carlos. "Construcción y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos en enfermedades de transmisión sexual en adolescentes" UMF 80 Morelia, Mich., México. Marzo 2004

- 15.- Issler Juan R. Embarazo en la adolescencia. Rev. De postgrado de la cátedra Via Medicina – Agosto/2001;107:11-23
- 16.- Santos Preciado J.I., Villa Barragán J.P., García Avilés M.A. y col. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública de México 2003;45(1)
- 17.- Corriente de opinión Fundación Chile Unido. Bases para una política de Educación sexual Agosto 2002; 71:1-6
- 18.- Corriente de opinión Fundación Chile unido. Teen Star: una experiencia exitosa en educación sexual. Septiembre 2000; 34:1-5
- 19.- Nuño G. Berta Lidia. Derechos humanos. Boletín bimestral de la UIESSA. Adolescencia. Año 1 Número 4, Guadalajara, JAL. Méx., julio – agosto 1996
- 20.- SAMA. La educación sexual en secundaria. Rev. Digital Investigación y educación. Marzo 2004;2:16-34
- 21.- Caamaño Cano BM, Fridman Cristina T, García Rojas Antonio D y Goldstein Beatriz. Educación sexual y reproductiva. Rev. Novedades Educativas. Junio 2003; 150
- 22.- Norberto E. Elizaldi Lozano, Myriam Insfrán Sánchez y Hector Cobos Aguilar. Lectura crítica de investigación clínica por médicos internos de pregrado. Rev. Med IMSS 2003; 41 (4)281-287
- 23.- Viniegra L. Hacia una redefinición del papel de la Universidad en la sociedad actual. Omnia 1990; 6(19): 49-61
- 24.- Viniegra L. Los intereses académicos en la educación médica. Rev. Invest Clin 1987; 9:281-290
- 25.- Viniegra L. Jiménez JL. Pérez-Padilla R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev. Invest Clin 1991; 43:87-98
- 26.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Dirección General de Información y evaluación del Desempeño. La salud de adolescentes en cifras. Salud pública de México. 2003; 45(1)
- 27.- Rice, Philip. Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. 2ª Ed. Prentice may: Editorial Phh 1997
- 28.- Díaz Gómez N. Marta, Barroso Antonio, Hernández Carmen, Romero Ana, Daroqui Purificación, Novo Mercedes. Sexualidad en la adolescencia. Universidad de la Laguna.
- 29.- Instituto Mexicano del Seguro social. Contenidos técnicos de las sesiones educativas. Rev. Salud del adolescente agosto 2002; 1-31.

- 30.- Instituto mexicano del seguro social Delegación Michoacán U.M.F. 1 Proceso de atención integral al adolescente. Morelia, Mich., Mex. Noviembre 1998.
- 31.- Bravo Laguna M.C., Calderón Llopis B., Corredera Sánchez A., Iñigo Martín Gema. Educación sexual: ETS. 2001
- 32.- Alcacibar Carolina, Rodríguez marcela y Larrea Luciano. Motivaciones a la iniciación sexual en adolescentes. Psicología del Desarrollo II, Universidad del Desarrollo 2000; 1-9
- 33.- Desarrollo humano adolescente. México: indicadores sociodemográficos. INEGI 2003.
- 34.- Casado de Gil Ma. Del Pilar, García Peña Jorge. Federación Internacional para la educación de padres (FIEP), presidencia regional para América Latina. Rev. PIEP, Marzo 1999.
. Madurez. Motivos. Reg. Mercantil Salamanca: libro 239- folio 110-hoja SA-6942-1ª.
- 35.- Tapia Curiel Amparo. Salud reproductiva. Adolescencia. Boletín bimestral de la UIESSA. Guadalajara, Méx. Mayo-junio 1996 Año 1 Número 3
- 36.- Caballero Hoyos Ramiro. Medios masivos y promoción de la salud. Boletín trimestral de la UIESSA Adolescencia. Guadalajara, Jal. México. Enero – marzo 1997; 2(7)
- 37.- Kirby DJ. Sex Education in the Schools. In: Garrison JA, Smith MD, Besharov DJ, eds. Sexuality and American Social Policy. Henry J. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 1994.
- 38.-Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance-United States, 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1995;44:1-56.
- 39.- Department of Health and Human Services. Healthy People 200: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. DHHS Publication No. 91-50212. Washington, DC: US Government Printing Office; 1990.
40. - Rosenberg PS, Biggar RJ, Goedert JJ. Declining age at HIV infection in the United States (letter). New England Journal of Medicine. 1994;330:789-790.
- 41.- Centers for Disease Control and Prevention. HIV AIDS Surveillance Report. 1995;6:14.
- 42.- Di clemente RJ, Durbin M, Siegel D, et al. Determinants of condom use among junior high school students in a minority, inner-city school district. Pediatrics. 1992;89:197-202.
- 43.- Ubell E. Sex-education programs that work-and some that don't. Parade Magazine. February 1995; (12):18-20.
44. - Ehrhardt A. Sex education for young people. National AIDS Bulletin. July 1993:32-35.

- 45.- Dryfoos J. What the United States can learn about prevention of teenage pregnancy from other developed countries. *SIECUS Reports*. 1985;14:1-7.
46. - Kirby D, Short L, Collins J, et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Reports*. 1994;109:339-360.
47. - Kirby D, Barth R, Leland N, et al. Reducing the Risk: a new curriculum to prevent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*. 1991;23:253-263.
48. - Howard M, McCabe J. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*. 1990;22:21-26.
49. - Ekstrand M, Siegel D, Krasnovsky F, et al. A school-based, peer-led AIDS prevention program delays the onset of sexual behaviors among adolescents. Presented at Second International Conference on Biopsychosocial Aspects of HIV Infection, Brighton, UK; 1994. Abstract P004.
50. - Walter HJ, Vaughn RD. AIDS risk reduction among a multi-ethnic sample of urban high school students. *Journal of the American Medical Association*. 1993;270:725-730.
- 51.- Cañedo Dorantes Luis. Investigación clínica. Edición interamericana. México 1987: 171-183
52. – Jorge J. Pérez Assef y Maikel Brunely Morales. Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2000;16(3):260-264
53. – Luis Cortés Ruiz y Joseph E. Agüero. El efecto de la educación preventiva sobre SIDA en los conocimientos y actitudes en jóvenes puertorriqueños de alto riesgo entre las edades de 15 a 21 años. *Puertorican Online Journal of Human sexuality research* 1992;1
- 54.-Roberto Palemón González Cobos y Leonardo Viniestra Velásquez. Comparación de dos intervenciones educativas en la formación de médicos residentes. *Rev. Invest Clin* 1999; 51: 351-360